

GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

Compte rendu de la séance du 19/01/2017

Identifiant du groupe : 78110LEV001

Secrétaire : Dr VERNIER

Modérateur : Dr SEBBAG

Temps 1 exemples :

•Problèmes soulevés par le groupe

- Dossier 1 : femme de 36 ans, inflammation suite à ablation de matériel d'ostéosynthèse, allergie aux pansements ou à la colle biologique, Diprosone
- Dossier 2 : enfant de 2 an ½ pour grippe
- Dossier 3 : femme pour résultat scanner des sinus, traitement par Budesonide et pulmicort en aérosol dans le cadre d'une sinusite chronique – prescription hors AMM d'un pulmicort.
- Dossier 4 : femme de 76 ans, pollakiurie ayant disparue, résultats de radio rachis lombaire (discarthrose L4-L5), verrues planes sur le flanc – conseils d'économie du rachis
- Dossier 5 : Homme de 17 ans, rhino-pharyngite traitée symptomatiquement
- Dossier 6 : Femme de 50 ans, dépressive, insomniaque, hôtesse de l'air, scanner pour chute, découverte d'un gliome opérée. Persistante de l'insomnie
- Dossier 7 : Homme de 78 ans pour otalgie suite à épisode grippal – vu par ORL pour otite virale mise sous cortisone – puis otite purulente mise sous Amoxicilline. Pas d'indication du Solupred dans l'OMA. Faire manœuvre de Valsalva.
- Dossier 8 : femme de 90 ans, vit totalement seule, renouvellement de traitement HTA en retard, troubles cognitifs, difficultés de prise en charge – problèmes de prise en charge des patients isolés.
- Dossier 9 : homme de 52ans, ancien toxicomane, substitutif sous Méthadone et traitement pour IDM, état dépressif léger – Traitement de la toxicomanie en médecine générale : durée non fixée, substituts protéinés indications très limitées
- Dossier 10 : homme de 27 ans, rhino-pharyngite

Question à traiter :

- 1 - Pertinence des conseils donnés pour la lombalgie chronique ?
- 2 - Bilan d'une anémie normocytaire

• Références bibliographiques supplémentaires apportées par le groupe

Apnées du sommeil et prévention cardio-vasculaire : pas d'intérêt dans la prévention sur 3,7 ans (Medecine octobre 2016 – N°8)

Le Tramadol est il un danger en médecine générale : Novembre 2016 volume 12 N°9

Plus d'HBPM en attendant l'efficacité de l'AVK dans l'AC/FA (CPAM)

• **Ecart / à la pratique recommandée par l'HAS ...**

Temps 2

- **Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins**

Centre AGATA Rueil Malmaison, 9 rue Beauséjour centre addiction hachisch

Psychiatre secteur 1 au Vésinet Isabelle Marty

Temps 3

- **Synthèse des cas compliqués :**

Femme de 47 ans, sclérodémie

Femme de 40 ans, traitée par Ritaline

- **compte rendu des thèmes abordés au cours de la séance précédente**

- **autres...**

Réponses à la question posée lors de la séance précédente :

Rupture du secret professionnel

<https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>

1 - Le secret professionnel s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi

Chronologiquement, c'est d'abord le code pénal qui, en sanctionnant toute violation du secret auquel sont astreints certains professionnels – au premier rang desquels les médecins – donne un support légal à cette obligation. Elle figure aujourd'hui sous l'article 226-13 du code pénal.

Les codes de déontologie médicale successifs viendront en préciser la définition avant que n'intervienne l'article L.1110-4 du code de la santé, introduit par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 qui consacre un droit du patient.

A – LA LOI

- **Code de la santé publique - Article L.1110-4 :**

« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation de par ses activités avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la

continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :

1° du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;

2° de l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L.6323-1 et L.6323-3.

La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L.161-33 du code de sécurité sociale est obligatoire. La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L.1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celles-ci sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt, ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. »

On note que cet article (alinéa 2) donne une définition large du secret professionnel : il couvre l'ensemble des informations sur la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, non seulement en ce qui concerne son état de santé mais aussi son identité, ce qu'il a confié ou ce que le médecin a compris à son propos.

L'alinéa 3 précise la notion de secret partagé et en fixe les limites. La règle générale est que le partage n'intervient qu'entre professionnels de santé, pour la prise en charge et la continuité des soins et sauf opposition de la personne dûment avertie. Elle connaît deux variantes, l'une concernant les établissements de santé publics et privés, l'autre des maisons ou centres de santé dont les professionnels qui y exercent ont adhéré au projet de santé mentionné aux articles L.6323-1 et L.6323-3.

Dans les établissements de santé, le consentement du patient au partage des données le concernant au sein de l'équipe qui le prend en charge est présumé acquis (3^{ème} alinéa, 2^{ème} phrase). Dans les maisons ou centres de santé, les informations sont réputées confiées par le patient aux autres professionnels de la structure qui le prennent en charge, sous réserve de son consentement exprès et de l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L.6323-1 et L.6323-3 (voir note [3]). La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations

la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé (alinéas 4 à 7 introduits par l'article 2 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011).

Il n'y a aucune justification, déontologique ou médicale, à ce que les droits des patients au respect du secret des informations les concernant fassent l'objet de régimes différents selon le cadre d'exercice du professionnel de santé auquel ils s'adressent.

Le Conseil national a fait connaître son opposition à ces distinctions.

L'alinéa 9 punit par ailleurs d'amende et d'emprisonnement, non seulement celui qui a trahi le secret mais aussi celui qui obtient ou tente d'obtenir des renseignements en violation de la règle.

Enfin, si les ayants droit se voient reconnaître sous certaines conditions l'accès aux éléments du dossier d'une personne décédée (dernier alinéa) ce n'est que dans la limite de ce qui leur est nécessaire pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, faire valoir des droits, et sous réserve que le patient n'y ait pas fait opposition de son vivant (CE - 26 septembre 2005, Conseil national de l'Ordre des médecins, req. n°270234).

- **Code pénal - Article 226-13 :**

«La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

Le code pénal ne fait pas référence aux médecins. Il traite du secret professionnel en général et non de façon spécifique du secret médical.

Cependant, il serait faux de croire que le médecin peut partager les informations qu'il détient à raison de son activité professionnelle avec un autre professionnel, lui-même tenu au secret dans les termes de l'article 226-13 du code pénal. Le secret médical est le secret professionnel du médecin, comme le secret notarial est celui du notaire.

Même entre médecins, le secret ne se partage pas dès lors qu'ils ne participent pas à la prise en charge d'un même patient.

- **Code de la sécurité sociale**

Le code de la sécurité sociale rappelle lui aussi que le secret professionnel est au nombre des grands principes de la médecine en France. L'article L.162-2 est ainsi libellé :

« Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix, la liberté de prescription, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation... ».

B- JURISPRUDENCE

La jurisprudence (voir note [4]), tant judiciaire qu'administrative, renchérit encore sur ces dispositions en proclamant que le secret médical revêt un caractère général et absolu. La Cour de Cassation l'a affirmé la première, dès le XIX° siècle (1885 - arrêt Watelet) et surtout dans un arrêt de la chambre criminelle du 8 mai 1947 (Degraene) : *«L'obligation du secret professionnel s'impose aux médecins comme un devoir de leur état. Elle est générale et absolue et il n'appartient à personne de les en affranchir».*

Cette portée générale et absolue du secret médical est reconnue également, avec toutefois quelques nuances, dans les arrêts de la chambre civile de la Cour de Cassation, dans ceux du Conseil d'Etat (arrêt d'assemblée du 12 avril 1957 - Deve) et même dans les avis de la Section sociale du Conseil d'Etat (6 février 1951 - 2 juin 1953).

De ce caractère général et absolu du secret médical, les jurisprudences de ces deux cours souveraines tirent des conséquences importantes. Ainsi, il a été admis que :

- le patient ne peut délier le médecin de son obligation de secret ;
- cette obligation ne cesse pas après la mort du patient ;
- le secret s'impose même devant le juge ;
- le secret s'impose à l'égard d'autres médecins dès lors qu'ils ne concourent pas à un acte de soins ;
- le secret s'impose à l'égard de personnes elles-mêmes tenues au secret professionnel (agents des services fiscaux) ;
- le secret couvre non seulement l'état de santé du patient mais également son nom : le médecin ne peut faire connaître à des tiers le nom des personnes qui ont (eu) recours à ses services. Il ne peut donc être dérogé au secret médical que par la loi. Cela explique l'annulation par le Conseil d'Etat de plusieurs décrets ou circulaires organisant des procédures portant atteinte au secret médical. Mais ces dérogations législatives peuvent ne pas être toujours formelles ou explicites. Une atteinte au secret médical peut être jugée légale si elle est la conséquence nécessaire d'une disposition législative (CE 8 février 1989 - Conseil national de l'Ordre des médecins et autres, req. n°54494).

C - DEROGATIONS LEGALES

Elles sont justifiées par la nécessité d'établir une communication maîtrisée d'informations médicales (pour leur détail, voir annexe p.40). Seule une loi peut les instituer.

Le médecin est obligé :

- de déclarer les naissances ;
- de déclarer les décès ;
- de déclarer au médecin de l'ARS les maladies contagieuses dont la liste est fixée par voie réglementaire.
- d'indiquer le nom du patient et les symptômes présentés sur les certificats d'admission en soins psychiatriques ;
- d'établir, pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, des certificats détaillés décrivant les lésions et leurs conséquences ;
- de fournir, à leur demande, aux administrations concernées des renseignements concernant les dossiers des pensions militaires et civiles d'invalidité ou de retraite ;
- de transmettre à la CRCI ou à l'expert qu'elle désigne, au fonds d'indemnisation, les documents qu'il détient sur les victimes d'un dommage (accidents médicaux, VIH, amiante...) ;
- de communiquer à l'Institut de veille sanitaire les informations nécessaires à la sécurité, veille et alerte sanitaires.
- de communiquer, lorsqu'il exerce dans un établissement de santé, au médecin responsable de l'information médicale, les données médicales nominatives nécessaires à l'évaluation de l'activité.

Le médecin est autorisé :

- à signaler au procureur de la République (avec l'accord des victimes adultes) des sévices constatés dans son exercice et qui permettent de présumer de violences physiques, sexuelles ou psychiques ;
- à transmettre au président du Conseil général toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être (voir note [5]) ;
- à communiquer les données à caractère personnel qu'il détient strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, aux médecins conseils du service du contrôle médical, aux médecins inspecteurs de l'inspection générale des affaires sociales, aux médecins inspecteurs de la santé, aux médecins inspecteurs de l'ARS, aux médecins experts de la Haute Autorité de Santé, aux inspecteurs médecins de la radioprotection ;
- à transmettre les données nominatives qu'il détient dans le cadre d'un traitement automatisé de données autorisé ;
- à informer les autorités administratives du caractère dangereux des patients connus pour détenir une arme ou qui ont manifesté l'intention d'en acquérir une.

Ces dérogations légales prescrivent ou autorisent seulement une certaine révélation (maladie contagieuse désignée par un numéro, symptômes d'un état mental dangereux, etc.) et pas n'importe quelle indiscretion, à n'importe qui, de n'importe quelle manière. Il faut s'en tenir à une information

«nécessaire, pertinente et non excessive». L'obligation du secret demeure pour tout ce qui n'est pas expressément visé par le texte.

2- Le secret couvre tout ce qui est parvenu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession

Le texte du code pénal parle d'une «*information à caractère secret*» ce qui pourrait faire penser que le médecin n'a de secret à garder que lorsqu'il a reçu d'intimes confidences.

L'article L.1110-4 pour sa part précise : « *ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, ...* »

Le secret s'impose pour tout ce que le médecin a pu voir, entendre ou même deviner ou déduire. Même les constatations « négatives » doivent être tues. Il n'y a donc pas de différence entre le « renseignement administratif » (nom, adresse...) et « médical » (diagnostic, traitement...), entre la confiance et le renseignement « anodin ». On attend du médecin une discrétion totale (même sur ce qu'il peut avoir appris en dehors des soins qu'il donne).

Dans une décision du 24 septembre 2014 n°11888 de la chambre disciplinaire nationale, confirmée par le Conseil d'Etat (CE, 17/06/2015, n°385924), il a été jugé que le secret médical s'étend à toute information de caractère personnel confiée par un patient ou vue, entendue ou comprise par le praticien dans le cadre de son exercice.

Dès lors qu'un médecin reçoit des informations personnelles de caractère médical de la part d'une personne qui s'est adressée à lui en tant que médecin, même s'il n'est pas son médecin traitant (*Au sens usuel du terme et non le médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale*), celles-ci sont réputées avoir été données dans le cadre de l'exercice professionnel : « ni les relations amicales anciennes nouées par le passé entre Mme B... et le Dr C, ni les circonstances dans lesquelles il a été amené à recueillir ses confidences avant la consultation de son épouse dans leur cabinet médical commun, ne sont détachables de l'exercice de sa part de la profession médicale ; que, même s'il n'a procédé à aucun examen de la patiente et n'assurait pas son suivi médical comme médecin traitant, les faits qui lui ont été confiés lors de cet entretien étaient couverts par le secret professionnel et ne devaient, alors même qu'il ne justifiait d'aucune dérogation légale en la matière, être divulgués à un tiers ». En révélant ces informations à un tiers, le médecin a méconnu l'obligation de secret instituée par les dispositions des articles L. 1110-4 et R. 4127-4 du code de la santé publique.

Toute personne doit avoir la certitude absolue qu'elle peut, même après sa mort, se fier à la discrétion du médecin.

Ainsi le secret professionnel est la «*pierre angulaire de la morale médicale*» (voir note [6]).

3- Le secret professionnel est institué dans l'intérêt des patients

L'adjonction «*institué dans l'intérêt des patients*», voulue par le Conseil d'Etat, est importante. Elle coïncide avec une évolution de la jurisprudence et l'assouplissement *dans certains cas* de la doctrine traditionnelle du «secret absolu».

Le secret médical a été institué dans l'intérêt des patients, mais ce n'est pas sa seule raison d'être puisque, nous l'avons indiqué, il a un intérêt public. Il compte autant par sa virtualité que par son existence, il est fait pour les personnes malades présentes comme pour les personnes malades futures ou potentielles.

Rien n'autorise le médecin à livrer des renseignements hors des dérogations légales. Même entre médecins, la discrétion est de règle. La notion de «secret partagé» reste limitée aux membres de l'équipe soignante - qui doivent partager certaines informations pour assurer des soins corrects - dans l'intérêt du patient (expressément mentionné par l'article L.1110-4, al. 3 du code de la santé publique qui

définit la notion de secret partagé) ainsi qu'aux médecins des régimes obligatoires de protection sociale (article 50).

Il ne s'agit pas là d'un réflexe corporatiste. La rigueur des dispositions actuellement en vigueur et le caractère impératif des règles déontologiques sont destinés à protéger le patient, non le médecin. Le respect du secret médical est un *devoir* du médecin et non un droit.

Faire tomber en désuétude cette conduite séculaire du médecin serait mépriser l'un des droits fondamentaux de l'homme : tous les patients doivent être assurés que leur confiance ne sera pas trahie lorsqu'ils livrent à leur médecin une information les concernant ou mettant en cause des tiers.

Les médecins sont confrontés à des sollicitations et situations diverses où ils doivent apprécier ce qu'ils peuvent dire ou au contraire, taire. Les plus courantes sont évoquées ci-dessous.

Il leur est recommandé s'ils sont embarrassés sur la réponse à apporter, de prendre conseil auprès des instances ordinales.

3-1. Secret, famille et entourage

Le secret s'impose vis à vis de la *famille et de l'entourage*, mais en cas de diagnostic ou de pronostic grave, il ne « *s'oppose pas à ce que la famille, les proches, ou la personne de confiance définie à l'article L.1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part* » (article L.1110-4, avant dernier alinéa du code de la santé publique).

De même après le décès : « *Le secret ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt, ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.* » (article L.1110-4, dernier alinéa du code de la santé publique).

Seules les informations « nécessaires » peuvent être révélées dans l'un et l'autre cas (CE 26 septembre 2005, Conseil national de l'Ordre des médecins, req. n°270234). D'autre part, si les ayants droit ont accès au dossier d'une personne décédée, il faut que la demande soit explicitement motivée et que ce droit s'exerce dans une des trois intentions citées : connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir des droits. Le patient, de son vivant, peut avoir fait opposition à cet accès. Sa volonté doit être respectée.

Le secret est également dû aux *mineurs*.

Les mineurs viennent souvent se confier aux médecins et, comme les adultes, ils ont droit au respect et à la discrétion. Il est important, surtout à l'adolescence, qu'un mineur puisse trouver en son médecin un confident qui n'ira pas révéler à ses parents les secrets qui lui sont confiés. Mais lorsque l'intérêt du mineur l'exige, ou qu'une décision importante est à prendre, le médecin doit tout faire pour le persuader de tenir ses parents au courant, en sachant garder le secret sur ce qu'il n'est pas nécessaire de révéler.

Cependant, en dérogation au principe très général de l'autorité parentale, le médecin est tenu au secret professionnel vis-à-vis des parents d'un mineur, qui s'oppose expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale :

« *Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.* » (Article L.1111-5 du code de la santé publique)

L'infection due au VIH a provoqué une controverse quant au caractère intangible de la notion du secret professionnel. Elle est fondée sur le constat du conflit entre le droit des personnes infectées à la confidentialité et le droit de leurs *partenaires* d'être avertis du danger qui les menace directement.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Bulletin de l'Ordre, décembre 1992) et la Commission de réflexion sur le secret professionnel (1994) ont formulé les recommandations suivantes :

- dès lors qu'elle est faite à un proche ou à un tiers par la personne séropositive, mise en face de ses responsabilités, la révélation ne pose pas de problème juridique en matière de secret ;
 - lors de cette révélation au partenaire, par celui qui est séropositif, le médecin peut, selon la déontologie traditionnelle, assister à l'entretien à la demande des intéressés et leur donner les éclaircissements et conseils utiles en la circonstance ;
 - la loi n'autorise pas le médecin à révéler au partenaire du patient séropositif le danger que lui fait courir le comportement de ce dernier si celui-ci s'oppose obstinément à toute révélation ; il lui faudrait d'ailleurs une certaine naïveté pour prétendre connaître le ou les partenaires exposés.
- La commission René (voir note [7]) sur le secret professionnel a conclu en ces termes :

«Aucune dérogation, implicite ou même explicite, n'autorise le médecin à rompre le silence qui s'impose à lui et les conditions d'application de la notion de non-assistance à personne en danger ne sont pas réunies. Il revient alors au praticien, après avoir tout fait pour convaincre le patient et son entourage, du danger que fait courir son état de santé, et, si possible, après avoir pris l'avis de confrères compétents, d'évaluer la situation et de prendre, en conscience, sa décision et d'assumer les conséquences d'une liberté qu'il revendique ; les juges apprécieront en fonction de ces cas d'espèces... Les dangers sont certains. Mais les conséquences de la révélation doivent être aussi lucidement mesurées. En présence de ce dilemme, et même avec l'aval de confrères expérimentés, c'est d'abord sa responsabilité personnelle, tant morale que juridique, qu'engage le médecin en prévenant lui-même le partenaire de son patient.»

3- 2. Secret, police et justice

a. Réquisitions

Pour rapporter la preuve d'une infraction ou l'implication de la personne poursuivie, les officiers de police judiciaire (OPJ) vont, sur autorisation et sous le contrôle du procureur de la République ou sur commission rogatoire du juge d'instruction, procéder à un certain nombre d'investigations. Ils peuvent alors requérir le concours des médecins.

Le terme « réquisition » et le caractère contraignant qu'il suppose est source de confusion pour les médecins. Schématiquement, on peut distinguer selon l'objet de la réquisition :

1/ S'il y a lieu de procéder à des *constatations, examens techniques ou scientifiques*—par exemple examen de garde à vue, prise de sang en vue de la vérification de l'alcoolémie,... - qui ne peuvent être différés, l'OPJ a recours à toute personne qualifiée (articles 60 et 77-1 du code de procédure pénale – voir notes [8] et [9]).

Sous peine d'amende (voir note [10]), le médecin est tenu de déférer à la réquisition. Il remet son rapport à l'autorité requérante.

Il peut néanmoins récuser son concours en cas d'inaptitude physique, technique ou lorsqu'il est le médecin traitant de la personne à examiner.

Pour éviter tout malentendu sur le secret médical, il doit prévenir la personne de la qualité en laquelle il l'examine et de la nature de sa mission.

Le certificat rédigé, après examen, ne doit faire état que des conclusions. Par exemple : *« l'état de santé est compatible (ou non) avec la garde à vue ; il y a lieu (ou non) de poursuivre un traitement médical pendant celle-ci, de procéder à de nouveaux examens ou à une hospitalisation... »*

2/ La réquisition a pour objet d'obtenir le *témoignage du médecin sur des faits qu'il a connus* dans son activité professionnelle : date de consultation, adresse du patient, objet de la consultation, nature des traitements,... et plus généralement ce qui a trait au patient pris en charge.

La réquisition n'a pas pour effet de délier le médecin de son obligation au secret professionnel et quelle que soit la nature du renseignement demandé (« administratif » ou purement médical), il ne peut que refuser de répondre à la réquisition.

Il n'encourt ce faisant aucune sanction.

3/ La réquisition a pour objet *la remise de documents et listes*. Depuis la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice et la loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, le procureur de la République ou l'OPJ, sur autorisation de celui-ci (enquête préliminaire, article 77-1-1 du code de procédure pénale) ou sous son contrôle (enquête de flagrance article 60-1 du même code) « *peut requérir de toute personne, de tout établissement ou organisme privé ou public, de toute administration qui sont susceptibles de détenir des documents intéressant l'enquête, y compris ceux issus d'un système informatique ou d'un traitement de données nominatives, de lui remettre ces documents, notamment sous forme numérique, sans que puisse lui être opposé, sans motif légitime, l'obligation au secret professionnel. Lorsque la réquisition concerne des personnes mentionnées aux articles 56-1 à 56-3 (avocat, journaliste, médecin), la remise des documents ne peut intervenir qu'avec leur accord.* »

Ces articles font donc dépendre la remise de documents couverts par le secret médical de l'accord du médecin, ce qui apparaît incompatible avec la conception traditionnelle du secret professionnel général et absolu en matière médicale.

Les dispositions des articles 77-1-1 et 60-1 sont de plus en plus souvent invoquées par les OPJ pour obtenir sans saisie les documents détenus par les médecins.

Il faut conseiller aux médecins requis dans cette situation de refuser leur accord. Ce refus ne peut être sanctionné. La procédure de saisie sera alors mise en œuvre dans les conditions habituelles (présence d'un conseiller ordinal, mise sous scellés fermés des documents saisis) éventuellement opérée par le magistrat lui-même.

b. Saisies et perquisitions

Le code de procédure pénale prévoit que « *le juge d'instruction procède conformément à la loi, à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité* » (voir note [11]). Il peut procéder à la saisie d'objets ou de documents relatifs aux faits incriminés et « *doit provoquer toutes mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel et des droits de la défense* ».

Conformément à l'article 56-3 « *les perquisitions dans le cabinet d'un médecin... sont effectuées par un magistrat et en présence de la personne responsable de l'Ordre... ou son représentant* ».

Il est admis lorsque la saisie du dossier a lieu sans perquisition que le magistrat qui l'ordonne (juge d'instruction, procureur de la République) mandate à cet effet un officier de police judiciaire. La présence du représentant ordinal reste obligatoire.

c. Témoignages en justice

Ce que le médecin a pu connaître à l'occasion des soins donnés ne peut lui être demandé en témoignage devant la justice. Interrogé ou cité comme témoin sur des faits connus de lui dans l'exercice de sa profession, il doit se présenter, prêter serment et refuser de témoigner en invoquant le secret professionnel.

L'accord ou la demande du patient ne saurait le délier du secret (voir note [12]).

En revanche, le médecin peut signaler et témoigner dans des affaires de sévices à mineurs (maltraitements, incestes, viols, attentats à la pudeur, etc.) ou personnes vulnérables qu'il a constatés.

Enfin, bien qu'il n'y soit pas tenu, un médecin peut estimer devoir témoigner en justice si son témoignage peut empêcher de condamner un innocent (article 434-11 du code pénal). Par ailleurs sa profession ne

lui interdit pas de témoigner à titre de simple citoyen, indépendamment de tout élément recueilli au cours de son exercice professionnel.

d- Expertises

Comme le médecin requis, l'expert, missionné par un juge, doit prévenir la personne qu'il examine de sa qualité et de sa mission.

Il rendra compte dans son rapport au juge de ses constatations médicales. Il ne peut révéler à personne (en dehors de l'autorité qui l'a nommé) ce qu'il a constaté ou a pu apprendre ou comprendre à l'occasion de sa mission.

e. Certificats produits en justice

En principe, aucun certificat concernant un patient ne peut être remis à un tiers (article 76) : le médecin ne peut satisfaire aux demandes de renseignements ou de certificats qui lui sont adressées par un juge, par un avocat ou par la police.

Dans certains cas, un prévenu ou son avocat peuvent vouloir obtenir, afin de les produire devant un tribunal, une attestation prouvant par exemple un traitement pour troubles psychiatriques ou pour maladie susceptible d'entraîner des séquelles pouvant atténuer sa responsabilité ; le médecin pourra, s'il l'estime utile, attester que l'intéressé a été effectivement soigné par lui, mais il ne devra donner aucun détail. Il appartient au juge, s'il en voit la nécessité lorsque le prévenu évoque un état pathologique, de le soumettre à l'examen médical d'un expert.

Lorsqu'un médecin est sollicité pour délivrer un certificat dans le cas de coups et blessures, il doit décrire objectivement ce qu'il a constaté et dresser un bilan complet et descriptif des lésions observées. Il doit se garder de tout commentaire, notamment de faire allusion à des faits ou à des circonstances dont il n'a pas été témoin.

Il doit remettre le certificat *en main propre* à l'intéressé et l'indiquer sur le certificat.

f. Procès en responsabilité

Lorsqu'un médecin est poursuivi en justice par un patient ou sa famille, dans une action en responsabilité, il peut porter à la connaissance du juge certains faits médicaux ou certains documents utiles à la manifestation de la vérité et à sa défense.

Il ne peut s'abriter derrière le secret professionnel pour masquer d'éventuelles fautes.

Le juge peut diligenter une enquête en désignant un médecin expert. Le médecin concerné peut répondre aux questions de l'expert, dans le cadre limité du litige.

Mise au point

Séverine Bonne¹, Claire Peloso²,
Isabelle Trinchet³, Pierre Polomeni³

¹Médecin généraliste – CMS Salvador
Allende, 20 avenue du Général Leclerc,
93120 La Courneuve

²Pharmacienne

³Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-
Denis, Hôpital René Muret, service
d'addictologie, Avenue du Docteur
Schaeffner, 93270 Sevran

Tirés à part : S. Bonne

Le tramadol est-il un problème en médecine générale ?

Résumé

Le tramadol, antalgique opioïde de palier 2 selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé, est commercialisé en Allemagne depuis 1977 et en France depuis 1997. Il est présent dans de nombreuses spécialités pharmaceutiques, seul ou associé au paracétamol. Indiqué dans le traitement des douleurs modérées à sévères, il est inscrit sur la liste I des substances vénéneuses et donc disponible en France uniquement sur ordonnance. Avec la fièvre et la fatigue, la douleur est un des premiers motifs de consultation médicale, mais devant une douleur aiguë ou chronique peu d'options thérapeutiques s'offrent aux soignants. Depuis l'arrêt de commercialisation du dextropropoxyphène en 2011, le tramadol a pris une place accrue dans l'arsenal thérapeutique des médecins, et l'analyse des données de ventes en officine montre une augmentation constante depuis 2004. S'agissant d'un traitement opioïde faible, il est légitime de se poser la question des risques de cette diffusion large, que ce soit en termes d'effets indésirables mais aussi des risques d'addiction, même si le potentiel de dépendance au tramadol est classiquement décrit comme faible.

• Mots clés

tramadol ; interactions médicamenteuses ; effets indésirables.

Abstract. Is tramadol a problem for general medicine?

The opioid analgesic Tramadol is classified on step 2 by the World Health Organization has been marketed in Germany since 1977 and in France since 1997. It is present in many medicinal products, alone or in combination with paracetamol. Indicated for the treatment of moderate to severe pain, it is registered in List I of poisonous

Pharmacologie

Les effets analgésiques de la molécule passent par deux mécanismes d'action distincts : une activité morphinique faible, et une activité non morphinique d'origine mono-aminergique.

Sa structure est proche de celle de la codéine avec un groupement méthyl sur la partie phénolique de la molécule. L'affinité du tramadol pour les récepteurs morphiniques est 6 000 fois plus faible que celle de la morphine et 10 fois plus faible que celle de la codéine [1]. En revanche, après déméthylation du tramadol au niveau du cytochrome P450 2D6 (CYP2D6) du foie, le métabolite actif a une affinité 200 fois plus élevée pour les récepteurs que la molécule mère [2].

Aux mêmes concentrations pour lesquelles le tramadol se fixe sur les récepteurs spécifiques des opiacés, une action sur les systèmes mono-aminergiques avec inhibition de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine a été mise en évidence [3].

Le tramadol et ses métabolites sont éliminés en majorité au niveau rénal. La biodisponibilité du tramadol par voie orale est élevée (70 à 90 %) et le pic sérique est obtenu rapidement en 2 heures environ [2].

Épidémiologie

Sur le plan mondial, la consommation globale d'antalgiques opioïdes est en augmentation [4].

Les États-Unis restent les premiers consommateurs, et 43 % des décès par overdose en 2010 impliquent un antalgique opioïde [5]. En Australie, l'utilisation non médicale des antalgiques opioïdes a doublé entre 2007 et 2010 [6].

En Europe, on estime à 1,3 millions les consommateurs d'opioïdes avec usage problématique en 2012 [7]. Mais la prévalence reste difficile à estimer du fait du manque de données.

En France, les ventes des spécialités contenant du tramadol ont augmenté d'environ 6 % entre 2012 et 2013. L'association tramadol/paracétamol est au 4^e rang des substances actives les plus vendues en quantité, dans les officines de ville françaises en 2013 [8]. Les données de l'Assurance Maladie montrent que depuis le retrait du dextropropoxyphène, la prévalence globale d'utilisation des antalgiques de palier II a diminué de 15,3 % de 2007 à 2012 (2007 : 20,5 % vs. 2012 : 16,2 % des affiliés). La hausse d'utilisation des autres antalgiques de palier 2 ne compense pas entièrement la suppression des spécialités à base de dextropropoxyphène. C'est l'association codéine/paracétamol qui devient l'antalgique de palier II le plus utilisé en 2012, avant l'association tramadol/paracétamol.

Mise au point : Le tramadol est-il un problème en médecine générale ?

substances and therefore available in France by prescription only. With fever and fatigue, pain is one of the first reasons for medical consultation, but to acute pain or chronic few treatment options available to caregivers. Since the withdrawal from the US market of dextropropoxyphene in 2011, tramadol has taken a greater role in the armamentarium of physicians, and analysis of sales data in pharmacies shows a steady increase since 2004. Being a weak opioid treatment, it is legitimate to ask the question of risks with this wide distribution, whether in terms of side effects but also in the risk of addiction, although the potential for addiction to tramadol is classically described as low.

• **Key words**
tramadol; drug interactions; adverse effects.

DOI: 10.1684/med.2016.136

Ces effets nécessitent de délivrer une information au patient et de surveiller la tolérance.

Comme les autres bloqueurs de la recapture de la sérotonine, il peut provoquer des convulsions aux doses thérapeutiques et ce dès la première prise. Ceci a été rapporté en cas d'antécédents d'épilepsie, de prise concomitante d'antidépresseurs tricycliques ou d'autres substances qui inhibent la recapture de la sérotonine, facteurs favorisants qui constituent des contre-indications à la prise de tramadol.

Intoxication au tramadol

Des signes d'intoxication peuvent survenir pour une consommation > 500 mg en une prise chez un adulte en bonne santé. Les formes combinées font courir un risque théorique d'intoxication au paracétamol en cas de prise massive (dose supposée ingérée > 200 mg/kg chez l'adulte et 150 mg/kg chez l'enfant).

L'intoxication au tramadol est en théorie identique à l'intoxication morphinique avec myosis, troubles de conscience, vomissements, dépression respiratoire et collapsus cardiovasculaire. Cependant le tramadol est associé à moins de cas de dépression respiratoire que les autres opioïdes et n'a aucun effet cardiaque important. Les observations rapportent soit une somnolence et des vomissements soit une présentation très différente, expliquée par l'autre propriété du tramadol (inhibition de recapture de monoamines) : agitation, confusion, tremblements, hallucinations, tachycardie, parfois hypertension, syndrome sérotoninergique.

Le tramadol abaissant le seuil épileptogène, il existe un risque de convulsions pour des doses relativement faibles, au-delà de 1 g, et le plus souvent en présence d'un facteur prédisposant.

Effets indésirables du tramadol

Effets indésirables à doses thérapeutiques

Les effets indésirables du tramadol sont similaires à ceux classiquement observés avec les opiacés, à l'exception cependant de la dépression de la fonction respiratoire qui est absente aux doses thérapeutiques, du fait de la faible affinité de la molécule pour les récepteurs opioïdes.

Les effets les plus fréquemment rapportés sont des nausées, des sensations vertigineuses et une somnolence, observés chez plus de 10 % des patients. On peut relever également des troubles du transit ou des troubles psychiques (confusion, modification de l'humeur, euphorie, anxiété, troubles du sommeil). Certains peuvent gêner l'instauration du traitement, avec la restriction pour le médecin généraliste du choix dans cette catégorie d'antalgiques (tramadol ou codéine).

Syndrome de sevrage

Des symptômes de sevrage, analogues à ceux notés lors d'un sevrage aux opiacés, peuvent survenir tels que agitation, anxiété, nervosité, insomnie, hyperkinésie, sudation excessive, frissons, douleurs, tremblements et symptômes gastro-intestinaux (nausées, diarrhées).

D'autres symptômes de sevrage ont été très rarement rapportés, incluant : attaque de panique, anxiété sévère, hallucinations, paresthésies, acouphènes, autres troubles du SNC (comme par exemple confusion, délire, dépersonnalisation, déréalisation, paranoïa).

Enfin, du fait de son action sérotoninergique, le tramadol à doses élevées peut avoir un effet antidépresseur [9]. Le sevrage peut alors s'accompagner de symptômes dépressifs avec sentiment de mal-être prolongé, qui favorise la rechute.

Risques de dépendance au tramadol

Données scientifiques

Le tramadol a été commercialisé avec l'argument que la faible affinité de cette molécule pour les récepteurs opioïdes rendait le risque de pharmacodépendance chez l'homme peu probable.

Chez l'animal, les études vont en effet dans le sens d'un potentiel de dépendance réduit par rapport à celui de la morphine et un potentiel de tolérance très faible [10].

Chez l'homme, les essais cliniques montrent tout de même un potentiel d'abus. Ainsi, une dose de 100 mg

chez des sujets consommateurs de substances psychoactives induit un myosis et révèle une appétence pour le tramadol [11]. Des études de discrimination chez des sujets non dépendants aux opioïdes montrent que l'administration de tramadol était identifiée à celle des opiacés [12]. Des recherches après traitements opioïdes de courte durée retrouvent des changements similaires à l'héroïne sur les circuits neuronaux de la récompense et des émotions [13].

Egalement, des syndromes de sevrage ont été rapportés dans certaines études ayant comporté l'administration de naloxone [14].

Plusieurs cas cliniques d'abus et de dépendance au tramadol ont par ailleurs été publiés, décrivant des sujets recherchant les effets psychoactifs de la molécule [15, 16] et des toxicités particulières : tics [15], cardiotoxicité [16].

Données épidémiologiques

Les données épidémiologiques récentes semblent également confirmer les risques d'abus et de dépendance au tramadol.

Ainsi aux États-Unis, les données indiquent que l'usage détourné, l'abus et les intoxications au tramadol ont augmenté ces dernières années [17]. Au Royaume-Uni, le nombre de décès impliquant le tramadol est passé de 83 en 2008 à 154 en 2011 [18].

Dans la bande de Gaza, l'usage détourné du tramadol est très préoccupant avec plus de 30 % des jeunes hommes concernés, avec une recherche surtout des effets psychostimulants. Une enquête réalisée chez des étudiants égyptiens de 13 à 18 ans retrouve un usage du tramadol chez 8,8 % d'entre eux, avec un tiers d'usage problématique et 6 % de dépendance [19].

En France, suite au retrait du dextropropoxyphène du marché en 2011, l'ANSM a renforcé la surveillance des médicaments à base de tramadol. Ces données semblent à première vue aller dans le sens d'un faible potentiel du tramadol à engendrer une dépendance, mais certains indicateurs sont alarmants [20].

Ainsi, peu de cas d'abus et de dépendance au tramadol ont été déclarés à la banque nationale de pharmacovigilance : 8 cas en 2012 et 5 cas en 2013. Les laboratoires pharmaceutiques enregistrent également une baisse du nombre de cas transmis entre 2012 et 2013, avec 27 cas en 2012 et 10 en 2013. En revanche, le nombre de notifications spontanées auprès des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) a fortement augmenté avec 35 cas en 2011, 67 en 2012 et 78 en 2013.

Plus préoccupant, selon les notifications spontanées, l'usage du tramadol en automédication de troubles psychiques, pour pallier le manque d'opioïdes forts ou à visée toxicomaniaque chez les poly toxicomanes, est en augmentation. De plus, le pourcentage de décès enregistrés dans les enquêtes DRAMES de 2007 à 2012 et ayant impliqué le tramadol varie entre 0,5 % et 3,2 %. Enfin, plusieurs outils indiquent une augmentation de l'obten-

tion illégale du tramadol, notamment les enquêtes OSIAP (Ordonnances suspectes, indicateur d'abus possible) qui retrouvent un pourcentage d'ordonnances suspectes en forte hausse depuis 2007, passant de 0,65 % en 2007 à 6,82 % en 2013.

Particularité des interactions entre douleur et dépendance

La particularité de la dépendance au tramadol, par le fait que cette molécule est délivrée uniquement sur ordonnance à but antalgique, vient de la relation spécifique entre douleur et addiction.

Dans la majorité des cas notifiés aux CEIP, la consommation de tramadol a débuté pour le traitement de la douleur, puis l'usage est progressivement détourné avec persistance de la prise pour lutter contre les symptômes de sevrage (déprime, mal être, dépression, sueurs, anxiété et angoisses, douleurs, tremblements) et pour la recherche d'effets psychoactifs : euphorie, effet stimulant, amélioration de l'humeur, diminution du stress au travail, ou surdosage volontaire.

La difficulté pour le clinicien vient de la confusion des symptômes de la douleur avec ceux de la dépendance qui s'installe, la douleur et l'addiction ayant des substrats neurobiologiques et neuroanatomiques communs et mettant toutes les deux en jeu le circuit de la récompense. Ainsi, les perturbations du sommeil, les troubles de l'humeur, l'anxiété, les troubles fonctionnels et les troubles somatiques peuvent être secondaires à la douleur comme à la dépendance, et favorisent la chronicisation de ces deux troubles.

Le clinicien devra donc être attentif à repérer quatre situations possibles :

- les patients avec des douleurs chroniques ayant développé une addiction ;
- les patients avec des douleurs chroniques insuffisamment prises en charge ;
- les patients avec initialement des douleurs résolues mais pour lesquels l'addiction persiste ;
- les patients avec usage initial récréatif - mésusage.

Propositions

Repérer les patients à risque pour prévenir l'addiction

La prise en charge de la douleur est complexe et le médecin de premier recours ne dispose que de peu de ressources. Des outils à destination des prescripteurs de tramadol pourraient permettre de clarifier la place des antalgiques opioïdes faibles dans la prise en charge thérapeutique de la douleur, d'améliorer le repérage des patients à risque avant prescription,

• Tableau 1. Facteurs de risque de dépendance

Antécédents personnels ou familiaux de dépendance : c'est le facteur de risque le plus prédictif (OR 2,34 si antécédent personnel d'usage problématique).

Prédisposition génétique.

Comorbidités psychiatriques.

Accès au produit : OR 5,48 si l'opioïde est prescrit versus absence de prescription.

Altérations neurobiologiques du système de récompense.

• Tableau 2. Signes d'alerte d'entrée dans la dépendance

Demandes de renouvellements d'ordonnance fréquents.

Changements fréquents de prescripteur.

Déclaration de pertes d'ordonnance ou de médicaments.

Réticence à la baisse de doses ou aux changements de molécules.

Demande de doses croissantes.

Abus concomitant d'alcool ou de drogues illicites.

Retentissement fonctionnel négatif (travail, vie privée, sociale)...

et de mieux diagnostiquer les patients dépendants au tramadol.

Chez les patients traités par antalgiques opioïdes pour des douleurs chroniques, plusieurs facteurs de risque de développer une dépendance ont été identifiés [21] (tableau 1).

Plusieurs outils d'évaluation du risque d'abus ou de dépendance ont été développés. On peut citer le dépistage par question unique [22] (« *combien de fois dans l'année qui vient de s'écouler avez-vous utilisé une drogue illégale ou un antalgique sur prescription dans un but non médical* »), l'Opioid Risk Tool [23], le « Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain » (SOAPP), ou le DAST-10 (Drug Abuse Screening Test).

Ces outils mettent l'accent sur l'importance d'évaluer le profil du patient avant la prescription de tramadol, et principalement de poser la question des antécédents personnels et familiaux d'addiction ou d'usage problématique de substance, afin d'éviter les prescriptions inappropriées.

Aux États-Unis, les publications encouragent l'évaluation globale des patients avant prescription d'antalgiques opioïdes dans le cadre de douleurs chroniques [24]. Cela passe par une évaluation initiale complète, somatique et psychologique, une estimation de la balance bénéfique/risque du traitement par l'utilisation d'outils d'évaluation des risques, et une information claire et détaillée du patient sur les buts du traitement, ses risques et ses modalités.

Une fois que le traitement est initié, la délivrance du tramadol uniquement sur ordonnance donne au clinicien l'opportunité de rechercher les signes d'entrée dans la dépendance, et de réévaluer l'indication au traitement à chaque prescription. Ainsi, des comportements spécifiques doivent alerter (tableau 2).

Chaque nouvelle prescription doit permettre de réévaluer la douleur et la prise d'opioïdes, de rechercher la présence de troubles de l'humeur, d'évaluer le retentissement des douleurs ou de la prise d'opioïdes sur la vie privée et sur l'activité, les comorbidités et effets secondaires, et de poser la question des effets ressentis autres que l'effet antalgique.

Conclusion

Le tramadol apparaît donc comme un médicament « à risque ». Ce sont des arguments d'augmentation de fréquence de prescription d'une part, et certaines caractéristiques de ses effets d'autre part, qui valident ce constat. Des études répétées de l'ANSM et des CEIP, s'appuyant sur des données de l'Assurance Maladie, continuent à identifier et surtout à quantifier l'importance d'un « problème tramadol » en France.

La faiblesse de disponibilité d'antalgiques dits « de niveau 2 » et les réserves à l'utilisation de la morphine, davantage ressenties par les médecins que d'ordre scientifique, amènent à des usages de plus en plus larges de cet opiacé.

Le risque addictogène, faible statistiquement, devient significatif en termes de nombre de personnes concernées. On retrouve avec le tramadol un lien – identifié avec de nombreux médicaments comme les benzodiazépines – entre l'importance de la disponibilité d'un produit et le nombre de détournements. Il s'agit bien d'une addiction « opiacée » comportant un syndrome de manque marqué (dépendance physique) et un « craving », nécessitant un traitement spécifique avec l'aide d'addictologues.

Par ailleurs, ses effets secondaires recouvrent différents symptômes pouvant influencer sur la relation médecin-malade s'ils ne sont pas largement expliqués voire prévenus, ainsi que des actions indirectes non désirées sur le circuit de la sérotonine, modifiant – modestement certes – le comportement à travers une modification de l'humeur.

Face à ces différents risques, la prescription de tramadol semble devoir s'envisager avec des précautions particulières. L'intérêt de formations courtes des médecins sur la gestion de la douleur peut bien sûr se discuter... sans être très réaliste dans le contexte actuel de sur occupation des médecins –, et des fiches techniques expliquant les risques liés au tramadol sont nécessaires.

Enfin, le repérage des personnes à risque de dépendance est simple grâce à des questionnaires courts et facilement utilisables en pratique courante. La promotion en est

Mise au point Le tramadol est-il un problème en médecine générale ?

largement faite aux États-Unis où l'identification des détournements d'opiacés est un problème de santé publique.

Le coût, en temps et financier, de ces actions est faible et peut permettre la poursuite de la prescription de cet antalgique dans de meilleures conditions de sécurité.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.



Pour la pratique

- Le tramadol est un médicament à risque.
- Les données disponibles semblent à première vue aller dans le sens d'un faible potentiel du tramadol à engendrer une dépendance, mais certains indicateurs sont alarmants.
- Selon les notifications spontanées, l'usage du tramadol en automédication de troubles psychiques, pour pallier le manque d'opioïdes forts ou à visée toxicomaniaque chez les poly toxicomanes, est en augmentation.
- Le clinicien doit être attentif à repérer situations à risque de mésusage (antécédents, prédisposition génétique, comorbidités psychiatriques) et les signes d'alerte d'entrée dans la dépendance (renouvellement fréquents, changements de prescripteur, déclarations de pertes d'ordonnance ou de médicaments, réticences à la baisse de doses et doses croissantes, abus concomitant d'alcool).

RÉFÉRENCES

1. Bamigbade T, Langford R. The clinical use of tramadolhydrochloride. *Pain Reviews* 1998 ; 5 : 155-82.
2. Raffa RB, Friderichs E, Reimann W. Opioid and non-opioid components independently contribute to the mechanism of action of tramadol, an "atypical" opioidanalgesic. *J Pharm Exp Ther* 1992 ; 260 : 275-85.
3. Grond S, Meuser T, Zech D, et al. Analgesic efficacy and safety of tramadol enantiomers in comparison with the racemate : a randomised, double-blind study with gynaecological patients using intravenous patient-controlled analgesia. *Pain* 1995 ; 62 : 313-20.
4. International Narcotics Control Board. Annual Report. 2012.
5. Jones CM, Mack KA, Paulozzi LJ. Pharmaceutical overdose deaths, United States, 2010. *JAMA* 2013 ; 309 : 657-9.
6. Roxburgh A, Ritter A, Slade T et al. Trends in Drug Use and Related Harms in Australia, 2001 to 2013. <https://ndarc.med.unsw.edu.au>.
7. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2014: Trends and Developments. 2014.
8. ANSM. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. Rapport juin 2014.
9. Barber J. Examining the use of tramadol hydrochloride as an antidepressant. *Exp Clin Psychopharmacol* 2011 ; 19 : 123-30.
10. Epstein DH, Preston KL, Jasinski DR. Abuse liability, behavioral pharmacology, and physical dependence potential of opioids in humans and laboratory animals: lessons from tramadol. *Biol Psychol* 2006 ; 73 : 90-9.
11. Zacny JP. Profiling the subjective, psychomotor, and physiological effects of tramadol in recreational drug users. *Drug Alcohol Depend* 2005 ; 80 : 273-8.
12. Duke AN, Bigelow GE, Lanier RK, et al. Discriminative stimulus effects of tramadol in humans. *J Pharmacol Exp Ther* 2011 ; 338 : 255-62.
13. Younger JW, Chu LF, D'Arcy NT, Trott KE, Jastrzab LE, Mackey SC. Prescription opioid analgesics rapidly change the human brain. *Pain* 2011 ; 152 : 1803-10.
14. Ehrenreich H, Poser W. Dependence on tramadol. *Clin Investig* 1993 ; 72 : 76.
15. Vorspan F, Ksouda K, Ginisty SJ, Lépine JP. A case report of tramadol abuse-associated tics. *J Clin Psychopharmacol* 2010 ; 30 : 647-8.
16. Elkalioubie A, Allorge D, Robriquet L, Wiart JF, Garat A, Broly F, Fourrier F. Near-fatal tramadol cardiotoxicity in a CYP2D6 ultrarapid metabolizer. *Eur J Clin Pharmacol* 2011 ; 67 : 855-8.
17. Zosel A, Bartelson BB, Bailey E, Lowenstein S, Dart R. Characterization of adolescent prescription drug abuse and misusing the Researched Abuse Diversion and Addiction-related Surveillance (RADARS(")) System. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013 ; 52 : 196-204.
18. Handley SA, Flanagan RJ. Drugs and other chemicals involved in fatal poisoning in England and Wales during 2000-2011. *Clin Toxicol (Phila)* 2014 ; 52 : 1-12.
19. Bassiony MM, Salah El-Deen GM, Yousef U, Raya Y, Abdel Ghani MM, El-Gohari H, Atwa SA. Adolescent tramadol use and abuse in Egypt. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2015 ; 41 : 206-11.
20. ANSM. Comité technique des Centres d'Evaluation et d'Information de la Pharmacodépendance-CT022013013 - Séance du 28 mars 2013.
21. Højsted J, Sjøgren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review. *Eur J Pain* 2007 ; 11 : 490-518.
22. Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D. A single-question screening test for drug use in primary care. *Arch Intern Med* 2010 ; 170 : 1155-60.
23. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients : preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Med* 2005 ; 6 : 432-42.
24. Manubay J, Muchow C, Sullivan M. Prescription drug abuse: Epidemiology, regulatory issues, chronic pain management with narcotic analgesics. *Prim Care* 2011 ; 38 : 71-90.