



HAL
open science

Les médecins généralistes de l'Isère et la PCA de morphine à domicile chez le patient douloureux et atteint de cancer en soins palliatifs : évaluation d'intérêt et de connaissances

Caroline Pedussaut

► **To cite this version:**

Caroline Pedussaut. Les médecins généralistes de l'Isère et la PCA de morphine à domicile chez le patient douloureux et atteint de cancer en soins palliatifs : évaluation d'intérêt et de connaissances. Médecine humaine et pathologie. 2010. dumas-00623110

HAL Id: dumas-00623110

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00623110v1>

Submitted on 13 Sep 2011

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.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2010

N° d'ordre

**Les médecins généralistes de l'Isère
et la PCA de morphine à domicile
chez le patient douloureux et atteint de cancer en
soins palliatifs:
Evaluation d'intérêt et de connaissances**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Caroline PEDUSSAUT

Née le 23 Novembre 1979 à Grenoble (38)

Thèse soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Grenoble
Le 10 Novembre 2010

Devant le jury composé de:

Président du jury:

Monsieur le Professeur Emile REYT

Membres:

Monsieur le Professeur Denis MORO-SIBILOT

Monsieur le Professeur Benoît ALLENET

Madame le Docteur Guillemette LAVAL

Remerciements

Merci aux membres du jury, pour être restés disponibles et respectueux de votre engagement auprès de moi, après deux reports de soutenance.

Monsieur le Professeur Emile Reyt. Mes passages comme externe puis comme interne en Soins Palliatifs, dans votre service, le 6^{ème} L, restent des expériences riches en rencontres avec une équipe chaleureuse et des patients attachants. C'est avec grand plaisir que je continue notre collaboration par mon activité actuelle.

Monsieur le Professeur Denis Moro-Sibilot. J'ai effectué mon premier stage d'internat dans votre service, le 4^{ème} D, où j'ai été confrontée à des leçons de vie qui m'ont naturellement guidée vers les Soins Palliatifs et l'Accompagnement. Je suis également ravie de continuer notre collaboration par mon activité actuelle.

Monsieur le Professeur Benoît Allenet, merci pour avoir accepté de juger ce travail.

Madame le Docteur Guillemette Laval. Merci pour ton enseignement sur le savoir-faire et le savoir-être en Soins Palliatifs et Accompagnement. Les mois passés au sein de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs ont été une expérience humaine forte, chargée d'émotions et d'apprentissages. Je suis heureuse de poursuivre notre collaboration par mon activité actuelle.

Je dédie cette thèse à mes filles Angélique et Romane, vous êtes mes plus belles réussites.

A Jean-Michel, ta présence, ton soutien me sont indispensables. Merci pour tout.

A ma maman. Trouve ici toute ma reconnaissance. Je suis là grâce à toi.

A mon papa, parti trop tôt, toujours présent.

A mon grand frère, merci pour tous mes beaux souvenirs d'enfance partagée. Merci pour ton soutien.

A mes beaux-parents pour m'avoir accueillie comme leur fille et pour leur disponibilité au quotidien pour leurs petites-filles.

A tous mes amis, à tous nos bons moments passés, à tous ceux à venir.

A Caro et Alex. Notre amitié est précieuse, merci d'être dans ma vie.

A Laeti, Nad, Véro. Ensemble, nous sommes devenues médecins et mamans. Merci pour votre présence et votre soutien dans tous les événements déterminants de ma vie.

A toute l'équipe de Verlaine. Merci pour votre accueil, votre joie de vivre. Vous pouvez être fiers de votre professionnalisme et du travail accompli au quotidien.

A tous mes patients, passés, présents, à venir. Merci pour vos leçons de vie.

Et enfin, merci à toi, lumière éphémère, de continuer à veiller sur moi.

Plan général

Remerciements	1
Introduction	6
1. Préambule	8
1.1. PCA: QU'EST CE QUE C'EST ?	8
1.2. UTILISATION DE LA PCA A DOMICILE	9
1.3. LE MEDECIN GENERALISTE ET LA PCA	9
2. Etude d'évaluation d'intérêt et de connaissances des médecins généralistes de l'Isère pour la PCA de morphine à domicile chez le patient douloureux et atteint de cancer en soins palliatifs	11
2.1. OBJECTIFS	11
2.2. MATERIEL ET METHODES	11
2.3. RESULTATS.....	13
3. Discussion	25
3.1. ANALYSE DE LA POPULATION DE REpondants	25
3.2. LES MEDECINS GENERALISTES ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	25
3.3. LES MEDECINS GENERALISTES, L'UTILISATION ET LA CONNAISSANCE DE LA PCA ..	26
3.4. LES MEDECINS GENERALISTES ET LA FORMATION EN SOINS PALLIATIFS	27
3.5. LA PCA, QUEL COUT ?.....	29
Conclusion	Erreur ! Signet non défini.
Références bibliographiques	32
Annexes	35
ANNEXE 1	36
ANNEXE 2	37
ANNEXE 3	45

Sommaire détaillé

Remerciements	1
Introduction	6
1. Préambule	8
1.1. PCA: QU'EST CE QUE C'EST ?	8
1.1.1. DEFINITION.....	8
1.1.2. DESCRIPTION	8
1.1.3. PROGRAMMATION	8
1.1.4. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.....	8
1.2. UTILISATION DE LA PCA A DOMICILE	9
1.3. LE MEDECIN GENERALISTE ET LA PCA	9
2. Etude d'évaluation d'intérêt et de connaissances des médecins généralistes de l'Isère pour la PCA de morphine à domicile chez le patient douloureux et atteint de cancer en soins palliatifs	11
2.1. OBJECTIFS.....	11
2.2. MATERIEL ET METHODES	11
2.2.1. TYPE D'ETUDE ET POPULATION.....	11
2.2.2. DESCRIPTION DU QUESTIONNAIRE	12
2.2.3. METHODE STATISTIQUE	13
2.3. RESULTATS.....	13
2.3.1. POPULATION DES REpondANTS	13
2.3.1.1. Sexe et âge	13
2.3.1.2. Répartition géographique.....	14
2.3.1.3. Type d'activité médicale	14
2.3.1.4. Ancienneté d'exercice	15
2.3.1.5. Travail avec un réseau Soins Palliatifs ou Douleur.....	15
2.3.1.6. Formation en Soins Palliatifs ou Douleur (SPD).....	15
2.3.1.7. Activité en Soins Palliatifs	15
2.3.1.8. Utilisation de PCA.....	15
2.3.2. ANALYSE DES AUTO-EVALUATIONS PAR EVA	16
2.3.2.1. EVA 1: Prise en charge de la douleur en général.....	16
2.3.2.2. EVA 2: Prise en charge de la douleur d'origine cancéreuse	16
2.3.2.3. EVA 3: Utilisation de la PCA de morphine dans la prise en charge de la douleur d'origine cancéreuse en soins palliatifs.....	17
2.3.2.4. EVA 4: Niveau de connaissance sur la PCA de Morphine.....	18
2.3.2.5. EVA 5: Intérêt pour l'acquisition de connaissances sur la PCA.....	19
2.3.3. ANALYSE DES REPONSES AUX QUESTIONS DE CONNAISSANCES	21
2.3.3.1. Analyse des réponses aux questions une par une	21
2.3.3.1.1. Question 1	21
2.3.3.1.2. Question 2	21
2.3.3.1.3. Question 3	22
2.3.3.1.4. Question 4	22
2.3.3.1.5. Question 5	22
2.3.3.1.6. Question 6	22
2.3.3.1.7. Question7	22

2.3.3.1.8. Question 8	22
2.3.3.1.9. Question 9	23
2.3.3.1.10. Question 10	23
2.3.3.1.11. Question 11	23
2.3.3.1.12. Question 12	23
2.3.3.2. Analyse du total de réponses justes	23
2.3.3.2.1. selon la présence d'une formation.....	23
2.3.3.2.2. selon l'activité en soins palliatifs	24
3. Discussion	25
3.1. ANALYSE DE LA POPULATION DE REpondants	25
3.2. LES MEDECINS GENERALISTES ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	25
3.3. LES MEDECINS GENERALISTES, L'UTILISATION ET LA CONNAISSANCE DE LA PCA ..	26
3.4. LES MEDECINS GENERALISTES ET LA FORMATION EN SOINS PALLIATIFS	27
3.5. LA PCA, QUEL COUT ?	29
Conclusion	Erreur ! Signet non défini.
Références bibliographiques.....	32
Annexes	35
ANNEXE 1	36
ANNEXE 2	37
OUTILS PRATIQUES POUR LA PRESCRIPTION ET L'UTILISATION DE LA PCA A L'HOPITAL ET A	
DOMICILE POUR L'ADMINISTRATION DE MORPHINE CHEZ LE PATIENT ATTEINT DE CANCER ET	
DOULOUREUX EN SOINS PALLIATIFS	38
COMMENT UTILISER LA PCA?	40
FICHE DE SURVEILLANCE DE PCA DE MORPHINE.....	42
ANNEXE 3	45

Introduction

La fréquence des plaintes douloureuses augmente avec l'évolution de la maladie cancéreuse, atteignant 75% des patients atteints de cancer en stade avancé [1]. Dans ce dernier cas, le soulagement de la douleur ainsi que des autres symptômes devient l'objectif principal du traitement [2]. A ce stade également, les douleurs sont majoritairement cotées de modérées à sévères [3].

Les antalgiques opioïdes forts doivent être utilisés dans les douleurs d'origine cancéreuse d'intensité modérée à sévère [2]. La morphine orale est l'opioïde de niveau 3 OMS de première intention [4].

Lorsque l'administration par voie orale est impossible, l'administration parentérale continue de morphine avec antalgie autocontrôlée est privilégiée par rapport aux autres voies plus invasives [4].

Lorsque les indications sont bien posées, la technique d'auto-antalgie par pompe portable est une technique facile à mettre en œuvre, fiable, adaptable. Elle permet une bonne autonomie et un réel confort du malade [4], notamment à domicile.

Début 2006, la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) a publié des recommandations de bonnes pratiques pour l'indication et l'utilisation de la PCA (Patient-Controlled Analgesia) à l'hôpital et à domicile pour l'administration de morphine chez le patient atteint de cancer et douloureux, en soins palliatifs [5].

Cette thèse a pour objet l'évaluation de l'intérêt et des connaissances des médecins généralistes sur cette technique d'administration de la morphine dans le contexte posé par les recommandations de la SFAP. Elle est composée de trois parties.

Tout d'abord, il s'agit de faire une présentation de la PCA de morphine (composition, indications, contre-indications), de préciser son intérêt à domicile et de positionner le médecin généraliste dans sa gestion, son initiation.

Ensuite, je vous présente l'étude d'évaluation de l'intérêt et des connaissances des médecins généralistes de l'Isère sur l'administration de la morphine par PCA chez les patients douloureux en soins palliatifs.

J'analyse ainsi les autoévaluations, réalisées par Echelles Visuelles Analogiques, des médecins généralistes sur leur prise en charge de la douleur, celle d'origine

cancéreuse en particulier, sur leur niveau de connaissances de la PCA, sur leur intérêt pour cette technique d'administration de la morphine.

Ensuite je développe l'analyse objective de leur niveau de compétence par l'étude de leurs réponses à des questions de connaissances sur la douleur, les opioïdes et la PCA.

J'essaie également de mettre en évidence certains facteurs qui influent significativement sur ces différents résultats.

Enfin, la dernière partie est une discussion sur les résultats de l'étude décrite plus haut, ainsi que sur les facteurs qui influencent ou non les résultats de l'étude. Elle s'ouvre sur des propositions d'amélioration de ces connaissances par des mesures d'information et de formation des médecins généralistes.

1. Préambule

1.1. PCA: qu'est ce que c'est ?

1.1.1. Définition

La PCA de morphine (Patient Controlled Analgesia = Analgésie Contrôlée par le Patient) est un système portable d'administration parentérale (voies sous-cutanée ou intraveineuse) de morphine permettant au patient de recevoir un débit continu de morphine et à sa demande, des doses unitaires supplémentaires de morphine par auto-administration (bolus).

1.1.2. Description

Elle est composée d'une pompe, portable, contrôlée par un microprocesseur programmable.

Cette pompe comprend un boîtier (avec écran de lecture et clavier de programmation), un réservoir souple ou rigide, un bouton-poussoir de déclenchement de bolus connecté à la pompe par un câble [Annexe 1].

1.1.3. Programmation

La programmation est de responsabilité infirmière, elle suit la prescription médicale [6].

Cette prescription comporte les éléments suivants, indispensables [4]:

- débit continu par 24 heures correspondant à la dose de fond reçue par 24 heures sans les bolus,
- dose du bolus possible en auto-administration,
- période réfractaire correspondant à l'intervalle de temps minimum entre deux bolus autorisés. C'est la sécurité de cette technique, le patient ne peut pas recevoir de bolus pendant cet intervalle.

1.1.4. Indications et contre-indications

Les principales indications de la PCA de morphine chez le patient atteint de cancer et douloureux sont:

- des accès douloureux paroxystiques fréquents nécessitant des suppléments antalgiques rapidement efficaces [4] [7] [8],
- des difficultés à poursuivre un traitement morphinique oral ou transdermique, ces voies d'administration devenant impossibles ou inadaptées [9], comme lors de troubles digestifs majeurs [4],

- des effets indésirables ou des douleurs non contrôlés après différents traitements opioïdes per os ou transdermiques (rotation d'opioïdes) [4],
- la nécessité d'une titration rapide en cas de douleur intense,
- la polymédication gênante pour le patient [4].

Les principales contre-indications sont [4] [10]:

- non-coopération du patient ou de sa famille par refus ou par incapacité à comprendre la technique,
- patient avec troubles des fonctions supérieures,
- absence de formation du personnel médical et paramédical en charge du patient.

1.2. Utilisation de la PCA à domicile

L'utilisation de cette technique d'administration est de plus en plus fréquente dans la prise en charge de la douleur du patient atteint de cancer en soins palliatifs.

Dès 1996, il est démontré que cette utilisation à domicile était sans danger, efficace, rendant cette technique d'administration supérieure à l'analgésie par voie orale [11]. Elle permet de traiter plus facilement les douleurs réfractaires en évitant les hospitalisations au long cours ou les interventions agressives pour la prise en charge de la douleur [12].

De nouveau en 2007, il est démontré [13] que l'utilisation de la PCA à domicile par rapport au traitement usuel per os ou transdermique, apportait un meilleur contrôle de la douleur et limitait les hospitalisations pour prise en charge antalgique.

L'intérêt de cette technique réside dans le fait qu'elle soit facile à mettre en œuvre, fiable, adaptable. Elle permet une bonne autonomie et un réel confort du malade [4], notamment à domicile.

1.3. Le médecin généraliste et la PCA

Pour les patients atteints de cancer en soins palliatifs à domicile, le médecin généraliste est le médecin de premier recours. C'est le seul qui peut se rendre au chevet du patient si celui-ci ne peut se déplacer au cabinet de consultations [14]. Il est l'interlocuteur privilégié pour le patient, sa famille, les soignants intervenant à domicile.

Ce rôle central est très important pour la prise en charge des symptômes liés à une maladie cancéreuse évoluée.

Le médecin généraliste est au cœur du maintien d'un patient à domicile. C'est souvent lui qui prend la décision de l'hospitalisation en pesant les avantages et

les inconvénients tout en essayant de répondre au souhait du patient, par exemple de rester chez lui.

Dans ce contexte, devant l'intérêt notable de la PCA de morphine chez les patients atteints de cancer en soins palliatifs à domicile, le médecin généraliste a un double rôle.

Tout d'abord, celui modeste de suivre un patient porteur de PCA, initiée lors d'une hospitalisation. Comme dit plus haut, l'usage de la PCA est recommandé si le personnel médical et paramédical est formé. Il doit pouvoir surveiller l'efficacité et la tolérance de ce mode d'administration de morphine, ré-expliquer l'intérêt, les objectifs.

Mais surtout, il tient un rôle potentiel de prescripteur initial. En effet, en étant en première ligne devant les symptômes à domicile, il est donc régulièrement face à la douleur cancéreuse et aux difficultés inhérentes à sa prise en charge [14]. Il doit pouvoir proposer le traitement antalgique adapté à la situation de son patient et donc, indiquer la PCA selon les recommandations de la SFAP qui lui sont spécifiquement adressées puisque développées en grande partie pour le domicile.

2. Etude d'évaluation d'intérêt et de connaissances des médecins généralistes de l'Isère pour la PCA de morphine à domicile chez le patient douloureux et atteint de cancer en soins palliatifs

2.1. Objectifs

Cette enquête, réalisée auprès des médecins généralistes de l'Isère, a pour objectifs principaux d'évaluer l'intérêt de ces médecins pour cette technique d'administration de la morphine, d'évaluer leurs connaissances sur ce sujet et de déterminer si elles sont liées à certains paramètres (âge, lieu d'installation, formation...).

Les objectifs secondaires sont d'informer ces praticiens sur cette technique, de leur transmettre des aides à la prescription, à l'information des patients et à la surveillance de son utilisation [Annexe 2].

2.2. Matériel et méthodes

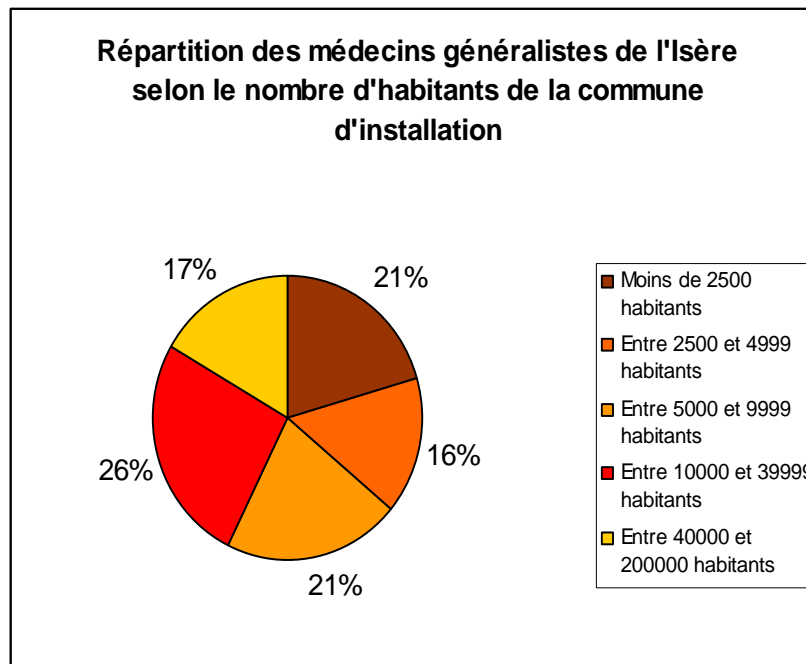
2.2.1. Type d'étude et population

Cette enquête, prospective est réalisée du 15 décembre 2006 au 15 janvier 2007, par courrier. Un questionnaire est envoyé le 15 décembre, à chaque médecin, accompagné des plaquettes d'information sur la PCA de morphine et d'une enveloppe de retour en libre-réponse afin d'optimiser le nombre de réponses. La base de données est figée le 22 janvier 2007 soit 5 jours après la date limite de réponse souhaitée.

La population choisie est l'ensemble des médecins généralistes installés en Isère. Pour les inclure, j'ai décidé de prendre tous ceux dont les coordonnées figuraient dans l'annuaire des Pages Jaunes 2006, sous la rubrique « Médecine générale » en prenant aussi en compte ceux qui se sont « spécialisés » tels que ceux figurant dans « Médecine Générale-Homéopathie » ou « Médecine Générale-Acupuncture » etc....

Au total, 1039 médecins sont interrogés. Cette population a les caractéristiques suivantes :

- 70% d'hommes,
- la répartition des médecins selon le nombre d'habitants de leur commune d'installation est présentée ci-après :



2.2.2. Description du questionnaire

Le questionnaire [Annexe 3] utilisé est composé de plusieurs parties.

Une première partie descriptive précisant :

- sexe, âge
- l'activité médicale : citadine, semi-rurale, rurale
- l'ancienneté d'exercice : moins de 10 ans, 10 à 20 ans et plus de 20 ans,
- les liens avec les soins palliatifs : travail antérieur avec un réseau de SP ou de douleur, formation en soins palliatifs ou douleur,
- l'activité en soins palliatifs avec le nombre de patients en soins palliatifs suivis par an,
- l'utilisation de la PCA de morphine par une évaluation du nombre de patient avec PCA suivis dans les 3 derniers mois.

Ensuite, une seconde partie subjective, sous forme d'échelle visuelle analogique composée de cinq questions. Ces questions leur demandant d'évaluer leur prise en charge de la douleur en général, de la douleur d'origine cancéreuse en soins palliatifs, leur utilisation de la PCA de morphine en soins palliatifs, leur niveau de connaissance de la PCA de morphine et enfin d'évaluer leur intérêt pour l'acquisition de compétences sur la PCA.

Enfin, une dernière partie objective composée de douze questions évaluant leurs connaissances en matière de douleur (2), d'opioïdes (2), et de PCA (7) ; onze questions sous forme de Vrai/Faux, une avec réponse ouverte.

2.2.3. Méthode statistique

Les réponses sont codées afin de pouvoir être analysées sur Excel. Ces données sont analysées de manière descriptive, certaines avec calculs de moyenne et de médiane, certaines avec des tests non paramétriques type khi deux et analyse de variance.

2.3. Résultats

2.3.1. Population des répondants

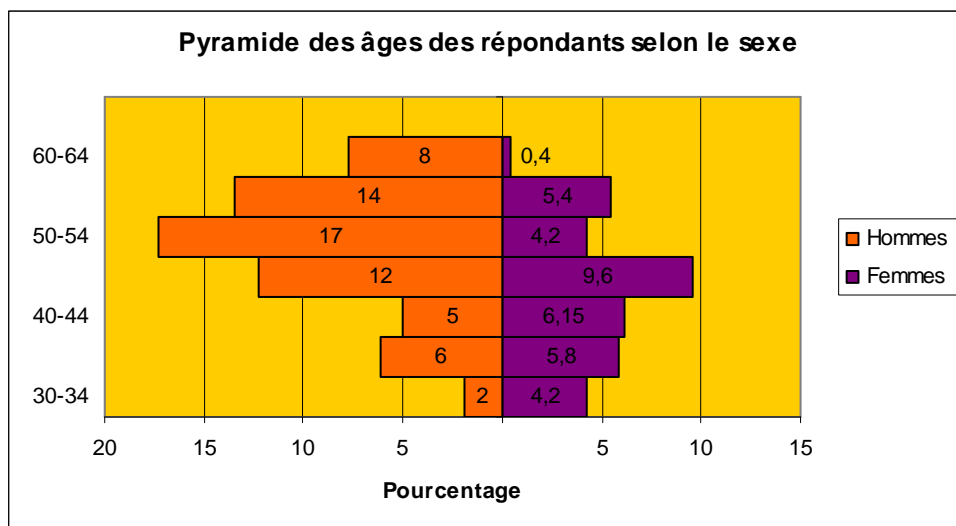
Un total de 263 questionnaires est reçu. Les questionnaires retournés partiellement remplis sont pris en compte. Ceux-ci sont au nombre de 3 : un précise sa spécialisation en homéopathie exclusive, un précise son absence d'intérêt pour cette enquête et enfin le dernier sans précision sauf l'impression que le répondant n'a rempli en fait, que le recto du questionnaire. 3 retours vierges ne sont pas pris en compte, les interrogés précisant leur désintérêt pour cette enquête et leur refus de participer.

Au total, 260 questionnaires sont exploitables pour analyse, soit un taux de 25%.

2.3.1.1. Sexe et âge

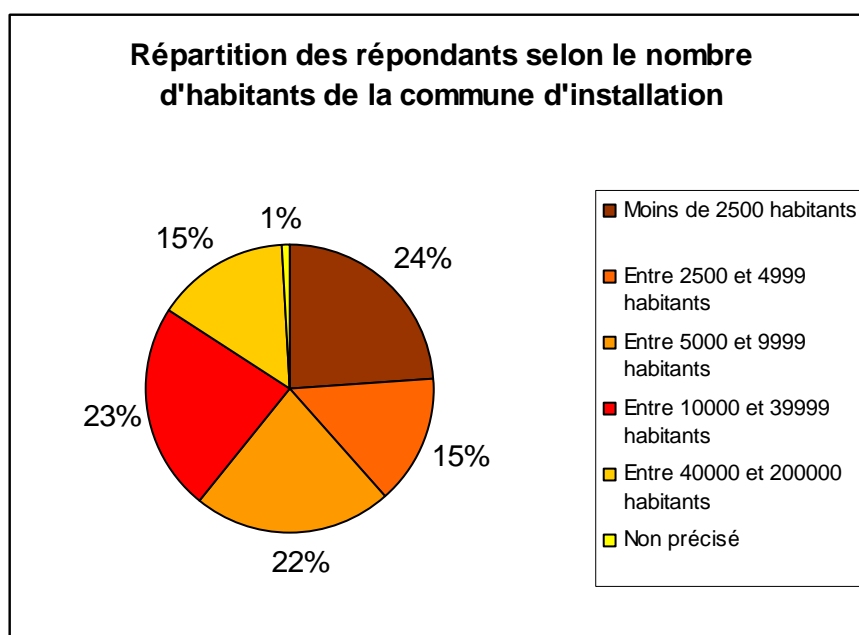
64,2% des répondants sont des hommes.

L'âge moyen est de 48 ans, les extrêmes variant de 30 à 64 ans, la médiane est de 53 ans. La moyenne d'âge des hommes est plus élevée que celle des femmes (50 ans contre 45 ans). Cette tendance est la même pour la médiane avec 51,5 ans pour les hommes contre 45 ans pour les femmes.



2.3.1.2. Répartition géographique

Parmi ces répondants, 16,2% sont installés à Grenoble, 23,8% dans l'agglomération grenobloise et 59,2% hors agglomération (0,8% non rien précisé). La répartition selon le nombre d'habitants de la commune d'installation est présentée ci-dessous.



2.3.1.3. Type d'activité médicale

44,2% estiment avoir une activité citadine, 42,7% une activité semi-rurale et 11,9% une activité rurale.

2.3.1.4. Ancienneté d'exercice

Elle est supérieure à 20 ans pour 46,9% d'entre eux ; comprise entre 10 et 20 ans pour 31,9% et inférieure à 10 ans pour 21,2%.

2.3.1.5. Travail avec un réseau Soins Palliatifs ou Douleur

60% des répondants disent n'avoir jamais travaillé avec un réseau de Soins Palliatifs ou de la Douleur. Ce taux n'est pas significativement lié avec le type d'activité médicale (citadine, semi rurale, rurale). Par contre il est plus important chez les praticiens formés en soins palliatifs ou douleur, et de façon significative ($p < 0,01$).

2.3.1.6. Formation en Soins Palliatifs ou Douleur (SPD)

Parmi les 41,9 % des médecins déclarant avoir une formation en SPD, celle-ci correspond à de la Formation Médicale Continue dans 57,4% des cas, à des Diplômes Universitaires pour 9,4%.

2.3.1.7. Activité en Soins Palliatifs

Dans leur patientèle, 80% des médecins estiment suivre moins de cinq patients en Soins Palliatifs par an, 15,8% entre cinq et dix patients, et 3,1% plus de dix patients.

Les médecins formés en soins palliatifs ou douleur ont une activité en soins palliatifs plus importante, statistiquement significative ($p = 0,05$).

2.3.1.8. Utilisation de PCA

Parmi les patients suivis dans les 3 derniers mois avant l'étude, aucun n'est porteur d'une PCA chez 82,3% des médecins, moins de cinq chez 15,4%.

2.3.2. Analyse des auto-évaluations par EVA

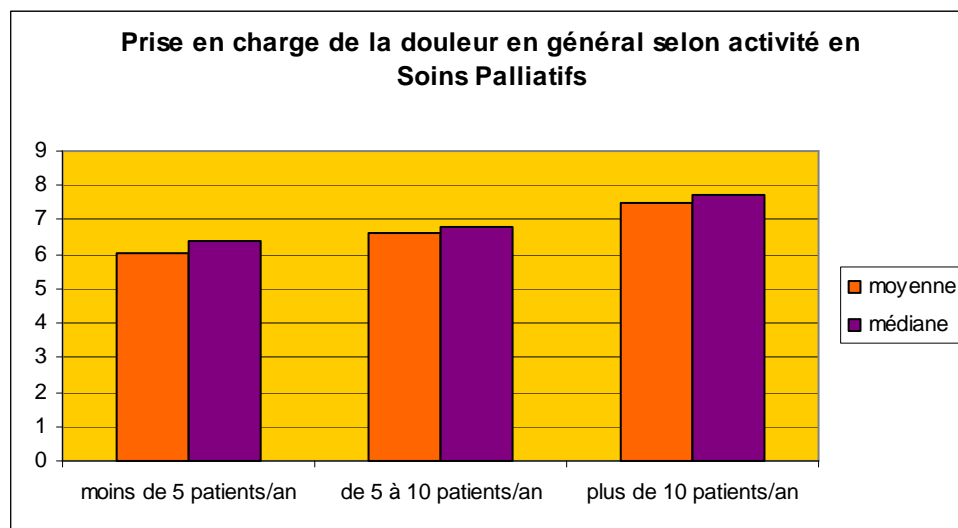
2.3.2.1. EVA 1: Prise en charge de la douleur en général

Cette évaluation demande au répondant de se situer dans la prise en charge de la douleur en général (diagnostic, étiologie, thérapeutique) entre 0=pas du tout à l'aise et 10=tout à fait à l'aise. La population des répondants s'évalue en moyenne à 6,2/10, pour une médiane à 6,5.

L'analyse de variance en fonction de l'âge ne retrouve pas de différence significative, ni en fonction du type d'activité médicale (citadine, semi-rurale ou rurale).

Dans l'analyse en fonction de l'existence d'une formation en SP ou douleur, on retrouve une sous-population formée s'évaluant en moyenne à 6,6/10 pour une médiane identique. L'analyse de variance met en évidence une différence significative ($p < 0,01$) entre formés et non formés.

Enfin, cette évaluation augmente avec l'augmentation de l'activité en SP de façon significative ($p = 0,015$).

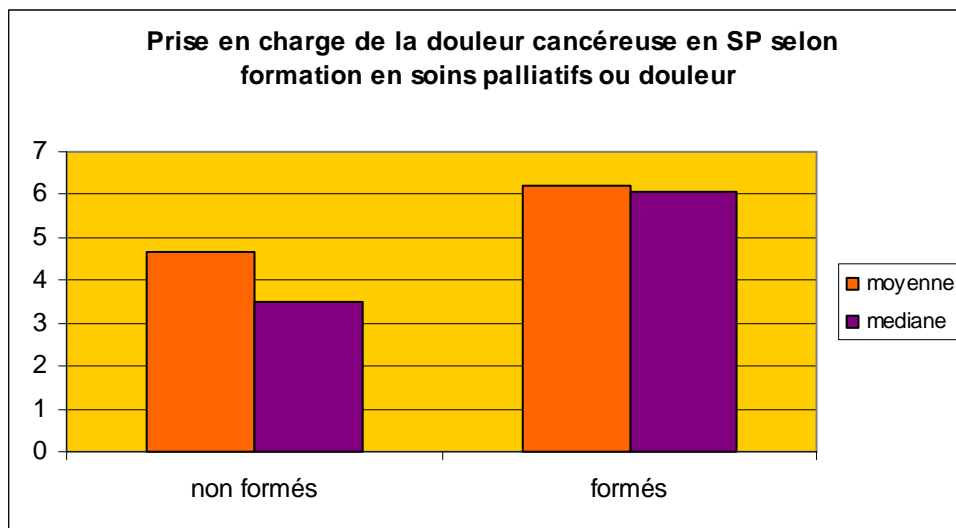


2.3.2.2. EVA 2: Prise en charge de la douleur d'origine cancéreuse

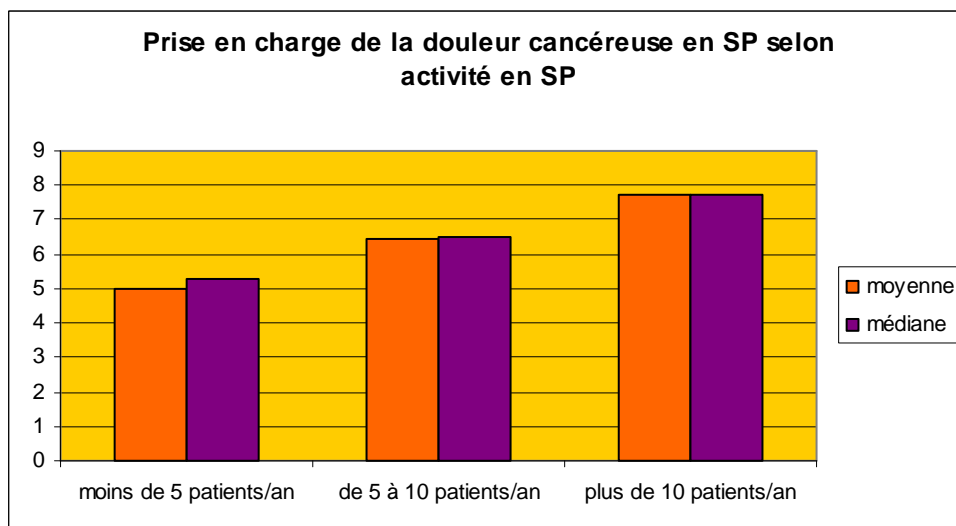
Cette évaluation demande au répondant de se situer dans la prise en charge de la douleur d'origine cancéreuse entre 0=pas du tout à l'aise et 10=tout à fait à l'aise. La population des répondants s'évalue en moyenne à 5,3/10 pour une médiane à 5,7.

On ne met pas en évidence de différence significative en fonction de l'âge, ni en fonction du type d'activité.

Il existe une différence significative ($p < 0,01$) selon l'existence d'une formation en SP ou douleur avec une moyenne de 6,1/10 pour le sous-groupe formé.



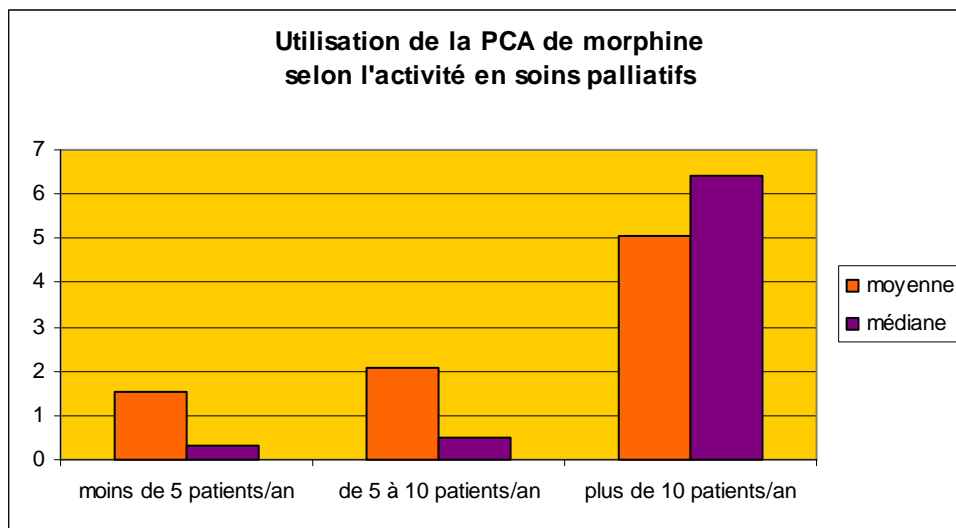
Enfin il existe également une différence significative ($p < 0,01$) selon l'activité en Soins Palliatifs.



2.3.2.3. EVA 3: Utilisation de la PCA de morphine dans la prise en charge de la douleur d'origine cancéreuse en soins palliatifs

Cette évaluation demande au répondant de situer son utilisation de la PCA de morphine dans la prise en charge de la douleur d'origine cancéreuse en soins palliatifs entre 0=jamais et 10=toujours. En moyenne, l'utilisation est évaluée à 1,7/10, avec une médiane à 0,3.

Cette moyenne est significativement supérieure ($p < 0,01$) chez les répondants formés en SP ou douleur (2,6/10), de même en fonction de l'activité en SP ($p < 0,01$).

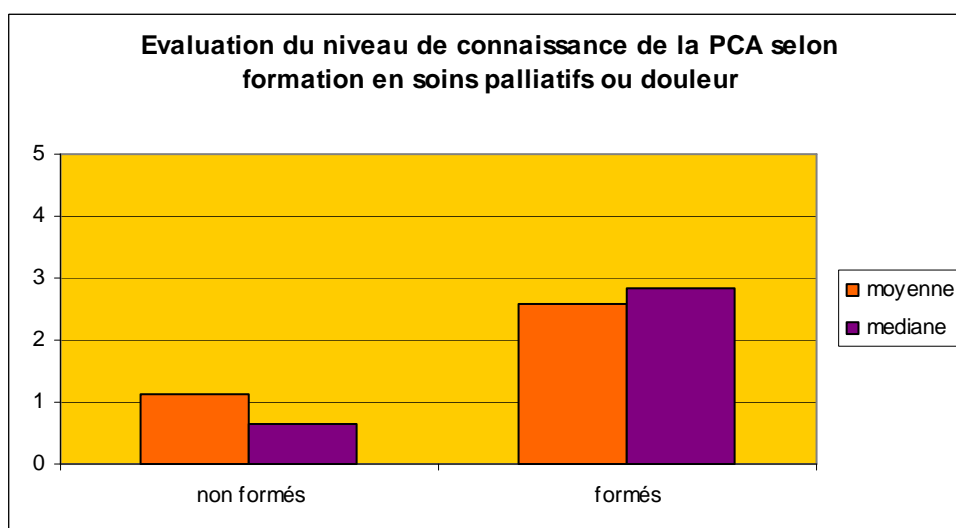


2.3.2.4. EVA 4: Niveau de connaissance sur la PCA de Morphine

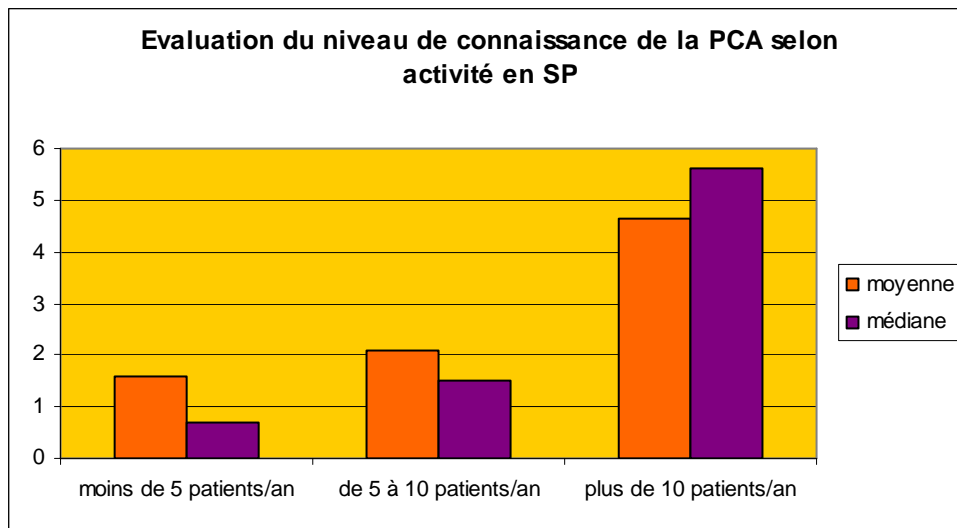
L'ensemble des répondants évalue en moyenne son niveau de connaissance de la PCA à 1,7/10 (0=faible; 10=très bon) avec une médiane à 0,8.

Dans la tranche d'âge des 60-69 ans, la moyenne est plus élevée que la population générale (2,5) mais cette différence n'est pas significative ($p=0,35$).

Par contre, l'analyse en fonction de l'existence ou non d'une formation spécifique en douleur ou SP met en évidence un niveau de connaissance évalué en moyenne supérieur dans la sous-population formée (2,5) et cette différence est significative ($p<0,01$).



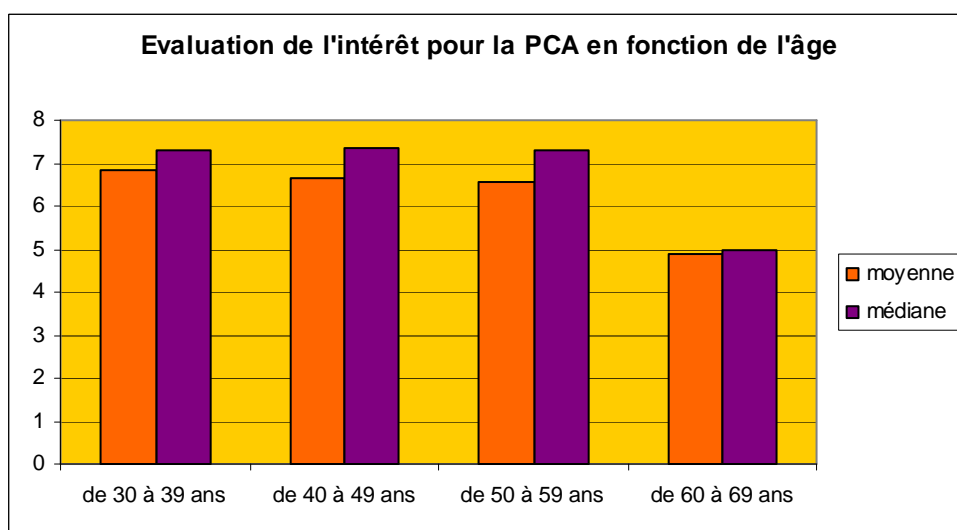
Enfin, dans la sous-population avec activité en soins palliatifs élevée (nombre de patients en SP / an >10) le niveau de connaissance en moyenne est évalué à 4,6/10, différence significative ($p < 0,01$) par rapport aux autres sous-groupes.



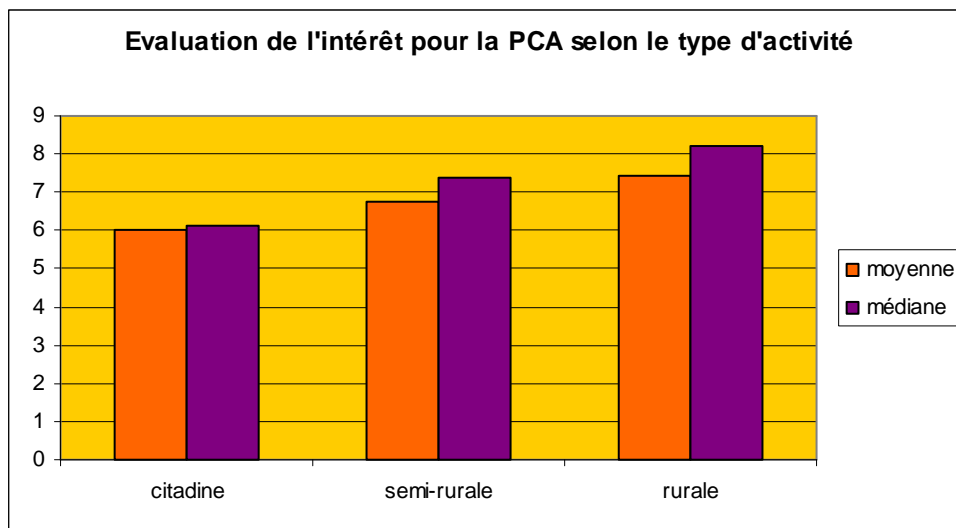
2.3.2.5. EVA 5: Intérêt pour l'acquisition de connaissances sur la PCA

Sur la population générale des répondants, la moyenne des réponses se situe à 6,5/10 (0=pas du tout intéressé; 10=totalement intéressé) avec une médiane à 7,2.

L'analyse en fonction de l'âge montre une diminution de la moyenne pour cette évaluation (4,8/10) dans la tranche d'âge des 60-69 ans, cette tendance est quasi-significative avec un $p=0,056$ à l'analyse de variance.



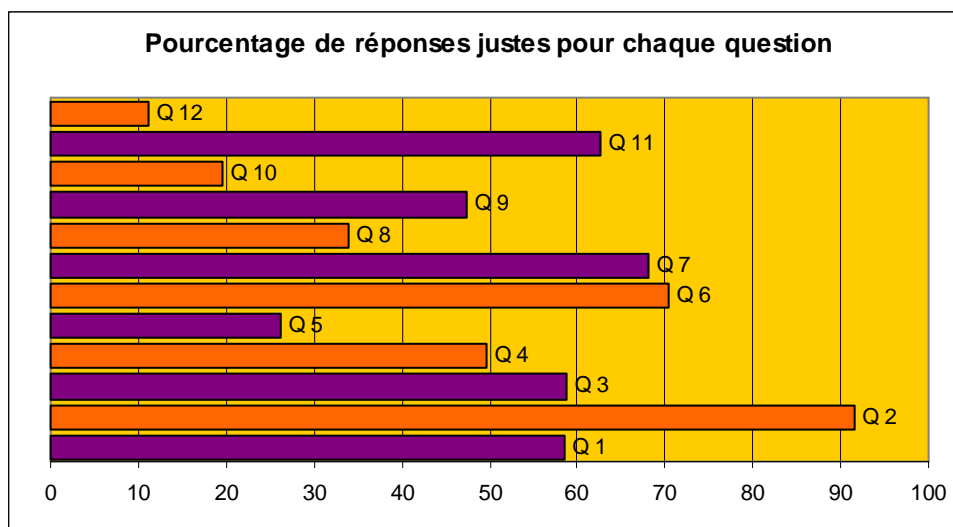
Il existe un accroissement de cet intérêt avec l'éloignement des villes (activité rurale versus citadine) significatif ($p=0,028$).



On ne retrouve pas de différence significative sur cet item avec l'existence ou non d'une formation en SP ou douleur.

Enfin l'intérêt augmente avec l'activité en soins palliatifs, et cette tendance est significative ($p=0,011$).

2.3.3. Analyse des réponses aux questions de connaissances



La moyenne de 50% de réponses justes est obtenue voire dépassée pour 6 questions/12.

Le meilleur taux de réponses justes (91,5%) est obtenu pour la question 2 portant sur l'indication de la morphine comme antalgique de choix dans la douleur d'origine cancéreuse.

Le taux de réponses justes le plus faible (11,2%) est pour la question 12 portant sur la législation de la délivrance de la morphine, ici le lieu de délivrance des ampoules à fort dosage en morphine.

2.3.3.1. Analyse des réponses aux questions une par une

2.3.3.1.1. Question 1

Cette question évalue la connaissance du caractère nociceptif prédominant du mécanisme générateur de la douleur cancéreuse.

Le taux de bonne réponse de 58,5%, augmente avec l'existence d'une formation et avec l'activité en soins palliatifs.

2.3.3.1.2. Question 2

Cette question évalue la connaissance de l'indication des morphiniques dans la douleur cancéreuse intense, conformément aux recommandations de l'OMS [2]. Le taux de bonnes réponses de 91,5%, augmente avec l'activité en soins palliatifs pour atteindre 100% lorsque l'activité est à plus de 10 patients en soins palliatifs par an.

2.3.3.1.3. *Question 3*

Cette question évalue la connaissance des indications de la rotation d'opioïdes. Le taux de bonnes réponses est de 58,8%, il augmente significativement avec l'activité en soins palliatifs et avec l'existence d'une formation spécifique.

2.3.3.1.4. *Question 4*

Cette question évalue la connaissance des règles de bases de l'équianalgésie entre la morphine orale, sous-cutanée et intraveineuse. Le taux de réponses justes de 49,6% augmente significativement avec l'activité en soins palliatifs et la formation.

2.3.3.1.5. *Question 5*

Elle porte sur la sécurité de l'administration de la morphine par PCA, à savoir l'existence d'un période réfractaire entre 2 bolus. Le taux de réponses justes est faible, seulement 26%. Il n'est pas amélioré par la formation ni par l'activité en soins palliatifs.

2.3.3.1.6. *Question 6*

Elle porte sur la connaissance d'une des indications majeures de la PCA. Le taux de réponse juste de 70,4%, augmente avec la formation et l'activité en soins palliatifs.

2.3.3.1.7. *Question 7*

La question porte sur la connaissance des symptômes à surveiller chez un patient sous morphiniques afin de prévenir un surdosage. Seulement 68% des répondants ont répondu correctement. On ne note pas d'amélioration de ce pourcentage avec la formation ou l'activité en soins palliatifs.

2.3.3.1.8. *Question 8*

Elle évalue la connaissance des paramètres de prescription de base de la PCA. Le taux de bonnes réponses est faible à 33,8%, amélioré par la formation et l'activité en soins palliatifs.

2.3.3.1.9. Question 9

Cette question évalue la connaissance des voies d'administration de la PCA. 47,3% des répondants les connaissent. La formation et l'activité en soins palliatifs l'améliorent.

2.3.3.1.10. Question 10

Celle-ci évalue la connaissance des règles de relais entre deux voies d'administration de la morphine en se basant sur la pharmacologie. Le taux de bonne réponse est de 19,6% et s'améliore peu avec la formation et l'activité en soins palliatifs.

2.3.3.1.11. Question 11

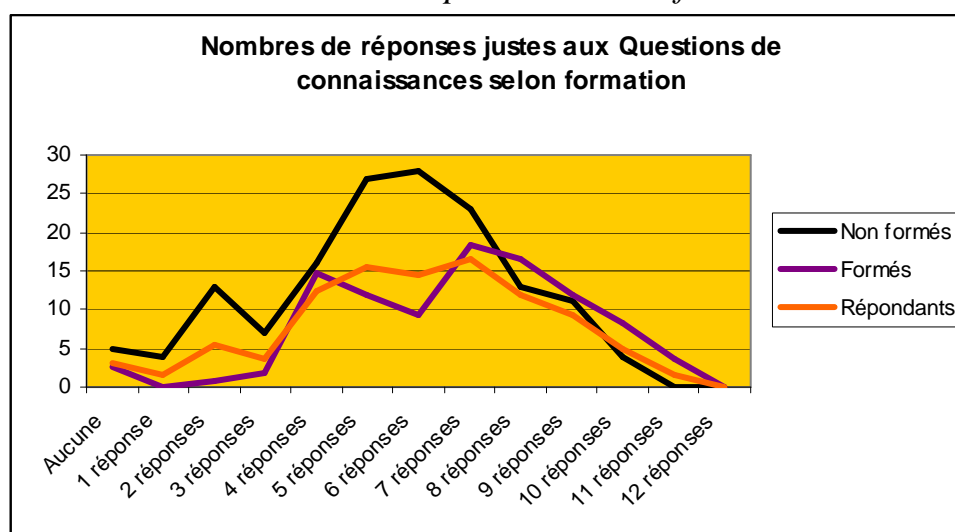
Cette question porte sur la connaissance de l'adaptation de la posologie de la morphine administrée par PCA. Le taux de bonne réponse est de 62,7%, il s'améliore avec la formation et chez les médecins avec plus de 10 patients par an en soins palliatifs.

2.3.3.1.12. Question 12

Cette dernière question porte sur la connaissance de la dispensation des ampoules à forte concentration de morphine en ville. Le taux de bonnes réponses est très faible de 11,2% et n'est pas amélioré par la formation ou l'activité en soins palliatifs.

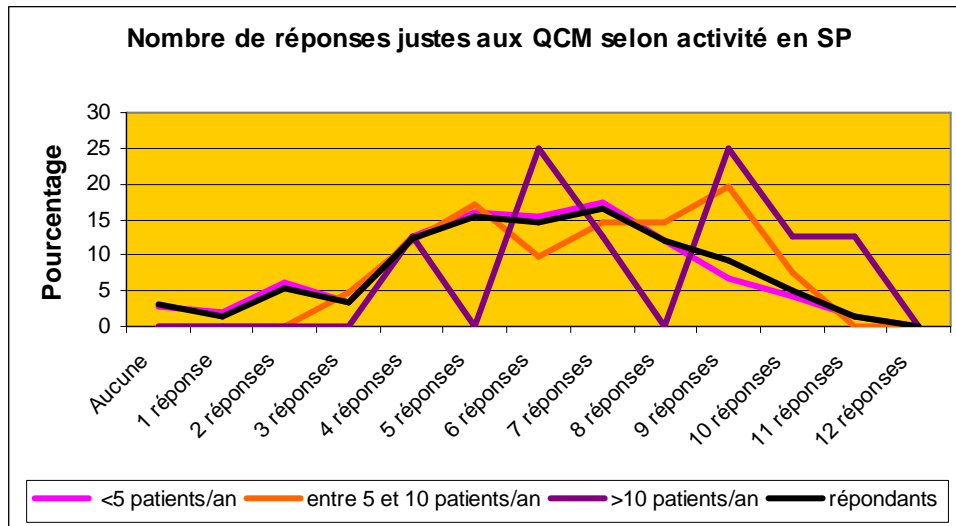
2.3.3.2. Analyse du total de réponses justes

2.3.3.2.1. selon la présence d'une formation



La tendance est un meilleur taux de réponses justes pour le sous-groupe "formés". Cette tendance est confirmée en analyse de corrélation par khi deux corrigé, de façon significative, $p=0,018$.

2.3.3.2.2. selon l'activité en soins palliatifs



La tendance est un meilleur taux de réponses justes suivant l'augmentation d'activité en SP. 87,5% des praticiens suivant plus de 10 patients en SP/an ont plus de 6 réponses justes/12, 66% pour ceux suivant entre 5 et 10 patients en SP/an, et enfin, 57,2% pour ceux qui ont moins de 5 patients en SP/an). Mais cette tendance n'est pas confirmée par le test de khi deux corrigé, avec $p=0,95$.

3. Discussion

3.1. Analyse de la population de répondants

Selon l'étude démographique du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) de 2006 [15], l'âge moyen des médecins exerçant en France est de 48,3 ans, 46,2 ans pour les femmes, 49,7 ans pour les hommes. Ces moyennes sont comparables à celles de mon échantillon de répondants rendant cet échantillon représentatif de la population interrogée.

La pyramide des âges de ma population de répondants est comparable à celle de cette même étude du CNOM, confirmant la féminisation des médecins généralistes, avec une proportion féminine plus importante chez les moins de 45 ans.

La proportion de femmes dans les répondants (35,8%) est plus importante que dans les interrogés (30%), ceci n'est pas lié à une formation en soins palliatifs ou algologie plus fréquente chez elles, ni à une activité en soins palliatifs plus importante et cette surreprésentation n'est pas statistiquement significative ($p=0,38$). La proportion importante d'hommes de plus de 50 ans explique une proportion d'ancienneté d'installation supérieure à 20 ans importante de presque 50%.

La répartition géographique, en fonction du nombre d'habitants de la commune d'installation entre les interrogés et les répondants, est quasi-superposable. Sur ce critère, l'échantillon de répondants est représentatif de la population interrogée.

3.2. Les médecins généralistes et la prise en charge de la douleur

La moitié des généralistes de mon étude s'évaluent plutôt à l'aise dans la prise en charge de la douleur (médiane à 6,5/10 à l'EVA 1), toutes étiologies confondues. 41,9 % s'estiment même à plus de 7/10. Les réponses aux questions de connaissances sur la douleur et son traitement laissent penser qu'ils se surestiment. Les indications de la rotation d'opioïdes ne sont connues que chez 58,8% d'entre eux, l'équianalgésie entre la morphine orale, sous-cutanée et intraveineuse n'est connue que de la moitié d'entre eux (49,6%).

Cette évaluation de prise en charge de la douleur en général, est meilleure chez les médecins formés ou ayant une activité en soins palliatifs importante. Ceci est corrélé au fait qu'également, ces deux sous populations répondent mieux aux questions sur la rotation d'opioïdes et sur l'équianalgésie.

En 2005, dans l'étude EPIDOL [16], il était démontré les nombreuses mauvaises pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de la douleur avec des manques au niveau des définitions, de l'évaluation, du traitement notamment sur la bonne utilisation du traitement par opioïdes.

En ce qui concerne la douleur d'origine cancéreuse, dans mon étude, 64% des médecins s'estiment comme moyennement à très à l'aise dans sa prise en charge ($\geq 5/10$), dont près de la moitié comme bien à l'aise ($\geq 7/10$). Effectivement, 91,5% ont répondu correctement à l'indication des morphiniques dans la douleur cancéreuse, qui est une recommandation OMS [2, p. 23].

Récemment, l'opération RESONantes [14, p.315] a permis de faire un témoignage à plusieurs voix sur « le médecin généraliste face aux douleurs d'origine cancéreuse ». La prescription d'opioïdes est dite "*maîtrisée*", elle "*effraie moins le médecin généraliste*". Il existe moins de préjugés sur la nécessité de l'utilisation de morphiniques.

Cette opération confirme l'enquête menée en 2004 [17] où était mis en évidence une meilleure prise en charge de la douleur cancéreuse en médecine générale que dans le passé mais celle-ci reste perfectible.

Par contre, la caractéristique principale de la douleur du cancer, à savoir sa nociceptivité, n'est connue que de 58,5% d'entre eux. Pourtant cette définition apparaît clairement dans les recommandations OMS de 1997 [2, p.7; 9] et est bien détaillée et expliquée dans les SOR de 2002 [4, p.21-22]. De même dans RESONantes, les diverses composantes de la douleur sont évoquées, et dites acquises [14, p.316].

3.3. Les médecins généralistes, l'utilisation et la connaissance de la PCA

L'enquête met bien en évidence la très faible utilisation de la PCA de morphine par les médecins généralistes (moyenne de 1,7/10, médiane à 0,3/10), dans le traitement de la douleur cancéreuse en soins palliatifs. Ce résultat est attendu compte tenu d'une utilisation certes plus fréquente que dans le passé mais qui reste encore une affaire de spécialistes en Soins Palliatifs ou Algologie surtout en terme d'initiation de prescription.

Ils évaluent leur niveau de connaissances de cette voie d'administration comme très faible également avec une moyenne à 1,7/10 (médiane à 0,8). Dans RESONantes, cette possibilité de voie d'administration est évoquée et décrite succinctement [14, p.316].

Lorsqu'on analyse les réponses aux différentes questions de connaissances concernant la PCA, on note que seulement pour trois questions, il existe plus de

50 % de réponses justes. Les meilleurs taux de réponses sont obtenus sur les indications de la PCA (70,4%), la surveillance des effets indésirables de la morphine (68%), et enfin sur l'adaptation de la posologie (62,7%).

Par contre, le taux de réponses justes est très faible (<20%) en ce qui concerne les règles de relais entre deux voies d'administration de la morphine (ici voie orale vers voie parentérale) et sur la réglementation de la dispensation de la morphine dans les officines de ville.

Pour le reste, le taux est faible à moyen (30 à 50%) concernant les voies d'administration de la morphine par PCA et les éléments de prescription indispensables pour la prescription de la PCA.

3.4. Les médecins généralistes et la formation en Soins Palliatifs

L'intérêt pour l'acquisition de compétences sur la PCA de morphine est important, avec 50% des répondants qui l'évalue de important à majeur (médiane à 7,2/10), 40% à plus de 8/10, dont 1/3 à 10/10.

Il existe un intérêt significativement plus fort dans les zones rurales, probablement par un souhait plus important d'être formé "à tout". Dans ces régions compte tenu d'un accès plus difficile à des centres spécialisés de prise en charge notamment en soins palliatifs et également de l'absence de réseaux spécialisés, les médecins ont depuis toujours ce rôle d'intervenir en première ligne et de part l'intervention à domicile, d'être très rapidement en situation d'isolement important [14, p.316].

D'ailleurs, il est bien mis en évidence dans cette enquête, le travail encore isolé des médecins généralistes, avec 40% d'entre eux qui disent ne jamais avoir travaillé avec un réseau de soins palliatifs ou d'algologie, peu importe leur type d'activité médicale (citadine, semi rurale ou rurale). Mais, pour les médecins généralistes, les réseaux sont un soutien permettant de rompre leur isolement et de respecter le souhait d'un maintien à domicile [14, p.318].

Egalement, dans cette enquête, les praticiens avec une activité en soins palliatifs plus élevée sont plus intéressés par l'acquisition de ces compétences spécifiques, de toute évidence car ils sont plus sensibilisés à la prise en charge de la douleur cancéreuse en soins palliatifs et également car ils ont plus fréquemment des confrontations aux indications potentielles de la PCA.

Dans cette enquête, le taux global de formation en soins palliatifs ou algologie est de 41,9%.

En 2002, une enquête sur les besoins en formation en médecine générale sur la prise en charge de la douleur [18] retrouve un taux de 44% de médecins

généralistes estimant avoir été assez bien ou très bien formés à la prise en charge de la douleur au cours de leur formation initiale. 82% trouvent qu'ils sont par la suite assez bien ou très bien formés par la formation continue. Le moyen plébiscité pour la poursuite de leur formation est la formation médicale continue versus, par exemple, des Cdroms, des brochures.

En 2005, une étude sur la formation en soins palliatifs [19] réalisée dans le département du Puy de Dôme retrouve un taux de formation des médecins généralistes à 46,9% avec dans 94 % des cas une formation personnelle (c'est-à-dire en dehors des études médicales). Dans cette même étude, 70 % des médecins généralistes souhaitent une formation sur les soins palliatifs, et cette demande est plus forte chez ceux déjà formés.

Enfin, dans une étude hollandaise en 2005 [20], une des difficultés perçue dans la pratique quotidienne en soins palliatifs est l'insuffisance de savoirs théoriques et techniques.

En France, depuis 2001, un enseignement sur les soins palliatifs et l'accompagnement est inscrit au programme des quatrième et cinquième années des études médicales [21] correspondant à un module obligatoire relatif à la lutte contre la douleur notamment. Mais la mise en place de cet enseignement ainsi que le volume horaire dédié sont très inégaux selon les facultés. Pour cette raison, dans le Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 [22], la priorité n°2 est "l'amélioration de la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients". Pour cela, deux mesures ont été retenues concernant les médecins (mesure 13 et 14).

La première s'attelle à l'amélioration de la formation initiale notamment par le renforcement des programmes de formation sur la prise en charge de la douleur dans le Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale. En effet, l'absence de formation spécifique en cours de troisième cycle est dommageable. C'est durant cette période que les étudiants, internes, sont prescripteurs. Le maniement des principales molécules utilisées en fin de vie (antalgiques) fait partie des points forts à leur enseigner, et l'efficacité de cet enseignement a déjà été prouvée dans une étude publiée en 2002 [23].

La seconde concerne l'amélioration de la formation continue avec l'intégration, dans les thèmes prioritaires de la formation continue médicale obligatoire, de la douleur et des soins palliatifs.

L'enquête met également en évidence que les médecins formés travaillent plus avec les réseaux. La formation permet la connaissance et le contact parfois direct avec les réseaux. En effet, les réseaux ont une part de leur activité dédiée à la formation. Et ainsi, le recours à ces structures est facilité, la prise en charge du patient n'en est que meilleure.

3.5. La PCA, quel coût ?

Il n'est pas simple de pouvoir évaluer le coût réel de l'administration de morphine par PCA à domicile. Plusieurs paramètres rentrent en compte, le prix de la location de la pompe, celui des consommables spécifiques à la pompe (réservoir, tubulures) et ceux à la voie d'abord (aiguille pour voie centrale, cathéter sous-cutané), celui de la morphine, l'intervention de l'infirmière à domicile. Cette liste est non exhaustive.

Les études disponibles sur le sujet comparent la PCA en utilisation post-opératoire versus des injections itératives de morphine en intra-musculaire [24, p.16-17]. Ces contextes ne sont pas transposables au patient douloureux atteint de cancer en soins palliatifs à domicile.

Dans notre contexte, en effet, il faudrait comparer l'utilisation de la PCA avec les autres antalgiques morphiniques par voie orale, transdermique ou transmuqueuse.

Notamment il serait intéressant de pouvoir comparer ce coût dans la prise en charge des accès douloureux paroxystiques avec le développement récents des traitements par fentanyl transmuqueux qui ont des voies d'administration simples, diverses et un délai d'action rapide, évalué en moyenne à moins de dix minutes [25]. Ces thérapeutiques innovantes ont également un coût élevé [26] et peut-être que une telle étude ne mettrait pas en évidence une nette différence de coût mais plutôt un gain en qualité de vie, le traitement transmuqueux étant probablement plus "pratique" que le PCA.

Dans les autres indications de la PCA, il n'existe pas actuellement d'autres possibilités thérapeutiques retenues.

Thèse soutenue par Caroline PEDUSSAUT

Titre: Les Médecins généralistes de l'Isère et la PCA de morphine à domicile chez le patient douloureux, atteint de cancer en soins palliatifs: Évaluation d'intérêt et de connaissances.

Conclusion

Principal symptôme du patient atteint de cancer et en soins palliatifs, la douleur est au cœur de la prise en charge de ces patients à domicile, pour lesquels le médecin généraliste est le médecin de premiers recours.

Lorsque les indications sont bien posées, la PCA de morphine est une technique facile à mettre en œuvre, fiable, adaptable. Elle permet une bonne autonomie et un réel confort du malade, notamment à domicile, limitant les ré-hospitalisations pour problème d'antalgie.

Mon étude réalisée auprès des médecins généralistes de l'Isère montre que l'intérêt des médecins généralistes pour l'acquisition de compétences sur cette technique est important. De manière significative, il diminue chez les plus âgés, augmente avec l'activité en soins palliatifs et avec l'activité rurale.

Le niveau de connaissances sur la PCA, auto-évalué, est faible dans cette population de répondants. Il augmente significativement si l'activité en soins palliatifs est élevée et si le répondant est formé en soins palliatifs ou algologie. Par ailleurs, les médecins formés s'évaluent comme prenant mieux en charge la douleur en général et la douleur d'origine cancéreuse en particulier, de même pour ceux qui ont une activité en soins palliatifs élevée.

De manière objective, je mets en évidence de façon significative, un meilleur niveau de connaissances de la PCA chez les médecins formés en soins palliatifs ou algologie.

Mais également ces médecins formés ainsi que les médecins ayant une activité en soins palliatifs plus importante, répondent mieux aux questions sur la douleur (mécanisme, traitement), sur les opioïdes (rotation, équianalgésie).

De toute évidence, comme on pouvait s'y attendre, la formation est primordiale. L'expérience sur le terrain reste un bon mode d'apprentissage, amenant à un niveau de connaissance correct.

Malgré son coût, la PCA est adaptée à la prise en charge du patient douloureux atteint de cancer en soins palliatifs à domicile. Elle est donc à promouvoir. La gestion et l'initiation de prescription de cette technique d'administration sont tout à fait dans le domaine de compétences du médecin généraliste. Il est bien entendu nécessaire d'améliorer leur formation.

Les médecins généralistes préfèrent la Formation Médicale Continue comme moyen de formation mais les choix de FMC se tournent souvent sur les sujets les mieux connus car préférés.

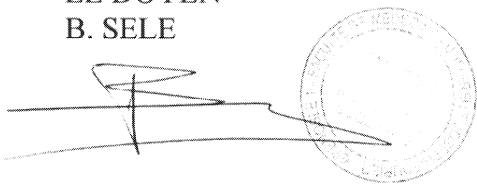
Devant ce constat, il convient de majorer l'offre de FMC sur ce sujet mais surtout, il faut optimiser voire majorer le temps dédié à l'enseignement des soins palliatifs durant la formation initiale en l'harmonisant de façon nationale, permettant ainsi d'aborder la PCA.

Enfin, l'information a également son importance. Elle commence, comme dans le cas de mon travail, par une sensibilisation des médecins généralistes à la PCA, via ce genre d'enquête et aussi par la transmission des outils d'aide à la prescription, à la surveillance et à la présentation de la PCA aux patients et aux familles.

Vu et permis d'imprimer

Grenoble, le 18.6.2010

LE DOYEN
B. SELE



LE PRESIDENT DE THESE
Pr E. REYT



Professeur Emile REYT
Clinique
CHU Michallon 38000 GRENOBLE
Tél. 04 76 76 56 62

Références bibliographiques

[1] Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer* 1982; 50: 1913-8.

[2] Organisation mondiale de la santé. Traitement de la douleur cancéreuse deuxième édition complétée, Genève, OMS, 1997; p16.

[3] van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels Ag et al. High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands. *Pain*, 2007, 132:312-320.

[4] Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Standards, Options et Recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour, septembre 2002, p14; p16; p58-61.

[5] Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs. Recommandations pour l'indication et l'utilisation de la PCA à l'hôpital et à domicile pour l'administration de morphine chez le patient atteint de cancer, douloureux, en soins palliatifs. 2006. consultable: URL: <http://www.sfap.org>

[6] Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière. *Journal officiel de la République française* 2002. Consultable: URL: <http://www.legifrance.gouv.fr>.

[7] Brasseur L, Chast F, Lassaunière JM, Poulain Ph, Serrie A, Treves R et Wary B. Caractéristiques et prise en charge médicale des accès douloureux transitoires. *Douleurs*, 2001 2(5):226-231.

[8] Pellat Jm, Hodaj H, Guez M, Alibeu J. Diagnostic et traitement des accès douloureux paroxystiques dans les douleurs cancéreuses. *Douleurs*, 2006 7(6):205-303.

[9] Trotman IF, Hami F. Subcutaneous drug infusions for the control of cancer pain. In: Sykes N, Fallon M and Patt R (Eds), *Cancer Pain, Clinical Pain Management*. London, 2003:85-99.

[10] Harmer M, Macintyre P, Patient controlled analgesia. In: Rowbotham Dj and Macintyre P (Eds), *Acute Pain, Clinical Pain Management*. London, 2003:219-239.

- [11] Meuret G, Jocham H. PCA in the domiciliary care of tumour patients. *Cancer Treatment Reviews*, Janvier 1996; vol. 22 supplément A:137-140.
- [12] Poulain P, Pichard-Léandri E, Echaubard M, Bigot P, Goldberg J. Homecare and ambulatory patient controlled analgesia in advanced cancer pain. 1992. *The pain clinic IV*; Hyodo et al Eds, Tokyo, 189-193.
- [13] Schiessl C, Bidmon J, Sittl R et al. PCA in outpatients with cancer pain: analysis of 1692 treatment days. *Schmerz*, Février 2007; 21(1):35-8, 40-2.
- [14] Collectif de 53 médecins généralistes. Le médecin généraliste et les douleurs d'origine cancéreuse, *RESONantes: témoignages d'un groupe de 53 médecins généralistes impliqués dans la prise en charge de la douleur*. *Douleurs*, 2007, 8(5):313-319
- [15] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie Médicale au 1^{er} janvier 2004, Etat des lieux. 2004, p 26.
- [16] Emery C, George B, Gomas JM, Delfieu D, Mimaud V, Guillon P, Fagnani F. Prise en charge de la douleur en médecine générale: l'étude EPIDOL. *Douleurs*, 2005, 6(6):366-373.
- [17] Abel A, Lassaunière JM, Flahaut A. Prise en charge médicamenteuse de la douleur cancéreuse en médecine générale. *Médecine Palliative*, 2004, 3:126-133.
- [18] Boespflug O, Hermet R, Crepeau T, Schmidt J. Le médecin face au malade en fin de vie:enquête auprès du corps médical sur la formation aux soins palliatifs et l'accompagnement des malades en fin de vie. *Médecine Palliative*, 2005, 4:165-171.
- [19] Liard F, Chassany O, Keddad K, Jolivet-Landreau I. Enquête sur la prise en charge de la douleur et les besoins en formation en médecine générale. *Douleurs*, 2003 3(2): 69-73.
- [20] Groot M, Vernooij-Dassen M, Crul B, Grol R. Médecins généralistes et soins palliatifs: tâches et difficultés perçues dans la pratique quotidienne. *Palliative Medicine*, 2005 19:111-118.
- [21] Arrêté n°241 du 10 octobre 2000, paru au Journal Officiel du 17 octobre 2000

[22] Plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, mars 2006. Centre national de ressources de lutte contre la douleur. Consultable: URL: <http://www.cnrdr.fr/Le-plan-de-lutte-contre-la-douleur.html>

[23] Ury WA, Rahn M, Tolentino V. Can a pain management and palliative care curriculum improve the opioid prescribing practices of medical residents ? J Gener Intern Med. 2002, 17:625-631

[24] Aubrun F, Barouk D. Prise en charge de la douleur: Intégration de la démarche qualité/coût. Douleurs. 2008 HS 3: 15-20.

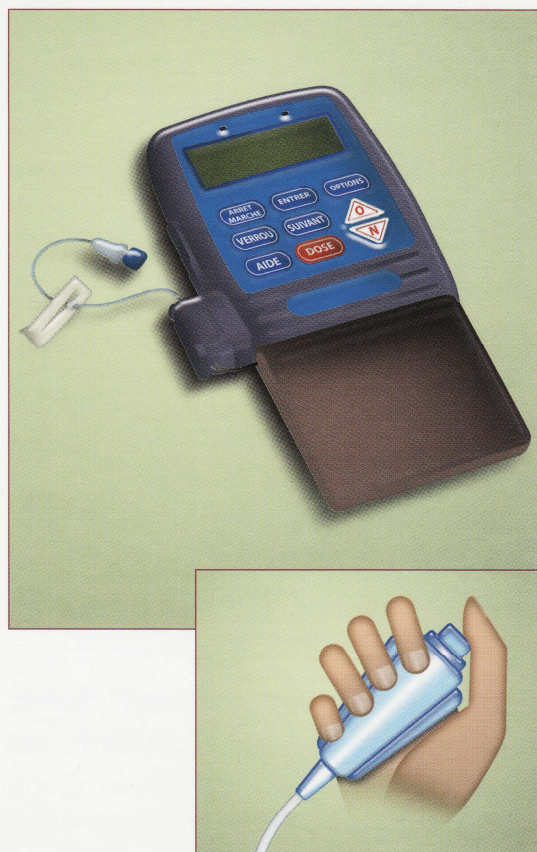
[25] Bennett D et Al. Consensus panel recommendations for the assessment and management of breakthrough pain. Part 2 management. P&T 2005; 30:354-61.

[26] HAS. Bon usage du médicament: Les médicaments des accès douloureux paroxystiques du cancer. mai 2010.
URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/fiche_bum_acces_douloureux_paroxystique.pdf

Annexes

Annexe 1

Présentation de la pompe



**Présence pompe
+ bouton-presseur**

Extrait de la plaquette de la SFAP: Comment utiliser la PCA?
(Voir Annexe 3)

Annexe 2

Plaquettes de la SFAP

Plaquette SFAP n°1:

Outils pratiques pour la prescription et l'utilisation de la PCA à l'hôpital et à domicile pour l'administration de morphine chez le patient atteint de cancer et douloureux en soins palliatifs

Nombre et concentration en morphine des ampoules injectables nécessaires au remplissage de la PCA selon le débit de base, la posologie des bolus et la durée de la période réfractaire prescrites (indication pour pompe avec cassette).

Bolus 1/10^e dose journalière

Période réfractaire 1 h 00

Débit continu/μj mg/24h	Débit continu/h mg/h	BOLUS = 1/10	Dose totale* possible/μj = 24 bolus + débit continu mg	Présentation des ampoules mg	Concentration des ampoules mg/ml	Nombre d'ampoules nécessaires**	Volume de la cassette utilisée ml	Concentration finale mg/ml	Durée*** minimale de la cassette jours
24	1	2,4	81,6	100 mg	10 mg/ml	5 + 50ml de NaCl 0,9%	100	5	7
				100 mg	10 mg/ml	5	100	5	2,5
60	2,5	6	204	500 mg	50 mg/ml	1 amp. + 50ml de NaCl 0,9%	100	5	2,5
120	5	12	408	100 mg	10 mg/ml	10	100	10	2,5
240	10	25	840	500 mg	50 mg/ml	5	100	25	3
480	20	47,5	1630	500 mg	>50 mg/ml	10	100	50	3
960	40	95	3240	500 mg	50 mg/ml	10	100	50	1,5

* Dose totale calculée avec le maximum possible de bolus. ** La cassette doit être remplie et donc, si nécessaire, ajouter du NaCl à 0,9 % QSP 50 ou 100 ml.
*** Durée variable en fonction du nombre de bolus réalisés. Il est conseillé que cette durée n'excède pas 7 jours pour des raisons d'asepsie.

Bolus 1/24^e dose journalière

Période réfractaire 30 mn

Débit continu/μj mg/24h	Débit continu/h mg/h	BOLUS = 1/24	Dose totale* possible/μj = 48 bolus + débit continu mg	Présentation des ampoules mg	Concentration des ampoules mg/ml	Nombre d'ampoules nécessaires**	Volume de la cassette utilisée ml	Concentration finale mg/ml	Durée*** minimale de la cassette jours
24	1	1	72	100 mg	10 mg/ml	5 + 50ml de NaCl 0,9%	100	5	6,5
				100 mg	10 mg/ml	5	100	5	4
60	2,5	2,5	180	500 mg	50 mg/ml	1 amp. + 50ml de NaCl 0,9%	100	5	2,5
120	5	5	360	100 mg	10 mg/ml	10	100	10	3,5
240	10	10	720	500 mg	50 mg/ml	5	100	25	3
480	20	20	1440	500 mg	50 mg/ml	10	100	50	3
960	40	40	2880	500 mg	50 mg/ml	10	100	50	1,5

Pour éviter tout risque d'erreur, il est conseillé, autant que possible :
• D'utiliser les ampoules de morphine sans dilution supplémentaire. Il faut cependant tenir compte du fait que les réglages des différents paramètres ne pourront pas être possibles dans tous les cas : plus les posologies sont faibles et plus il faudra diluer ; plus les posologies sont élevées et plus la concentration sera forte.
• De ne pas utiliser des ampoules de morphine de concentrations différentes.

Attention :
• Ces tableaux ne présentent pas toutes les possibilités de remplissages et ne sont donnés qu'à titre indicatif afin d'aider à la prescription et au remplissage, surtout à domicile, où les soignants ne disposent pas de réserve de stupéfiants.
• En cas de voie veineuse centrale, on rappelle que la vitesse de perfusion doit être > 0,3 ml/h. Pour cela, remplir la cassette avec une préparation de morphine plus diluée.
• IDE tiendra compte du fait que certains types de pompe ne permettent pas de délivrer la dose exacte demandée mais propose un chiffre approchant par défaut ou par excès.

Société Française d'Accompagnement
et de Soins Palliatifs

Outils pratiques
pour la prescription et l'utilisation
de la PCA
à l'hôpital et à domicile
pour l'administration de morphine
chez le patient atteint de cancer
et douloureux, en soins palliatifs.

Extrait des recommandations
du groupe de travail "Pôle Qualité"
de la S.F.A.P pour l'administration
de morphine par PCA.

Mars 2006

106 avenue Emile Zola - 75015 Paris
www.sfap.org

Concentration et dosage des ampoules injectables de chlorhydrate ou sulfate de morphine disponibles à l'hôpital et en ville.

Morphine Laboratoire :	Quantité totale par ampoule	Volume	Concentration en mg/ml	Commercialisation ville (V) / hôpital (H)
AGUETTANT	0,5 mg	5 ml	0,1 mg/ml	V / H
AGUETTANT	1 mg	1 ml	1 mg/ml	V / H
AGUETTANT	10 mg	1 ml*	10 mg/ml	V / H
	50 mg	5 ml		V / H
	100 mg	10ml		V / H
AGUETTANT	20 mg	1 ml*	20 mg/ml	V / H
	200 mg	10 ml		V / H
AGUETTANT	400 mg	10 ml	40 mg/ml	H
AP-HP	250 mg	5 ml	50 mg/ml	H
	1000 mg	20 ml		H
LAVOISIER	1 mg	1 ml*	1 mg/ml	V / H
LAVOISIER	10 mg	1 ml*	10 mg/ml	V / H
	50 mg	5 ml		V / H
LAVOISIER	20 mg	1 ml*	20 mg/ml	V / H
	100 mg	5 ml		V / H
LAVOISIER	500 mg	10 ml	50 mg/ml	V / H
COOPER	10 mg	1 ml*	10 mg/ml	V / H
	20 mg	2 ml		V / H
	50 mg	5 ml		V / H
	100 mg	10 ml		V / H
MERAM	10 mg	1 ml*	10 mg/ml	V / H
MERAM	20 mg	1 ml*	20 mg/ml	V / H
RENAUDIN	1 mg	1 ml*	1 mg/ml	H
RENAUDIN	10 mg	1 ml*	10 mg/ml	H
	50 mg	5 ml		H
RENAUDIN	20 mg	1 ml*	20 mg/ml	H
	100 mg	5 ml		H
RENAUDIN	400 mg	10 ml	40 mg/ml	H

*non adapté à l'utilisation d'une PCA

À compter, au plus tard, du 15 octobre 2005, l'étiquetage des ampoules de morphine injectable ne devra plus s'afficher en pourcentage mais inscrire dans l'ordre : la quantité de morphine par ampoule, le volume total de solution par ampoule et la concentration de morphine en mg/ml de solution par ampoule.

À titre d'exemple : Les ampoules de 5 ml dosées à 10 mg/ml de morphine seront désormais étiquetées comme suit :
Morphine 50 mg - 5 ml (10 mg/ml) - Voies injectables.

Modèles d'ordonnances nécessaires pour la prescription de morphine administrée par PCA :

• ordonnance de morphine pour le pharmacien (ordonnance sécurisée),

• ordonnance pour l'acte infirmier,

• ordonnance de la PCA pour le pharmacien ou le prestataire de service.

SPÉCIMEN
À RECOPIER SUR UNE ORDONNANCE SÉCURISÉE

Morphine injectable.....
..... milligrammes * (en lettres)

par jour :
• en sous-cutanée
• en intraveineux avec pompe PCA.

Soit..... ampoules de morphine
à..... milligrammes pour 28 jours.

Bien inscrire en toutes lettres la posologie maximale que peut recevoir le patient en cumulant la dose de fond et celle de tous les bolus autorisés.

Ce document, destiné à l'infirmier(e), tient lieu d'ordonnance et s'intègre dans le cadre du traitement de l'affection de longue durée.

Identification du prescripteur NOM :
Prénom :
N° S.S. :

Faire pratiquer par une IDE à domicile tous les jours dimanches et jours fériés compris pendant jours ou mois :

• Une perfusion de morphine : par voie sous-cutanée
 par voie veineuse centrale

en continu par un système actif ambulatoire (PCA) :

Débit continu mg/h
Dose du bolus mg
Période réfractaire entre les bolus min
Nombre maximum de bolus /h

• Pose, organisation et surveillance de la perfusion.

• Changement de l'aiguille et pansement
tous les 3 jours (± selon protocoles) si voie sous-cutanée ou tous les 7 jours si voie veineuse centrale et plus souvent si nécessaire.
• Évaluation douleur et surveillance du traitement.

Ce document, destiné au pharmacien ou au prestataire de service, tient lieu d'ordonnance et s'intègre dans le cadre du traitement de l'affection de longue durée.

Identification du prescripteur NOM :
Prénom :
N° S.S. :

Forfait de mise à disposition du système actif de perfusion portable (ou non portable) avec PCA.

• Location de la pompe type pour une durée de (en jours ou en mois).

• Accessoires de remplissage et de perfusion adaptés : cassette de millilitres ou poches souples de millilitres.

• Si chambre implantable : une aiguille d'Huber de type I ou type II et un set de pose pour chambre implantable par semaine soit aiguilles pour mois.

• Si cathéter central tunnelisé : un set de pose pour cathéter central tunnelisé par semaine.

• Si voie sous-cutanée : deux sets de pose pour voie sous-cutanée par semaine.

Plaquette SFAP n°2:

Comment utiliser la PCA?

Plaquette à destination des patients et de leurs familles

L'antalgique le plus utilisé : la morphine

- La morphine suscite parfois des craintes et pourtant c'est un médicament qui, bien indiqué et utilisé selon des règles précises, est bien toléré et rapidement efficace sur les douleurs. C'est celui le plus souvent utilisé avec la PCA.
- Les risques d'accoutumance (besoin de + en + de morphine au cours du temps) ou les risques de dépendance (réaction de manque à l'arrêt du traitement) sont rares et peuvent aujourd'hui être évités par un traitement bien conduit.
- La morphine peut entraîner des effets indésirables plus ou moins gênants, à surveiller et à signaler. Il peut s'agir principalement de nausées et/ou vomissements, de constipation et de somnolence. Ces effets sont variables d'une personne à l'autre et feront l'objet d'une surveillance personnalisée.

L'utilisation de la PCA vous permettra plus d'autonomie et de rapidité d'action dans le traitement de votre douleur.

Bien comprise, il s'agit d'une pratique très performante qui cependant reste indissociable d'un partenariat entre vous et l'équipe soignante qui vous accompagne.

N'hésitez pas à les contacter si besoin :

- Médecin :
Tél. :
- Infirmière :
Tél. :
- Réseau, pharmacien
ou prestataire :
Tél. :

*Extrait des recommandations du groupe
de travail "Pôle Qualité" de la S.F.A.P
pour l'administration de morphine par PCA.*

Mars 2006

**Société Française d'Accompagnement
et de Soins Palliatifs**
106 avenue Emile Zola - 75015 Paris
www.sfap.org

Comment utiliser la PCA ?

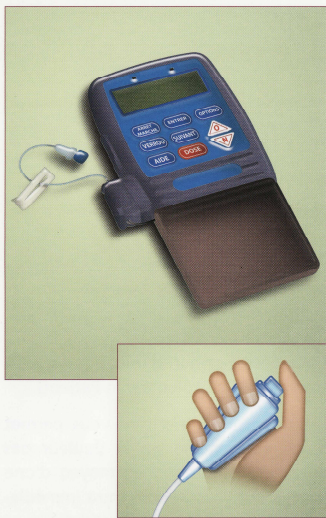
Plaquette à destination des patients et de leurs familles

Vous êtes porteur d'une pompe PCA (Analgésie Contrôlée par le Patient).

Cette méthode très sûre vous permet d'agir vous même sur la douleur dès qu'elle se fait sentir, au moyen d'une pompe qui vous administrera immédiatement un supplément d'antalgique.

Cette plaquette a pour objectif de vous aider à participer à la prise en charge de votre douleur en vous donnant des informations utiles.

Présentation de la pompe



Présence pompe
+ bouton-poussoir

Comment cela fonctionne ?

Lors de la mise en place de la pompe, une programmation est effectuée par l'infirmière sur prescription médicale.

Elle permet :

- une administration continue d'antalgique,
- une possibilité de doses supplémentaires d'antalgique appelées bolus et gérées par vous en fonction de la douleur, de vos activités ou en prévision de certains soins douloureux (ex : pansement, toilette, mobilisations...).

Intérêts du système

- Autonomie vis-à-vis de la douleur.
- Meilleure adaptation du traitement et donc meilleure efficacité de prise en charge.
- Gain en terme de qualité de vie par la diminution des douleurs et par les mobilisations facilitées au quotidien.
- Sécurité du système qui mémorise toutes vos demandes d'antalgiques et facilite le suivi du traitement par l'équipe soignante.

Conseils d'utilisations

- C'est vous seul(e) qui jugez si vous avez mal et qui décidez (dans la mesure du possible) de vous administrer un supplément d'antalgique en vue de soulager la douleur.
- N'hésitez pas à appuyer sur le bouton-poussoir dès que la douleur se fait sentir. Il est préférable de ne pas attendre que la douleur soit trop intense car elle serait plus difficile à soulager.
- Sachez qu'il faudra quelques minutes pour que le produit agisse.
- Si les douleurs persistent, le traitement devra être réévalué ; n'hésitez pas à en parler à votre médecin ou infirmier(e).

Plaquette SFAP n°3

Fiche de surveillance de PCA de morphine

Logo Hôpital	Fiche de SURVEILLANCE de PCA de MORPHINE
Étiquette ou Nom..... Prénom..... Date de naissance.....	Service :

PARAMÈTRES DE REMPLISSAGE :

Type de Pompe : N° :

Concentration : mg/ml Voie d'administration : SC IV

Mettre dans la cassette : morphine : amp. de mg
..... amp. de mg

Sérum physiologique : ml

	J1 :	J2 :	J3 :	J4 :	J5 :	J6 :	J7 :
Débit Continu							
Bolus en mg							
Nbre bolus/h							
Période réfractaire							
EVA/EN/EVS							
Sédation (Rudkin voir verso)							
FR							
Nbre Bolus reçus / 24 h							
Nbre Bolus demandés / 24 h							
Morphine reçue							
Volume résiduel en ml							
Heure de remise à zéro du compteur bolus Signature IDE							
Heure de verrouillage Signature IDE							
Heure changement :							
Programmation							
Réservoir							
Tubulure							
Piles							

Extrait des recommandations du groupe de travail "Pôle Qualité" de la S.F.A.P.
pour l'administration de morphine par PCA.

Mars 2006

Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
106 avenue Emile Zola • 75015 Paris • www.sfap.org

CONSIGNES DE SURVEILLANCE

DOULEUR	SÉDATION	SURDOSAGE
Échelles d'autoévaluation EVA/EN de 0 à 10 EVS de 0 à 4 Pas de douleur0 Douleur légère1 Douleur modérée2 Douleur intense3 Douleur très intense4	Patient éveillé-orienté1 Somnolent2 Yeux fermés répondant à l'appel3 Yeux fermés répondant à une stimulation tactile légère (traction lobe oreille)4 Yeux fermés ne répondant pas à une stimulation tactile légère5 <p style="text-align: center;">À partir du score 2, surveiller la fréquence respiratoire.</p>	<p>Si score de sédation >2 et FR<10 : appel du médecin.</p> <p>Si score de sédation >3 et FR<8 : appel du médecin et préparer une seringue de naloxone : 1 ampoule de 0,4 mg dans 1 ml + 9 ml de sérum physiologique.</p> <p>Réaliser la titration de naloxone : On injecte 1 ml toutes les 2 mn, soit 0,04 mg, jusqu'à récupération d'une fréquence respiratoire supérieure à 10/mn.</p> <p>Puis perfusion dose titration dans 250 ml sur 3 à 4 heures (Cf. Vidal)</p>

CONSIGNES DE MAINTENANCE

— AVANT TOUTE MANIPULATION, ARRÊTER LA POMPE : —

POMPE LEGACY :

Maintenir marche/arrêt enfoncée jusqu'à l'apparition des trois traits, puis du mot "arrêt" à l'écran, idem pour la remise en route (disparition des trois traits ; puis apparition du mot "marche").

POMPE ABBOTT :

Boutons : FIN et DÉBUT.

PILES : à changer toutes les 72 h.

NB : le fait de remplacer les piles ne déprogramme pas la pompe, si celle-ci est bien en position arrêt.

TUBULURES : s'assurer qu'il n'y a pas d'obstruction (coude, clamps).

POINT DE PONCTION : à changer au moindre doute : érythème, induration, œdème, mauvaise diffusion du produit. S'il n'y a pas de problème local, on peut changer tous les 3 jours pour l'administration par voie SC (selon les protocoles propres à chaque institution, la durée peut aller jusqu'à 10 jours). Pour la voie IV, suivre les protocoles du CLIN.

SURVEILLANCE DU VOLUME RÉSIDUEL DE MORPHINE DANS LA CASSETTE : affiché en millilitre à l'écran. S'il est bas, changer rapidement de réservoir.

Annexe 3
Questionnaire de l'enquête

**Questionnaire auprès des médecins généralistes pour une évaluation de pratique
de la PCA de morphine à domicile en 2006**

Thèse de Caroline PEDUSSAUT
Unité de Recherche et de Soutien en Soins Palliatifs
04 76 76 56 67
CPedussaut@chu-grenoble.fr

Faculté de Médecine de Grenoble
Novembre 2006

Pour la suite du questionnaire, je vous demande de répondre aux différents items par Vrai, Faux ou Ne sait pas (entourez votre réponse).

- 1) Dans la douleur cancéreuse, le mécanisme nociceptif est le mécanisme générateur prédominant:
Vrai Faux NSP
- 2) Le traitement antalgique de choix pour une douleur intense d'origine cancéreuse est un morphinique:
Vrai Faux NSP
- 3) Un changement d'opioïde est recommandé quand un patient sous morphinique fort est soulagé mais présente des effets indésirables sévères et incontrôlés:
Vrai Faux NSP
- 4) Question d'équianalgésie: 60 mg de morphine orale = 30 mg de morphine SC = 20 mg de morphine IV
Vrai Faux NSP
- 5) La PCA est intéressante car le patient peut si il a mal s'auto-administrer un supplément aussi souvent qu'il le souhaite:
Vrai Faux NSP
- 6) Vous décidez de mettre une PCA de morphine chez un patient déjà sous morphine orale parce que les accès douloureux paroxystiques fréquents nécessitent une réponse antalgique rapide:
Vrai Faux NSP
- 7) On reconnaît un surdosage de morphine devant l'apparition d'une somnolence, signe précurseur de la survenue d'une bradypnée pouvant aller jusqu'à la détresse respiratoire aiguë:
Vrai Faux NSP
- 8) 3 paramètres de programmation sont indispensables pour la prescription de morphine par PCA, précisez celui qui manque:
1. débit de perfusion continue en mg/h 2. période réfractaire 3.....
- 9) Selon les recommandations, la voie d'administration de morphine par PCA est soit intra-veineuse, soit sous-cutanée:
Vrai Faux NSP
- 10) Le relais morphinique oral LP 12 h et PCA impose la mise en place de la PCA (débit continu et bolus) en même temps que la dernière prise orale du morphinique:
Vrai Faux NSP
- 11) Dans l'adaptation du traitement par PCA, le débit de perfusion continu est réadapté en fonction du nombre de bolus reçus et de leur répartition dans la journée:
Vrai Faux NSP
- 12) Les ampoules à fort dosage en morphine (≥ 300 mg) sont uniquement disponibles en pharmacie hospitalière:
Vrai Faux NSP