



HAL
open science

Antalgiques et psychotropes : si loin... si proches ? Des antidouleurs qui se spécialisent aux généralistes qui les prescrivent. Intérêts et limites de l'ambiguïté pharmaceutique

Joséphine Eberhart

► To cite this version:

Joséphine Eberhart. Antalgiques et psychotropes : si loin... si proches ? Des antidouleurs qui se spécialisent aux généralistes qui les prescrivent. Intérêts et limites de l'ambiguïté pharmaceutique. Douleurs: Évaluation - Diagnostic - Traitement, 2021, 22 (5-6), pp.236-244. 10.1016/j.douler.2021.10.001 . hal-03479342

HAL Id: hal-03479342

<https://hal.science/hal-03479342>

Submitted on 5 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Antalgiques et psychotropes : si loin... si proches ? Des antidouleurs qui se spécialisent aux généralistes qui les prescrivent. Intérêts et limites de l'ambiguïté pharmaceutique.

Analgesics and psychotropic drugs: so far...and yet so near? From more and more specialized painkillers to the general practitioners who prescribe them. Interests and limits of pharmaceutical ambiguity.

Joséphine Eberhart^{1, 2*}

¹INRAE, IRISSE, Paris-Dauphine University, Place du Maréchal de Lattre de Tassigny - 75775 PARIS
Cedex 16

²Cermes3, CNRS, Inserm, EHESS, Université de Paris, 7 rue Guy Môquet, BP 8, 94801 Villejuif Cedex

*Auteur correspondant :

Josephine.eberhart@ehess.fr

Cet article propose de revenir sur l'ambiguïté pharmaceutique entre psychotropes et antalgiques qui est rapportée par les médecins généralistes. Après avoir explicité la spécificité d'une perspective de sciences sociales de la santé, l'article revient sur la construction sociale et historique du marché des antalgiques qui se distingue réellement de celui des psychotropes à partir du milieu du 20^{ème} siècle. Dans un second temps, l'analyse se centre sur la manière dont les médecins généralistes prennent en charge la douleur en routine clinique, c'est-à-dire comment ils trient les motifs douloureux, les séparent entre douleur physique et douleur psychique et prescrivent en conséquence. Nous verrons alors que si la catégorie de douleur psychique est particulièrement problématique dans leur exercice clinique, tout particulièrement lorsque le patient peine à accepter cet étiquetage de sa douleur, le praticien peut utiliser des « médicaments-frontières » qui jouent à la fois le rôle de psychotropes et d'antalgiques. Il est alors nécessaire pour ces praticiens de maintenir une ambiguïté pharmaceutique afin de prendre en charge au mieux les patients douloureux.

Mots-clés : Médecins généralistes – antalgiques – psychotropes – névralgie – douleur physique / psychique – « médicament-frontière »

This article aims to analyze the pharmaceutical ambiguity between psychotropic drugs and analgesics reported by general practitioners. After explaining the goal of research in the social sciences of health, the article recounts the social and historical construction of the analgesics market, which really began to diverge from that of psychotropic drugs in the middle of the 20th century. Then, the analysis focuses on the way in which general practitioners deal with pain in clinical routine, in other words how they sort out painful complaints, how they separate them between physical pain and mental pain and, hence, how they prescribe. We will therefore see that if the category of mental pain is particularly problematic in their clinical practice, especially when the patient is not willing to accept this labeling of his pain, the practitioner can use “boundary-drugs” which simultaneously play the role of psychotropic and analgesics. As a consequence, it is necessary for these practitioners to maintain a pharmaceutical ambiguity with the view to manage their patients' pain.

Keywords: general practitioners – painkillers – psychotropic drugs – neuralgia – physical/mental pain – “boundary-medicines”

« Je vais vous donner quelque chose contre la douleur ». Cette phrase vient clore bon nombre de consultations en médecine générale. Même si elle est ancrée dans la routine des consultations, elle interpelle à plus d'un titre le chercheur en sciences sociales. D'abord parce qu'elle interroge sur le statut de la douleur, à la fois symptôme et cible directe de l'action thérapeutique, et qu'elle questionne donc la légitimité d'une action thérapeutique qui se centre sur un signe longtemps perçu comme un à-côté de l'action du médecin. Ensuite, parce qu'elle invite le praticien à réfléchir à l'injonction qu'il peut percevoir à soulager son patient, que cette injonction émane de son statut de professionnel du soin, ou bien qu'elle soit une demande explicite du patient, ou même les deux.

Cette assertion suscite également l'interrogation quant à la place que revêt le médicament dans la réponse apportée à la douleur.

Si près de huit consultations sur dix en médecine générale se soldent par la rédaction d'une ordonnance médicamenteuse – proportion la plus élevée de tous les pays européens – cela signifie bien que le médicament reste l'issue logique de la consultation, pour le patient comme pour le médecin [1,2].

Principes, postulats et méthodes d'une recherche en sciences sociales de la santé

Ces questions ont guidé mon travail de doctorat en sciences sociales de la santé portant sur la prescription d'antidouleurs en médecine générale. Cette recherche entend comprendre comment se fait la prescription d'antidouleurs en médecine générale [3]. Elle essaye donc de retracer les logiques de catégorisation des douleurs que les médecins mettent en place mais aussi les étapes qui débouchent sur la rédaction de l'ordonnance. Pour ce faire, ce travail s'est attaché à reconstituer la trajectoire de deux antalgiques opioïdes faibles qui ont connu un large succès en médecine générale : le dextropropoxyphène (DXP), commercialisé sous le nom de Di-Antalvic (entre autres) et retiré du marché en 2011, et le tramadol (seul ou en association) qui est l'antalgique de palier II le plus prescrit. Comment rendre compte du succès de ces deux antidouleurs en médecine générale ? Que nous apprend l'analyse du succès de ces deux antalgiques sur les manières dont les praticiens gèrent la douleur de leurs patients au quotidien ?

Ce travail s'inscrit dans le grand champ des *Science and Technology Studies*, un champ des sciences sociales qui s'attache à comprendre le succès (mais aussi les échecs !) d'un dispositif technique depuis son invention jusqu'à son utilisation concrète ou son abandon définitif, en passant par son évaluation, sa promotion, sa commercialisation. Il mobilise les apports de l'histoire, de l'économie, de la sociologie, de l'anthropologie et du droit et va donc « piocher » dans une vaste gamme de méthodes utilisées par l'ensemble de ces disciplines. Pour ce travail, nous avons travaillé à partir de données de prescription, de documents d'archives issues de la presse généraliste et professionnelle (*La Revue du praticien*, *Le Quotidien du médecin*, *Le Concours Médical*, *La Revue Prescrire*), des dossiers d'évaluations et des recommandations produits par les autorités sanitaires qu'elles soient européennes ou françaises. Nous avons également mobilisé un corpus d'articles scientifiques portant sur nos deux substances d'intérêt, l'ensemble des notices du dictionnaire *Vidal* pour les différentes spécialités contenant du tramadol et du DXP depuis leur première commercialisation ainsi que les principaux manuels de pharmacologie utilisés à différentes périodes par les étudiants en médecine. Enfin, nous avons réalisé une série d'entretiens avec des omnipraticiens exerçant leur métier en Ile de France et dans une zone rurale de la Bourgogne, en veillant à ce que l'échantillon soit varié en termes d'âge, de sexe et de mode d'exercice.

Ce foisonnement de méthodes permet ainsi de suivre les deux spécialités pharmaceutiques sur lesquelles nous avons centré notre analyse à travers les mondes sociaux qu'elles traversent, de leur fabrication jusqu'à leur prescription en passant par la manière dont elles sont promues, présentées dans la littérature scientifique, mais aussi évaluées, régulées et parfois retirées du marché. En effet, il s'agit, selon le postulat de base du champ des STS, de comprendre l'adoption d'un dispositif – en l'occurrence ici, d'un médicament – sans considérer que son utilité découle uniquement de sa composition pharmacologique. Cela ne veut pas dire que cette composition ne joue pas ou que la valeur « en soi » du médicament ne compte pas dans le fait qu'il soit plébiscité par un médecin. Au contraire : il s'agit de comprendre comment sa valeur peut être partiellement détachée de sa composition, ou plus exactement, comment il s'encastre dans une série de représentations, de connaissances, de croyances, d'habitudes de prescription et de consommation, au sein desquelles le praticien s'insère. Pour le dire vite, un « bon » médicament est donc un médicament qui permet au praticien de faire correctement le métier qu'il a choisi. A partir de là, il s'agit donc d'étudier ce que ce praticien va considérer comme le cœur de son métier, la manière dont il entend mener son activité, la façon dont il doit gérer le déroulé des consultations, etc... Ainsi

ce « bon » médicament peut être celui qui lui permet de « donner quelque chose » sans qu'il n'y ait (trop) d'effets indésirables ; celui qui lui a été présenté comme efficace, meilleur, préférable ou non nocif par les revues professionnelles qu'il consulte ; celui qui est disponible sous une forme, une présentation que son patient connaît bien ou auquel il est habitué. Tous ces éléments qui fondent le choix du médecin sont donc partiellement déconnectés de la composition pharmacologique du médicament, de son utilité théorique. Cela ne veut pas dire que la prescription médicale serait irrationnelle, insensée ou non scientifique. Loin de tout jugement normatif, cela signifie plus simplement que la prescription est une activité sociale qui ne se réalise pas « hors sol » et qui à l'inverse est largement ancrée dans le contexte d'exercice du médecin, aux habitudes de son service, aux cours reçus à l'université, à ses représentations et ses croyances entourant les médicaments qui se sont cristallisés par la rencontre avec ses pairs ou au cours d'un entretien avec un visiteur médical par exemple.

Par ailleurs, ce travail entend apporter une contribution à la sociologie de la médecine générale, afin de renouveler l'étude d'un segment professionnel peu étudié et en pleine recomposition. A ce titre, le choix de la douleur comme motif à la fois banal et central dans l'exercice des médecins permet de travailler sur les pratiques cliniques autant que sur l'identité professionnelles des praticiens. Ceci justifie le choix de nous centrer sur des médecins qui n'exercent pas dans un centre de prise en charge de la douleur ou au sein d'une équipe mobile dédiée aux patients douloureux. Nous avons en effet choisi de travailler sur la prescription d'antalgiques dans des situations douloureuses ordinaires, des situations telles que la plupart des généralistes en rencontrent tous les jours afin de voir comment celle-ci est prise en compte, catégorisée puis traitée par un segment bien précis de la profession médicale. Même si les praticiens peuvent avoir reçu une formation minimale ou conséquente sur la douleur, ils ont été inclus dans notre travail tant qu'ils n'en ont pas fait le cœur de leur métier.

Par conséquent, nous réalisons un pas de côté par rapport aux recherches emblématiques d'Isabelle Baszanger sur la médecine de la douleur telle qu'elle est pratiquée dans des centres spécialisés [4-6]

Cet article résume la première partie de ce travail de doctorat et détaille l'émergence des antalgiques comme un ensemble de médicaments qui acquiert une relative autonomie, notamment par rapport aux psychotropes, avec lesquels ils sont malgré tout encore comparés, confondus voire

parfois substitués. Comment s'est construit le marché des antalgiques au cours du 20^{ème} siècle ? Comment et sur quoi repose leur proximité, dans les représentations comme dans les usages, avec les psychotropes ? Afin d'étudier la manière dont les médecins réalisent des tris entre les différentes douleurs présentées par leurs patients et la façon dont ce tri influence le choix de la molécule prescrite, deux niveaux sont donc mis en parallèle :

- une analyse historique à l'échelle « macro » qui retrace l'émergence du marché des antalgiques sur près d'un siècle
- une analyse « micro », au niveau du colloque singulier saisi à travers les entretiens

Nous parlons ici des antalgiques généralistes, prescrits et commercialisés pour être efficaces sur toutes les douleurs, sans en exclure aucune. Ces substances sont donc légales (nous n'évoquerons pas le cas des marchés noirs ou parallèles) et font l'objet d'une production industrielle, même si celle-ci n'est qu'embryonnaire au départ (il ne sera donc pas question des remèdes secrets préparés en officine à l'initiative du pharmacien et qui ne sont pas inscrites au Codex).

La construction sociale du marché des antalgiques au cours du 20^{ème} siècle : une spécification par généralisation.

Le choix d'une source originale : une base de publicités dite « base GEPHAMA »

Retracer l'émergence du marché des antalgiques sur plus d'un siècle présente une difficulté : celle de l'accès à des sources permettant de documenter l'état du marché. Nous avons utilisé le volet français de la base de données « GEPHAMA » qui regroupe toutes les publicités présentes dans une revue diffusée sur l'ensemble de la période et largement consultée par les médecins généralistes : le *Concours médical*¹, et recueilli les publicités tous les cinq ans, de 1915 à 1970. Cette source de données peut sembler incongrue mais pour une étude du marché sur une aussi longue période, les données mobilisables sont rares, qui plus est lorsqu'il s'agit de substances pharmaceutiques, l'industrie qui les produit étant particulièrement rétive à l'idée que les chercheurs

¹ Cette base s'appuie en réalité sur deux revues de référence : le *Concours médical* et le *Deutsche Medizinische Wochenschrift* et permet de travailler sur le cas français et le cas allemand. Pour plus de détails, il est possible de consulter le chapitre de Stephan Felder, Jean-Paul Gaudillière et Ulrike Thoms « Ads, Ads, Ads: The GEPHAMA Database and its Uses » In *The Development of Scientific Marketing in the Twentieth Century Research for Sales in the Pharmaceutical Industry*. (2015).

accèdent à ses archives. Cette source présente un avantage considérable car nombreux sont les médecins qui lisent ou parcourent les revues professionnelles et, par la même occasion, découvrent les publicités qu'elles contiennent. Ainsi, ces publicités offrent une image sans doute fidèle de l'état du marché, dans la mesure où elles permettent d'étudier, non pas l'ensemble des spécialités pharmaceutiques « prescriptibles » mais plutôt l'ensemble des médicaments que les médecins peuvent avoir en tête lorsqu'ils prescrivent puisqu'ils les voient régulièrement apparaître dans les revues.

En effet, de nombreuses études ont insisté sur le rôle joué par la publicité pour les médicaments sur la prescription des médecins [7–10]. Ce lien est bien plus complexe qu'une forme de propagande qui reposerait uniquement sur le volume de publicités diffusées. Les publicités pour les médicaments viennent véritablement sculpter les pratiques de prescriptions dans la mesure où elles sont diffusées par les revues professionnelles que les médecins considèrent comme le moyen privilégié pour accéder à l'information scientifique. L'effet de ces publicités est d'autant plus grand qu'elles sont parfois présentées à proximité des articles qui détaillent les substances promues. La publicité semble alors perdre son caractère promotionnel et devient un moyen d'associer un nom, un logo, une boîte à une étude clinique favorable ou à l'exposé d'un mécanisme d'action d'une molécule. Le praticien y est alors bien plus réceptif que la manière dont lui est présentée le produit lui apparaît de fait comme « scientifique ». Par ailleurs, l'industrie pharmaceutique se caractérise, plus que n'importe quelle autre industrie, par des investissements très importants en matière de marketing, afin de modeler les comportements et les dispositions des prescripteurs. Preuve suffisante que ces stratégies fonctionnent puisque dans le cas contraire, ce type d'investissement aurait été abandonné.

Psychotropes et antalgiques réunis sur un même marché

Que nous apprennent les publicités pour les antalgiques du début du 20^{ème} siècle jusqu'à la fin des années 1960 ? En premier lieu, et paradoxalement, que ce marché n'existe pas avant la Première Guerre Mondiale ! En effet, bon nombre de spécialités vendues sont en fait des panacées, c'est-à-dire des médicaments destinés à lutter contre un grand nombre de maux, dont la douleur.

Pendant l'entre-deux guerres, le nombre de panacées diminue sensiblement et de plus en plus de publicités présentent des spécialités dédiées à une pathologie précise, comme les agents anti-infectieux ou encore des médicaments utilisés contre la syphilis. Les médicaments symptomatiques restent présents mais sont plus souvent associés à un organe ou système précis et ce sont sans doute pour les pathologies digestives que les médicaments sont les plus spécialisés : lutte contre la constipation, la diarrhée, les dysfonctions hépatiques ou biliaires, ou même contre la digestion lente ou difficile, tous ces médicaments affichent des indications plutôt précises et restrictives. C'est donc ce premier ensemble, c'est-à-dire celui des médicaments destinés à lutter contre des douleurs digestives spécifiquement, et notamment les antispasmodiques, et dans une moindre mesure des médicaments utilisés pour lutter contre les douleurs de l'appareil génital féminin (spasmes liés à la grossesse, aux règles douloureuses et irrégulières, douleurs pelviennes liées à la ménopause) qui se détache du grand tout formé par les médicaments utiles pour lutter contre « la douleur ».

Pendant l'entre-deux guerres, émerge peu à un peu un marché de spécialités destinées à lutter contre des affections « nerveuses » dont la douleur fait partie, mais qui ciblent également l'asthénie, les névralgies, les « douleurs nerveuses », etc...(figure 1).

Le point commun de ces médicaments repose sur la mise en évidence de pathologies qui semblent toutes trouver leur origine dans la structure « nerf » et qui sont désignées par le terme de « névralgie ».

Pourquoi ce terme ? Plusieurs raisons peuvent être évoquées.

La première concerne l'avancée des connaissances médicales. En effet, jusque dans les années 1930, les causes de nombreuses pathologies restent inconnues et c'est tout particulièrement le cas de la douleur : le rôle des nerfs dans la conduction du message douloureux est connu, de même que la structure générale du système nerveux mais les détails du fonctionnement de ce système restent obscurs. C'est au cours des années 1930 que se développe une intense recherche sur le rôle du système sympathique dans la douleur. L'étude de ses manifestations (perturbation du rythme cardiaque, transpiration, pâleur, perturbation du système digestif) ainsi que les rôles nouvellement identifiés de l'adrénaline et de l'acétylcholine vont alors permettre d'inclure parmi les troubles liés à la douleur des troubles psychiques, de l'anxiété, de la dépression. La causalité inverse est également pensée puisqu'on imagine alors qu'une perturbation psychique induit chez le patient un

trouble qui est ressenti comme une douleur, dans la lignée des travaux de René Leriche dont l'audience est considérable à partir des années 1930 jusqu'aux années 1950.

La deuxième raison concerne la médecine de guerre, car les combats laissent revenir un grand nombre de soldats qui se plaignent de douleurs bien après que la blessure elle-même a disparu : douleurs du membre fantôme en cas d'amputation, causalgies, douleurs physiques associées à des troubles psychiques, douleurs chroniques après blessures graves, etc... [11]. Ces douleurs sont autant d'interrogations qui viennent encore troubler la question du phénomène douloureux et justifient ainsi que la catégorie aussi englobante de « névralgie » soit employée : après tout, il s'agit bien d'une perturbation massive du système nerveux, mais sans qu'il ne soit possible de savoir exactement de quel ordre elle est.

Ceci explique qu'il soit difficile de distinguer antalgiques et psychotropes jusqu'à la fin de la Seconde Guerre Mondiale et qu'un grand nombre de troubles psychiatriques figurent parmi les indications des antalgiques puisque les indications des médicaments présentés agrègent des pathologies dont l'origine nerveuse encore indéterminée ne permet pas de faire de distinction plus fine. Ainsi, de nombreux antalgiques sont présentés comme « hypnotiques », « sédatifs » ou « calmants », chaque terme pouvant être utilisé pour son double sens : le médicament a un effet psychotrope et calme ou sédate la souffrance (angoisse, insomnie, états nerveux) mais il apaise également les douleurs diverses.

L'invention des antalgiques ou l'histoire d'une spécification par généralisation

Ce n'est qu'à partir de la Seconde Guerre Mondiale que les antalgiques utilisables pour tous types de douleurs sont de plus en plus présents dans les publicités. Certes, la référence à des pathologies nerveuses n'a pas pour autant disparu de leurs indications (au point que certains médicaments font encore parfois figure de panacées comme en début de période), mais il est possible de distinguer de plus en plus de publicités vantant les mérites d'un antalgique actif sur « toutes douleurs », qui soit un « analgésique généraliste » ou qui ait un effet sur les « algies diverses ».

Ce mouvement d'autonomisation des antalgiques rejoint alors les évolutions constatées dans le monde médical. Dans *Douleur et médecine, la fin d'un oubli* (1995), Isabelle Baszanger revient

sur la façon dont s'est construite la médecine de la douleur aux États-Unis et en France à partir de la seconde moitié du 20^{ème} siècle et rappelle que c'est le docteur Bonica qui ouvre la voie à la prise en compte de la douleur, non plus comme symptôme mais bien comme maladie. Bonica propose, dès 1953, dans son ouvrage *The Management of Pain*, de « *diriger l'action médicale sur la douleur elle-même et non pas sur sa cause [ce qui revient à] proposer une approche symptomatique, pourtant largement stigmatisée par le développement d'une médecine clinique et scientifique* ». Ce tournant se concrétise dans les années 1970 en France où la catégorie de « douleur chronique » acquiert une légitimité médicale, d'abord autour de la catégorie de douleurs cancéreuses, puis de celles liées à la fin de vie et enfin, à partir des années 1980, de toute douleur qui dure plus de trois à six mois. Pour ces praticiens, essentiellement issus de l'anesthésie, la douleur ne doit plus être considérée comme un symptôme uniquement, mais comme une véritable maladie qui mérite de devenir la cible d'une prise en charge thérapeutique « pour elle-même » et c'est à ce titre que se développe une thérapeutique de la douleur [4].

Par ailleurs, à partir du milieu des années 1970, de nouvelles recherches font émerger le rôle des récepteurs de l'influx nerveux, et donc de la douleur. Ces recherches s'inscrivent dans la continuité de la théorie de la porte, qui devient la théorie de référence pour rendre compte du phénomène douloureux à partir du milieu des années 1960. Exposée pour la première fois par Melzack et Wall dans un article de 1965 publié dans la revue *Science*, cette théorie repose sur l'existence d'un mécanisme qui agit comme une barrière dans la transmission des signaux induisant une douleur, ceux-ci pouvant être modulés avant qu'il n'y ait perception et réponse. C'est dans ce cadre que s'inscrit en 1973 la découverte par Pert et Snyder des récepteurs opioïdes sur lesquels se fixent la morphine.

Ces recherches bénéficient d'un intérêt nouveau (et de crédits) car elles interviennent au moment où Nixon enclenche une guerre contre l'héroïne, suite aux préoccupations suscitées par l'augmentation de sa consommation au sein de la population mais aussi et surtout parmi les soldats de retour de la guerre du Vietnam. La découverte des récepteurs opioïdes permet de comprendre le mécanisme d'action de la morphine, largement utilisée, mais dont le principe d'action restait inconnu. Les très nombreuses recherches montrent que les récepteurs opioïdes sont très nombreux, hétérogènes, répartis sur différentes zones du système nerveux central, et impliqués dans de nombreux phénomènes physiologiques. L'accent est désormais mis sur les récepteurs périphériques (les nocicepteurs) ou centraux (médullaires), et moins sur le nerf, en tant que structure conductrice

de l'influx électrique. Ceci explique que les publicités d'antalgiques ne ciblent donc plus une structure aussi « grossière » que le nerf et n'ont plus d'action sur la « névralgie » en tant que pathologie liée aux nerfs.

Leurs indications sont redéfinies de manière à prendre en compte l'état des connaissances qui met ici en évidence le rôle joué par les récepteurs opioïdes et les nocicepteurs dans le contrôle de l'influx douloureux.

Cette redéfinition des indications, de la névralgie vers des « douleurs » plus générales, a sans doute été également nourrie par les innovations pharmacologiques qui interviennent suite à l'avancée importante de la recherche sur la douleur. En effet, en affinant le mécanisme précis par lequel l'influx douloureux est perçu, transmis au système nerveux qui réagit en conséquence, les innovations pharmacologiques intègrent ces connaissances : de nouvelles molécules viennent ainsi cibler une composante précise de cette chaîne de transmission, tandis que d'autres, déjà présentes sur le marché, voient leurs indications s'affiner en faveur d'une séquence de ce mécanisme. Ainsi, la catégorie de névralgie va progressivement se dissoudre à mesure que s'affine le mécanisme de connaissance de la douleur. La disparition du terme de « névralgie » tiendrait donc d'une part au fait que la catégorie s'affine peu à peu, et d'autre part, à la meilleure connaissance du phénomène douloureux et de la pharmacologie permettant d'en cibler chacune de ces composantes et qui font des antalgiques généralistes de piètres candidats pour lutter contre les pathologies « du nerf » lui-même.

Paradoxalement, la disparition des termes renvoyant aux douleurs dans les indications des publicités semble marquer l'acte de naissance du marché des antalgiques généralistes, c'est-à-dire efficaces sur la douleur « en soi ». C'est là toute la particularité du marché des antalgiques : à rebours de la majorité des spécialités dont on peut dater l'émergence à partir du moment où leur spécificité est telle que leurs indications permettent de les distinguer des autres spécialités, les antalgiques ne forment un marché bien spécifique que dès lors que leurs indications s'élargissent et se généralisent, c'est-à-dire qu'elles deviennent non spécifiques d'un type de douleur particulier, propre à un organe, à un appareil ou à un système.

Nous voyons donc que le marché des antalgiques ne se distingue que difficilement de celui des psychotropes jusqu'au milieu de 20^{ème} siècle, notamment parce que la douleur est comprise comme une perturbation du nerf et que les produits qui se proposent de lutter contre ce type

d'affliction sont utilisables pour calmer des troubles ostéoarticulaires comme des troubles psychiatriques. Douleurs physiques et douleurs psychiques sont donc indubitablement liées par les produits qui entendent les apaiser.

Mais si les deux types de douleurs sont finalement pendant longtemps envisagées conjointement et que leur distinction, par le biais des médicaments, n'est que tardive, examinons ce qu'il en est dans les pratiques des médecins généralistes. Comprendre comment se fait le choix de tel antalgique c'est revenir à la manière dont les praticiens trient et catégorisent les douleurs. Pour cela, nous avons essentiellement travaillé à partir des entretiens réalisés auprès des praticiens, ainsi que des thèses de médecine générale portant sur la prise en charge de la douleur.

Trier et soigner la douleur en médecine générale

Deux manières de dire et d'exemplifier la douleur

Outre un premier niveau de tri qui vise à déterminer si la douleur peut signaler une pathologie grave ou urgente, le praticien s'attache à trier et catégoriser les plaintes du patient. La grille d'entretien utilise le terme de « douleur » sans plus de distinction et propose aux médecins de décrire ce qu'ils font « lorsque un patient vient le voir pour une douleur ». Cela permet de saisir les termes utilisés par les praticiens pour décrire et catégoriser les douleurs sans n'en imposer aucun au préalable.

Le résultat peut surprendre : dans l'immense majorité des entretiens, les praticiens établissent d'emblée la distinction douleur physique/douleur psychique, et beaucoup plus rarement celle de douleur chronique/douleur aiguë par exemple. Cela ne veut pas pour autant dire que les médecins ne la connaissent pas ; cela signifie plutôt que la dichotomie physique/psychique leur semble plus opératoire, qu'elle leur permet mieux de répondre aux exigences posées par leur travail clinique que la distinction douleur aiguë/douleur chronique qui émerge sous l'impulsion du groupe professionnel particulier des médecins de la douleur [6].

Les généralistes peuvent décrire avec une grande précision ce qu'ils placent derrière chacune de ces catégories : la douleur physique est souvent décrite comme « *somatique* », « *organique* » mais aussi par des termes qui traduisent une forme de jugement de valeur comme « *nette* », « *vraie* » ou « *objective* ». À l'inverse, des termes ou des paraphrases comme « *douleur de mal-*

être », « douleur un peu dépressive », « complexe », « compliquée » ou plus souvent « souffrance » qui permettent de qualifier la douleur psychique.

A chacune de ces catégories est également associée une pathologie-type qui semble incarner le mieux chacune de ces douleurs et là encore, sans qu'aucun trouble ne leur soit suggéré, les praticiens répondent avec une étonnante régularité. La pathologie qui résume le mieux la douleur physique est la colique néphrétique. Pourquoi ? La douleur est vive, facilement catégorisable avec un examen physique simple et surtout, elle peut être calmée rapidement le plus souvent avec de la morphine. Pour la douleur psychique en revanche, les exemples sont parfois plus variés : colopathie fonctionnelle, douleurs touchant différents organes successivement, céphalées de tension ou encore fibromyalgie. Une seule pathologie semble se détacher car elle est présente dans tous les entretiens et est citée comme exemple-type de la douleur psychique ou bien apparaît en filigrane de toutes les prises en charge décrites comme relevant du domaine « psy » : la lombalgie. Les praticiens lient alors souvent son apparition au milieu professionnel, comme le résultat d'une mauvaise posture ou le port de charge lourde, mais aussi en tant que traduction physique d'une ambiance de travail dégradée, d'un emploi déconsidéré ou qui n'apporte aucune satisfaction.

Douleur physique / douleur psychique comme catégories antithétiques qui guident le diagnostic

Mais ces catégories ne sont pas de simples éléments de discours, ce sont aussi des outils pratiques mobilisés lors du diagnostic. Les praticiens commencent en effet par envisager la douleur comme physique, en posant des questions qu'ils ont souvent du mal à énumérer tant elles leur semblent « simples », « classiques », ou « habituelles ». Il en ressort l'impression que la douleur physique ne fait pas problème, malgré la très grande variabilité des questions posées (certains praticiens se concentrent sur l'intensité de la douleur, d'autres sur le type de sensation comme la brûlure ou la déchirure ; d'autres sur la brutalité de son apparition, son caractère constant ou intermittent ; d'autres encore sur l'efficacité des moyens déjà déployés pour la soulager).

A côté de ces questions dites « classiques », les questions destinées à évaluer les douleurs dites psychiques sont bien différentes.

Plus générales dans l'ensemble, elles portent sur le travail, la famille, le couple, etc. voire se résument à un « *sinon, ça va dans votre vie ?* ». Surtout, ces questions sont posées « à la fin » : lorsque le bilan somatique est négatif, que les examens complémentaires reviennent sans montrer de lésion particulière ou d'anomalie biologique et que les consultations se répètent sans qu'il n'y ait d'amélioration [12]. Plus encore, ce changement de registre douloureux fait largement appel à une forme d'intuition qui demande une grande attention et disponibilité de la part du médecin. Cela se résume souvent à un « *quelque chose* » qu'« *on sent derrière* », « *qu'on ressent* », pour le dire autrement, des savoirs opératoires perçus par les praticiens comme relevant d'une disposition personnelle qu'ils évoquent avec gêne mais qui font pourtant partie des compétences acquises par l'expérience, la connaissance de leur patientèle et qui mobilisent aussi des compétences directement liées à la gestion de la consultation, à la manière de susciter la confiance ou au contraire, de mettre un terme à l'interaction pour gérer le temps qui passe.

Ces deux registres pour décrire et catégoriser les douleurs apparaissent donc bien comme disjoints à la fois dans l'ordre du discours et dans celui des pratiques. Douleur physique et douleur psychique ne seraient pas seulement deux registres de prise en charge différents mais bien deux ensembles irréconciliables voire antithétiques.

De la facilité à trier les douleurs... à la difficulté de faire accepter ce tri

Cependant, un élément attire l'attention : lorsque les praticiens évoquent le passage du registre physique au registre psychologique, beaucoup signalent que celui-ci n'est pas toujours fluide et qu'il crée de l'instabilité dans l'interaction. Pourquoi ?

Le problème semble moins tenir à l'opération de tri que les médecins enquêtés doivent réaliser pour départager ce qui relève de la douleur physique et de la douleur psychique – en témoigne la relative facilité avec laquelle ceux-ci semblent pouvoir distinguer l'une et l'autre. Pour les omnipraticiens, la difficulté tiendrait plutôt dans la possibilité de faire accepter le résultat de ce tri au patient si la douleur dont il souffre est d'origine psychique. Cette piste d'explication est détaillée par les médecins qui décrivent le cheminement que doit faire le patient pour accepter que sa douleur puisse avoir « une autre cause ». Le problème serait donc moins un problème de diagnostic qu'un problème d'étiquetage difficilement accepté par le patient.

Les praticiens décrivent cette phase de négociation au cours de laquelle ils doivent faire accepter au patient le résultat de l'opération de tri qu'ils ont réalisée à partir du récit que le malade a fait de sa douleur, de ses gestes, de ses expressions, mais aussi de l'examen clinique pratiqué ou encore de la connaissance que les praticiens ont de ses antécédents et de son cadre de vie. Les praticiens doivent alors attendre ce qu'ils appellent « le bon moment ». Dans certains cas, cela passe par des stratégies qui leur permettent d'« organiser la discussion » c'est-à-dire ébaucher des liens entre la douleur et certains événements quotidiens ou passés du patient ou certaines tensions qu'il peut ressentir [5,13].

Mais les généralistes doivent garder à l'esprit que la marge de négociation du patient est importante et donc qu'il peut ne pas être d'accord avec cette interprétation de la situation et ainsi rompre la relation. La médecine de ville est à ce titre intéressante car elle place le patient dans une autre situation que celle de l'hôpital, où le travail du patient est bien souvent invisibilisé ou dans tous les cas, très fortement contraint par le cadre hospitalier [14]. A l'inverse, la médecine de ville laisse au malade une plus grande marge de manœuvre : la pluralité des professionnels de santé qui est l'apanage de l'hôpital est remplacée par l'unicité du praticien et le cadre de la consultation au cabinet restreint le pouvoir du médecin dans le temps et dans l'espace. Par ailleurs, la douleur comme expérience individuelle et personnelle donne un rôle de premier plan au patient pour rendre compte de son trouble [6]. Nous comprenons mieux pourquoi le praticien perçoit la négociation qui entoure la prise en charge de la douleur comme particulièrement délicate car le patient « *a toujours à sa portée la possibilité de quitter le cabinet et, au lieu d'y revenir, de chercher ailleurs un consultant qui aborde la maladie et son traitement dans des termes qui lui sont plus familiers* », et ce d'autant plus que le patient qui se présente en consultation de médecine de ville « *est à un stade de sa maladie relativement précoce et [n'est] pas encore vaincu par la douleur ou la peur* » (p. 307) [14]. Cela explique également pourquoi la négociation se joue sur un aspect aussi fondamental que « ce qui doit être pris en charge » plutôt que sur la forme de la prise en charge elle-même. Dans ce contexte, il est alors impossible pour le généraliste d'imposer une prise en charge. Il doit au contraire, faire en sorte que le résultat de la négociation aboutisse à l'accord du patient sur l'origine (psychique) de la douleur.

Les « médicaments-frontières » ou l'antalgique-psychotrope comme solution

Mais lorsque la négociation apparaît comme couteuse ou d'emblée infructueuse, qui plus est lorsque l'injonction à prescrire quelque chose contre la douleur se fait forte, les médecins doivent donc prescrire ce que nous appellerons des « médicaments-frontières ».

Ces produits permettent d'entretenir le flou autour du tri « douleur physique/douleur psychique » et remplissent le rôle d'antalgiques psychotropes, sur les principes des *boundary-objects* ou objets-frontières [15]. En effet, ces médicaments, utilisés à la fois comme psychotropes, ciblent des troubles de l'humeur ou de l'anxiété. Mais ils sont également prescrits comme anti-douleurs, pour leur action sur le contrôle de l'influx nerveux. Par conséquent, ils sont donc « *suffisamment plastique[s] pour s'adapter aux besoins locaux et aux contraintes des divers groupes qui [les]utilisent* », en l'occurrence ici des médecins et des patients, « *tout en étant suffisamment robuste[s] pour maintenir une identité commune d'un site à l'autre* » (*op. cit.*, p. 393), c'est-à-dire qu'en tant que médicaments du système nerveux, ils permettent d'en calmer les troubles, physiques ou psychiques.

Ces objets-frontières sont dotés d'une « flexibilité interprétative », c'est-à-dire qu'ils peuvent prendre des significations différentes pour des acteurs hétérogènes qui n'ont alors pas besoin de s'entendre sur la définition qu'ils en donnent, voire peuvent en avoir des interprétations différentes.

Pour les médecins, ces médicaments peuvent être prescrits comme des antalgiques mixtes, donc utilisables pour tous types de douleurs, voire comme des psychotropes (antidépresseurs surtout) ; tandis que pour les patients, ils seront identifiés comme des antalgiques pluralistes. L'ambiguïté, et par conséquent le caractère frontière de ces médicaments est entretenu par la notice du médicament, dont la lecture permet de donner corps à l'une ou l'autre de ces interprétations. Parmi ces médicaments-frontières cités dans les entretiens, deux présentent des fréquences de citation très élevées et représentent pour les praticiens la possibilité de « jouer sur les deux tableaux » : il s'agit du Laroxyl®, et dans une moindre mesure, du Lyrica®.

De part la diversité des situations évoquées dans les entretiens, il est cependant difficile de savoir si ces médicaments frontières représentent une aubaine pour les médecins permettant une « ruse » en entretenant le mensonge par omission ou s'ils incarnent une réelle opportunité de pouvoir prendre en compte des douleurs qui résulteraient d'un entrecroisement entre composante physique et psychique, sans qu'il soit possible de les isoler.

Conclusion

Psychotropes et antalgiques apparaissent bien comme deux catégories de médicaments historiquement indissociables jusqu'au milieu du siècle, conçus pour lutter contre les névralgies, c'est-à-dire les pathologies « des nerfs », que ces perturbations soient à l'origine d'une souffrance psychique ou d'une douleur physique. Ce n'est qu'après la Seconde Guerre Mondiale et notamment les connaissances nouvelles portées par la médecine de guerre que les antalgiques se distinguent plus nettement des psychotropes, ciblant exclusivement la douleur, sans précision supplémentaire.

Mais cette séparation à l'échelle des marchés se retrouve-t-elle à l'échelle des pratiques thérapeutiques ? En s'intéressant spécifiquement à la prise en charge de la douleur par les médecins généralistes, ceux-ci mettent bien en évidence l'idée qu'il existerait une séparation nette entre douleur physique et douleur psychique puisque c'est cette dichotomie qu'ils convoquent spontanément pour catégoriser les douleurs dont se plaignent leurs patients. Ces deux catégories apparaissent non seulement comme cloisonnées dans l'ordre du discours (elles ne sont pas exemplifiées et décrites de la même façon) mais elles apparaissent surtout comme inconciliables dans l'ordre des pratiques diagnostiques : les douleurs physiques sont envisagées en premier et sont cadrées par un diagnostic au moins succinct, tandis que les douleurs psychiques sont envisagées ensuite, une fois le registre somatique épuisé et qu'il ne reste plus que cette hypothèse diagnostique.

Si les omnipraticiens semblent facilement réaliser ce tri lors de la phase diagnostique, ils se confrontent à la difficulté de faire accepter le résultat de ce tri au patient, c'est-à-dire de faire accepter qu'une douleur qu'il pense physique a sans doute une origine psychique. Le risque de rupture dans le colloque singulier est alors fort pour des praticiens pour lesquels le suivi sur le temps long et la fidélisation d'une patientèle représente un enjeu.

C'est dans ce cadre que certains praticiens évoquent l'utilisation des « médicaments-frontières » permettant de réconcilier les deux classes de médicaments, psychotropes et antalgiques. L'utilisant des médicaments comme le Laroxyl® ou le Lyrica®, les dispensent de l'obligation d'expliquer au patient le résultat du tri qu'ils ont fait et donc du diagnostic. Du fait de leurs indications polyvalentes, ces « médicaments-frontières » permettent au praticien de « donner quelque chose » dont il attend un effet psychotrope mais qui, pour le patient, aura les caractéristiques d'un antalgique. Ainsi, si la séparation de plus en plus nette dans la pharmacopée

entre psychotropes et antalgiques se retrouve bien dans la manière dont les omnipraticiens raisonnent et catégorisent les douleurs, l'ambiguïté qui existait pendant longtemps entre ces deux classes persiste et peut être mobilisée de manière stratégique, par les généralistes afin de mieux prendre en charge les douleurs de leurs patients.

L'importance donnée à ces « médicaments-frontières » explique le succès rencontré par le Di-Antalvic en médecine générale. Bien que sa composition ne laisse aucune ambiguïté sur le fait qu'il soit « uniquement » un antalgique, lorsqu'on s'intéresse à la manière dont les médecins généralistes le prescrivaient, on s'aperçoit qu'il était souvent utilisé dans les cas où s'entrelacent souffrance psychique et douleur organique. En tant qu'antalgique accessible uniquement par ordonnance, le Di-Antalvic jouissait de l'image de « vrai médicament » qui constituait par conséquent une réponse crédible que le praticien pouvait apporter à la douleur du patient. Mais en tant qu'antidouleur qui occasionnait peu d'effets indésirables, il pouvait également être donné sur le long cours, sans que cela ne nuise au patient... et donc même dans les situations où le praticien cherchait à « donner quelque chose » pour garder un lien, apporter une réponse sans parfois croire à l'efficacité du médicament mais en étant sûr au moins que cette réponse médicamenteuse ne serait pas délétère. C'est tout particulièrement visible pour les praticiens qui déclaraient prescrire du Di-Antalvic pour les patients atteints de lombalgies chroniques : ceux-ci décrivent des situations où c'est plus l'acte de prescrire en lui-même qui compte que la substance effectivement prescrite (dont ils attendent plus une absence d'effets secondaires qu'une efficacité réelle). A l'inverse, le tramadol, parce qu'il est plus pourvoyeur d'addiction et d'effets indésirables parfois forts et souvent imprévisibles semble représenter l'antithèse presque parfaite de ce schéma de prescription.

Déclaration d'intérêts

L'auteur n'a pas transmis les éventuels liens d'intérêts en relation avec cet article

Références

- [1] Labarthe G 2004 Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. *Etudes Résultats* 11
- [2] Rosman S 2010 Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale* Métiers Santé Social ed F-X Schweyer and G Bloy (Rennes: Presses de l'EHESP) pp 117–29
- [3] Eberhart J 2020 *Douleurs et antidouleurs en médecine générale. Une sociologie de la prescription*. (Paris: École des Hautes Etudes en Sciences Sociales)
- [4] Baszanger I 1990 Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur. *Rev. Fr. Sociol.* **31** 257–82
- [5] Baszanger I 1991 Déchiffrer la douleur chronique. Deux figures de la pratique médicale. *Sci. Soc. Santé* **9** 31–78
- [6] Baszanger I 1995 *Douleur et médecine, la fin d'un oubli* (Paris: Seuil)
- [7] Greene J A 2008 *Prescribing by Numbers. Drugs and the Definition of Disease*. (Baltimore: Johns Hopkins University Press)
- [8] Greene J A and Watkins E S 2012 *Prescribed : writing, filling, using and abusing the prescription in modern America* (Baltimore: John Hopkins University Press)
- [9] Gaudillière J-P and Thoms U 2013 *Pharmaceutical firms and the construction of drug markets : From branding to scientific marketing* vol 29
- [10] Sismondo S and Greene J A 2015 *The Pharmaceutical studies reader* (New York: Wiley Blackwell)
- [11] Rey R 2011 *Histoire de la douleur* (Paris: La Découverte)
- [12] Haxaire C 2007 L'entité "souffrance psychique" en médecine générale : nommer la discordance... et après ? *Représenter, classer, nommer. Regards croisés sur la médecine*.
- [13] Desfontaines H 2012 Corps souffrant, corps malade. La réception des plaintes lombalgiques en médecine générale *Sci. Soc. Santé* **30** 5–23
- [14] Strauss A 1992 *La trame de la négociation: Sociologie qualitative et interactionnisme* (Editions L'Harmattan)
- [15] Star S L and Griesemer J R 1989 Institutional ecology, "translations" and boundary objects : amateurs and professionals in Berkeley's museum of vertebrate zoology, 1907-39 *Soc. Stud. Sci.* **19** 387–420

Figure 1. Publicité pour l'Algocratine Indications : « Migraines, névralgies, sciaticques, douleurs nerveuses, règles douloureuses ». Source : *Le Concours Médical* (1925)

