



HAL
open science

État des lieux et besoins des médecins généralistes des Alpes Maritimes face à l'utilisation des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse

Florence Macario

► **To cite this version:**

Florence Macario. État des lieux et besoins des médecins généralistes des Alpes Maritimes face à l'utilisation des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00916387

HAL Id: dumas-00916387

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00916387>

Submitted on 10 Dec 2013

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 NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2013

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 14 Novembre 2013

Par Florence MACARIO

**ETAT DES LIEUX ET BESOINS DES MEDECINS GENERALISTES
DES ALPES MARITIMES FACE A L'UTILISATION DES OPIOIDES
FORTS DANS LA DOULEUR CANCEREUSE.**

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON

Directeur : Madame le Docteur Catherine CIAIS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Christian PRADIER

Monsieur le Professeur Antoine THYSS

Madame le Docteur Isabelle CARON

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	
M. BALAS Daniel	M. DELMONT Jean
M. BLAIVE Bruno	M. DEMARD François
M. BOQUET Patrice	M. DOLISI Claude
M. BOURGEON André	M. FREYCHET Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BRUNETON Jean-Noël	M. GILLET Jean-Yves
Mme BUSSIÈRE Françoise	M. GRELLIER Patrick
M. CHATEL Marcel	M. HARTER Michel
M. COUSSEMENT Alain	M. INGLESAKIS Jean-André
M. DAR COURT Guy	M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAPALUS Philippe

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE BAS Pierre

M. LE FICHOUX Yves

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. OLLIER Amédée

M. ORTONNE Jean-Paul

M. SCHNEIDER Maurice

M. SERRES Jean-Jacques

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard

Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie

M. EMILIOZZI Roméo

M. GASTAUD Marcel

M. GIRARD-PIPAU Fernand

M. GIUDICELLI Jean

M. MAGNÉ Jacques

Mme MEMRAN Nadine

M. MENGUAL Raymond

M. POIRÉE Jean-Claude

Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric Biologie	Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)

M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert Hépat	Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD F.	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR F.	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean Chirurgie	Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)

M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER G.	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS F.	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	MAGNÉ Jacques	Biophysique
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Au Docteur Ciais pour sa disponibilité, ses corrections et ses précieux conseils toujours donnés avec le sourire et dans la bonne humeur.

Au Professeur Sautron pour me faire l'honneur de présider mon jury et pour toutes ses corrections et ses relectures.

Au Professeur Pradier, au Professeur Thyss et au Docteur Caron pour avoir porté intérêt à mon sujet et avoir accepté de juger mon travail.

Au Docteur Bouchez qui m'a beaucoup aidée dans les subtilités et les difficultés de la recherche qualitative.

Aux médecins qui ont participé à mon étude, qui m'ont accordé de leur temps de travail pour avancer ensemble sur cette thématique.

A mes parents et ma grand-mère pour leur amour et leur aide à toute épreuve, pour m'avoir permis de devenir celle que je suis aujourd'hui.

A Benjamin pour son soutien moral et logistique sans faille et à sa famille pour leur gentillesse envers moi.

A mes amis d'enfance pour leurs encouragements permanents, leur présence.

Aux belles amitiés nées tout au long de mon parcours médical.

A ceux, chers à mon cœur, qui ne sont plus là mais à qui je pense chaque jour et qui veillent sur moi.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	9
LISTE DES ABREVIATIONS	12
INTRODUCTION	14
CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE	17
1. LA DOULEUR CANCEREUSE : UN PROBLEME MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE.	18
1.1. <i>Création de recommandations</i>	18
1.1.1. OMS 97 [27].....	18
1.1.2. EAPC 2001 [26].....	18
1.1.3. SOR 2002 [30].....	18
1.2. <i>Les 3 Plans de lutte contre la douleur.</i>	19
1.3. <i>Le patient cancéreux douloureux</i>	21
1.3.1. Le livre blanc [37]	21
1.3.2. Le plan cancer I [28]	21
1.3.3. Circulaire DHOS février 2005 [19]	22
1.3.4. Guides d'information pour le patient	23
1.4. <i>Dans la littérature.</i>	23
2. LE MEDECIN GENERALISTE: SON ROLE, SA PLACE.....	24
2.1. <i>En général</i>	24
2.1.1. La WONCA [21].....	24
2.1.2. Loi du 13 Aout 2004 portant sur l'Assurance maladie. [24]	25
2.1.3. Loi HPST [25]	25
2.2. <i>En cancérologie</i>	26
2.2.1. La commission d'orientation sur le cancer 2002 [20]	26
2.2.2. Le Plan cancer II [28]	26

2.3.	<i>Le médecin traitant et les spécialistes</i>	28
2.4.	<i>Pratiques professionnelles</i>	29
2.5.	<i>Représentations</i>	30
MATERIELS ET METHODE		31
1.	LE CHOIX DE LA METHODE	31
	<i>Type d'étude</i>	31
2.	LE RECUEIL DE DONNEES	32
2.1.	<i>La technique de l'entretien semi-dirigé</i>	32
2.2.	<i>Le guide d'entretien</i>	33
2.3.	<i>L'échantillonnage</i>	33
2.4.	<i>Le déroulement de l'entretien</i>	34
3.	L'ANALYSE DES DONNEES	36
RESULTATS		37
1.	L'ECHANTILLON : APPROCHE QUANTITATIVE.....	37
2.	PRATIQUES PROFESSIONNELLES	40
2.1.	<i>Gestion de la douleur en général</i>	40
2.1.1.	Outils de mesure	40
2.1.2.	Type de douleur	41
2.1.3.	Choix du traitement selon le type et l'intensité	41
2.2.	<i>Gestion des morphiniques</i>	42
2.2.1.	Pathologies évoquées	42
2.2.2.	Forme galénique	43
2.3.	<i>Les aides à l'information des généralistes</i>	45
2.3.1.	Réseau ville-hôpital.....	45
2.3.2.	Autres supports.....	46
3.	REPRESENTATIONS	47
3.1.	<i>De la douleur</i>	47
3.2.	<i>De la morphine</i>	49

3.2.1. Evolution des mentalités	49
3.2.2. Ce qu'elle évoque aux médecins	50
3.2.3. Ce qu'elle évoque aux patients	54
3.3. <i>De leur place de médecin traitant.</i>	55
4. LES BESOINS, DES PROPOSITIONS.	58
4.1. <i>Besoin de mieux communiquer avec le spécialiste</i>	58
4.2. <i>Besoin de formation, d'informations</i>	60
DISCUSSION	61
POINTS FORTS ET FAIBLES DE L'ETUDE :	71
CONCLUSION	74
ANNEXES	77
ANNEXE 1 : ENQUETE PRELIMINAIRE F.MACARIO	78
ANNEXE 2 : LES GUIDES D'ENTRETIEN	82
ANNEXE 3 : TABLEAU D'EQUIANALGESIE	86
ANNEXE 4 : FICHES INFOPIOIDES SOR	87
ANNEXE 5 : GUIDE DOULEUR ET CANCER POUR LES MALADES.	91
ANNEXE 6 : PROPOSITIONS	92
BIBLIOGRAPHIE	95

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien.

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché.

ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagée

CAL : Centre Antoine Lacassagne

CRLCC : Centre Régional de Lutte Contre le Cancer

DCC : Dossier Commun en Cancérologie

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DMC : Dossier Médical Communiquant

DMP : Dossier Médical Personnel

DU : Diplôme Universitaire

EAPC : European Association of Palliative Care

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante.

EVA : Echelle visuelle analogique

FMC : Formation Médicale Continue.

FNCLCC : Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le cancer

HAD : Hospitalisation A Domicile

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INCa : Institut National du Cancer

LI : Libération Immédiate

LP : libération prolongée.

MG : Médecin Généraliste

MSU : maître de stage des Universités

OMS : Organisation Mondiale de la Santé (WHO en anglais)

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PCA : Patient Control Analgésie (= pompe à morphine)

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.

SOR : Standard, Options et Recommandations

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, souvent abrégé en World Organization of Family Doctors) est l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes.

INTRODUCTION

La douleur cancéreuse est un symptôme qui a été beaucoup étudié ces 15 dernières années. Elle est à la fois fréquente (40% des patients cancéreux tous stades confondus) et difficile à vivre par le patient et parfois aussi par les soignants. En effet son intensité est globalement élevée, instable, présentant fréquemment des pics et a un fort impact sur la qualité de vie des patients. De plus la maladie cancéreuse est un épisode de vie marquant entraînant très fréquemment une certaine fragilité psychologique.

La politique de santé en France a donc voulu inscrire la prise en charge de la douleur cancéreuse comme une priorité de santé publique, à travers toutes les actions gouvernementales mises en place ces dernières années, accompagnées d'une campagne de sensibilisation nationale.

Pour faciliter la prise en charge médicamenteuse de la douleur cancéreuse, des recommandations ont été publiées en 2002 simplifiant et uniformisant la prescription des opioïdes [30]. Il s'agit donc d'une aide notable.

Parallèlement le rôle du médecin généraliste a été réévalué et son rôle pivot a été confirmé dans la loi HPST « hôpital, patients, santé, territoire » de juin 2009 [25] et renforcé dans la mesure 18 du dernier plan cancer. Il est un acteur essentiel de la prise en charge du patient en ville tout au long de son parcours de soin. Il est donc, en toute logique, en première ligne pour la gestion des symptômes notamment de la douleur de ses patients.

Pourtant il existe une étude nationale réalisée en 2010 portant sur plus de 1500 malades concluant à une prévalence de la douleur de 53% chez les patients en ambulatoire (tous cancers confondus) et une insuffisance de traitement antalgique pour 62 % de patients cancéreux douloureux en stade avancé. Il ressort également que les deux principaux acteurs de la prise en charge de la douleur selon les patients sont de loin les oncologues et les médecins généralistes. [15]

Au vu de ce pourcentage important de patients insuffisamment traités, on peut se demander, en se limitant au cas des généralistes travaillant en cabinet hors de structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur, si ceux-ci sont suffisamment armés pour la prescription d'opioïdes forts, médicaments qui ne sont pas d'usage courant dans leur pratique professionnelle.

Lors de mon dernier stage d'internat au CAL (Centre Antoine Lacassagne : Centre Régional de Lutte Contre le Cancer de la région PACA-Est) , plusieurs réflexions de patients suivis en algologie m'ont interpellée comme par exemple *« ah bon, mon médecin traitant a le droit de prescrire de la morphine ? »* ou *« Mon médecin traitant ne veut pas que je prenne de la morphine. Il ne veut même pas en entendre parler. »* . Le médecin généraliste semble absent de la prescription de morphine de ses patients cancéreux. J'ai voulu savoir comment cela se passait et qui gérait la prescription des morphiniques à l'aide d'un questionnaire destiné aux patients. [Annexe 1]

Trente patients sous morphiniques suivis au CAL ont accepté de répondre à mon questionnaire. L'analyse des résultats a montré que pour la majorité des patients interrogés, leur médecin traitant n'était pas au centre de leur prescription d'opioïdes forts alors qu'ils allaient le consulter régulièrement.

Moi-même en tant que future médecin généraliste je vais être confrontée à la gestion de la douleur cancéreuse hors d'une structure hospitalière et je souhaite, de manière générale, connaître la vision et l'expérience de praticiens concernant la douleur cancéreuse et les opioïdes forts, leurs pratiques et leurs éventuelles difficultés de prescription de ces antalgiques.

L'objectif principal de cette étude est de recueillir l'état actuel des pratiques et des opinions des médecins généralistes quant à la prescription d'opioïdes forts pour la douleur cancéreuse.

L'objectif secondaire est d'identifier les freins ou les facteurs favorisant à la prescription d'opioïdes forts dans la douleur cancéreuse et d'ouvrir des pistes d'amélioration.

CONTEXTE et PROBLEMATIQUE

La douleur cancéreuse, la place du médecin généraliste : des sujets d'actualité.

Chaque année, plusieurs milliers de nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués en France. Ce « fléau contemporain » requiert une prise en charge complexe tant sur le plan médical qu'organisationnel.

Parmi ces malades, plus de la moitié vont souffrir à un moment ou à un autre de leur évolution ce qui montre l'importance de la nécessité de prendre en charge la douleur cancéreuse. Selon l'article L.1110-5 du code de la santé publique : «... Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... »

A travers, entre autres, les deux « Plan cancer » et les différents « Plans de lutte contre la douleur » il y a eu, depuis plusieurs années, un réel effort dans la prise en charge de la douleur cancéreuse et dans le rôle que peut jouer le médecin généraliste.

1. La douleur cancéreuse : un problème majeur de santé publique.

1.1. Création de recommandations

Dans le domaine de l'évaluation et du traitement de la douleur cancéreuse, il existe beaucoup de recommandations qui sont toujours d'actualité.

1.1.1. OMS 97 [27]

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa deuxième édition (1997) explique comment évaluer une douleur cancéreuse, comment l'appréhender et donne des règles internationales pour la traiter grâce aux différents paliers d'antalgiques. Des obstacles au traitement de la douleur cancéreuse y étaient déjà identifiés à l'époque tels que l'absence de politique nationale concernant le traitement de la douleur, la peur de créer une dépendance psychique en utilisant les opioïdes dans un but médical ou encore les restrictions légales à la prescription de morphiniques. Ces recommandations sollicitent des plans d'action nationaux de lutte contre la douleur destinés aux professionnels et aux patients.

1.1.2. EAPC 2001 [26]

Les recommandations de l'European Association of Palliative Care (EAPC) de 2001 (deuxième édition) donnent des directives sur l'utilisation des différents morphiniques dans la douleur cancéreuse.

1.1.3. SOR 2002 [30]

Nous pouvons parler des Standards Options et Recommandations (SOR) de 2002 sur la prise en charge de la douleur cancéreuse par excès de nociception qui a été initié en 1993 par la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. (FNCLCC). Le projet

SOR a pour objectif d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins aux patients atteints de cancer en fournissant aux praticiens une aide à la décision facilement utilisable. Il comprend la définition de recommandations pour la pratique clinique en oncologie, leur diffusion vers les cliniciens et l'évaluation de leur impact. En effet, y sont d'abord détaillés les antalgiques selon les paliers de l'OMS pour la douleur cancéreuse puis les règles de prescription, d'administration et de dispensation des stupéfiants. En annexe se trouve une « fiche pratique infopioïde » pour le professionnel de santé et le malade. Ce projet est une revue et une analyse critique des données scientifiques disponibles sur le même sujet. Les SOR sont mis à jour en fonction de nouvelles données scientifiques ou de l'émergence de nouveaux consensus d'experts.

1.2. Les 3 Plans de lutte contre la douleur.

Par sa nature subjective, dépourvue de marqueur biologique, échappant à toute imagerie conventionnelle, la douleur a longtemps été sous-estimée alors que d'importantes avancées scientifiques ont été faites dans le domaine de son traitement ces 15 dernières années. Prendre en charge la douleur nécessite d'entendre la plainte de la personne, d'admettre la réalité de la douleur, d'évaluer cette douleur, de connaître les moyens de son soulagement en considérant la personne dans sa globalité. La mise en place de programmes nationaux d'action témoigne de la volonté du ministère de la santé et des professionnels de mieux maîtriser la prise en charge de la douleur de la personne à tous les âges de la vie.

Le premier plan douleur créé en 1998 par Bernard Kouchner visait à développer, dans les établissements de santé, une « culture de la lutte contre la douleur » et comportait 4 grands axes :

- La prise en compte de la demande du patient : carnet douleur, utilisation de l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), introduction des pompes à morphine (PCA - Patient Control Analgésie),

- L'amélioration de la prise en charge en établissement de santé et des réseaux de soins, (« La douleur n'est pas une fatalité »),
- La formation des professionnels de santé (douleur et soins palliatifs au programme du deuxième cycle des études médicales)
- Et une campagne d'information du public.

Ce Premier plan a été évalué en 2001 par la société française de Santé publique et a montré des changements notables dans la prise en charge thérapeutique de la douleur ainsi qu'une réelle prise de conscience de la part des professionnels de santé comme des patients. Malgré ces premiers résultats positifs il existe encore des dysfonctionnements comme une EVA trop peu développée, des structures de soins pour la douleur rebelle trop peu connues des libéraux et une formation sur le terrain des médecins insuffisante.

Au vu de ces constatations, un deuxième plan de lutte triennal a été créé en 2002. Axé sur la prise en charge de la douleur chronique rebelle et de la douleur provoquée par les soins, on peut également noter l'importante réflexion sur la simplification de la prescription de morphine aboutissant à la généralisation des ordonnances sécurisées.

Le troisième, et pour l'instant, dernier plan douleur (2006-2010) s'axe entre autre sur la création des structures de soins pour les douleurs chroniques. [29]

Aujourd'hui le gouvernement est sur le point de mettre en place un 4ème plan de lutte contre la douleur où l'accent sera mis sur la prise en charge de la douleur à domicile.

1.3. Le patient cancéreux douloureux.

1.3.1. Le livre blanc [37]

Afin de mieux prendre en charge le patient et sa famille, la Ligue contre le Cancer a décidé en 1998 de leur donner la parole et crée pour cela les premiers états généraux des malades du cancer. Leur témoignage constitue le « Livre Blanc ». Il s'agit d'une approche nouvelle, forte et d'importance. Parmi les reproches les plus souvent formulés on retrouve le manque de communication, d'explication, d'information de la part des médecins lors de l'annonce de la maladie, sur le choix des traitements et au cours de ceux-ci, le manque de considération et d'écoute, le manque d'humanisme concernant l'impact physique, psychologique, familial et social de la maladie, le manque de soutien psychologique et le manque de suivi quand le malade quitte l'hôpital. Parmi les besoins : celui de soulager la douleur. Ces témoignages ont contribué à la mise en place des 70 mesures du premier plan cancer.

1.3.2. Le plan cancer I [28]

En mars 2003 le premier plan cancer lancé par le président de la république J.CHIRAC replace le patient au centre de sa prise en charge et propose plusieurs axes :

- Coordonner systématiquement les soins en ville et à l'hôpital autour du patient (mesures 29 à 38) : Tous les nouveaux patients atteints de cancer bénéficieront d'une concertation pluridisciplinaire et d'un "programme personnalisé de soins" (PPS). Des Centres de Coordination en Cancérologie seront identifiés dans chaque établissement traitant des patients atteints du cancer. Un "dossier médical communiquant" (DMC) pour le cancer sera mis en place. Le plan a pour ambition de faire bénéficier chaque région française d'un réseau régional du cancer coordonnant l'ensemble des acteurs de soins, en ville et à l'hôpital.
- Donner l'accès à l'information pour que les patients qui le souhaitent puissent être acteurs de leur combat contre la maladie (mesures 39 à 41)

- Être plus attentif aux personnes malades et à leurs attentes (mesures 42 et 43)

Les patients pourront bénéficier de soins complémentaires, pour une meilleure prise en compte de la douleur et un soutien psychologique accru.

La coordination de ces différentes actions de lutte a été réalisée par un organisme scientifique créé en 2004 : l'Institut National du Cancer (l'INCa).

Au final ce premier plan cancer conclut à la réussite de certaines mesures telles que la mise en place de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) et du dispositif d'annonce améliorant la prise en charge. Cependant des efforts restent à fournir dans le lien entre l'hôpital et la médecine libérale.

1.3.3. Circulaire DHOS février 2005 [19]

Les différentes mesures du Plan Cancer I conduisent à la mise en place d'un groupe de travail au niveau ministériel, qui a donné naissance à la circulaire « Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins » (DHOS) du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

Cette circulaire met l'accent sur l'information du patient et la communication des informations avec notamment un accès rapide au diagnostic, des conditions d'annonces organisées, des stratégies de traitement sur la base d'un avis pluridisciplinaire (RCP) et des référentiels validés actualisés, la remise au patient d'un PPS qu'il doit approuver.

Elle recommande également une prise en charge globale et continue avec le domicile et l'accès aux soins de support.

1.3.4. Guides d'information pour le patient

Plusieurs guide d'information sur la douleur cancéreuse on été crée dont un par le SOR 2007 et la Ligue contre le cancer [annexe 5] afin de promouvoir l'information du patient.

1.4. Dans la littérature.

Plusieurs études se sont intéressées à la prévalence de la douleur cancéreuse:

Une méta analyse de 52 études portant sur la prévalence de la douleur cancéreuse de 1966 à 2005 a été réalisée et conclut que la douleur cancéreuse reste toujours un problème majeur avec une prévalence supérieure à 50% tous stades et types de cancers confondus malgré les recommandations claires de l'OMS. [16]

Une étude nationale de 2010, quantitative, sur 1500 patients pilotée par l'INCa avait pour objectif de décrire la qualité de la prise en charge de la douleur en ambulatoire chez des patients souffrant d'un cancer en stade avancé. Il en ressort que la prévalence de la douleur chez ce type de patients est encore de 53% et que 62% des patients étaient insuffisamment traités. Il faut noter que les deux principaux acteurs dans cette prise en charge sont le médecin généraliste et le cancérologue.[15]

2. Le médecin généraliste: son rôle, sa place.

2.1. En général

2.1.1. La WONCA [21]

Créée en 1972, cette organisation mondiale des médecins généralistes a pour mission de promouvoir et de développer la discipline de la médecine générale au bénéfice individuel des patients. En 2002, la WONCA a su impliquer les différentes structures européennes de médecine générale pour valider une définition consensuelle de la médecine générale, publiée avec l'assistance et la coopération du Bureau européen de l'OMS : *« Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de la discipline Médecine Générale. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par les contacts répétés.*

L'activité professionnelle des médecins généralistes comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative.

Les médecins généralistes agissent seuls ou font appel à des professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Les médecins généralistes ont par ailleurs la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur

équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients».

Cette définition met en évidence toutes les facettes et la complexité de cette discipline. En effet de part la régularité de ses rencontres, c'est au médecin traitant que le patient se plaint en premier. Le généraliste connaît tous les détails de la vie de son patient, tous ses problèmes, ses joies et ses peines. Il prend en compte le caractère du patient ainsi que son environnement lorsqu'il doit instaurer un traitement afin qu'il soit suivi au mieux. Il s'agit d'une relation privilégiée médecin-patient rare.

2.1.2. Loi du 13 Aout 2004 portant sur l'Assurance maladie. [24]

Cette loi, entrée en vigueur en janvier 2005, a mis en place le dispositif du « médecin traitant ». Elle le charge de coordonner le parcours de soin de l'assuré. En 2008, 99,5% des français avaient choisi un généraliste comme médecin traitant.

2.1.3 Loi HPST [25]

Plus récemment, en 2009, la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » a défini comme « pivot » le rôle du généraliste dans le parcours de soins. « S'assurer de la coordination des soins » et « contribuer au suivi des maladies chroniques en coopération avec les autres professionnels de santé qui participent à la prise en charge du patient » sont quelques une des missions du médecin généraliste définie par cette loi.

2.2. En cancérologie.

2.2.1. La commission d'orientation sur le cancer 2002 [20]

La place du médecin généraliste, dans la coordination des soins et le suivi des patients est essentielle. Le médecin traitant reste le point de repère médical du patient en dehors de l'hôpital. Le médecin traitant est confronté aux effets secondaires des traitements mais aussi au traitement de la douleur, à l'accompagnement de fin de vie et aux soins palliatifs.

Intervenant depuis la prévention et le dépistage (mesure 16 du plan cancer II) jusqu'à l'après cancer, le médecin traitant détient une place centrale et agit aussi bien dans l'urgence que dans la durée.

2.2.2. Le Plan cancer II [28]

L'actuel plan cancer (2009-2013) s'inscrit dans la continuité du précédent (2003-2007) et renforce, dans sa mesure 18 la place du médecin traitant. Cette mesure a pour objectifs :

- d'améliorer le parcours de soins des malades, par la mise en place de postes de soignants chargés de coordonner ce parcours entre l'hôpital et le domicile.
- de mieux impliquer les médecins traitants ainsi que les autres acteurs de proximité, infirmiers libéraux et pharmaciens en particulier, pour qu'ils accompagnent les malades atteints de cancer pendant et après leur traitement.
- de développer les outils de coordination et de partage entre professionnels de santé hospitaliers et libéraux.
- d'élaborer et mettre en œuvre un plan d'actions conjoint entre l'INCa et L' Agence des Systèmes d'Information Partagée (ASIP) pour développer l'usage et les services du Dossier Commun de Cancérologie (DCC) dans le contexte du déploiement du dossier médical personnel (DMP).

Le DCC avait été proposé lors du précédent plan cancer (mesure 34). L'objectif de ce dossier était la communication facile et accessible des informations médicales concernant le patient. Il doit s'inscrire dans la mise en place progressive d'un système d'échange de données entre tous les acteurs de santé.

L'année 2014 devrait voir l'avènement d'un troisième plan cancer annoncé lors des quatrièmes rencontres annuelles de l'INCa. Cette annonce marque la volonté des pouvoirs publics de maintenir la lutte contre le cancer au rang de priorité nationale. Dans son discours de présentation du prochain plan cancer 2014-2018, le Président de la République énonce 5 priorités :

- 1) La prévention
- 2) La recherche
- 3) La prise en charge : « Le cancer va devenir ainsi une maladie chronique avec une prise en charge, de plus en plus, à domicile. Dès lors, nous devons repenser les lieux d'accueil des patients afin qu'ils soient d'abord multidisciplinaires et articulés avec la médecine de ville ; associer davantage le médecin traitant dans la prise en charge hors de l'hôpital »
- 4) La formation : « La formation, c'est aussi celle du médecin généraliste dont on voit qu'il va jouer un rôle de plus en plus grand dans le suivi et le traitement de la maladie. Le soutien, le suivi, le dialogue indispensable avec l'entourage, tout cela fait partie de la vocation du médecin de famille et du médecin traitant. Dès lors que la médecine ambulatoire en cancérologie va avoir une place plus grande, le médecin traitant aura lui aussi un rôle croissant. Il convient donc dans le cadre de la formation des médecins d'intégrer cette sensibilisation à la situation du patient atteint d'un cancer davantage qu'aujourd'hui »
- 5) La vie pendant et après.

2.3. Le médecin traitant et les spécialistes

Mais sur le terrain c'est plus compliqué comme en témoignent ces deux enquêtes réalisées par la Ligue contre le cancer:

- La Ligue contre le cancer a demandé en 2008 à l'institut LH2 (institut de sondage) de réaliser une enquête auprès des Médecins Généralistes (MG) entre autres sur leurs perceptions de leur place dans le cancer.

Les résultats montrent que moins de 50% des généralistes se déclarent très impliqués dans les différentes étapes du processus du cancer et que les MG attendent une meilleure coordination et communication entre les différents acteurs de santé. Les plus anciens réclament des formations pour actualiser leurs connaissances en cancérologie. [32]

- En 2010 la Ligue contre le cancer crée "la première rencontre des médecins généralistes face au cancer" avec une enquête réalisée auprès de 565 praticiens généralistes sur la place et les besoins des généralistes dans le cancer. Il en ressort que les généralistes se sentent mis à l'écart dans le parcours de soins de leurs patients cancéreux et surtout que les informations sont mal transmises par les spécialistes. *"A l'heure où des enfants communiquent avec des IPAD®, comment se fait-il que l'hôpital ne soit pas capable de donner des informations au généraliste en temps réel?"* s'interroge un médecin généraliste présent lors de la présentation des résultats de l'étude. Si la notion d'équipe semble naturelle à l'hôpital, elle semble l'être beaucoup moins en ville. [33]

2.4. Pratiques professionnelles.

Deux études se sont intéressées à l'analyse des pratiques des médecins généralistes:

- En 2003, l'étude EPIDOL a décrit les pratiques médicales habituelles de prise en charge de la douleur par les opioïdes forts à libération prolongée (LP) en médecine générale. Il s'agissait d'une étude observationnelle nationale qui demandait aux médecins généralistes d'inclure des patients et d'analyser leurs comportements.

Cette étude conclut au soulagement de seulement 64% des patients inclus par les médecins interrogés. Des progrès restent à faire surtout sur la notion d'éducation des opioïdes forts chez le patient cancéreux. [7]

- En 2004, l'opération RESOnantes a réuni 53 médecins généralistes impliqués dans la prise en charge de la douleur cancéreuse au niveau national afin d'obtenir leur témoignage sur leur perception de ce problème et sur les contraintes auxquelles ils se trouvent confrontés dans leur exercice quotidien face à la douleur et à la souffrance des patients. Le manque de temps lors de la consultation peut parfois être pénalisant, empêchant par exemple une bonne éducation du patient sur les morphiniques. L'évolution des mentalités et la notion d'expérience entrent en jeu pour une meilleure prescription des opioïdes. Enfin le besoin d'une multidisciplinarité semble capitale tout comme la place centrale que doit avoir le médecin généraliste dans le parcours de soin du patient.[5]

2.5. Représentations.

Sur le plan de leurs représentations mentales sur les opioïdes, une enquête a été réalisée sur 114 généralistes et spécialistes du Finistère en 2012. Les résultats concluent en une évolution positive des mentalités car les représentations négatives ne portent que sur les effets secondaires et leur prescription semble s'élargir à d'autres douleurs que les douleurs cancéreuses. Cependant cette étude ne distingue pas l'opinion des généralistes de celle des spécialistes. [12]

Une étude réalisée au Portugal en 2009 met en évidence les représentations des médecins et des infirmières de plusieurs hôpitaux portugais sur la morphine. [17] « Antalgique » est le mot associé le plus souvent à la morphine. Cette étude montre également la barrière infirmière qui n'interpelle pas le médecin pour une douleur d'intensité forte si l'infirmière a une représentation négative de la Morphine et ne souhaite pas que le patient en bénéficie.

MATERIELS ET METHODE

1. LE CHOIX DE LA METHODE

Type d'étude

Il s'agit d'une recherche qualitative qui permet d'analyser, de comprendre et d'interpréter des phénomènes et des événements dans leur milieu habituel. Ce type d'analyse a été choisi car il permet d'identifier des facteurs difficiles à mesurer objectivement tels que les processus conscients ou inconscients qui infléchissent attitudes et comportements professionnels, de compléter éventuellement des études quantitatives dans ce domaine et de révéler des thèmes dont l'importance était inattendue ou qui seraient restés dans l'ombre si les chercheurs s'étaient limités à une liste de questions pré établies. [34] [35] [38].

Conformément à l'objectif de mon étude, seule la méthode qualitative permet de comprendre les logiques individuelles des médecins généralistes (attitude, représentations) qui guident leurs comportements dans la prise en charge de la douleur cancéreuse.

2. LE RECUEIL DE DONNEES

La méthode qualitative utilise l'entretien et l'observation comme techniques de recueil de données. Pour cette étude j'ai choisi de privilégier la technique de l'entretien, plus cohérente avec la pratique professionnelle des interviewés et le thème de l'étude.

2.1. La technique de l'entretien semi-dirigé

Il s'agit d'un entretien d'explicitation des pratiques.

L'entretien semi-dirigé est choisi car il permet d'approfondir par l'intermédiaire d'un guide d'entretien certains champs de la pratique professionnelle du médecin généraliste en lien avec mon sujet de recherche. Il permet une liberté de parole et d'expression de la part du médecin interrogé aboutissant parfois à la découverte d'idées inattendues. [34] [36] [36]. Le thème des opioïdes dans la douleur cancéreuse a été étudié à plusieurs reprises mais toujours avec un questionnaire bien précis envoyé aux participants. C'est pourquoi il était intéressant ici de réaliser des entretiens semi-dirigés en posant des questions ouvertes pour éviter un cadrage trop restrictif des réponses.

Pour assurer sa validité une attention particulière doit être portée, entre autres, sur le contexte de la rencontre : le lieu doit être neutre, sans élément perturbateur (téléphone par exemple) avec un interviewer empathique et bienveillant. [36].

Les entretiens sont enregistrés sur dictaphone après accord de chaque médecin interrogé.

La réalisation de focus groups n'était pas compatible avec la dispersion des médecins dans les Alpes Maritimes et leur emploi du temps surchargé.

2.2. Le guide d'entretien

Il est la trame que l'interviewer va utiliser pour diriger l'entretien. Il est composé de questions ouvertes en rapport avec les grands thèmes de mon étude, permettant à l'interrogé d'y répondre en laissant libre court à ses idées et opinions. [1]

Pour définir la question de recherche et les différents thèmes qui devront être abordés dans ce guide en fonction de la littérature déjà publiée, une recherche bibliographique a été menée sur les moteurs de recherche *PubMed*, *John Libbey*, *Cismef* entre autres, dans plusieurs revues telles que par exemple « *douleurs* », « *bulletin du cancer* », dans des ouvrages et thèses à l'aide des mots-clés suivants : *médecin généraliste (general practitioner)*, *cancer*, *morphine*, *douleur cancéreuse (cancer pain)*.

Le guide d'entretien se compose de plusieurs questions abordant chacune un thème à explorer. Des « questions de relance » permettent à l'interviewer d'aborder un thème important non encore évoqué par l'interviewé. Grâce à la flexibilité possible de ses questions prévues à l'avance (au contraire de l'entretien non-dirigé) l'interviewer évite que l'interviewé se sente enfermé dans une question fixe (entretien directif).

Le guide d'entretien a été évalué et corrigé avec l'aide du Dr Tiphonie Bouchez, Chef de clinique au Département d'enseignement et de recherche en médecine générale de la Faculté de Médecine de Nice, ma tutrice en recherche qualitative.

Il a été testé sur une jeune confrère médecin généraliste afin d'évaluer la clarté des questions et le temps à prévoir pour chaque entretien (évalué à 25 minutes environ).

2.3. L'échantillonnage

Le choix des médecins s'organise autour d'un critère: exercer dans le département des Alpes Maritimes (zones urbaine, semi-rurale et rurale). Je me suis d'abord tournée vers les médecins traitants des patients interrogés lors de mon enquête préliminaire. J'ai étendu

mon recrutement vers d'autres médecins généralistes, certains par connaissances personnelles, d'autres m'ont été indiqués par ma directrice de thèse. Les médecins ont été recrutés selon un échantillonnage en recherche de variation maximale permettant d'obtenir le maximum de diversité sur leur âge, leur parcours professionnel, leur expérience et leur milieu d'exercice. En effet l'échantillon doit inclure autant que possible les individus porteurs de critères pouvant affecter la variabilité des comportements. Le principe de sélection raisonnée vaut dans la mesure où l'on ne prétend pas à la représentativité de l'échantillon par rapport à l'ensemble de la population.

Les médecins sélectionnés ont été contactés par téléphone ou de visu pour éviter la barrière du secrétariat lorsqu'il existe. Un bref exposé de ma situation de thésarde en médecine générale et du thème général, sans en dévoiler le sujet précis, est réalisé afin de susciter leur curiosité et leur intérêt pour le sujet. La participation de chaque médecin est basée sur le volontariat.

Après accord du médecin, un rendez-vous est alors fixé pour réaliser un entretien prévu pour une trentaine de minutes environ.

Classiquement pour un sujet de recherche qualitative appliquée à la médecine et à l'échelle d'une thèse d'exercice individuelle, il est habituel de rencontrer 12 à 18 médecins.

2.4. Le déroulement de l'entretien

Après avoir pris place face à face et déclenché le dictaphone l'entretien peut commencer. Les règles de confidentialité et d'anonymat sont appliquées.

Dans un premier temps il concernait les variables sociologiques des médecins interrogés et des variables propres à ma recherche telles que l'ancienneté d'exercice, leur cursus médical et leur mode d'exercice.

Après avoir abordé le thème de la prise en charge de la douleur en général je me suis intéressée aux opioïdes et à la douleur cancéreuse en particulier afin de pouvoir mettre en évidence une différence dans leur prise en charge.

Pour finir la dernière question visait à identifier, chez les médecins interrogés, les causes des difficultés de prescription des opioïdes et leur besoins éventuels.

L'ordre des questions peut varier selon le déroulement de l'entretien. Je me suis adaptée à l'interviewé et j'ai exploré les pistes évoquées quitte à m'éloigner parfois du guide d'entretien.

3. L'ANALYSE DES DONNEES

Les données enregistrées ont été retranscrites informatiquement avec Microsoft Office Word© sous forme de « VERBATIM » c'est-à-dire mot pour mot [livre annexe]. Un numéro correspondant à l'ordre chronologique des entretiens est attribué à chaque médecin désigné par la lettre « D ». L'interviewer est désigné par la lettre « I ».

Ces verbatim ont été analysés par approche herméneutique par théorisation ancrée avec le support électronique du logiciel NVivo 10©.

RESULTATS

1. L'échantillon : approche quantitative

Sexe	Age	Secteur	Cabinet de groupe (nombre)	Années d'exercice	Formations complémentaires.
femme	30-40	citadin	Oui (2)	2	Diplôme inter-universitaire (DIU) gynéco
femme	30-40	Citadin	Oui (2)	2	DIU gynéco
femme	30-40	Semi-rural	Oui (3)	2.5	Temps partiel au centre santé jeunes
homme	30-40	Semi-rural	Oui (3)	8	Urgentiste / DIU gynéco / Maître stage
femme	30-40	Citadin	Oui (3)	2	Médecin coordonateur Maison De Retraite (MDR) / homéopathie
femme	30-40	Citadin	Oui (2)	3	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire (DESC) infectiologie (PH archet) Activité mixte
homme	30-40	Citadin	non	10	Diplôme universitaire (DU) médecine urgence/ DU rééducation respiratoire/ DU pathologie du sport / médecine esthétique
homme	40-50	rural	Oui (2)	10	Médecin pompier
homme	40-50	citadin	Oui (4)	32	aucune
homme	50-60	citadin	non	30	Thérapie comportementale
femme	50-60	citadin	non	28	aucune
homme	50-60	Semi-rural	Oui (2)	20	urgentiste
homme	50-60	semi-rural	Oui (3)	30	Maître de stage
homme	50-60	Semi-rural	non	27	Médecin pompier / DU tabacologie/ capacité éthique médicale
homme	50-60	Citadin	non	32	Aucune
homme	50-60	Citadin	non	25	Maître de stage
homme	50-60	rural	non	20	aucune
homme	50-60	citadin	Oui (3)	20	Maître de stage
femme	50-60	Semi-rural	non	25	DU gériatrie et traumato sport
femme	50-60	citadin	non	30	Capacité de gériatrie/ DU médecine statutaire/ formation balint
femme	50-60	citadin	non	18	aucune
homme	50-60	citadin	non	37	Médecin coordonateur Hospitalisation à domicile (HAD) Nice
femme	50-60	citadin	non	30	homéopathie
homme	50-60	citadin	non	20	aucune
homme	50-60	rural	non	30	Maître de stage/ DU urgence

Entre avril et juillet 2013, 25 médecins généralistes exerçant dans les Alpes Maritimes ont accepté de répondre. Ils ont été interrogés au cours d'un entretien individuel semi dirigé à l'aide d'un guide. Le recueil de 23 entretiens m'a permis d'atteindre la saturation des données que j'ai confirmée avec 2 entretiens supplémentaires. Pour obtenir mes 25 répondants j'ai du contacter en tout 33 médecins. Sur les 8 médecins contactés qui n'ont pas participé, 6 ont évoqué le manque de temps et 2 ne m'ont pas répondu.

Le guide d'entretien a été modifié plusieurs fois en fonction des résultats induits par l'analyse contemporaine des données déjà recueillies afin de préciser certaines notions ou d'élargir le champ de discussion. L'entretien se déroulait au cabinet du médecin généraliste. La durée de ces entretiens allait de 15 à 40 minutes. Les différents guides d'entretien apparaissent en annexe [Annexe 2]. Les caractéristiques des médecins interviewés sont listées dans le tableau ci-dessus.

Pour plus d'anonymat l'ordre des médecins dans le tableau ci-dessus a été choisi arbitrairement en fonction de l'âge et ne correspond pas à l'ordre des verbatims [livre annexe].

L'ensemble de l'échantillon regroupe 10 femmes et 15 hommes répartis sur les différentes communes du département.

64% ont entre 50 et 60 ans (68% d'hommes et 32% de femmes) , 8% entre 40 et 50 ans et 28% entre 30 et 40 ans (dont 29% d'homme et 71% de femmes).

La majorité des médecins interrogés étaient en secteur citadin (64%), 24% en semi rural et 21% en rural. Le choix des lieux d'exercice a été diversifié pour savoir si l'éloignement avec un centre spécialisé avait un impact sur la prise en charge de la douleur cancéreuse.

Même si cet échantillon ne peut être représentatif de la population de médecine générale des Alpes Maritimes, il existe une certaine similitude avec la pyramide des âges du 01/01/2013 [23] et la répartition démographique [22].

14 Médecins exercent seuls contre 11 médecins en cabinet de groupe

Enfin 52% des médecins interviewés ont plus de 20 ans d'exercice en médecine libérale, 20% ont moins de 5 ans d'expérience.

La formation médicale initiale est complétée la formation médicale continue (revue Prescrire par exemple, groupes de pairs etc...). 5 médecins interrogés sont maîtres de stage.

Aucun médecin interrogé n'a de formation complémentaire post universitaire sur la douleur et/ ou en oncologie.

2. PRATIQUES PROFESSIONNELLES

2.1. Gestion de la douleur en général

2.1.1. Outils de mesure

Pour évaluer l'intensité de la douleur 17 médecins ont évoqué l'EVA, 2 ont également cité ALGO+ (il s'agit d'une échelle comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée souffrant de troubles de la communication verbale) et DOLO+ (échelle d'évaluation comportementale destinée aux sujets âgés présentant des difficultés d'expression, des troubles de la mémoire ou encore des troubles cognitifs.). Bien que souvent mise en avant l'EVA n'est pour autant pas souvent utilisée, jugée trop subjective ou non adaptée à la pratique de ville.

Médecin de l'entretien 14 :

« On peut graduer la douleur sur des échelles éventuellement dont on se sert très peu en médecine générale de ville. [...] c'est une perte de temps, parce qu'on considère l'échelle de 0 à 10 c'est très difficile et totalement subjectif et puis... enfin on s'en sert très peu. »

Médecin de l'entretien 15 :

« L'échelle EVA ça s'utilise pas beaucoup, j'avoue que je devrais le faire plus souvent... je trouve que c'est très subjectif »

2.1.2. Type de douleur

Dans l'ensemble l'interrogatoire permet d'étayer le diagnostic étiologique et préciser le type de douleur.

Médecin de l'entretien 19 :

« je lui demande bien sûr ce qu'est cette douleur, le siège, le type, l'intensité, la durée, s'il est calmé par certains traitements et lesquels, s'il a déjà consulté pour ça, la fréquence, les circonstances »

A la question « quelle est pour vous la douleur la plus difficile à traiter ? » sont ressortis 3 types parmi une dizaine qui sont plus particulièrement redoutés : les douleurs d'origine « rhumatologique », les « douleurs neuropathiques » (toutes causes confondues) et les « douleurs cancéreuses » (tous types confondus).

2.1.3. Choix du traitement selon le type et l'intensité

Pour la stratégie thérapeutique, tous utilisent les paliers de l'OMS en citant dans chacun quelques spécialités.

Médecin de l'entretien 9 :

« On a toujours un antalgique de palier I, si c'est pas suffisant tu passes au palier II, si c'est pas suffisant tu passes au palier III. Intellectuellement ça ne me pose pas trop de problème. »

La maladie cancéreuse amène le médecin à apprécier la douleur qui en résulte de façon particulière : l'intensité de la douleur est souvent associée à la gravité de la maladie. Cette assimilation conduit le médecin à prescrire plus vite un palier III.

Médecin de l'entretien 15 :

« On a peut-être plus de compassion pour un cancéreux dont on sait qu'il faut vraiment soulager la douleur et s'il a une espérance de vie limitée on est plus vigilant sans doute. On a l'impression qu'il y a une urgence parce qu'il y a un cancer... pour nous... quelqu'un qui a une arthrose c'est pas grave alors que pour le cancer on a peut-être tendance à tout mettre dans le même panier c'est-à-dire vite traitons le vite faisons une radiothérapie vite faisons une chimiothérapie et vite prenons un antalgique pour calmer cette douleur. Je pense que c'est peut-être une vision globale de la maladie qui fait qu'on a un comportement qui est différent par rapport à une autre maladie qui va évoluer doucement et pour laquelle il n'y aura pas une question vitale par derrière. Oui c'est peut-être par analogie avec tout le schéma d'action qu'on a par rapport à cette maladie. »

2.2. Gestion des morphiniques

2.2.1. Pathologies évoquées

Arthrose sévère chez la personne âgée et cancer sont les 2 principales sources de prescription de morphiniques citées par les médecins interrogés.

Médecin de l'entretien 9 :

« c'est plus souvent chez des gens, des patients qui ont des cancers.. la plus grande partie, après ça m'est arrivé chez des personnes en rhumato [...] parfois chez les personnes âgées qui ont ou qui ont eu des tassements de vertèbres etc... qui sont hyperalgiques aussi... [...] le plus souvent c'est quand même les patients atteints de cancer. »

Médecin de l'entretien 12

« pour les personnes âgées ou on a fait le bilan et qu'on trouve rien ça m'arrive de donner de la morphine à faible dose pour les soulager en chronique sur des douleurs articulaires et osseuses [...] Pour les personnes âgées qui ont des douleurs récidivantes et chroniques »

2.2.2. Forme galénique

- Près de 50% des médecins interrogés prescrivent dans le palier III le patch de Fentanyl qu'ils trouvent plus efficace, mieux toléré et accepté que les comprimés. Le Durogésic® et l'Actiskénan® sont les spécialités les plus citées. Le Skénan® et l'Actiq® sont également évoqués mais moins souvent. L'Oxycodone a été mentionnée par 3 médecins.

Médecin de l'entretien 5 :

« en général je prescris des patchs de Durogésic® »

Médecin de l'entretien 1 :

« j'aime bien les patchs parce que le patient pense que ce n'est pas tellement un médicament, et donc ça passe beaucoup plus facilement »

Médecin de l'entretien 11 :

« J'aurai tendance à privilégier le patch si l'instauration se fait bien c'est quand même certainement plus facile d'utilisation que de prendre des comprimés »

- Les formes LP sont souvent associées aux formes à libération immédiate (LI). En effet les médecins interrogés semblent reconnaître pour une douleur cancéreuse l'intérêt d'une forme à libération prolongée pour couvrir la douleur de fond associée à une forme à libération immédiate pour les accès douloureux.

Médecin de l'entretien 3 :

« ce que j'utilise beaucoup c'est le patch avec l'Actiskénan® ; le patch en fond et l'Actiskénan ® en aigu. »

- Concernant la gestion de la PCA le médecin généraliste peut intervenir sur la modification des doses par prescription sans toucher au boîtier. Peu modifient les doses seuls sans faire appel au médecin de l'HAD.

Médecin de l'entretien 11 :

«Je les gère par l'intermédiaire de l'HAD [...] je ne gère pas la prescription initiale car elle est hospitalière ms par contre c'est moi qui modifie les doses. Je ne sais pas me servir du boîtier»

Médecin de l'entretien 10 :

« Ce sont pour les patients qui sont en HAD. Moi je vais prescrire et la manipulation de la pompe est faite par les infirmières. »

Les formes injectables, hors PCA, ne sont plus utilisées en ville

Médecin de l'entretien 22 :

« en médecine générale on ne fait pas de morphine injectable »

2.3. Les aides à l'information des généralistes

2.3.1. Réseau ville-hôpital

Lorsqu'une situation douloureuse lui pose un problème de compétence, le médecin généraliste se tourne vers un spécialiste. Dans les Alpes Maritimes, le centre anti-douleur de Pasteur est le plus sollicité ainsi que les médecins de l'HAD.

Médecin de l'entretien 10 :

« moi ce qui m'arrive de faire c'est de passer un coup de fil en algologie, pour des patients en HAD les médecins de cette structure sont très compétents. »

Médecin de l'entretien 13 :

« A l'HAD ça se passe bien car on parle avec le médecin qui a l'habitude. »

Quant au CAL, les services d'hospitalisations sont plus souvent appelés que le centre d'algologie.

Médecin de l'entretien 3 :

« j'appelle le CAL en service d'hospi... »

Médecin de l'entretien 16

«La plupart des cancéreux à Nice sont suivis au CAL. Pour nous c'est plus confortable parce qu'il y a des algologues ».

Médecin de l'entretien 25 :

« Sachant que la radiothérapie a quand même une importance non négligeable dans les douleurs cancéreuses, donc effectivement si on est pas de mêche avec le radiothérapeute, assez proche, assez concerté, on loupe une partie du problème je pense [...]Et ca aide bien aussi le patient qui sent qu'il est pris en charge par une équipe et pas par son médecin traitant qui vaut ce qu'il vaut, mais qui des fois lui parait peut être un petit peu isolé, surtout en montagne.»

2.3.2. Autres supports

Le VIDAL® et le DOROSZ® sont les deux références qui leur permettent une aide à la prescription. Seuls 2 médecins sur l'échantillon interrogé utilisent le tableau d'équianalgésie qui permet la rotation des opioïdes. En effet ce tableau permet, s'il y a besoin de passer d'un opioïde à un autre de connaître les équivalences de dose et donc de ne pas perdre en efficacité lors du changement de molécule. Il est important pour la manipulation des différents produits palier III.

3. REPRESENTATIONS

3.1. De la douleur

On note une prise de conscience dans la prise en charge de la douleur ces dernières années depuis les campagnes de sensibilisation.

Médecin de l'entretien 2 :

« Actuellement la douleur on ne la supporte pas à quelque degré que ce soit. On n'aime pas avoir mal. J'ai remarqué qu'il y a eu une évolution ces 15 dernières années. »

Médecin de l'entretien 1 :

« Avant c'était vécu comme un échec, maintenant y'a la notion « je ne dois plus souffrir » »

Deux Médecins ont également évoqué la composante psychologique de cette douleur cancéreuse :

Médecin de l'entretien 6 :

« on est peut-être un peu plus dans l'empathie, on se protège un peu des douleurs chroniques, importantes qui se rajoutent à la pathologie qui est déjà difficile à supporter psychologiquement et physiquement »

Médecin de l'entretien 1 :

« Mais dans toutes ces douleurs il y a la participation psychologique qui est très importante »

Toutefois la douleur reste un problème pour certains

Médecin de l'entretien 12 :

« J'avoue que j'ai un peu du mal à accepter la douleur ça me pose beaucoup de problèmes. »

Médecin de l'entretien 19 :

« En tant qu'individu je le vis très mal parce que c'est quelque chose qui fait peur »

Pour autant les médecins restent très attentifs à la douleur en particulier à la douleur cancéreuse.

Médecin de l'entretien 15 :

« J'espère que je ne passe pas trop souvent à côté et que les gens me parlent... je ne sais pas si je les interroge suffisamment sur leur douleur, je pense qu'ils m'en parlent spontanément... mais parfois y'a des gens qui considèrent que la douleur est normale et ils n'en parlent pas alors qu'il suffit d'aborder le sujet et ... ou alors ils ont peur de prendre des médicaments, ils ont peur de la nocivité et il faut leur expliquer et les rassurer. [...] dans le cas d'une douleur cancéreuse je vais être plus vigilant et je vais moi-même prendre l'initiative effectivement de suivre la douleur au lieu d'attendre que la personne elle-même exprime le fait que euh... que c'est très douloureux. »

Médecin de l'entretien 25 :

« on souffre quand on est avec un patient qui souffre... surtout quand on est seul avec lui »

3.2. De la morphine

3.2.1. Evolution des mentalités

Grâce à ces campagnes d'information et de formation contre la douleur, une évolution s'est faite dans la façon d'appréhender la douleur et les morphiniques du côté des généralistes:

Médecin de l'entretien 15 :

« à un moment donné il y a eu une grosse campagne de sensibilisation à la douleur et j'ai bien adhéré à ça parce que c'est vrai qu'on ne s'en rendait pas compte avant et ça fait quelques années »

Médecin de l'entretien 17 :

« la prescription ça s'est amélioré avec le temps parce qu'avant y'avait les carnets à souche bon maintenant avec les ordonnances sécurisées c'est beaucoup plus facile à prescrire faut juste écrire en toute lettre c'est quand même plus facile »

Médecin de l'entretien 22 :

«Evidemment ça a évolué fortement dans les dernières années mon attitude vis-à-vis de la douleur [...] j'ai un arsenal plus important qu'avant et j'ai moins peur de la morphine et des morphiniques [...]

Parce qu'on l'utilise beaucoup et qu'on a enfin les conséquences connues de ces produits . Quand je me suis installé la morphine c'était quelque chose de diabolique, on avait un carnet à souches sur lequel il fallait marquer les produits dits « toxiques » c'était un carnet de toxiques donc c'est bien clair, rien que le mot nous faisait reculer. Et maintenant le carnet n'existe plus on donne de la morphine comme on donne un autre médicament et avec des doses utiles et efficaces.»

Médecin de l'entretien 23 :

« les généralistes ne sont pas tous formés à la douleur et à l'utilisation des paliers III. Alors que ça fait maintenant partie du cursus des études. Mais jusqu'en 2000 y'a pas grand-chose dans le cursus. Donc y'en a encore pas mal qui soit ne savent pas du tout soit ont peur. Donc ils l'utilisent mal, peu »

3.2.2. Ce qu'elle évoque aux médecins

3.2.2.1. Attitude majoritaire

A la question « que vous évoque la morphine » 80 % médecins généralistes interviewés sans critère distinctif ont répondu spontanément : « antalgique fort ». Ils considèrent que la morphine « ne leur pose aucun problème » et semblent la prescrire sans difficulté.

Médecin de l'entretien 12 :

«la morphine ça ne me pose aucun problème, je la prescris facilement [...]c'est pas quelque chose qui me fait peur ou qui me pose des réticences à la prescrire. Ça m'est arrivé d'instaurer les morphiniques»

Médecin de l'entretien 23 :

« la morphine pour moi ce n'est pas un problème je la prescris assez facilement »

Il convient de faire apparaître que, pour un cinquième des interviewés, prescrire rapidement des morphiniques quand il s'agit du cancer leur semble nécessaire. Ceci est probablement expliqué par l'assimilation faite entre douleur cancéreuse et fin de vie.

Médecin de l'entretien 11 :

« en particulier pour le cancéreux je le mets rapidement. »

Médecin de l'entretien 15 :

« on se doute que la douleur va être très intense et qu'il faut pas perdre de temps »

Médecin de l'entretien 22 :

« Quand même on a plus tendance à y passer en cancéro car on se dit que de toutes façons un jour ou l'autre le patient va y aller donc il me semble qu'on a tendance à y passer plus vite. »

Médecin de l'entretien 24 :

« c'est plus facile à avoir recours à un morphinique pour une douleur cancéreuse suivant le stade de la maladie plus malheureusement on sait que ça se rapproche de la fin, et plus on sait qu'on va et qu'on peut monter les doses et je pense c'est plus facile à introduire comme traitement que pour un simple lumbago. »

3.2.2.2. Attitude minoritaire

Il n'en demeure pas moins qu'il existe en arrière plan d'autres réponses à la question « que vous évoque la morphine » :

Médecin de l'entretien 13 :

« c'est encore un mot tabou »

Médecin de l'entretien 10 :

« iatrogénie et...euh... nausée, confusion, somnolence, détresse respiratoire.... »

Médecin de l'entretien 14 :

« antalgique détendant et euphorisant »

Médecin de l'entretien 11 :

« ce que ça m'évoque surtout ce sont des contraintes administratives... »

En effet 20% sont toujours réticents à la prescription de la morphine évoquant plusieurs raisons différentes :

- Par connaissance insuffisante :

Médecin de l'entretien 2 :

« je fais partie des médecins je dirai assez timides au niveau morphinique [...] je ne suis pas formée [...] je sais que je dois m'améliorer »

Médecin de l'entretien 16 :

« ce qui m'embête c'est dans la prescription des morphiniques quand je dois augmenter les titrages etc... »

- Selon le profil psychologique du patient

Médecin de l'entretien 7 :

« je ne la diabolise pas mais ça dépend du profil psychologique du patient, celui qui peut développer une dépendance [...] ça peut être un frein. »

- Par crainte des effets secondaires surtout l'accoutumance :

Médecin de l'entretien 21 :

« j'ai toujours peur de l'accoutumance quand même. »

- Selon la pathologie : il existe plus de réticence à la prescription de morphinique pour une pathologie autre que le cancer.

Médecin de l'entretien 4 :

« Je suis un peu réticent à utiliser de la morphine. Tout à fait. Si c'est le cancéreux non. Absolument pas. Mais sinon pour tout le reste rhumato tout ça oui... »

3.2.3. Ce qu'elle évoque aux patients

Selon les généralistes, les patients semblent redouter le traitement à base de morphine qui évoque souvent pour eux la gravité de la maladie et la mort.

Médecin de l'entretien 2 :

« on trouve encore dans la population des patients pour qui dès qu'on dit morphine ça y est c'est la fin, y'a un tas d'effets secondaires qui vont arriver, c'est qu'on ne peut plus rien faire , c'est la catastrophe qui s'annonce... »

Médecin de l'entretien 19 :

« y'en a encore qui nous disent « moi je ne veux pas de drogue »

Médecin de l'entretien 20 :

« Morphine et cancer c'est péjoratif pour les patients, on essaie de l'enlever mais bon ils pensent que la morphine égale fin »

Médecin de l'entretien 23 :

« Par contre c'est dans la tête des patients. Eux ils font l'association morphine= mort , d'ailleurs les 3 premières lettres sont identiques ! Ça rime toujours avec mort pour les patients »

3.3. De leur place de médecin traitant.

« importante », « essentielle », « primordiale », « fondamentale », « centrale », « chef d'orchestre », « pilier » : toutes ces expressions ont été prononcées au cours des interviews des MG.

Ils justifient cette place par :

- La capacité qu'ils ont de connaître l'environnement de leurs patients :

Médecin du verbatim 23 :

« c'est lui le plus important parce qu'il connaît bien le vécu du patient, il sait aussi si c'est quelqu'un qui a un seuil de tolérance important ou pas donc justement il va adapter en fonction de son vécu. »

- La faculté de leur apporter les explications sur le traitement ordonné par le spécialiste:

Médecin de l'entretien 21 :

« on a vraiment notre place [...] régulièrement ils ont besoin de venir nous voir pour parler de leur maladie, de leur traitement et puis il faut qu'on leur réexplique parce qu'ils n'ont pas tout compris. Et puis on leur donne beaucoup le choix au patient donc ils viennent pour qu'on les aide à choisir, on rediscute. On gère aussi les effets indésirables des chimiothérapies. »

- La confiance qu'ils ont établie au fil du temps avec leurs patients :

Cette relation privilégiée, empathique permet de faire passer des messages importants, de corriger quelques idées fausses et d'apporter une prise en charge unique à chaque patient.

Médecin de l'entretien 12 :

« quand ils ont confiance en leur médecin en général ils ne prennent pas les médicaments sans avoir montré l'ordonnance en demandant « voila ce qu'ils m'ont donné est-ce que je peux le prendre ? ». Donc même si on ne nous donne pas la place les patients nous la réserve. »

Médecin de l'entretien 10 :

« on essaye d'être très empathique, d'être à l'écoute de la plainte du patient »

Médecin de l'entretien 13 :

« c'est aussi une façon d'appréhender avec le patient Sa douleur enfin de la « personnaliser », de lui montrer qu'on la prend bien en charge , de voir avec lui les progrès ou les aggravations qu'on a vis-à-vis du traitement. [...] J'essaie de dédramatiser la morphine »

Médecin de l'entretien 23 :

« je crois que de toutes façons tout est dans le langage. Si nous on est clair avec nous-mêmes le message passe »

- Le fait d'être le plus souvent appelés en premier :

Médecin de l'entretien 2 :

« c'est quand même nous qui sommes au plus près dirons nous et entre les consultations au centre c'est nous qui recevons la plainte en premier. »

- Leur rôle de coordination médicale : le médecin traitant peut aussi être l'interlocuteur à qui le patient s'adresse pour faire le point.

Médecin de l'entretien 1 :

« les patients peuvent être perdus, il leur faut un seul opérateur. »

4. LES BESOINS, DES PROPOSITIONS.

Si beaucoup ne semblent pas avoir de « problèmes avec les morphiniques » quelques bémols dans leur pratique ont été signalés. A ces besoins des propositions ont été formulées par les généralistes interviewés.

4.1. Besoin de mieux communiquer avec le spécialiste

Certains médecins se sont retrouvés en difficulté dans la gestion de certaines situations : ils évoquent un délai de consultation d'algologie trop long et une communication orale avec les spécialistes hospitaliers insuffisante et difficile à établir.

Médecin de l'entretien 12 :

« Mais Pasteur et leur centre anti douleur l'énorme défaut c'est le délai.[...] c'est pas mal de pouvoir prendre son téléphone et d'expliquer les choses pour que le médecin ait toutes les informations. Après y'a aussi le problème du délai des courriers. Tout ce qui est hôpital c'est 3 semaines un mois donc on n'a pas la liste des traitements si le patient ne nous les apporte pas. On ne sait pas pourquoi on a changé tel traitement, tel dosage et le patient en général n'en sait rien. Donc c'est peut être plus un problème de délai de communication. »

Médecin de l'entretien 16 :

« pour la douleur on peut pas repousser à la semaine prochaine. C'est une urgence et on n'a pas de contact facile faut avoir son propre réseau avec ses copains. »

Ils ont suggéré quelques pistes :

- Téléphoniques :

Médecin de l'entretien 10 :

« une ligne directe vers un algologue à l'hôpital sans passer forcément par le standard... »

Médecin de l'entretien 19 :

« Un avis spécialisé rapide, direct, une ligne dédiée. »

Médecin de l'entretien 16 :

« un annuaire des docteurs, des personnes ressources »

Médecin de l'entretien 9 :

« Eventuellement d'avoir une personne référent qui ... si c'est quelqu'un d'hospitalier, il faut que ce soit quelqu'un qu'on puisse avoir rapidement »

- Informatiques :

Médecin de l'entretien 16 :

« avoir un site tenu comme un forum, un site pour avoir un renseignement pertinent tenu par des gens spécialisés »

4.2. Besoin de formation, d'informations

Certains médecins interrogés expriment un manque de formation sur l'emploi et la manipulation des morphiniques : problèmes lors de la titration, des doses en urgence, de la connaissance des produits disponibles.

Voici quelques propositions :

- Papier :

Médecin de l'entretien 4 :

« un mode d'emploi thérapeutique, [...] un protocole simple pour pouvoir répondre aux demandes. »

Médecin de l'entretien 18 :

« une petite fiche avec les doses, la titration ce serait pratique au cabinet »

- Formation

Médecin de l'entretien 16 :

« des formations d'algologie pour les généralistes »

DISCUSSION

Ces 15 dernières années ont été marquées en France par la volonté politique affirmée de lutter contre la douleur. Avec la pérennisation des plans d'amélioration de la prise en charge de la douleur, les pouvoirs publics ont démontré leur engagement au-delà du court terme. Cette dynamique est toujours d'actualité: l'évolution dans la prise en charge de la douleur a été relevée par les médecins interrogés.

La douleur est un symptôme fréquent à l'origine ou non de la consultation du médecin généraliste. Selon une étude conduite en ville, 43% des consultations concerneraient des patients douloureux souffrant de douleurs chroniques [3]. Selon une enquête réalisée par l'école de santé publique de Nancy auprès d'associations d'usagers en 2004, la prise en charge de la douleur était classée au premier rang des propositions d'action à engager dans le cadre de l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique.

Tous les professionnels interrogés pratiquent la même démarche diagnostique pour caractériser la douleur. Un interrogatoire minutieux, complété si besoin par des examens complémentaires, est utilisé pour en préciser son mécanisme (nociceptive ou neuropathique), sa fréquence, ses horaires, ses circonstances de survenue, son intensité et déterminer sa cause.

Pour quantifier l'intensité de la douleur, la quasi-majorité des M.G interviewés a cité l'EVA. Cet outil permet d'objectiver cette symptomatologie subjective et sert de référence pour évaluer l'efficacité du traitement. Pourtant elle est souvent délaissée par les médecins généralistes interviewés au profit du dialogue avec les patients car jugée trop subjective et peu adaptée à la pratique de ville. Certains estiment que l'EVA est plus utile en milieu

hospitalier car elle demande une évaluation quotidienne, voire pluriquotidienne. Ce comportement se retrouve dans l'étude EPIDOL [7] et RESONantes [5]. Faire l'impasse sur cette étape pose problème. La subjectivité de la douleur est difficile à concevoir mais c'est pourtant le ressenti du patient qui est au cœur de la problématique et c'est ce ressenti que l'EVA aide à apprécier. Ce ressenti est d'autant plus personnel que l'intensité de la douleur cancéreuse est variable, souvent fonction de nombreux autres paramètres tel que le stade évolutif de la maladie, l'état psychologique du patient ou de sa famille, l'acceptation de la maladie. Cependant, l'étude Idée-douleur de Denis Pouchain analysant l'impact de l'utilisation des échelles sur la prise en charge et le soulagement de la douleur en médecine générale montre que l'utilisation d'outils tels que l'EVA n'améliore pas le soulagement de la douleur chronique non cancéreuse et ne semble pas adaptée en médecine ambulatoire.[14]. Il serait intéressant de faire le même travail à propos de la douleur cancéreuse.

Pour le choix du traitement, les médecins généralistes semblent tous suivre les recommandations de l'OMS utilisant les paliers antalgiques et établissant une progression thérapeutique du palier I au palier III. Tous sont conscients que le changement de palier est nécessaire lorsque les antalgiques du palier précédent prescrits sont insuffisants. Cette démarche est en effet essentielle puisque, grâce au développement de recommandations pour la prise en charge de la douleur cancéreuse, une antalgie efficace peut être obtenue dans plus de 80% des situations [8].

La douleur cancéreuse est reconnue comme souvent capricieuse, instable et pouvant être de très forte intensité. Elle présente souvent une composante continue sur laquelle survient des paroxysmes douloureux. Ceci justifie donc systématiquement l'association de deux formes de morphiniques : l'une à libération prolongée (pour diminuer l'intensité de la composante continue) et l'autre à libération immédiate que le patient prendra selon ses besoins pour gérer les crises douloureuses. La dose antalgique efficace sera trouvée par une titration qui est réalisable à domicile. En dehors des troubles de la déglutition cette titration est effectuée avec des formes orales. Or le patch est la forme galénique favorite de

près de la moitié des médecins généralistes interrogés car jugée plus efficace, mieux tolérée et mieux acceptée que les formes orales, ces dernières pourtant recommandées en première intention (EAPC) en dehors des troubles de la déglutition. Rares sont les médecins qui envisagent d'obtenir une antalgie stable par titration orale avant de mettre le patch. Ce comportement se retrouve aussi chez les spécialistes selon une étude française publiée en 2009 [12]. Quant aux accès paroxystiques douloureux, le Fentanyl transmuqueux, s'il a été évoqué par quelques médecins interrogés, n'est que très peu utilisé probablement par manque d'expérience avec ce type de douleur et de thérapeutique. [21]. Cette nouvelle molécule ne semble pas encore être entrée dans les habitudes de prescription des généralistes. Par ailleurs le parcours du patient cancéreux douloureux est souvent long et instable par rapport à l'antalgie. Il est recommandé, lorsqu'une molécule de palier III n'est plus efficace malgré son augmentation de posologie, de changer de molécule : c'est la rotation des opioïdes. Cette manipulation est souhaitable aussi lorsqu'un patient tolère mal un antalgique de palier III. Ce changement peut permettre un rééquilibrage du symptôme avec une meilleure tolérance. Le tableau d'équianalgésie est nécessaire pour passer d'une forme à l'autre. Or seulement 2 médecins sur les 25 interrogés l'ont cité. A noter que les formes injectables sont abandonnées par les généralistes en dehors d'une utilisation exceptionnelle en urgence par les plus aguerris.

L'indication de la PCA est principalement l'échec des formes galéniques plus simple, c'est-à-dire la présence de douleurs rebelles malgré un traitement de palier III oral bien conduit.

La mise en place de la PCA est réservée actuellement à des structures hospitalières mais le suivi s'effectue intégralement à domicile dans le cadre de réseau ou d'une hospitalisation à domicile. Les médecins généralistes confrontés à ce type d'appareil, joignent presque toujours le médecin coordonnateur de l'HAD pour avoir de l'aide même si certains s'aventurent à modifier seuls les doses si besoin. Une thèse réalisée sur les médecins généralistes en Isère met en évidence leur intérêt pour l'acquisition de compétences sur cette technique.[40] .Etant donné sa proximité, son implication dans ce type de situation

souvent palliative, le médecin généraliste reste le décisionnaire logique de la gestion de ce traitement, le médecin coordonnateur représentant une personne ressource précieuse.

Les médecins généralistes interviewés ne semblent pas faire de différence dans la stratégie de réflexion pour la prise en charge de la douleur cancéreuse par rapport à une autre douleur chronique. Pourtant plusieurs interviewés l'ont placée en troisième position dans les douleurs les plus difficiles à gérer, après les douleurs rhumatismales et les douleurs neuropathiques. Ils justifient cette place non seulement par la faible fréquence de cette situation dans leur pratique quotidienne mais aussi par la gravité de la maladie, sa connotation funeste et par la charge émotionnelle lourde que représente son suivi [13]. Dans notre société le cancer est une pathologie qui fait encore peur, synonyme de maladie grave voire mortelle. Selon une étude réalisée par la Ligue contre le cancer en 2013, « maladie » et « mort » sont les mots les plus cités en France et au Maroc en association avec le mot « cancer ». [31] . Les comportements des soignants et des patients ont tendance à se modifier face à ces représentations négatives: *"Je pense que c'est peut-être une vision globale de la maladie qui fait qu'on a un comportement qui est différent par rapport à une autre maladie qui va évoluer doucement et pour laquelle il n'y aura pas une question vitale par derrière."*

Un cinquième des médecins généralistes interrogés sont plus prompts à prescrire les opioïdes forts lorsqu'il s'agit d'une douleur cancéreuse. On retrouve ce type de comportement dans une étude réalisée en 2008 dans le Val de Marne, comportement justifié par la composante émotionnelle évoquée ci-dessus. [41].

Le recours aux opioïdes forts pour la douleur cancéreuse doit être fonction de l'intensité et non de la gravité de la maladie.

D'après les réponses obtenues la morphine apparaît à l'heure actuelle, pour les généralistes, comme un antalgique et non plus comme une drogue. Une majorité considère que la

morphine "ne leur pose aucun problème". Rares sont ceux qui s'attardent sur les effets secondaires (constipation, dépression respiratoire) ou la dépendance psychique. Ceci concorde avec les résultats d'une étude portant sur l'opioïphobie de 46 médecins et 366 infirmières hospitaliers au Portugal en 2008 [17] et montre une évolution positive des mentalités de la part des professionnels. Cette évolution se retrouve également dans une étude réalisée en 2012 sur les représentations mentales sur les opioïdes forts de 114 médecins généralistes et spécialistes du Finistère [12]. Cependant on ne retrouve pas ce changement de mentalité chez les patients des médecins de mon étude pour qui la représentation de la morphine, comme une drogue ou une annonce de mort, persiste selon les médecins. Les croyances des patients peuvent agir comme des obstacles à la gestion optimale d'une douleur cancéreuse. Un questionnaire destiné à évaluer les croyances des patients (Barriers Questionnaires) a été développé dans les années 90 et réévalué récemment. Plusieurs obstacles ont pu être identifiés : la peur des effets secondaires (toxicomanie ou dépendance), la peur que rien ne puisse soulager une douleur cancéreuse et la gêne d'en parler au médecin par peur de le détourner de son but premier qui est de traiter le cancer. [9]. Hormis le dernier paramètre nous retrouvons dans notre étude aussi ces croyances erronées de la part des patients et de leur famille selon les médecins interrogés. Ceci peut constituer un obstacle à la prescription d'opioïdes comme le montre une étude suisse réalisée en 2006 [8]. Certains interviewés avouent utiliser le patch par rapport à sa galénique mieux acceptée par les patients. Mais qu'en pensent vraiment les patients ?

Sur le plan administratif la prescription a été simplifiée grâce à la généralisation des ordonnances sécurisées en 2002 (Deuxième plan de lutte contre la douleur) suite à l'identification de l'obstacle législatif. Cet effort a été reconnu et apprécié par les médecins interrogés.

Il existe une évolution positive mais il reste néanmoins des réticences et des craintes par rapport au maniement pratique des morphiniques. Dans mon étude cette attitude est retrouvée aussi bien chez les médecins ayant une durée d'expérience professionnelle plus importante que chez les plus jeunes.

D'après les textes, lois et plans cancer, le MG doit se trouver au centre du parcours de soin de son patient. Cette place centrale semble être bien ressentie et admise par les médecins généralistes interrogés. « Essentielle », « primordiale » et même « chef d'orchestre » sont quelques unes des réponses données par les MG à la question sur leur place dans le parcours de soin.

Le MG est souvent en première ligne aussi bien pour le diagnostic du cancer que pour la plainte douloureuse. Face à la complexité du parcours de soins hospitalier le patient cancéreux a besoin de repères et de réponses à ses interrogations.

Le médecin généraliste grâce à la relation privilégiée de confiance qu'il a avec son patient, répond à ses attentes. Il connaît bien l'environnement familial et social du patient, son caractère et sait adapter sa prescription en fonction de ces différents critères. Lorsqu'il s'agit de la mise en place d'un traitement par opioïde, le médecin généraliste a une place clé dans l'éducation du patient et dans l'acceptabilité du traitement. Le médecin généraliste explique les traitements, les effets secondaires éventuels mais surtout le bénéfice réel attendu pour le patient grâce à cette prescription. Le patient a besoin de s'impliquer dans son traitement pour le mener à bien. Les patients sous opioïdes forts nécessitent un suivi et une surveillance importante. Une réévaluation précoce pour adapter le traitement de fond est nécessaire. Or peu de médecins généralistes interviewés revoient leurs patients dans les 48h. Certains laissent même les structures gérer le traitement antalgique. Cette attitude est probablement expliquée par le manque de temps des médecins généralistes mais aussi par le fait que souvent les structures hospitalières gèrent le traitement opioïde (initiation,

changement de posologies). D'après les médecins généralistes interrogés, les structures sont très présentes pendant la maladie mais moins au début lors du diagnostic de la maladie bien que des efforts soient faits avec les consultations d'annonce, et à la fin où la prise en charge se passe souvent à domicile. Ils se sentent délaissés, mis à l'écart des décisions thérapeutiques et lorsqu'ils rencontrent un problème aigu le spécialiste est difficilement joignable. Cela exprime un manque de communication pourtant essentielle pour une prise en charge optimale du patient. L'étude RESONantes met aussi en avant le besoin de plus de multidisciplinarité [5] pour un lien ville-hôpital meilleur. Une thèse réalisée en 2004 en Poitou-charentes met en évidence qu'une fois le diagnostic fait le patient « échappe » au médecin généralistes au profit des spécialistes et des structures de soins. [39]

La formation initiale et continue des professionnels de santé fait partie des priorités des 3 plans de lutte contre la douleur. Elle est d'ailleurs maintenue dans le 4ème plan. La formation initiale a été renforcée avec l'introduction d'un module obligatoire sur la lutte contre la douleur et les soins palliatifs dans le programme du deuxième cycle des études médicales. La création de la « capacité douleur » ou du DU douleur montre les possibilités de formation complémentaire. Aucun des MG interrogés n'a assisté à ce type de formation.

5 médecins ont la particularité d'encadrer des étudiants en médecine : les maîtres de stage des Universités (MSU). Cette qualification supplémentaire apporte également sa part dans l'évolution de sa pratique comme le suggère l'étude de M.Bungener et ceci se retrouve dans les réponses de mon étude: en particulier, les maîtres de stages régulièrement formés sont aptes à adapter leur pratique personnelle.[2]

Mettons aussi en avant la situation géographique du médecin en milieu rural qui bien souvent possède un diplôme universitaire d'urgence. En effet isolé de toute structure hospitalière il se doit de savoir gérer les situations d'urgence avec les morphiniques et semble avoir moins d'appréhension par rapport à la manipulation des opioïdes.

Sur les 25 médecins interrogés, 11 travaillent en cabinet de groupe avec au moins un autre médecin généraliste. Cette configuration peut être intéressante à mon sens car elle permet d'échanger entre confrères et peut rappeler le travail d'équipe hospitalier. Elle peut permettre aux plus jeunes de bénéficier de l'expérience des anciens. Dans mon échantillon l'association est surtout présente en milieu citadin. Pourtant aucun médecin n'a mentionné cette opportunité d'aide précieuse dans des situations délicates.

Les médecins traitants expriment une grande souffrance face à cet isolement géographique ou relationnel lorsqu'un problème aigu apparaît. Cette souffrance s'exprime aussi face à la douleur du patient cancéreux : « on souffre quand le patient souffre » .

Si pour la majorité la prescription est facile pour d'autres elle semble moins évidente. Les raisons évoquées sont le manque de connaissance et d'expérience. Les jeunes médecins généralistes qui ont pourtant été sensibilisés à l'algologie pendant leur cursus médical apparaissent les plus frileux face à la prescription des morphiniques car restés au niveau théorique et peu pratique face à cette situation et à cette molécule qui restent d'utilisation très occasionnelle dans leur pratique quotidienne.[8]. Le Vidal®, les revues professionnelles comme Prescrire, la participation à des groupes de pairs sont des supports que les médecins ont cités pour compléter leurs connaissances. L'algologie ou la cancérologie sont des sujets très rarement abordés en FMC. Les recommandations officielles telles qu'EAPC et les SOR n'ont pas été citées.

Dans notre étude une grande partie des doléances des MG se situe dans la communication avec les structures hospitalières et les spécialistes pour une prise en charge plus efficace du patient. De trop longs délais d'attente pour des consultations spécialisées, des référents d'algologie non connus, des courriers qui se font attendre, sont des plaintes exprimées par les médecins généralistes. Pour que la multidisciplinarité soit plus une réalité qu'un objectif, la communication entre généralistes et spécialistes doit être améliorée. Comme le souhaitent la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de 2009, le plan Cancer 2009-2013

et les orientations du futur plan cancer 2014-2018, le médecin généraliste ressent sa place comme centrale, comme un pivot dans le parcours de soin du patient, de part sa proximité et la qualité de sa relation avec le patient. Toutefois il se sent concrètement un peu mis à l'écart par la structure hospitalière. L'organisation du retour à domicile se fait sans qu'il soit concerté. L'amélioration de cette communication est prévue par les deux mesures 18 et 25 du 2^{ème} Plan cancer : plus de coordination entre les différents acteurs de soins et plus de renforcement du rôle du médecin traitant en tant que référent médical de proximité. La RCP et le PPS sont des outils pour améliorer la coordination des soins. Cependant les médecins interrogés remarquent qu'ils ne sont jamais conviés en RCP alors qu'ils reçoivent le courrier et ne parlent pas du tout du PPS. Pourtant leur place semble essentielle en RCP pour donner des informations sur l'environnement du patient par exemple. Mais l'emploi du temps surchargé des généralistes leur permet-il vraiment d'y participer ? Qu'en est-il actuellement en France en 2013? Les résultats d'une première phase d'expérimentation du PPS auprès de 35 sites pilotes ont été présentés en octobre 2012 : la copie du PPS est transmise au médecin traitant, celle du compte rendu de RCP plus rarement. Des informations sur la gestion des effets indésirables des traitements ont également été transmises au MT.

Quant au DCC (mesure 34 du plan cancer 2003-2007 développé par les réseaux régionaux de cancérologie), il a été prévu dans le deuxième plan cancer (mesure 18) de déployer cet outil en association avec le DMP. Le DCC, qui semble un bon outil pour permettre une meilleure communication entre l'hôpital et les libéraux est à l'essai dans 7 régions de France.

Outre les problèmes de communication évoqués ci-dessus, certains médecins généralistes des Alpes-Maritimes souhaitent pour compléter leurs connaissances et être plus efficaces rapidement, suivre une formation adaptée à leurs contraintes et à leurs besoins à savoir par exemple la "titration" des morphiniques qui revient souvent.

Comme nous l'avons vu dans les études RESONantes et EPIDOL, ces problèmes de communication et de formation ne sont pas inhérents au département. La réflexion pour

améliorer la communication entre généraliste et structure spécialisée , pour mieux adapter l'information sur la prise en charge de la douleur cancéreuse , et répondre aux attentes des médecins généralistes dans la gestion des morphiniques est donc à poursuivre au vue du peu de changement apparu depuis ces 10 dernières années malgré tous les efforts gouvernementaux entrepris.

Plusieurs propositions ont été suggérées par les médecins généralistes interrogés pour palier leurs manques d'information, de formation et de communication : outre les modèles papiers de protocole ou de tableau décisionnel, une ligne dédiée ou un site internet spécialisé type « forum » avec une réponse immédiate par un spécialiste ont été souhaités.

Il faut noter qu'il existe déjà un tableau d'équianalgésie [annexe 3], des fiches "infoïdes" [annexe 4] et les numéros de référents consultables sur internet.

Pour améliorer l'information et la formation et pour répondre aux demandes formulées lors des entretiens, je propose :

- D'insérer, sur les cartons des ordonnanciers sécurisés, le tableau d'équianalgésie. Mieux qu'une feuille volante, les médecins généralistes auront toujours cet élément à portée de main.[annexe 6]
- Un petit feuillet contenant le tableau d'équianalgésie et les recommandations SOR et EAPC ainsi que des numéros de téléphone utiles pourrait être crée et diffusé aux médecins généralistes. [annexe 6]
- Sur un plan informatique une diffusion par mail des dernières recommandations sur la douleur cancéreuse et les opioïdes serait à proposer. Un site « cancéro-algo » dédié type forum pourrait éventuellement voir le jour.
- D'intensifier la formation d'algologie pour les étudiants en médecine par une multiplication des expériences en algologie afin de leur apporter une approche plus pratique. Pour les médecins généralistes installés, des réunions répondant à des questionnements précis définis à l'avance.

Points forts et faibles de l'étude :

Points forts :

Plusieurs études quantitatives ont déjà été réalisées sur le sujet il y a environ une dizaine d'années. La démarche qualitative permet à mon étude de se démarquer des précédentes. En effet en offrant aux médecins généralistes la possibilité de répondre librement sur le thème des opioïdes dans la douleur cancéreuse grâce à un entretien semi-dirigé, leurs représentations, leurs opinions, leurs points de vue y sont mieux exploités par rapport à ce qu'aurait apporté un questionnaire.

Il n'y a pas eu de cloisonnement d'idée et certaines réponses inattendues ont été très intéressantes. J'ai pris en compte ces dernières dans ma réflexion et mon approche du sujet. J'ai alors modifié mon guide d'entretien plusieurs fois après plusieurs entretiens. Ces réajustements ont permis de faire évoluer mon questionnement professionnel et d'enrichir ma démarche de recherche. [Annexe 2]

L'étude porte sur 25 médecins généralistes répartis dans six communes des Alpes-Maritimes. Le choix de ce département s'est fait simplement : j'y habite, j'y travaille et je compte m'y installer dans un avenir proche. Il m'a aussi semblé important de faire un état des lieux local puisque le département des AM abrite l'un des 18 Centre Régional de Lutte Contre le Cancer (CRLCC) de France : le Centre Antoine Lacassagne. Il me paraissait donc intéressant de connaître les pratiques des médecins libéraux face à cette structure de soins spécialisée en cancérologie.

La saturation des données a été obtenue au bout du 23^{ième} entretien a été vérifiée avec la réalisation de deux entretiens supplémentaires.

L'entretien a été retranscrit de façon la plus précise possible par une seule et même personne. Les processus langagiers tels que les reformulations de questions, les silences, les hésitations et les rires souvent gênés ou nerveux ont été fidèlement retranscrits, mais n'ont pas été exploités intentionnellement. Il a été difficile de codifier et de systématiser des informations qui se présentent sous formes de phrases ou de récit. Ce biais d'interprétation est inhérent à la méthode d'encodage. Cependant il a été limité en réalisant un double encodage.

Faiblesses de l'étude :

Ce qui est exprimé par le groupe restreint de médecins généralistes, groupe construit pour le dispositif de recherche, représente une image plus ou moins précise de la réalité professionnelle, et ne peut donc conduire à des conclusions générales. En effet malgré un échantillonnage raisonné, il y a toujours un risque d'avoir occulté une part de la population cible.

Le recueil de données a été réalisé par enregistrement audio seul. Certains médecins participant n'ont accepté l'enregistrement qu'à la condition d'une anonymisation fiable. D'autres commençaient l'enregistrement en disant leur nom (même s'il n'était pas demandé) « *assumant leur propos* ». Ceci montre que l'enregistrement des entretiens a peut-être freiné l'interviewé dans sa liberté de parole, voulant éviter de dire des aberrations. Le manque de temps de certains praticiens, leur capacité et leur facilité d'expression, sont des éléments qui ont pu influencer la durée et aussi la qualité des échanges obtenus.

Cette recherche a été menée dans le champ de ma pratique professionnelle. Il s'agit donc d'une recherche impliquée et se pose alors la question de la mise en œuvre du processus de distanciation : adopter au cours de l'entretien une attitude de neutralité en mettant en suspens mes propres impressions, jugements, évaluations concernant la personne interviewée et ce qu'elle dit. De même, ma présence en tant qu'observateur, a pu avoir un

effet sur leur discours, celui ci aurait été différent s'ils avaient répondu par écrit ou si je n'étais pas médecin moi-même. Se sentaient-ils jugés ? [4] On peut se demander s'il n'existe pas un biais d'investigation car l'entretien n'a pas été réalisé par une autre personne que le chercheur.

La qualité de l'échange dépend aussi de la maîtrise technique de l'entretien: à la fois être capable d'écouter, de suivre le discours et réagir pour reformuler, faire préciser une donnée. Etre flexible tout en maîtrisant l'évolution de l'entretien. C'est une capacité que j'ai apprise à développer au cours des différents entretiens.

CONCLUSION

Il y a une dizaine d'années plusieurs études quantitatives nationales ou régionales ont été réalisées pour faire un premier état des lieux des pratiques professionnelles des médecins généralistes face à la douleur cancéreuse. Si les résultats de ces études montrent une évolution positive notable dans la perception et la gestion des opioïdes forts, ils montrent aussi que cela reste très insuffisant.

En 2013, le présent travail de recherche qualitative, réalisé au moyen d'entretiens semi dirigés auprès de 25 médecins généralistes des Alpes Maritimes, met en évidence que ces derniers rencontrent encore des difficultés dans la prise en charge de la douleur cancéreuse.

Les problèmes rencontrés par les médecins généralistes dans l'utilisation des opioïdes forts peuvent être expliqués par la rareté de leur prescription et par la faible patientèle cancéreuse douloureuse. Même les jeunes médecins interrogés restent parfois un peu craintifs face aux morphiniques alors qu'ils ont reçu une formation d'algologie durant leurs études médicales. La possibilité de multiplier les terrains de stages en algologie permettrait aux futurs médecins de se familiariser avec cette partie de la pharmacopée antalgique.

Les médecins généralistes formulent certaines demandes, comme entre autres, le besoin d'un tableau d'équivalence entre les morphiniques ou de protocoles pour les prescrire plus efficacement et sereinement. Cependant il existe déjà des réponses à ces demandes : le tableau d'équianalgésie, les recommandations EAPC et les SOR, le service d'algologie du CAL par exemple. Ceci met en évidence un défaut de communication à l'origine d'une information insuffisante entre médecins généralistes et leurs structures spécialisées correspondantes, mais aussi entre les médecins généralistes et les sociétés savantes qui diffusent ces recommandations. Un manque de temps à consacrer à se former sur tous les sujets est aussi signalé par ces médecins généralistes.

Pour aider les médecins généralistes à propos de ces difficultés en particulier, je propose l'impression du tableau d'équianalgésie sur le verso des ordonnanciers sécurisés, la création d'un feuillet en format de poche contenant une version résumée et pratique des recommandations EAPC et SOR pour la douleur cancéreuse adulte et quelques numéros utiles. [annexe 6]. Un prochain travail de thèse autour de l'évaluation de ces outils pourra également être envisagé

Les outils de mesure de l'intensité de la douleur tels que l'EVA sont peu utilisés par les médecins généralistes en ville car ils estiment qu'ils sont plus adaptés au milieu hospitalier où l'évaluation quotidienne voire pluriquotidienne de la douleur est plus facilement réalisable qu'en ville. Ce comportement se retrouve dans les études EPIDOL et RESONantes. L'étude idée-douleur montre que l'utilisation de l'EVA dans la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuse par rapport à sa non utilisation ne modifie pas le comportement des médecins face à la prescription d'antalgiques. L'intérêt de l'EVA dans la prise en charge de la douleur cancéreuse en médecine générale et son impact sur la prescription médicamenteuse semblent devoir être réévalués.

Néanmoins, les représentations des médecins généralistes sur la morphine ont évolué. En effet ils considèrent, pour la plupart, que la morphine est un antalgique efficace dans la douleur cancéreuse. « L'opioïdophobie » s'avère désormais rare du côté des médecins. Par contre, d'après ces derniers, elle est encore assez présente chez leurs patients, et peut parfois constituer un frein à la prescription. La connotation mortelle de la pathologie cancéreuse biaise probablement la réflexion des médecins généralistes lorsqu'il faut soulager les douleurs de leurs patients cancéreux. En effet les médecins assimilent souvent, à tort, l'intensité de la douleur à la gravité de la pathologie, sous-entendant que la douleur ne peut être intense que si elle est causée par une maladie grave (comme le cancer), de même les patients associent douleur cancéreuse à fin de vie.

Il ressort également de cette étude que la place centrale du médecin généraliste instituée par les textes (loi HPST, mesure 18 du deuxième plan cancer) ne se vérifie pas totalement dans les faits. Si les généralistes ressentent effectivement leur position comme centrale, avec le rôle de coordonnateur dans la prise en charge du patient cancéreux, ils estiment être parfois un peu délaissés par les spécialistes et les structures hospitalières qui participent à la prise en charge de leurs patients. Le fonctionnement du trio « médecin généraliste-spécialiste-patient » présente une faille dans la communication entre médecins qui ne permet pas une prise en charge optimale du patient malgré les différents dispositifs envisagés par les mesures législatives.

Au-delà du point de vue des médecins généralistes, il serait intéressant, afin de confronter les idées, de réaliser deux autres travaux qualitatifs : un du côté des patients cancéreux douloureux : comment gèrent-ils leur douleur ? à qui font-ils le plus appel et pourquoi ? Et un autre du côté des spécialistes hospitaliers : quels sont leurs rapports avec les généralistes ? quel est leur rôle dans la prise en charge du patient cancéreux douloureux ?

ANNEXES

Annexe 1 : Enquête préliminaire F.MACARIO

- Questionnaire pour un patient sous morphinique :

Questionnaire pour un patient sous morphine

-date de l'interview
-N° du questionnaire (anonyme)
-accepte de répondre au questionnaire ?
si refus pourquoi ? – pas intéressé
-pas le temps

IDENTITE DU PATIENT

*homme *femme

*age : -20/30 -30/40 -40/50 -50/60 -60/70 -70/80 -80/90 ->90

*suivi pour quel cancer ?

VOTRE DOULEUR :

*etes vous suivi en algologie ?
-oui
-non

* si oui depuis quand êtes vous suivi en algologie ?
-<6 mois -6mois-1an -1an-3ans -3ans-6ans ->6ans

*où se situe votre douleur ?
-tête -thorax -MS -abdomen -dos -MI -autre

*sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez vous l'intensité de votre douleur ?
Douleur de fond -0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10
Douleur aigue -0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10

*quels sont les retentissements fonctionnels de votre douleur dans votre vie quotidienne ?

-familial -professionnel -social -privé -aucun

*qui avez-vous appelé quand vous avez eu mal ?

-médecin traitant -algologue -autre

*pourquoi ?

-MT ne veut pas prescrire -suivi régulier au centre -MT non disponible -specialiste au CAL -MT disponible

LE TRAITEMENT

*depuis quand prenez vous de la morphine ?
-<6mois -6mois-1an -1an- 2ans 2ans-3ans -3ans-4ans -4ans-5ans ->5ans

*qui l'a prescrit en premier ?
-cancérologue -MT -algologue -autre
*y-a-t-il eu des modifications récentes de votre traitement ?
-oui -non

*lesquelles ?
-augmentation de dose -diminution de dose -changement de tt -ajout de molécule

*qui a ordonné ces modifications ?
-médecin traitant -algologue -autre -cancerologue

*le traitement actuel est-il efficace sur vos douleurs ?
-oui -non

OBSERVANCE

*les modalités de prise de la morphine vous semblent elles difficiles à suivre ?
-oui
-non

*pourquoi ?
-écriture non lisible -info non donnée -ordonnance perdue

*avez-vous constaté des effets secondaires ?

-oui -non
Si oui lesquels :
-constipation -vomissements -sommolence -vertiges

*ces effets secondaires ont-ils eu une influence sur votre observance ?
-oui -non

VOUS ET VOTRE MT :

*le voyez-vous régulièrement ? -oui -non

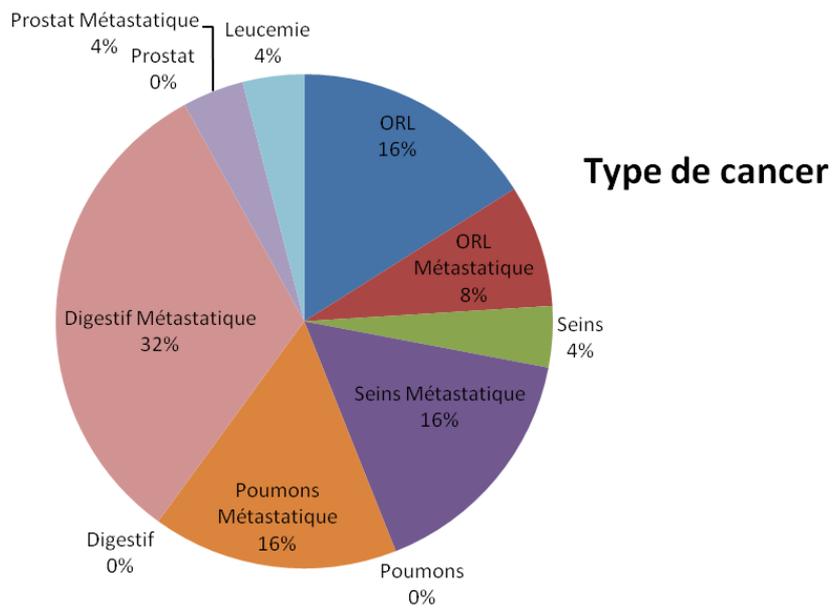
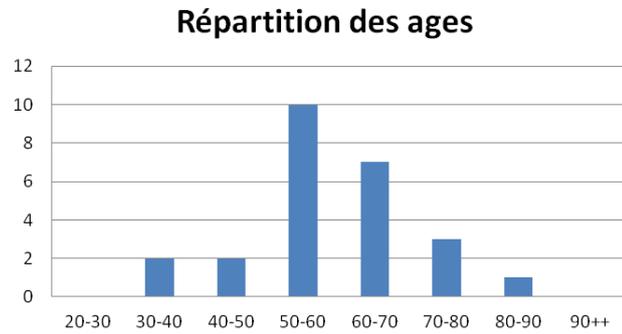
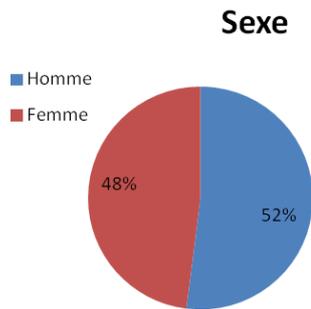
*lui parlez-vous de vos douleurs ? -oui -non

*reçoit-il les comptes rendus de votre passage au CAL ? -oui -non

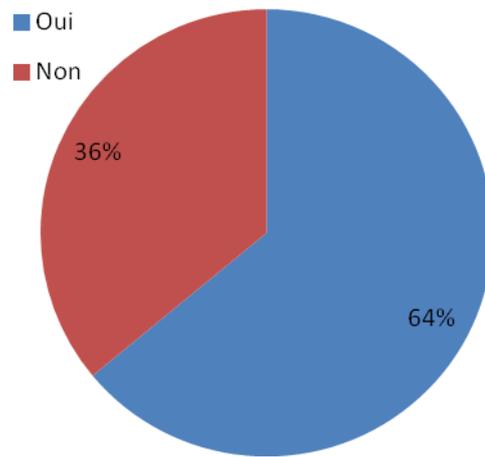
*est-il au courant des consultations d'algologie ? -oui -non

*y'a-t-il une différence entre le weekend et la semaine ? -oui -non

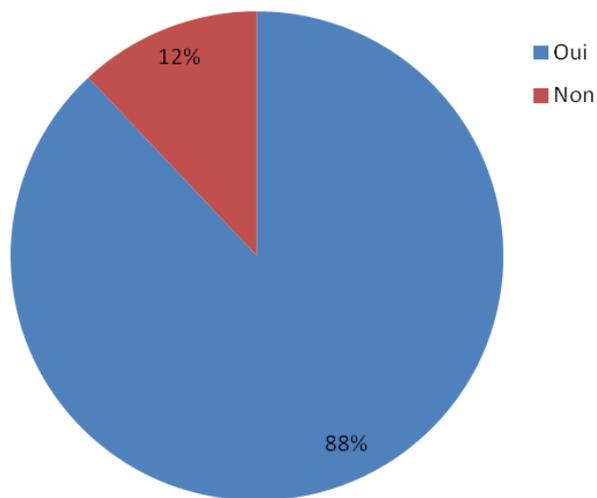
- **Résultats :**



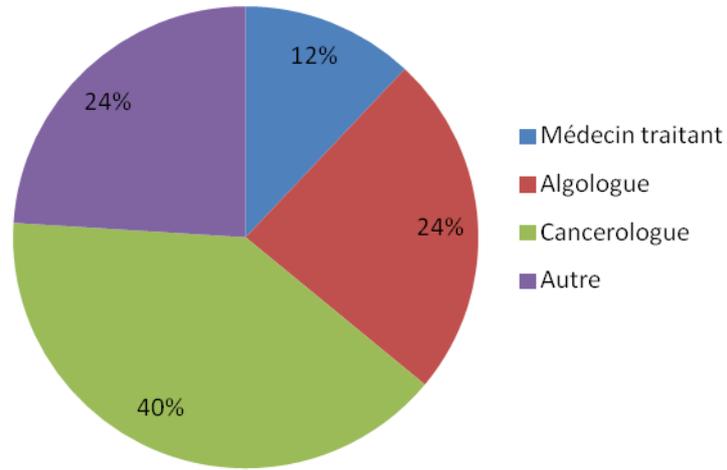
Suivi en algologie



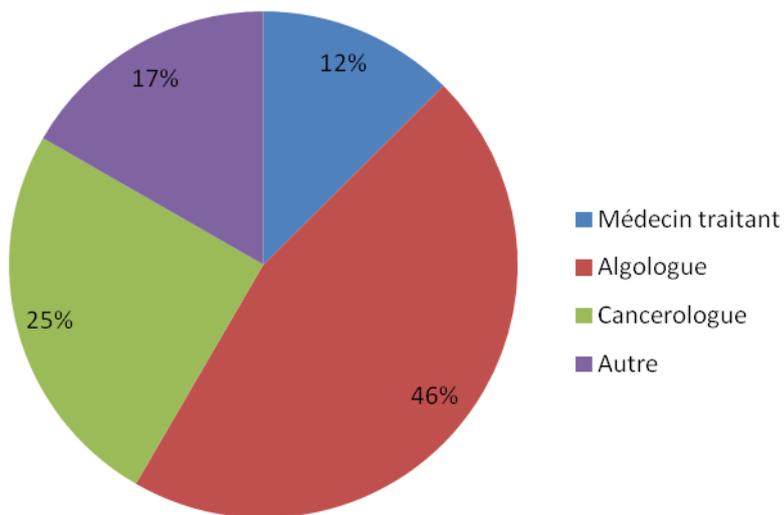
Visite régulière chez le médecin traitant



Prescripteur de la première prise



Qui a pratiqué les modifications



Annexe 2 : Les guides d'entretien

- Guide N°1 :

1°) Pouvez vous vous présenter au niveau professionnel ?

- Temps d'exercice
- Type d'exercice
- Formation particulière en rapport avec la douleur

2°) Pouvez-vous me parler de votre prise en charge concernant vos patients suivis au CAL ?

- Combien de patients que suivez-vous toujours régulièrement ?
- Les motifs de consultation ? La douleur ?

3°) Comment gérez-vous la douleur de votre patient?

- Outils ?
- Essayer différentes galéniques
- Renouvellement ? Initiation du traitement ?

4°) Quelle est votre attitude vis-à-vis de la morphine ?

- Représentation, craintes,
- Vécu professionnel, évolution ?

4'°) Et pour une PCA ?

- Sa gestion

5°) Que vous manque-t-il pour être plus complet lorsqu'il s'agit de manipuler les opioïdes ?

- Formation algologie ?
- Plus de relation avec le CAL et le service d'algologie ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

- Guide N°2

1°) Pouvez vous vous présenter au niveau professionnel ?

- Temps d'exercice
- Type d'exercice
- Formation particulière en rapport avec la douleur
- Pourcentage de patients douloureux et de patients cancéreux.

2°) Lorsque vous rencontrez un problème de douleur comment la gérez-vous ?

- Evaluation (outils)
- Raisonnement sur les paliers OMS
- Prendre le temps
- Suivi de recommandations

3°) quelle est le type de douleur qui vous pose le plus de problème ?

4°) Racontez-moi dans quelle(s) situation(s) vous prescrivez de la morphine :

- Selon la pathologie
- Quelle dose
- Quelle molécule

5°) Comment gérez-vous le problème de douleur chez les patients cancéreux ?

- Au niveau psychologique
- Est-il plus facile d'introduire les morphiniques

6°) Qu'est-ce qui vous serait utile pour utiliser la morphine en toute confiance ?

- Guide N°3

1°) Depuis combien de temps exercez-vous ?

- parcours professionnel
- Avez-vous beaucoup de patients douloureux ?
- Avez-vous beaucoup de patients cancéreux ?

2°) Comment gérez-vous la douleur de vos patients en général ?

- Evaluation (outils)
- Raisonnement sur les paliers OMS
- Prendre le temps
- Suivi de recommandations

3°) Quel est le type de douleur qui vous pose le plus de difficultés ?

4°) Racontez-moi dans quelle(s) situation(s) vous prescrivez de la morphine :

- Selon la pathologie
- Quelle dose
- Quelle molécule
- Comment ?

5°) Comment gérez-vous la douleur chez les patients cancéreux ?

- Au niveau psychologique
- Est-il plus facile d'introduire les morphiniques

6°) Qu'est-ce qui vous serait utile pour faciliter votre utilisation de la morphine ?

- Guide N°4

1°) Depuis combien de temps exercez-vous ?

- Parcours professionnel
- Avez-vous beaucoup de patients douloureux ?
- Avez-vous beaucoup de patients cancéreux ?

2°) Comment gérez-vous la douleur de vos patients en général ?

- Evaluation (outils)
- Raisonnement sur les paliers OMS
- prendre le temps
- suivi de recommandations

3°) Quel est le type de douleur qui vous pose le plus de difficultés ? Pourquoi ?

4°) Que vous évoque le mot « morphine » ?

5°) Racontez-moi dans quelle(s) situation(s) vous prescrivez de la morphine :

- Selon la pathologie, quelle dose, quelle molécule
- Comment ?

6°) Comment gérez-vous la douleur chez les patients cancéreux ?

- Au niveau psychologique
- Est-il plus facile d'introduire les morphiniques

7°) Quelle est la place du MG dans la prise en charge du patient cancéreux douloureux ?

8°) Qu'est-ce qui vous serait utile pour faciliter votre utilisation de la morphine ?

Annexe 3 : Tableau d'équianalgésie

Table pratique d'équianalgésie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception (ratio calculé à partir du passage par la morphine orale)

Version 5 - Janvier 2010
Fédération soins de support - soins palliatifs - CHU de Grenoble
contraintes@univ-grenoble.fr - s@univ-grenoble.fr

Morphine en mg			Oxycodone en mg			Hydromorphone en mg		Fentanyl en µg	
Dose / 24h	PO	SC	IV	PO	SC-IV	PO	SC-IV	Transdermique	Transmuqueux
	Dose du bolus**	Dose du bolus**	Dose du bolus**	Dose / 24h	Dose du bolus**	Dose / 24h	Dose du bolus**	Dose / 72h	Dose du bolus
Miscotrin cp LP	Actikélan gel LI 5 - 10 - 20 - 30 mg	Morphine sd inj emp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg	Morphine sd inj emp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg	Targinact* (oxycodone / naloxone) cp LP 5/2,5 - 10/5 - 20/10 - 40/20 mg	OxyNorm sol inj amp 10 - 20 50 - 200 mg	Sophidone gel LP 4 - 8 - 16 - 24 mg	OxyNorm sol inj amp 10 - 20 50 - 200 mg	Durogésic Fentanyl Rebiofarm Fentanyl Sandoz Fentanyl Windrop Metrifen patch 12 - 25 - 50 75 - 100 µg/h	Abstral cp sublingual 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg
Stélan gel LP 10 - 30 - 60 100 - 200 mg	Sévaldol cp LI 10 - 20 mg	Oremorph sd lux unitdose LI 10 - 30 - 100 mg/cm ²	Morphine sd inj emp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg	OxyContin cp LP 5 - 10 - 20 - 40 - 80 - 120 mg	OxyNorm sol inj amp 10 - 20 50 - 200 mg	OxyNorm gel LI 5 - 10 - 20 mg	OxyNorm sol inj amp 10 - 20 50 - 200 mg	Actiq appl. buccal 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg	
20	2	3,5	10	1	1,5	6,5	1	1,5	6,5
30	3	5	15	1,5	2,5	10	1,5	2,5	10
60	6	10	30	3	5	20	3	5	20
90	9	15	45	4,5	7,5	30	4,5	7,5	30
120	12	20	60	6	10	40	6	10	40
160	16	27	80	8	13	53	8	13	53
180	18	30	90	9	15	60	9	15	60
200	20	33	100	10	17	67	10	17	67
240	24	40	120	12	20	80	12	20	80
280	28	47	140	14	23	93	14	23	93
300	30	50	150	15	25	100	15	25	100
360	36	60	180	18	30	120	18	30	120
400	40	67	200	20	33	133	20	33	133
480	48	80	240	24	40	160	24	40	160
540	54	90	270	27	45	180	27	45	180
600	60	100	300	30	50	200	30	50	200
720	72	120	360	36	60	240	36	60	240
900	90	150	450	45	75	300	45	75	300
1000	100	167	500	50	83	333	50	83	333

Notes :

- * A. parétille
- ** Dose du médicament = 1/5 à 1/10 de la dose totale par 24 heures pour le même opioïde
- LP - Libération prolongée - durée d'action 12 h.
- LI - Libération immédiate - durée d'action 4 à 6h.
- ▲ Absorbé à une dose de 50 mg par 24h, l'augmentation de la posologie se fait en successifs OxyContin LP à Targinact.

Annexe 4 : Fiches infopioïdes SOR

Médecin :

Fiche pratique infopioïde médecin. Utilisation des opioïdes en cancérologie adulte

En ville, seule l'ordonnance sécurisée est légale. La mention ALD (affection longue durée) est à noter si elle est justifiée. Le nombre de présentations prescrites est inscrit dans le carré en bas à droite de l'ordonnance.
Le pharmacien fait une photocopie pour son dossier ; le malade garde l'original pour le remboursement. Il existe des règles spécifiques de délivrance hospitalière.

Antalgiques opioïdes à libération immédiate

Liste des stupéfiants ; durée de prescription = 28 jours pour toutes les ordonnances ci-après [ANON2000].

Indication

Malades non calmés par des traitements antalgiques de palier II de l'OMS ou douleurs majeures. L'utilisation de la morphine à libération immédiate est recommandée pour les malades « fragiles » (grand âge, mauvais état général OMS ≥ 3, insuffisance rénale ou hépatique, hypoprotidémie...).

Sulfate de morphine

- Sectredol® : comprimés sécables à 10, 20 mg pouvant être écrasés.
- Actiskan® : gélules à 5, 10, 20 et 30 mg.

Les gélules peuvent être ouvertes et mélangées à un aliment semi-solide, liquide ou passées dans une soude d'alimentation. Bien rincer la seringue et la sonde d'alimentation après administration, diamètre ≥ 16 FG et/ou diamètre interne ≥ 2,5 mm, extrémité distale ouverte ou pores latéraux.

Exemple d'ordonnance initiale

- Pour un malade « fragile » : 5 mg toutes les 4 heures, soit 30 mg par jour.
- Si malade non « fragile » : débuter à 10 mg toutes les 4 heures soit 60 mg par jour.

ORDONNANCE (cf. « initiation du traitement par la morphine à libération immédiate »)

- Ordonnance pour sept jours à présenter à la pharmacie si possible le jour même.
- Une unité de morphine L1 à cinq milligrammes toutes les quatre heures y compris la nuit si besoin (double dose au coucher possible).
- En cas de douleurs, une unité de morphine L1 à cinq milligrammes toutes les heures, selon les recommandations données (appeler le médecin au-delà de quatre interdosés successives à une heure d'intervalle et/ou six interdosés par jour). Trois boîtes¹.

¹ Gél (Actiskan®) ou cp de Sectredol®

² L'indication du nombre de boîtes est facultatif, mais précise au pharmacien le nombre de boîtes à délivrer. Il correspond au nombre de prises maximales d'interdosés pour sept jours. Attention à ne pas favoriser un stockage excessif lors des prescriptions suivantes.

Chlorhydrate de morphine

- Morphine Cooper® : ampoules buvables prêtes à l'emploi, 10 mg et 20 mg/10 mL.
- Préparation magistrale : solubilité maximale 50 mg/mL.

Exemple d'ordonnance initiale

- Pour un malade « fragile » : 5 mg toutes les 4 heures, soit 30 mg par jour.
- Si malade non « fragile » : 10 mg/4 heures, soit 60 mg par jour.

ORDONNANCE (cf. « initiation du traitement par la morphine à libération immédiate »)

- Ordonnance pour vingt-huit jours à présenter à la pharmacie si possible le jour même.
- Dix millilitres toutes les quatre heures de Chlorhydrate de morphine buvable selon la formule :
 - Chlorhydrate de morphine dix milligrammes
 - Eau purifiée qsp dix millilitres.
- En cas de douleurs, dix millilitres de morphine toutes les heures selon les recommandations données (appeler le médecin au-delà de quatre prises successives à une heure d'intervalle et/ou six prises supplémentaires par jour).
- A prélever avec une seringue et non à la cuillère, à mélanger avec une boisson pour masquer l'amertume.

Note :

- La solubilité maximale des préparations magistrales est de 50 mg / mL.
- Autre prescription possible avant le délai des 28 jours en mentionnant : « connaissant la prescription en date du ... je prescris en complément pour X jours... pour attendre une dose journalière de ... ».
- (Dose maximale de morphine supprimée, JO 24 septembre 1997).

Adaptation des doses en début de traitement

- Évaluer l'efficacité du traitement dans les 24 heures.
- La tendance actuelle est d'avoir recours aux interdosés de morphine ou doses de secours en attendant de trouver la posologie adéquate.
- Les interdosés de morphine peuvent être prisés toutes les heures entre les doses prévues à horaires fixes.
- Chaque interdose correspond à 10 % de la dose prévue pour 24 heures.
- Les recommandations initiales de l'OMS qui étaient de majorer d'environ 50 % la dose quotidienne de morphine en cas d'antalgie insuffisante après 24 heures d'un traitement bien conduit restent valables.

Équilibration du traitement

Quand l'antalgie est obtenue, il est possible de remplacer la prise nocturne par une double dose au coucher. Ne pas réveiller le malade systématiquement. Lorsque la douleur est contrôlée, le relais peut être pris par une forme LP.

Si l'antalgie est insuffisante, l'augmentation progressive jusqu'à plusieurs grammes par jour est possible.

- Les effets indésirables sont les seuls facteurs limitant, notamment :
- la constipation qui est à prévenir systématiquement ;
- la somnolence (différencier une dette de sommeil d'un surdosage) ;
- la dysphorie.

Si l'antalgie n'est pas obtenue après 3 à 4 augmentations, s'interroger :

- Identifier une composante neuropathique de la douleur et discuter l'indication d'un traitement antidépresseur, antiépileptique, ou d'une stimulation transcutanée.

SOR traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour 2002.

Exemple d'ordonnance

ORDONNANCE (cf. « Initiation du traitement par la morphine à libération prolongée »)

- Ordonnance pour vingt-huit jours¹ à présenter à la pharmacie si possible le jour même ;
- Une unité de morphine LP² soixante milligrammes et une unité à trente milligrammes toutes les douze heures.
- En cas de douleurs, une unité de morphine LP³ à vingt milligrammes toutes les heures, selon les recommandations données (appeler le médecin au-delà de quatre interdoses successives à une heure d'intervalle et/ou six interdoses par jour). Douze boîtes⁴.

¹ Selon les cas, la prescription peut être inférieure à 28 jours en gardant si possible un multiple de 7 pour éviter le déconditionnement.
² Gél de Skénan LP® ou cp de Moscontin® ou ampoule de morphine buvable.
³ Gél d'Actiskénan® ou cp de Skénan LP® ou cp de Moscontin® (Gél de Kapanol® avec 1 seule prise par jour).
⁴ Le nombre de boîtes est déterminé en fonction du nombre de prises journalières de boîtes à délivrer. Il correspond au nombre de prises maximales d'interdoses pour 28 jours. Attention à ne pas dépasser un stockage maximal lors des prescriptions supralés.

Hydromorphone, Sophidone LP®

- Gélule à 4, 8, 16, 24 mg. Deux prises par 24 heures. Liste des stupéfiants ; durée de prescription = 28 jours (JO 20 octobre 2000).
- Même mode d'action que la morphine, 7,5 mg de morphine ≈ 1mg d'hydromorphone (30 mg ≈ 4 mg).

Indication

- Traitements des douleurs chroniques d'origine cancéreuse, intenses ou rebelles aux autres antalgiques.
- Rotation des opioïdes en cas d'analgésie insuffisante ou d'effets indésirables avec d'autres opioïdes.

Fentanyl transdermique, Durogesic®

Patches à 25, 50, 75, 100 µg/h, une application tous les 3 jours.
 Liste des stupéfiants ; durée de prescription = 28 jours ; délivrable en deux fois sauf mention contraire du médecin (JO 20 octobre 2000)

Indication

Traitements des douleurs chroniques d'origine cancéreuse, intenses ou rebelles aux autres antalgiques, en cas de douleurs stables.

- Morphine-résistance « métabolique » possible. Discuter :
 - un changement d'opioïde. Hydromorphone (Sophidone LP®) ;
 - Fentanyl transdermique (Durogesic®) ;
 - une autre voie d'administration, IV ou sous-cutanée par pompes portables ;
 - dans certaines indications, un catéchétisme périmédullaire (intrathécal plutôt qu'épidural), un bloc neurologique, une alcoolisation, une cordotomie....
 - revoir les traitements coantalgiques (corticoïdes, biphosphonates, etc.) et réévaluer la détresse morale.

Antalgiques opioïdes à libération prolongée

Sulfate de morphine

- Moscontin®. Comprimés à 10, 30, 60, 100, 200mg. Deux prises par 24 heures.
- Skénan LP® : Gélule à 10, 30, 60, 100, 200 mg. Deux prises par 24 heures.
- Kapanol LP® : Gélule à 20, 50, 100 mg. Une prise par 24 heures.
- Liste des stupéfiants ; durée de prescription = 28 jours (JO 13 septembre 1995).
- Ne jamais écraser les comprimés de Moscontin®, ne pas les faire fondre ou les croquer.
- Les gélules de Skénan LP® et de Kapanol LP® peuvent s'ouvrir (cf. Actiskénan®).

Indication

- initiation d'un traitement sauf chez les malades « fragiles ».
- Relais d'un traitement morphinique à libération immédiate (dose pour dose).

Adaptation des doses en début de traitement

Posologie habituelle de départ de 30 mg toutes les 12 heures.
 L'augmentation des doses peut se faire :
 • En ayant recours aux interdoses de morphine à libération immédiate, 10 % de la dose des 24 heures.
 Réévaluer au-delà de 4 interdoses successives à une heure d'intervalle et/ou 6 interdoses par jour. Ceci permet une équilibration plus rapide du traitement en cas de douleurs instables et un contrôle des accès douloureux. Si les interdoses sont systématiquement nécessaires, elles sont intégrées dans la dose quotidienne.
 • En augmentant la dose quotidienne de morphine par paliers de 50 %.
 - Par exemple : malade non calmé pour une dose de 60 mg de morphine LP toutes les 12 heures, passer à 90 mg toutes les 12 heures.

La dose maximale est déterminée en fonction de l'analgésie et des effets indésirables.
 Si le malade est « fragile », n'utiliser la morphine à libération prolongée qu'après obtention d'une analgésie stable sous morphine immédiate, dose/jour de morphine immédiate = dose/jour de morphine à libération prolongée.

Exemple d'ordonnance

- Malade bien calmé par 160 mg par jour de morphine mais très constipé malgré les laxatifs.
- Passage au Duragesic®. Équivalence de dose selon abaques indicatifs du laboratoire (cf. tableau 13).
- Dose maximale selon antalgie, effets indésirables et si plus de quatre patchs à coller.

ORDONNANCE
<ul style="list-style-type: none"> - Un patch à cinquante µg/h de Duragesic® tous les trois jours pendant vingt-huit jours! - En cas de douleurs, une unité de morphine L2 à vingt milligrammes toutes les heures, selon les recommandations données (appeler le médecin au-delà de quatre intercoses successives à une heure d'intervalle et/ou six intercoses par jour). Douze boîtes*. <p><small>* Délivrance en une fois possible si mentionnée par le médecin † Le nombre de boîtes est facultatif, mais il précède au pharmacien le nombre de boîtes à délivrer. Il correspond au nombre de prises maximales d'intercoses ‡ Appliquer les patchs Duragesic® sur des zones sèches, propres et bien soignées. § Eau d'hydratation ou ce de Sevelco® ou ampoule de morphine buvable.</small></p>

Les autres antalgiques opioïdes

Penser aux équivalences de doses pour passer de l'un à l'autre des produits. Privilégier la sécurité à la rapidité d'action.

Ne jamais associer Nubain®, Temgesic® entre eux ou avec : présentations contenant de la codéine, du dextropropoxyphène, du tramadol, de la morphine, Actiq®, Duragesic®, Éubine®, Oxycontin LP®, Pethidine renaudim®, Sophidone LP®, car antagonisme avec baisse d'activité antalgique.

Temgesic®

- Liste I, mais prescription sur ordonnance sécurisée ; durée de prescription = 30 jours (2 comprimés ≈ 10 mg morphine PO). Forme injectable réservée aux hôpitaux.
- A utiliser éventuellement avant le recours à la morphine.
- Antinauséux systémiques pendant 3 à 4 jours.
- Dose usuelle = 1 à 2 comprimés sublinguaux / prise toutes les 8 heures = 6 comprimés par jour.
- Passage Temgesic ®-morphine sans danger mais antalgie médiocre possible pendant 24 heures environ.

Pethidine Renaudim®

- Liste des stupéfiants ; prescription = 7 jours. Pas de forme orale.
- 1 ampoule ≈ 10 mg morphine PO.
- Dose maximale autorisée = 0 ampoules par jour.
- Voie IM et non sous-cutanée (risque de nécrose).
- Constipation répétée moins intense : l'utilisation pourrait être avantageuse en cas de syndrome sub-occlusif, de carcinomatose péritonéale.

Nubain®

- Uniquement injectable. Non remboursé.
- Pas d'intérêt dans le traitement de la douleur chronique.

Morphine injectable

Liste des stupéfiants ; prescription : 7 jours ou 28 jours si ampoules destinées à être utilisées dans des systèmes de perfusion actifs (pompes portables avec système d'autoantalgie, arrêté du 5 avril 1995).

Indication

- En première intention, si douleur sévère nécessitant un traitement rapide ou si la voie orale est impossible.
- En seconde intention, si douleur ou effets indésirables non contrôlés avec un traitement PO.
- Posologie : SC ou IV = posologie PO divisée par 2 (ou 3 si malade « fragile »)
- Évaluation et adaptation des doses toutes les 24 heures minimum. Augmentation en ayant recours aux intercoses.

Prévention des effets indésirables

- Antinauséux :
 - Conseillés pendant les 2 à 8 premiers jours de traitement opioïde puis arrêté.
 - Le choix dépend du mécanisme principal supposé à l'origine des symptômes.
- Traitement d'action centrale, neuroleptiques : halopéridol (Haldol®), chlorpromazine (Largactil®).
- Traitement d'action gastrokinétique : métoclopramide (Primperan®), prokinol LP®, domperidone (Motilium®, Perydys®).
- Si échec d'une monothérapie, possibilité d'associer deux médicaments d'action différente.
- Laxatifs en continu :
 - La connaissance des modes d'action des différents laxatifs et la surveillance clinique (consistance des selles) doivent permettre d'adapter le traitement à chaque situation. Le recours aux laxatifs par voie rectale traduit habituellement la mauvaise efficacité des laxatifs oraux. Le toucher rectal oriente la prescription :
 - Selles dures : indication de laxatifs à action ramollissante (paraffine, fibres, mucilage, lactulose, polyéthylène glycol, etc.).
 - Selles molles : indication de laxatifs augmentant la pression intrarectale (antraécènes, néostigmine, etc.).
 - Ampoule rectale vide : discuter une radiographie d'abdomen sans préparation, renforcer le traitement laxatif oral (type préparation à la coloscopie), reconsidérer le traitement morphinique *per os* ; pas de laxatif par voie rectale.

Arrêt d'un traitement opioïde par voie orale

Une diminution progressive par paliers de 30 à 50 % en quelques jours en se basant sur la clinique (réapparition de la douleur, apparition d'un syndrome de sevrage) est proposée pour arrêter la morphine.

Surdosage

- Narcan®, Naloxone®, Nalome® (Amp. inj. 0,4 mg/1 mL) disponibles en ville, non remboursés.
- Antidote spécifique et immédiat de tous les opioïdes agonistes.
- Action moindre sur les agonistes partiels-antagonistes (Temgesic®...) Aucune action antalgique. A réserver aux surdosages accidentels sévères avec bradypnée inférieure à 8 par minute selon le protocole suivant :
- Préparation d'une ampoule à 1 mL soit 0,4 mg ramené à 10 mL de NaCl à 0,9 % ou glucosé 5 %.
- Injection IV de 1 mL toutes les 2 minutes jusqu'à récupération d'une fréquence respiratoire à 10 par minute. Si la voie IV n'est pas possible, le chlorhydrate de naloxone peut être utilisé par voie IM ou SC.
- Cette titration vise la disparition de la dépression respiratoire mais pas de l'antalgie.

Patients :

Fiche pratique infopioïde malade. Information sur les opioïdes en cancérologie adulte

Ce que vous devez savoir sur votre traitement par opioïdes

Vous présentez, actuellement, des douleurs qui nécessitent un traitement à base de morphine ou à base de substances ayant un mécanisme d'action similaire à la morphine.

Il est scientifiquement prouvé que ce traitement est sans danger pour vous. Si besoin, il pourra être poursuivi pendant plusieurs mois sans inconvénient majeur et sans risque pour votre santé. Il est toujours possible d'interrompre de façon progressive ce genre de traitement.

Nous vous recommandons de prendre régulièrement votre traitement contre la douleur (antalgique) associé au traitement laxatif et d'appeler votre médecin si vous n'avez plus de médicament ou si vous avez mal.

Ce médicament vous est prescrit personnellement et ne doit pas être utilisé par quelqu'un d'autre pour quelque douleur que ce soit.

En raison de la possible baisse de vigilance induite par ce traitement, l'attention est attirée sur les risques liés à la conduite d'un véhicule et à l'utilisation d'une machine.

Pour mieux comprendre

Comme tous les traitements actifs, ce traitement peut entraîner des désagréments. Pour les éviter ou diminuer leur importance, nous vous recommandons de suivre les conseils suivants.

Si vous présentez des nausées ou des vomissements

Ces symptômes ne sont pas systématiques, mais peuvent se produire en début de traitement et rapidement disparaître en une semaine environ. Assurez-vous qu'un traitement contre nausées et vomissements (antémétique) vous a été prescrit en prévention par votre médecin.

Si vous êtes somnolent

Si vos douleurs perturbent votre sommeil, une somnolence en début de traitement est normale, vous récupérez de votre fatigue. Si une somnolence générale persiste au-delà de 3 à 4 jours, signalez-la à votre médecin traitant. Il envisagera avec vous de modifier la prise de certains autres médicaments (somnifères, décontractants...) pouvant accentuer cette somnolence. Il pourra également adapter votre traitement contre la douleur.

Si vous êtes constipé

La constipation apparaît presque toujours avec ce type de traitement. Elle ne doit en aucun cas occasionner l'arrêt du traitement antalgique. Elle doit être prévenue systématiquement par la prise d'un laxatif et par certaines mesures alimentaires simples :

- Maintenez une activité physique dans la mesure du possible.
- Buvez très souvent de petites quantités de liquide d'autant plus qu'une sécheresse de bouche peut survenir sous opioïdes : eau, jus de fruit, tisane, laitages, soupe, café, thé, lait...(au total 1,5 à 2 litres par jour).

- Consommez des légumes crus ou cuits, des fruits frais crus ou cuits, des fruits secs (pruneaux, cacahuètes, noisettes, noix...), et des fruits en conserves.
- Limitez les aliments ralentissant le transit (riz, chocolat) sans pour autant les supprimer.
- Maintenez des conditions confortables pour aller à la selle (lieu privé, proximité d'une chaise percée).

Si le traitement laxatif est efficace (1 à 2 selles quotidiennes), ne l'arrêtez pas. En cas de diarrhées (plus de 3 selles quotidiennes) interrompez momentanément le traitement, vous reprendrez le laxatif dès normalisation du transit. Consultez votre médecin si vous avez moins d'une selle par semaine.

Si vous le souhaitez, vous pouvez bénéficier d'une consultation auprès d'une diététicienne. Elle pourra vous aider à établir des menus et adapter votre alimentation.

Si vous avez une sensation de bouche sèche

Il est possible de contrôler cette sensation en consommant très fréquemment et en petite quantité des boissons, de la glace, des fruits et des laitages.

- Humidifiez votre bouche avec un brumisateur d'eau minérale (vendu en supermarché ou en pharmacie) ;
- Faites des bains de bouche 2 à 3 fois par jour avec par exemple, du bicarbonate de sodium ou de la glycythymoline 55, traitement à faire prescrire par votre médecin.

Si votre bouche est douloureuse, consultez rapidement votre médecin traitant afin qu'il vous prescrive un traitement adapté.

Comment repérer un surdosage médicamenteux ?

Vous vous sentez « bizarre », vous constatez des troubles de l'attention, des troubles visuels, une somnolence excessive, des cauchemars fréquents, vous présentez des nausées, des vomissements, des réveils en sursaut... Ces symptômes persistants peuvent indiquer un surdosage. Ce surdosage peut être favorisé par des anomalies de fonctionnement de certains organes et/ou par l'association d'autres médicaments. Il nécessite de consulter votre médecin afin qu'il vous examine et adapte le traitement.

Pourquoi une prescription particulière ?

Toute prescription de ce type de médicaments dit opioïdes est soumise à une réglementation particulière, c'est pourquoi vos médicaments seront prescrits sur des ordonnances « sécurisées » et pour des durées déterminées selon les produits. Habituellement, la prescription se fait pour 28 jours non renouvelable.

Rendez-vous à la pharmacie le jour même de la prescription car le pharmacien délivre le nombre de médicaments en fonction de la date de présentation de l'ordonnance. Si le pharmacien souhaite des précisions concernant le traitement qu'il va vous délivrer, demandez lui de contacter votre médecin.

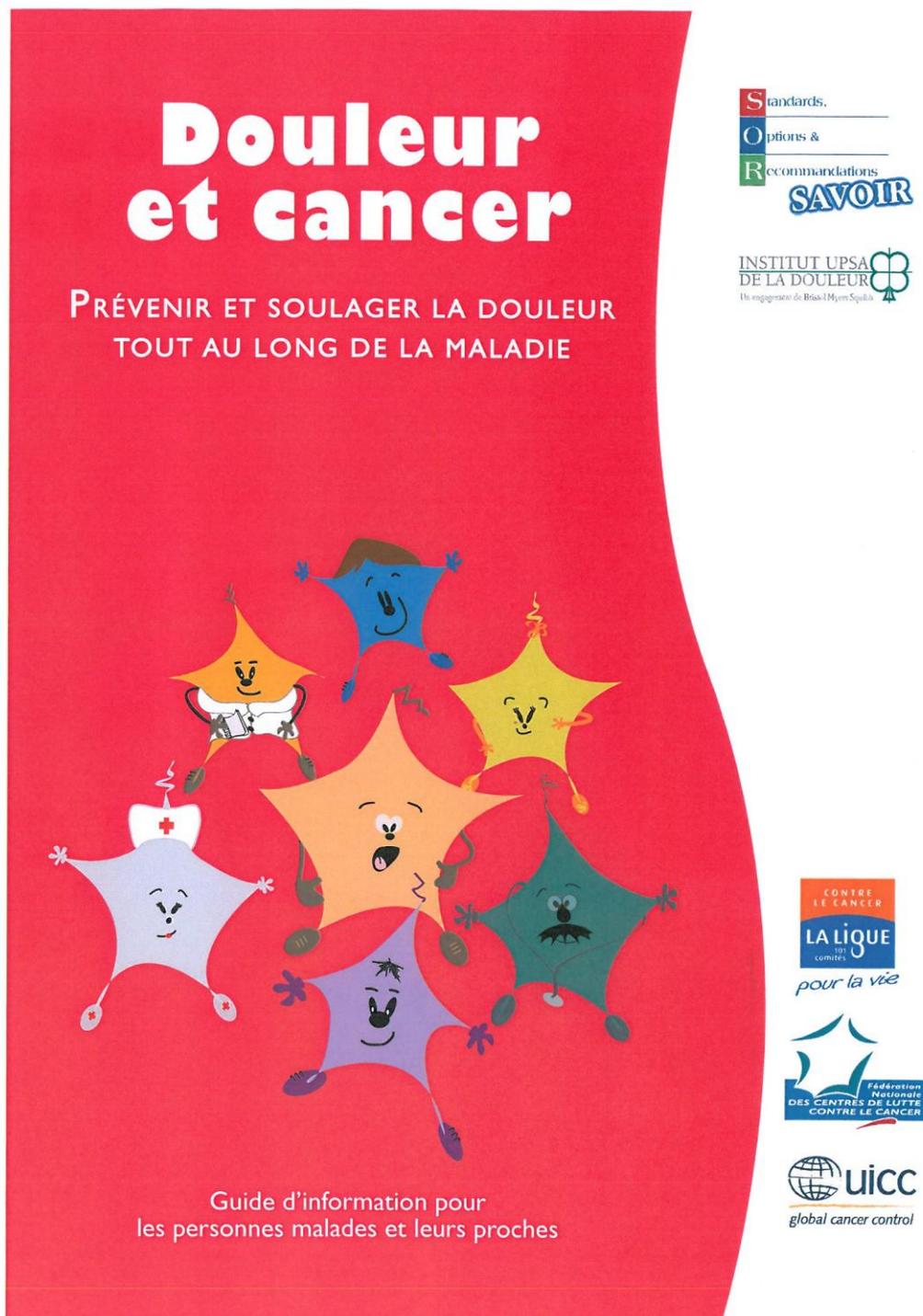
Si votre douleur s'accroît ou réapparaît, votre médecin pourra rédiger une nouvelle ordonnance avant le délai des 28 jours.

Si vos douleurs persistent ou si vous avez des accès douloureux, vous pouvez adapter votre traitement si votre médecin vous l'a proposé et vous a expliqué comment faire en prenant des médicaments prescrits entre les prises systématiques (interdoses).

Ces médicaments pris en interdoses ont une action rapide : ils peuvent aussi être utiles par exemple, avant une mobilisation que vous savez douloureuse (déplacement pour un examen, toilette, pansement...).

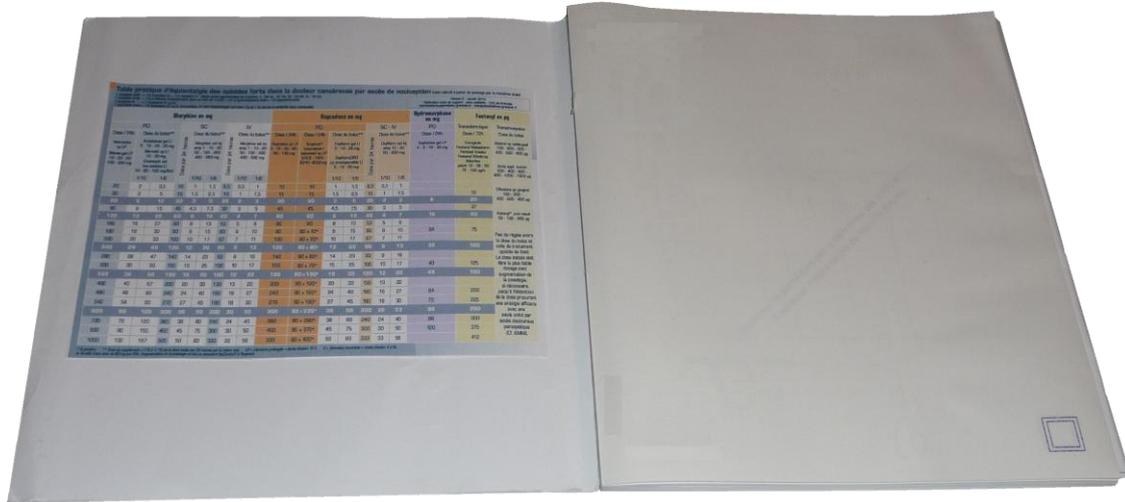
Annexe 5 : Guide douleur et cancer pour les malades.

Consultable sur : www.e-cancer.fr



Annexe 6 : Propositions

Ordonnancier sécurisé :



FORMES A LIBERATION IMMEDIATE (LI)

Per os: **Actiskenan®**, **Oxanorm®**, **Serrétol®** (morphine)
Oxynorm® (oxycodone)

- ◇ En titration associée à une forme LP
- ◇ Lors d'accès douloureux
- ◇ Prévention de douleurs provoquées

FORMES A LIBERATION PROLONGEE (LP)

Per os: **Skeman®**, **Miscotinal®** (morphine)
Oxycotin® (oxycodone)
Transcutané: **Duragésic®**, **Matifén®** (fentanyl)
 ◇ Après un palier II en association avec une forme LI
 ◇ Rotation des opioïdes
 ◇ Voie orale impossible
 ◇ Risque occlusif majeur (EAAC) } **Fentanyl transcutané**

Débuter avec une forme LP : **30mg / 12h de morphine** ou **20mg / 12h d'oxycodone** ou **patch de 25 / 3j** associée à une forme II en si besoin : **10mg / 4h de morphine** ou **5 mg / 4h d'oxycodone**
 Attention: **1 / 2 Dose pour patients fragiles (patients très âgés, mauvais état général OMS > 3, insuffisance rénale ou hépatiques, hypoprotidémie...)**

Réévaluation de la douleur / 24h (EVA, EN)

Pas de soulagement obtenu
= EN ≥ 4 malgré la prise d'au moins 4 forme LI / 24h

1) Calculer la dose totale journalière: LP + toutes les LI
2) augmenter cette dose totale de 30 à 50%
3) la répartir en forme LP / 12h
4) adapter la forme II (1 / 10e de la dose LP / 24h)

Réévaluation / 24h

Pas de soulagement obtenu

Soulagement obtenu

Refaire le même procédé d'augmentation de dose.
 Si pas d'amélioration après 4 essais:
 - chercher une autre cause à la douleur
 - réaliser une rotation des opioïdes
 - associer d'autres antalgiques

Soulagement obtenu
Avec plus de 4 prises de forme LI / 24h

Avec moins de 4 prises de LI / 24h

Poursuivre mêmes doses

Indication du Fentanyl transmuqueux
 (Actiq®, Abstral®, Effanax®, Instanyl®, Pefzan®)
 Accès paroxystiques douloureux chez des patients déjà sous opioïdes LP (60mg/j morphine ou 30mg/j oxycodone ou patch de 25µg)

Relais:
 Voie orale → voie transdermique: poser le patch lors de la prise du dernier comprimé LP puis stopper le comprimé LP
 Voie transdermique → voie orale: enlever le patch et donner le premier comprimé per os 12 heures après.

QUELQUES PRINCIPES

La prescription d'opioïdes forts d'emblée est une possibilité en cas de douleur très intense.
 La prescription doit être expliquée et le malade doit être informé de la survenue éventuelle d'effets secondaires les plus fréquents (nausée, constipation, somnolence).
 Il n'y a pas de limite supérieure aux doses d'opioïdes forts tant que les effets indésirables peuvent être contrôlés.
 Les formes orales doivent être préférées en premier intention si possible.
 Les opioïdes forts ne sont pas contre-indiqués chez le malade asthmatique ou insuffisant respiratoire.

EFFETS SECONDAIRES

Le **myosis** est un signe d'imprégnation et non de surdosage.
 La **dépendance psychique** est exceptionnelle chez le malade cancéreux.
 La **somnolence** survient essentiellement en période de titration et disparaît en quelques jours. Sa persistance ou sa réapparition après quelques jours doivent amener à une réévaluation du traitement.
 Pour éviter la **constipation** un laxatif doit être prescrit durant toute la durée du traitement associé à des mesures hygiéno-diététiques.
 En cas d'apparition de **nausée** ou de **vomissement** en cours de traitement il faut avant tout éliminer une autre cause et prescrire un traitement anti-émétique.
 À part la constipation les autres effets secondaires tendent à disparaître les premiers jours.

SURDOSAGE

SOMNOLENCE +/- bradypnée (FR < 8 cycles/min)
 Arrêter le traitement en cours
 Hospitalisation en urgence, oxygénation, NARCAN®

BIBLIOGRAPHIE

REVUES, PUBLICATIONS

- [1] Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995 ; 311
- [2] Bungener .M , Demagny.L , Holtedah. KA, Letourmy.A . La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? *Prat Organ Soins* 2009 ; 40 (3) : 191-196
- [3] Cassou.B. La lutte contre la douleur : une priorité de santé publique ? *douleur analg.* (2011) 24 :66-70.
- [4]Chew-Graham CA, May CR, Perry MS. Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. *Family Practice* 2002 ; 19 : 285-289.
- [5] 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
- [6] Duclos R. Guide d'utilisation des opioïdes forts en pratique courante consultable sur www.intercludvendee.fr/reseau-sarthe/Guidedes-opioides.pdf.
- [7] Emery C, Georges B, Gomas JM, Delfieu D, Mimaud V, Guillon P, Fagnani F. Prise en charge de la douleur en médecin générale: étude EPIDOL. *Douleurs*, 2005, 6(6):366-373.
- [8] Escher.M. Obstacles à la prise en charge de la douleur cancéreuse. *Douleur et analgésie*. (2006) numéro 3 : 47-50.

- [9] Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, et al. (2002) Patient-related barriers to pain management : the barriers questionnaire II (BQ-II). *Pain* 99 (3) : 385-396
- [10] Krakowski I, Delorme T, Vuillemin N, Verriere JL, Causse C. Observational study of the initial prescription of level 3 analgesics in cancer patients *Bull Cancer*. 2009 Sep;96:S59-66
- [11] 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.
- [12] Mimassi.M, Marchand.F, Ganry.H. Représentations mentales et comportement précédant la prescription d'opioïdes forts. Enquête réalisée auprès de 114 médecins généralistes du Finistère. *Douleur analg.* (2012) 25:93-100.
- [13] Orgerie MB, Ravaud A, Lemasson JL, Bonichon F, Marée D, Hoerni B. Perception du cancer chez les médecins généralistes. Evolution sur 15 ans. *Bull. Cancer* 1993 ;80 : 446-50.
- [14] Pouchain.D , Huas.D, Gay. B, Avouac.B, Impact des echelles d'évaluation de la douleur sur le soulagement des patients ambulatoires souffrant de douleurs chroniques de l'appareil loco moteur « Idée- Douleur » 2008 , *CNGE*.
- [15] Synthèse de l'enquête nationale 2010 sur la prise en charge de la douleur chez les patients adultes atteints de cancer – *INCa* – mars 2012
- [16] Van den benken-van Everdingen MHJ et al. prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann oncol* 2007 ;18 : 1437-1449.
- [17] Verloo.H , Mpinga Kabengele .E , Ferreira .M, Rapin .C-H, Chastonay .P . Opiophobie : état des lieux auprès des soignants à Beira Interior au Portugal. *Douleur analgésie* (2009) 22 : 186-195.
- [18] Zeppetella G, Davies.AN Opioids for the management of breakthrough pain in cancer patients. *Cochrane database syst rew*; oct 2013;10: CD004311

LOIS, RECOMMANDATIONS :

[19]. *Circulaire DHOS relative à l'organisation des soins en cancérologie.*

Consultable sur www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/circ101.pdf

[20] *Commission d'orientation sur le cancer 2002.*

Consultable sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_commission_orientation_cancer.pdf

[21] *Définition Européenne de la Médecin Générale WONCA 2002*

Consultable sur : www.woncaeurope.org

[22] *Démographie médicale nationale et régionale 2011.*

Consultable sur : www.santé.gouv.fr

[23] *Drees, Les médecins au 1er janvier 2013 ;*

consultable sur : www.drees.sante.gouv.fr

[24] *Loi n° 2004-810 Aout 2004 art L 162-5-3*

consultable sur : www.legifrance.gouv.fr

[25] *Loi n° 2009-879 juillet 2009 : hôpital, patients, santé, territoire juin 2009*

Consultable sur : www.legifrance.gouv.fr

[26] *Morphine and alternative opioids in cancer pain : the EAPC recommandations . British journal of cancer (2001) 84(5), 587-593*

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

[28] *Plan cancer 2003-2007 et 2009-2013*

consultables sur : www.plan-cancer.gouv.fr/

[29] *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 sur : www.cnrd.fr/Le-plan-de-lutte-contre-la-douleur.html

[30] *Recommandations pour la pratique clinique : standards, Options et recommandations sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte*. FNCLCC, septembre 2002.

EVENEMENTS

[31] *Journée mondiale contre le cancer 4 février 2013* : étude de la Ligue contre le cancer France/Maroc . Cancer : peur, préjugés et idées reçues.

[32]. *La perception du cancer et de la lutte contre le cancer par les médecins généralistes, les maires et les chefs d'entreprise* ; la Ligue contre le cancer ; Novembre 2008.

[33]. *Ligue contre le cancer et INCa : première rencontre nationale : les médecins généralistes face au cancer 2010*.

Article consultable sur www3.ligue-cancer.net/article/print_page/6051

Vidéo sur : www.youtube.com/watch?v=nqCZUGqz5xM

OUVRAGES

[34] Bezille H, Desmet H, Manderscheid JC, Pourtois JP, Regnier JC, Trancart D. Méthodes qualitatives , Approches méthodologiques- Tome 1. CNED.

[35] Frappé P. De la question au type d'étude. In : Frappé P. *Initiation à la Recherche*. Mayenne : GMSanté et CNGE ; 2011.

[36] Kaufman JC. *L'enquête et ses méthodes. L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin ; 2008.

[37]. Ligue contre le cancer. *Les malades prennent la parole : le livre blanc des premiers états généraux des malades du cancer*. 1999 Ed Ramsay.

[38] Pope C, Mays N. Analysing qualitative data. In : Pope C, Mays N, *Qualitative Research in Health Care*. Oxford : Blackwell Publishing ; 2006

THESES

[39] Boiche T. *Suivi d'un patient cancéreux en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes de Poitou-Charentes*. Thèse Médecine générale. Poitiers 2004

[40] Pedussaud C. *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*. Thèse Médecine générale. Grenoble 2010.

[41]. Visu/Rouscoulet D. *Analyse de prescription des morphiniques auprès des médecins généralistes du Val de Marne*. Thèse Médecine générale. 2008.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Réactualisé par le Pr. Bernard Hoerni et publié dans le Bulletin de l'Ordre des médecins, 1996, n° 4, p. 4

RESUME

INTRODUCTION : La douleur est un symptôme fréquent au cours du cancer. Elle est souvent d'intensité élevée nécessitant l'emploi d'opioïdes forts. Malgré les efforts nationaux réalisés depuis plus de dix ans, sa prévalence est toujours élevée montrant une insuffisance de traitement antalgique. Quelles sont les pratiques, les représentations et les besoins des généralistes des Alpes Maritimes dans la prescription d'opioïdes dans la douleur cancéreuse?

METHODE : Il s'agit d'une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés grâce à un guide d'entretien qui s'adresse aux médecins généralistes exerçant dans les Alpes Maritimes. L'analyse des résultats a été réalisée avec le logiciel NVivo 10.0©

RESULTATS : 25 médecins généralistes de plusieurs communes des Alpes Maritimes ont été inclus. L'EVA a été toujours citée mais rarement utilisée, leur stratégie thérapeutique suit les paliers de l'OMS mais peu les recommandations EAPC et SOR. Si la douleur cancéreuse est reconnue difficile à traiter et les opioïdes forts semblent être manipulés avec une grande précaution, la morphine représente, pour la plupart, un antalgique fort et « l'opioïdophobie » est rare,. Ils reconnaissent leur place centrale de médecin traitant qui les met au cœur de la gestion de la douleur chez leurs patients cancéreux. Lors de la survenue de problèmes aigus, ils éprouvent souvent des difficultés à communiquer avec les spécialistes hospitaliers qui suivent leurs patients. Ce contact nécessaire, souvent en urgence, leur paraît indispensable pour gérer des situations peu fréquentes dans leur pratique.

CONCLUSION : Des pistes d'amélioration sont possibles : mieux diffuser les recommandations pour la prescription des morphiniques au travers de fiches de synthèse ou de tableaux imprimés sur les ordonnanciers sécurisés, multiplier les terrains de stage en algologie lors de la formation initiale des médecins généralistes, et améliorer le contact par la diffusion postale de quelques numéros utiles à la bonne communication entre les différents intervenants prenant en charge les patients cancéreux.

MOTS-CLES : cancer, douleur cancéreuse, opioïdes forts, besoins, médecine générale.