



HAL
open science

Impact d'un guide thérapeutique sur la prise en charge à domicile de la douleur des patients en soins palliatifs : utilisation du cas vignette

Sophie Hamelin

► To cite this version:

Sophie Hamelin. Impact d'un guide thérapeutique sur la prise en charge à domicile de la douleur des patients en soins palliatifs : utilisation du cas vignette. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01213350

HAL Id: dumas-01213350

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01213350>

Submitted on 8 Oct 2015

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.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N° 58

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Impact d'un guide thérapeutique sur la prise en charge à domicile de
la douleur des patients en soins palliatifs : utilisation du cas vignette

Présentée et soutenue publiquement
le 10 juin 2015

Par

Sophie HAMELIN

Née le 11 décembre 1986 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Professeur Frédérique Noël

Jury :

M. Le Professeur Serge Gilberg Président

Mme Le Professeur Marcel Louis Viillard Membre

M. Le Docteur Jean-Marie Gomas Membre

M. Le Docteur Didier Tribout Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
INTRODUCTION	6
1. DOULEUR : DEFINITION ET RECOMMANDATIONS.....	7
1.1 Définition	7
1.2 Diagnostic de la douleur	7
1.3 Evaluation de la douleur	8
1.3.1 Evaluation de la douleur par excès de nociception.....	8
1.3.2 Evaluation de la douleur neuropathique	9
1.3.3 Conclusion	10
1.4 Traitement de la douleur	10
1.4.1 Traitement de la douleur par excès de nociception.....	10
1.4.2 Traitement de la douleur neuropathique	13
1.5 Pain Management Index	13
1.6 Evaluation de la prise en charge de la douleur	14
1.6.1 A travers le monde	14
1.6.2 En Europe.....	15
1.6.3 En France	15
1.6.3 Validité des recommandations de l’OMS	16
1.6.4 Conclusion	16
2. SOINS PALLIATIFS.....	17
2.1 Définition des soins palliatifs.....	17
2.1.1 Dans le monde.....	17
2.1.2 En France	18
2.2 Histoire des soins palliatifs	19
2.3 Histoire des soins palliatifs en France	19
2.4 Les structures de soins palliatifs en France.....	21
2.4 Organisation des soins palliatifs à l’étranger	22
2.4.1 En Amérique du nord.....	22
2.4.2 En Europe.....	23

2.5 RESPALIF (Fédération des Réseaux de Soins Palliatifs en Ile de France).....	24
3. MATERIEL ET METHODE.....	26
3.1 Sélection des médecins	27
3.2 Questionnaire	27
3.3 Cas vignette.....	28
3.4 Tests statistiques	29
4. RESULTATS.....	29
4.1 Réponses au cas vignette	29
4.1.1 Description des médecins ayant participé à l'étude.....	29
4.1.2 Résultat principal	31
4.1.3 Résultats secondaires	31
4.1.4 Analyses complémentaires.....	33
4.2 Appréciation du livret Douleur En Ville: évaluation-aide à la prescription pour les patients en situation palliative.....	40
4.3 Limites de l'étude	42
4.4 Synthèse	43
5. DISCUSSION.....	43
6. CONCLUSION.....	45
BIBLIOGRAPHIE.....	48
ANNEXES.....	52
Douleur En Ville : évaluation-Aide à la prescription pour les patients en situation palliative	52
Questionnaire	86

REMERCIEMENTS

A Frédérique, ma directrice de thèse, pour m'avoir guidée dans cette thèse et qui m'a fait aimer la médecine générale lors de mon stage dans son cabinet,

Au Pr. Gilberg, qui a accepté de présider mon jury et qui m'a permis de m'épanouir en tant que généraliste, dans son cabinet,

Au Pr. Viillard, qui a accepté de participer à mon jury,

Au Dr. Gomas, qui m'a formée avec son équipe de sainte Périne aux soins palliatifs,

Au Dr. Tribout, qui a été d'une grande aide lors de mon stage en soins palliatifs dans le service du Dr. Gomas,

Au réseau Ensemble pour avoir facilité le contact avec les médecins membres des réseaux de soins palliatifs,

A toute l'équipe de Sainte Périne,

A mes parents, pour leur amour et leurs encouragements,

A mes frères et sœur pour leur soutien: Charlotte, Benoit, Olivier et Jean,

A Dad pour sa relecture,

A Grand Père, Germain et Lélia,

A toute ma famille,

A mes amis,

Aux absents présents éternellement dans mon cœur: Rozenn, Mamine.

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS: Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

ANAES: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

EVA: Echelle Visuelle Analogique

IC: Intervalle de Confiance

HAD: Hôpital A Domicile

HAS: Haute Autorité de Santé

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONFV: Observatoire National de la Fin de Vie

PMI: Pain Management Index

PO: Per Os

RESPALIF: Fédération des Réseaux de Soins Palliatifs d'Ile de France

SFAP: Société Française d'Accompagnement de Soins Palliatifs

USP: Unités de Soins Palliatifs

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a diffusé, il y a plus de 20 ans, des recommandations au sujet de la prise en charge thérapeutique de la douleur. Elle préconise une prescription d'antalgiques, par paliers, à adapter à la douleur du patient. Ceci est efficace pour soulager la douleur dans 70 à 100% des cas (1,2). Dans les années 1990, la lutte contre la douleur constitue une priorité de santé publique et les mesures mises en place témoignent de la volonté des pouvoirs publics d'améliorer la prise en charge de la douleur. Dans le cadre de cette politique, de nombreuses actions ont été menées auprès des patients et des professionnels de santé, avec la mise en route des plans triennaux visant à développer les soins palliatifs hospitaliers, d'améliorer la prise en charge de la douleur chronique et de la douleur chez les patients vulnérables (3–6).

Dans l'optique de faciliter la recherche médicale dans la prise en charge de la douleur, un outil a été créé et validé pour mesurer l'efficacité du traitement de la douleur: le PMI (Pain Management Index) de Cleeland (7–9). Il compare l'antalgique avec le niveau de douleur rapporté par le patient.

Mais la prise en charge des patients douloureux n'est pas encore optimale. La douleur est l'un des symptômes les plus fréquents chez les patients cancéreux. En 1995, chez les patients atteints d'un cancer, tout stade confondu, 57% étaient douloureux (10). De plus, l'évaluation de la douleur par le professionnel de santé ne correspond pas à celle ressentie par le patient (10). Le traitement de la douleur est encore insuffisant: parmi les patients douloureux 49 à 62% ne reçoivent pas un antalgique adapté à leur niveau de douleur (9,10). Il existe une certaine appréhension au changement de palier de l'antalgique lors d'échec du traitement (prescription de morphiniques) avec 76% des médecins généralistes et 50% des oncologues qui sont réticents à prescrire de la morphine en raison du risque de survenue d'effets secondaires (11).

Les soins palliatifs sont des « *soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale* » et leurs objectifs sont « *de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes* » selon la Société Française d'Accompagnement de Soins Palliatifs (SFAP). Ils se sont développés en France dans les années 1990. L'accès aux soins palliatifs est un droit selon la circulaire du 19 février 2002 (12), qui définit les structures palliatives comme étant les unités de soins palliatifs (USP), les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), les lits identifiés et les réseaux.

Dans l'optique de faciliter la prise en charge des patients à domicile, en améliorant le lien ville-hôpital, des réseaux de soins ont été mis en place. Ceux-ci suivent majoritairement des patients atteints d'un cancer à un stade avancé. Ils proposent aussi des formations aux médecins qui le souhaitent. Dans ce contexte, RESPALIF (Fédération des Réseaux de Soins Palliatifs d'Ile de France) a créé un livret présentant de façon synthétique les différentes recommandations françaises et européennes sur la prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs: Douleur En Ville: évaluation-Aide à la prescription pour les patients en situation palliative. Le livret a été modifié et réédité en 2012.

L'objectif de la thèse est d'analyser la prise en charge de la douleur chez l'adulte par des médecins généralistes à travers un cas clinique fictif, afin de voir si l'utilisation du livret a un impact sur la prise en charge de la douleur chez un patient en fin de vie.

1. DOULEUR : DEFINITION ET RECOMMANDATIONS

1.1 Définition

La douleur est définie par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) depuis 1979 comme « **une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage** ».

1.2 Diagnostic de la douleur

Il existe trois types de douleur caractérisés par le mécanisme à l'origine de celle-ci (13):

- La douleur nociceptive résulte d'un excès de stimulations nociceptives périphériques: le tissu périphérique lésé active les voies physiologiques intactes de transmission des messages nociceptifs. Elle n'a pas d'atteinte neurologique. Cette douleur est traitée par des antalgiques selon des paliers définis par l'OMS.
- La douleur neuropathique résulte d'une lésion du système nerveux central ou périphérique. Un message douloureux est émis sans stimulus nociceptif ou suite à un stimulus non nociceptif (effleurement, caresse...). Elle est opposée classiquement à la douleur par excès de nociception. La douleur neuropathique peut être spontanée, permanente (sensation de brûlure, de fourmillement, paresthésie ou dysesthésie) ou

par paroxysme (décharge électrique, coup de poignard). Elle peut être provoquée: allodynie (douleur provoquée par une stimulation tactile normalement non douloureuse: effleurage, caresse), hyperalgie (douleur ressentie de façon plus intense suite à un stimulus nociceptif).

- La douleur psychogène, avec une riche sémiologie qui ne correspond pas une entité nosologique. Son diagnostic ne repose pas seulement sur la non-organicité mais sur des caractéristiques psychopathologiques. Il ne peut être posé qu'après l'élimination d'une atteinte organique. Elle relève d'un trouble psychiatrique et est traité par une psychothérapie et des anxiolytiques.

La douleur a été divisée en fonction de sa temporalité: aigue (durée inférieure à 3 mois) ou chronique (durée supérieure à 3 ou 6 mois).

- La douleur aigue a un rôle de signal d'alarme, elle est transitoire, liée à un seul facteur. Elle est responsable de manifestations végétatives à type de sueurs, polypnée, tachycardie. Elle est génératrice d'angoisse.
- La douleur chronique n'a pas de rôle physiologique. Elle est permanente, récurrente ou répétitive. Cette dernière est plurifactorielle et s'auto-entretient. Elle peut être la source d'un syndrome dépressif.

1.3 Evaluation de la douleur

Il n'existe pas de parallélisme entre l'intensité de la douleur et la sévérité des lésions. La douleur est un ressenti subjectif; pour être traitée l'intensité de la douleur doit être chiffrée de façon reproductible. Il est nécessaire d'évaluer la douleur avant et après traitement afin de mesurer l'efficacité de celui-ci. Plusieurs grilles d'évaluation ont été créées et adaptées selon la possibilité du patient à communiquer ou non.

1.3.1 Evaluation de la douleur par excès de nociception.

Chez le patient communiquant, l'auto-évaluation par le patient est utilisée (14)(15).

- Les échelles numériques: le patient évalue oralement sa douleur, en la notant de 0 à 10 avec l'échelle verbale numérique (16).
- L'échelle verbale simple: le patient choisit le mot correspondant le mieux à l'intensité de sa douleur parmi plusieurs possibilités (en moyenne 5 niveaux).

- L'échelle visuelle analogique EVA: le patient déplace un curseur, de gauche à droite sur une ligne horizontale allant de « pas de douleur » à « douleur maximale imaginable ». Plus le patient est douloureux, plus il doit déplacer le curseur vers la droite. La ligne est graduée de l'autre côté de 0 à 10 cm. La douleur est cotée de 0 à 10 (17) (16).
- Les planches de visage: le patient évalue sa douleur en choisissant un visage correspondant le plus à l'expression de sa douleur parmi plusieurs visages représentés du moins au plus douloureux.

Chez le patient non communicant, l'hétéro-évaluation est nécessaire et doit être systématique car certains patients n'expriment pas spontanément leur douleur.

- L'échelle DOLOPLUS-2 (18): comporte 10 items cotés de 0 à 3. Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur.
- L'échelle ECPA (9): comprend 8 items cotés de 0 à 4. Le score total varie donc de 0 à 32, plus le score est élevé, plus la douleur est importante.
- Algoplus: comprend 5 items cotés de 0 à 1, un score supérieur à 2 signale une douleur (19).

La douleur nociceptive a été divisée en 3 paliers en fonction de son intensité (20):

- Palier 1: douleur légère à modérée.
- Palier 2: douleur modérée à intense, douleur partiellement soulagée ou non par un antalgique de niveau 1.
- Palier 3: douleur intense à très intense, douleur non soulagée par un antalgique de niveau 2.

1.3.2 Evaluation de la douleur neuropathique

Le questionnaire DN4 permet de dépister les douleurs neuropathiques. Il comporte 7 items d'interrogatoire et 3 items d'examen clinique, chaque item est coté de 0 à 1, un score supérieur à 4 sur 10 signe une douleur neuropathique (21). Il n'existe pas de palier dans la douleur neuropathique.

1.3.3 Conclusion

En conclusion il n'existe pas une douleur mais des douleurs qui influencent le moral et la qualité de vie des patients. L'expérience de la douleur chez un patient est intriquée avec l'anxiété, la dépression, la peur, l'inquiétude pour les proches (22). Le patient douloureux doit être pris en charge de façon globale afin de le soulager. Seuls les traitements médicamenteux seront abordés dans cette thèse. D'autres thérapeutiques interviennent dans la prise en charge (kinésithérapie, radiothérapie externe ...).

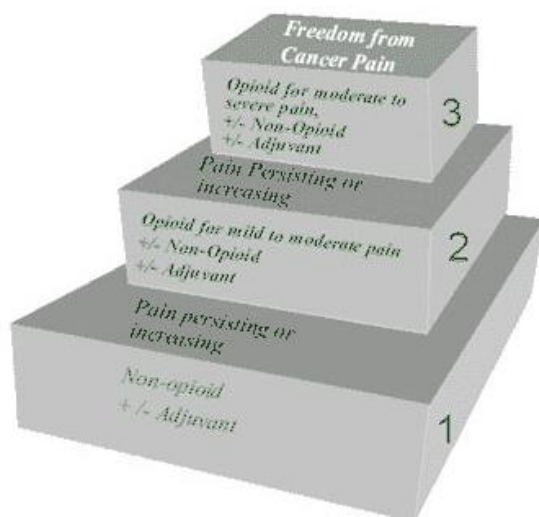
1.4 Traitement de la douleur

1.4.1 Traitement de la douleur par excès de nociception

1.4.1.1 Les recommandations internationales

L'OMS a émis des recommandations sur la prise en charge de la douleur en 1986 ayant pour but d'adapter simplement les antalgiques oraux au niveau de la douleur: l'échelle OMS. Cette échelle a trois paliers. Elle concerne les douleurs par excès de nociception (20).

WHO's Pain Relief Ladder



En cas de survenue de douleur, la prise orale d'un antalgique doit être rapide et se faire par palier:

- Palier 1 (pour une douleur légère ou modérée): antalgique non opioïde (ex. aspirine ou paracétamol).
- Palier 2 (si la douleur persiste ou s'intensifie): antalgique de type opioïdes faible (ex. codéine).

- Palier 3 (toute douleur persistante ou d'emblée sévère): antalgique de type opioïdes forts (ex. morphine, fentanyl) jusqu'à ce que le patient soit soulagé.

Pour maintenir le niveau d'analgésie, les antalgiques doivent être donnés régulièrement (avec des intervalles de 3 à 6 heures) et non à la demande. Cette approche en trois paliers est efficace pour soulager la douleur dans 70 à 100% des cas (1,2). Une analyse de 2006 de 17 études portant sur l'évaluation de la douleur des patients ayant une douleur cancéreuse soignés selon les recommandation de l'OMS montre que 45 à 100% des patients, évalués et traités selon les recommandation de l'OMS, ont un traitement antalgique adapté (1). La méta analyse n'a pas pu être réalisée car les études avaient des méthodologies et des prises en charges pharmacologiques différentes.

Les traitements adjuvants ou co-antalgiques sont des médicaments utilisés pour accroître l'efficacité thérapeutique des traitements antalgiques. Leur utilisation doit être systématiquement évoquée à chaque palier (23). Par exemple, les bisphosphonates dans le cadre des métastases ostéolytiques ou des corticoïdes dans les carcinoses péritonéales.

1.4.1.2 Les recommandations Européennes

Plusieurs recommandations sont fondées sur celle de l'OMS dont les recommandations de « l'European Association for Palliative Care », publiée en 2012, pour l'utilisation de la morphine et différents opioïdes comme alternative thérapeutique (24).

1.4.1.3 Les recommandations françaises

Le programme « Standard Options et Recommandations » (SOR) en cancérologie a été créé en 1993 avec la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC). L'objectif de ce programme, mis à jour en 2003 est de créer des recommandations pour l'évaluation et le traitement de la douleur (25)(23).

Les recommandations sont:

- La recherche systématique et évaluation de la douleur
- L'importance de l'évaluation initiale et du moyen utilisé pour l'évaluation de la douleur, cet outil doit être adapté à l'âge du patient et son fonctionnement connu de l'évaluateur.
- L'importance de l'évaluation du contexte psychologique, social et familial dans la prise en charge de la douleur

- Mise en route d'un projet thérapeutique, et définition des objectifs attendus
- Evaluation de l'efficacité du traitement et de ses effets indésirables

L'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale a émis en octobre 1995 des recommandations sur la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire (26). Elle met en avant la morphine comme clef de voute du traitement de la douleur cancéreuse. En plus, des conseils sont donnés pour la prise en charge de la douleur chez la personne âgée avec une adaptation des posologies.

L'HAS a émis aussi une recommandation sur la prise en charge de la douleur chronique en 1999 (27) avec une évaluation et un suivi de la douleur. La thérapeutique n'est pas abordée.

1.4.1.4 Les effets indésirables des antalgiques

La balance bénéfique/risque doit être posée lors de chaque prescription d'antalgique. Voici les principaux effets indésirables:

- Palier 1: les effets indésirables du paracétamol sont une toxicité hépatique en cas de surdosage. Les anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent être la cause de gastrite et d'ulcère gastrique, ce qui peut être évité par la prescription d'inhibiteur de la pompe à protons. Il est utile de réévaluer le bénéfice de AINS en cas de prescription de chimiothérapie néphrotoxique (23) ou d'insuffisance rénale.
- Palier 2: le tramadol fait baisser le seuil épiléptogène. La constipation doit être systématiquement prévenue lors de la prescription de codéine (23).
- Palier 3: les principaux effets indésirables des morphiniques sont (15) :
 - Constipation: non dose dépendante, très fréquente. Il est nécessaire de prescrire des laxatifs dès l'introduction de la morphine.
 - Dépression respiratoire: dose dépendante, suite à une diminution de la sensibilité des centres respiratoires au dioxyde de carbone. La douleur est un antagonisme physiologique de cet effet.
 - Effet sédatif: apparait au début du traitement par opioïdes, cède au bout de quelques jours. La somnolence est souvent due à une dette de sommeil causée par la douleur, le patient récupère le sommeil perdu. En cas de survenue à distance de l'introduction il est nécessaire de rechercher un surdosage.
 - Nausées et vomissements: surviennent en début de traitement, cèdent au bout de quelques jours, prévention de cet effet par la prescription d'anti émétique.

- Rétention urinaire: favorisée par l'hypertrophie de prostate.
- Sensation d'euphorie, hallucination, confusion.
- Accoutumance: chez les patients atteints d'un cancer, la nécessité d'augmenter les doses est liée à une progression tumorale plutôt qu'à une accoutumance (26). Chez les patients atteints d'une douleur chronique non cancéreuse, une accoutumance peut apparaître, ce qui nécessite une diminution progressive de la posologie afin d'éviter un syndrome de sevrage à l'arrêt.

Les signes de surdosage aux morphiniques sont une somnolence croissante, une bradypnée avec une fréquence respiratoire inférieure à 12 /min (26). Les personnes âgées, les insuffisants rénaux et hépatiques sont plus à risque de surdosage par une accumulation des métabolites actifs. Une réduction des doses, une augmentation de l'intervalle de prise et une titration permettent de l'éviter (28). Le surdosage est peu fréquent chez les patients ayant une douleur cancéreuse.

1.4.2 Traitement de la douleur neuropathique

Elle est souvent réfractaire aux antalgiques usuels. Certains traitements anti-dépresseurs ou antiépileptiques permettent de soulager ces douleurs (21). D'autres thérapeutiques existent comme la neurostimulation transcutanée ou médullaire.

1.5 Pain Management Index

Un outil a été créé et validé pour mesurer l'efficacité du traitement de la douleur: le PMI (Pain Management Index) de Cleeland (7-9). Il compare l'antalgique avec le niveau de douleur rapporté par le patient. Il est calculé en soustrayant le niveau de douleur au niveau du palier de l'antalgique.

Le traitement antalgique reçu par le patient est noté comme ceci:

- 0 point: aucun antalgique
- 1 point: antalgique de palier 1 de l'OMS (non opioïdes)
- 2 points: antalgique de palier 2 de l'OMS (opioïdes faible, codéine, tramadol)
- 3 points: antalgique de palier 3 de l'OMS (opioïdes forts, comme morphine, oxycodone, fentanyl ...)

La douleur ressentie par le patient, est classée en 4 paliers:

- 0 point : pas de douleur
- 1 point: douleur légère

- 2 points: douleur modérée
- 3 points: douleur sévère

L'objectif est d'avoir un PMI nul ou positif, indicateur d'un traitement antalgique acceptable. Un PMI négatif indique un non-respect des paliers des antalgiques et est considéré comme un traitement non suffisant. Le PMI va de -3 (patient souffrant d'une douleur sévère et ne recevant aucun antalgique) à +3 (patient recevant des opioïdes forts et étant soulagé de la douleur).

1.6 Evaluation de la prise en charge de la douleur

Malgré un arsenal thérapeutique riche, de nombreux patients sont sous-traités pour leur douleur. La douleur est l'un des symptômes les plus fréquents chez les patients cancéreux avec la fatigabilité et l'anorexie (9). Chez les patients atteints d'un cancer, tout stade confondu, 57% sont douloureux (10).

1.6.1 A travers le monde

En 1993, une étude américaine, chez 897 médecins de l'Eastern Cooperative Oncology Group montre que 61% des médecins sont réticents à prescrire des opioïdes. Les professionnels de santé appréhendent leurs effets secondaires (8).

Cleeland a conduit une étude multicentrique américaine rétrospective en 1994 chez 1308 patients ambulatoires atteints d'un cancer métastatique, qui a montré que 36% de ces patients avaient ressenti dans la semaine précédente une douleur ayant un impact sur leur activité quotidienne, et que parmi ces patients, 42% avaient un antalgique inadapté (9).

Une étude israélienne multicentrique de 2003 portant sur 218 patients, montre que 77% des patients ont une douleur sévère et que 75% des patients sont sous traités par rapport à leur douleur (29).

Une méta-analyse de 2007 de 52 articles sur la douleur liée au cancer, montre un taux de prévalence de la douleur à 33 % (IC 21% à 46%) chez 720 patients après un traitement curatif contre le cancer. La prévalence de la douleur est à 59% (IC 47% à 73%) chez 1408 patients pendant la phase de traitement curatif et à 64% (IC 58% à 69%) chez 9763 patients atteints d'un cancer en phase avancée. Tout stades confondus, la prévalence de la douleur est 53% (43% à 63%) chez 8088 patients (7).

Une méta-analyse publiée en 2008, portant sur 26 articles utilisant le PMI de Cleeland, chez des patients atteints d'un cancer, trouve un PMI négatif allant de 8 à 82% avec une moyenne pondérée à 43% (30)(8,9,29). Le facteur prédictif retenu pour un PMI négatif est le facteur socio économique avec un odd ratio pour les pays européens et d'Asie de 7.26 (95% IC 5.75–9.15) versus les Etats Unis, et un odd ratio pour les pays ayant un produit intérieur brut par habitant <\$40 000 de 5.84 (95% IC 5.03–6.79) versus les pays ayant un produit intérieur brut par habitant ≥\$40 000. Les patients issus des pays pauvres, de l'Europe ou de l'Asie sont plus à risque d'être sous traités pour la douleur.

1.6.2 En Europe

Une étude pan européenne évaluant la douleur cancéreuse conduite en 2006_2007 portant sur 5084 patients, dans 12 pays, montre une prévalence de la douleur à 72% (3597 / 4947). 573 patients ont été sélectionnés d'une manière aléatoire, parmi les patients ressentant une douleur plusieurs fois par mois. Parmi les patients douloureux, seulement 72% (475/573) sont interrogés par leurs médecins sur leur douleur lors de la plupart des consultations (31).

1.6.3 En France

Une étude de 1995 montre une certaine appréhension pour augmenter de palier de l'antalgique lors d'échec du traitement (prescription de morphiniques) avec 76% des médecins généralistes et 50% des oncologues qui se disent réticents à prescrire de la morphine devant le risque de survenue des effets secondaires (11).

En 1995, une étude française multicentrique a été réalisée sur le traitement de la douleur cancéreuse. Sur 605 patients, 57% (340/601) ont souffert de douleur la semaine précédente. 51% (137/270) des patients douloureux ne reçoivent pas un traitement adapté à leur douleur, selon les paliers de l'OMS. Les facteurs contribuant, selon cette étude, à un sous traitement de la douleur sont l'inadéquation entre l'évaluation de la douleur par le patient et par le médecin (toutes spécialités), la présence de métastases, l'âge et l'état général (10).

Une étude française réalisée auprès de 1000 médecins généralistes et spécialistes, en 2002 montre que les médecins se sentant mal à l'aise dans la prise en charge des patients en fin de vie, sont ceux qui ont une mauvaise opinion de la morphine. Inversement, les médecins étant à l'aise dans les situations de fin de vie ont un recours plus important à la morphine en première intention (32).

En 2010, 34% des 74 médecins de la Vienne interrogés ressentent une difficulté dans la prise en charge de la douleur chez les patients douloureux en soins palliatifs à domicile alors que 98% d'entre eux utilisent facilement la morphine lors des échecs des paliers 1 et 2. Cette étude met en avant les besoins des médecins : faciliter l'inclusion dans l'HAD, augmenter les consultations soins palliatifs/douleur, améliorer les contacts avec les référents hospitaliers, augmenter les formations, amélioration du réseau ville/hôpital. Les médecins généralistes sont conscients de leurs limites face à un patient en fin de vie et ont la volonté de suivre une formation médicale pour améliorer la prise en charge de ces patients : 32% des 74 médecins interrogés dans ce département souhaiteraient bénéficier de formation complémentaire (33).

Selon le rapport Sicard, publié en 2012, 80% des médecins français (toutes spécialités) n'ont reçu aucune formation sur la prise en charge de la douleur (34).

1.6.3 Validité des recommandations de l'OMS

Une étude rétrospective italienne de 1987 sur la validité de l'utilisation de l'échelle de l'OMS montre que 71% des patients sont soulagés lorsque cette échelle est utilisée (35).

Une étude prospective sur 10 ans publiée en 1995 sur 2118 patients montre que 76% des patients pris en charge selon l'échelle de l'OMS étaient soulagés (36).

Une revue de la littérature de 1995 de 8 articles montre que 69 à 100% des patients douloureux pris en charge selon les paliers de l'OMS sont soulagés (2). La méta analyse n'a pas pu être réalisée car il n'y avait pas de groupe contrôle, et dans certaines études, l'outil d'évaluation de la douleur n'était pas connu.

Une analyse de 2006 de 17 études sur l'évaluation de la douleur des patients ayant une douleur cancéreuse soignés selon les recommandations de l'OMS montre que 45 à 100% des patients, évalués et traités selon les recommandations de l'OMS, ont un traitement antalgique adapté (1). Une méta-analyse n'a pas pu être réalisée car les études avaient des méthodologies et des prises en charges pharmacologiques différentes. Cette analyse ne permet pas de conclure sur l'efficacité des recommandations de l'OMS sur la prise en charge de la douleur.

1.6.4 Conclusion

<p>En conclusion malgré, les recommandations de l'OMS pour la prise en charge de la douleur cancéreuse, la prise en charge de la douleur cancéreuse n'est pas optimale. La</p>
--

douleur est présente chez 43% des patients (30) alors qu' un traitement antalgique peut être efficace chez 70 à 100 % des patients (1,2,35,36). Les réseaux, via les formations, peuvent transmettre ces recommandations aux médecins permettant ainsi une plus grande diffusion des informations.

2. SOINS PALLIATIFS

2.1 Définition des soins palliatifs

Les soins palliatifs sont une discipline nouvelle, créée en 1976.

2.1.1 Dans le monde

La définition des soins palliatifs d'après l'OMS a évolué:

- En 1991, « **soins actifs et complets** donnés aux malades dont l'affection ne répond plus au traitement curatif. La lutte contre la douleur et les autres symptômes, ainsi que la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels sont primordiaux. Ils ne hâtent ni ne retardent le décès. Leur but est **de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort** » (37)
- En 2002, « soulagent la douleur et les autres symptômes pénibles; soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normale, **ne visent ni à hâter ni à différer la mort**; intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins au patient; offrent un système d'assistance pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à leur décès; offrent un système d'accompagnement pour aider la famille à faire face pendant la maladie du patient et au cours de la période de deuil; ont recours à un travail d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leur famille, y compris en matière de conseil lié au deuil, si c'est indiqué; vont améliorer la qualité de vie et peuvent également influencer positivement sur le cours de la maladie; sont **mis en œuvre précocement au cours de la maladie**, en conjonction avec d'autres thérapies visant à prolonger la vie, telles une chimiothérapie ou une radiothérapie, et comprennent les analyses nécessaires pour mieux comprendre et prendre en charge les complications cliniques pénibles» (38).

En résumé, les objectifs des soins palliatifs sont l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leur famille dans toute maladie potentiellement mortelle non seulement en cas d'échec du traitement curatif, et leur mise en place précoce dans l'histoire de la maladie.

2.1.2 En France

Les différentes définitions françaises sont issues de la définition de l'OMS.

- Définition médicale

La Société Française d'Accompagnement de Soins Palliatifs (SFAP) met en avant une prise en charge globale des patients : « **soins actifs** délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de **soulager les douleurs physiques et les autres symptômes**, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. »

- Définition législative

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé définit les soins palliatifs comme « **des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage** » (39).

En 2002, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) les définit: « **soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches. Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations qui les sélectionnent peuvent compléter, avec l'accord du malade ou de ses proches, l'action des équipes soignantes** ».

Les soins palliatifs sont donc définis comme des soins actifs, à différencier d'un abandon thérapeutique. Leur priorité n'est pas le traitement curatif, la guérison de la pathologie, mais d'améliorer le confort et la qualité de vie du patient. De plus, la mort est définie par la loi comme un processus naturel, qui ne doit être ni retardée ni différée, le but étant de prévenir l'acharnement thérapeutique, le suicide assisté, et l'euthanasie.

2.2 Histoire des soins palliatifs

En 1842, à Lyon, Jeanne Garnier fonde les œuvres Des Dames du Calvaires: des « hospices » prenant en charges des malades dits incurables.

En 1967, le Docteur Cicely Saunders fonde à Londres, le saint Christopher's Office, destiné aux patients en fin de vie.

En 1974, le concept de soins palliatifs s'étend et la première unité de soins palliatifs hospitaliers est créée au Canada.

2.3 Histoire des soins palliatifs en France

En France il faut attendre 1986 avec le Rapport du groupe de travail « Aide aux mourants », n° 86/32 bis de 1986 dite "Circulaire Laroque" (40). Cette circulaire reconnaît les soins palliatifs et la nécessité d'une organisation des soins et d'accompagnement des malades en phase terminale, avec la création d'unités spécialisées: les unités de soins palliatifs USP

En 1993 le rapport du Dr H. Delbecque (41) fait l'état d'un sous-développement des soins palliatifs en France avec une disparité géographique des 32 USP avec une "forte" concentration à Paris et en région lyonnaise. Les objectifs proposés sont le développement des soins palliatifs, la planification des USP, l'information et l'enseignement des soins palliatifs.

Le 9 juin 1999, la loi est votée à l'unanimité par l'assemblée générale et le sénat sur proposition du sénateur Neurwith (42) et qui définit les soins palliatifs comme *soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.* Cette loi vise à garantir l'accès aux soins, avec une prise en charge globale du patient, en incluant son entourage « ***toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.*** »

Depuis plus de 20 ans, la lutte contre la douleur constitue une priorité de santé publique et les mesures mises en place témoignent de la volonté des pouvoirs publics d'améliorer la prise en charge de la douleur. Dans le cadre de cette politique, de nombreuses actions ont été menées auprès des patients et des professionnels de santé.

- 1999-2001 le premier plan triennal de développement (3) est instauré par le ministre de la santé, Dr Bernard Kouchner, ayant pour objectif de développer les structures de soins palliatifs hospitalières et à domicile, ainsi que l'information du public.
- 2002-2005 le second plan (4) contre la douleur est mis en place, se concentrant sur la douleur chronique rebelle. Les problèmes suivants sont recensés: la formation pratique des médecins dans le domaine de la douleur est insuffisante, la prescription d'antalgiques de niveau 3 est limitée par la connaissance insuffisante des produits, les protocoles de prise en charge de la douleur, qui ont pour but de faciliter la prise en charge de la douleur par les infirmières sont insuffisamment mis en place, la dimension psychosociale de la douleur et les traitements non pharmacologiques sont peu pris en compte et une prise en charge insuffisante de la douleur chez les personnes fragiles (personnes âgées et enfants) et les inégalités régionales pour l'accès aux soins palliatifs.
- 2006-2010 le troisième plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur (5) instauré, a quatre priorités: l'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie), l'amélioration des formations initiales et continues des professionnels de santé, une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non médicamenteuses et la structuration de la filière de soins.

Ces trois plans avaient donc pour objectifs de créer les unités de soins palliatifs, d'améliorer la prise en charge de la douleur chronique et de la douleur chez les patients vulnérables.

- 2011: L'évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur souligne une meilleure diffusion des recommandations sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant notamment sur la douleur aiguë mais des progrès restent à faire sur la douleur chronique de l'enfant. Des efforts ont été faits sur la formation des soignants prenant en charge les personnes âgées mais des formations des intervenants au domicile sont indispensables. Dans le domaine de la formation, un nouveau DESC Diplôme

d'Etudes Spécialisées Complémentaires "médecine de la douleur, médecine palliative" a été créé, ainsi que de nouveau Diplôme Inter Universitaire. Les méthodes non pharmacologiques n'ont pas progressé. Cette évaluation souligne aussi une fragilisation des structures antidouleur avec une diminution du nombre de soignants suite à des restructurations et des crédits attribués non reçus par les services concernés (6).

2.4 Les structures de soins palliatifs en France

La circulaire du 19 février 2002 vise à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et définit les structures palliatives, qui sont les unités de soins palliatifs (USP), les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), les lits identifiés et les réseaux (12).

A l'hôpital les soins palliatifs sont organisés de trois manières différentes:

- Les USP (unité de soins palliatifs) accueillent pour une durée limitée les patients dans les situations les plus complexes, ne pouvant être pris en charge dans un service de médecine. Chaque région doit comporter au moins une USP. Ces unités ont une triple mission de soins, de formation /enseignement et de recherche. En 2013, selon l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV), la France comptait 118 USP soit 1300 lits.
- Les équipes mobiles de soins palliatifs sont interdisciplinaires et pluri professionnelles. Elles se déplacent au lit du malade à la demande de soignants. Elles conseillent et soutiennent les soignants et les prescripteurs. En 2012, selon l'ONFV (43) 350 équipes de soins palliatifs sont réparties dans tous les départements.
- Les lits identifiés en soins palliatifs sont des lits situés dans un service hospitalier, et bénéficient normalement de plus de personnel. Ils sont estimés à 5000 et répartis dans 800 hôpitaux et cliniques selon l'ONFV 2012 (43).

A domicile, le médecin traitant a un rôle central dans la prise en charge des patients il a la possibilité ou non de s'aider de:

- L'HAD : hospitalisation à domicile, qui dépend d'une structure hospitalière, ou
- Les réseaux de soins palliatifs qui coordonnent les intervenants nécessaires à la prise en charge globale du patient. Ils offrent une permanence et une continuité des soins.

120 réseaux ont été recensés en 2005 par la SFAP. Selon l'ONFV 2012, 19 182 personnes ont bénéficié de l'intervention des réseaux en 2011 (43).

En 2008, 27% des décès, toutes causes confondues, ont eu lieu à domicile, mais cela ne prend pas en compte les personnes qui ont été suivies à leur domicile en situation palliative et qui sont finalement décédées à l'hôpital. Selon l'Observatoire National de la Fin de Vie, en 2008, 322 158 personnes nécessitaient des soins palliatifs (sur 535 451 décès): 60% des personnes qui décèdent sont susceptibles de nécessiter des soins palliatifs (44). En 2006, la France comptait pour une population de 63,4 millions, 1615 lits de soins palliatifs et 471 services de soins palliatifs (45). Il y a un lit de soins palliatifs pour 39 000 habitants.

2.4 Organisation des soins palliatifs à l'étranger

Les soins palliatifs sont organisés différemment dans d'autres pays, voici quelques exemples :

2.4.1 En Amérique du nord

Aux Etats-Unis 32% des 2,5 millions de décès, toutes causes confondues, ont lieu au domicile. Les soins palliatifs sont assurés par en partie par « Hospice Program », dédié aux personnes ayant une maladie au stade terminal. En 2013 1,5 millions de patients américains ont bénéficié d'une prise en charge par des « Hospice Program », aux nombres de 5 800 au travers tout les Etats Unis (46). Le décès au domicile survient chez 42% des patients pris en charge par ces programmes. Les organismes privés à but non lucratif gèrent 70% des « Hospice Programm ». La plupart de ces organismes (91%) est agréée par le système Medicare (assurance médicale gérée par le gouvernement et offerte aux personne de plus de 65 ans ou ayant un handicap sévère) (47). Les soins palliatifs sont aussi accessibles à l'hôpital avec 52,8% des hôpitaux de plus de 50 lits ayant des lits dédiés aux soins palliatifs (48).

Au Québec, entre 1997 et 2001, 264 389 décès, toutes causes confondues, sont survenus, à domicile et à l'hôpital, dont 69% sont liés à une pathologie chronique qui auraient pu bénéficier de soins palliatifs. Parmi ces décès liés à une pathologie susceptible de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie 8,3% ont eu lieu à domicile (49). Les structures palliatives sont les hôpitaux, les centres d'hébergement et des unités de longue durée, les résidences spécialisées en soins palliatifs et les centres locaux de services communautaires (50). Il y a un lit de soins palliatifs pour 20 000 habitants.

2.4.2 En Europe

- Dans le nord de l'Europe

En Allemagne, en 1999, 29% des 860 000 décès ont eu lieu à domicile avec seulement 2% des patients qui ont eu accès à des soins palliatifs. La prise en charge des soins palliatifs est basée sur l'hospitalisation en unité de soins palliatifs ou de médecine ambulatoire (51). Pour une population de 82,5 millions, en 2006, l'Allemagne possédait 2 034 lits de soins palliatifs et 331 services de soins palliatifs (45). Il y a un lit de soins palliatifs pour 40 000 habitants. Le rapport de la commission d'enquête du Bundestag sur les conséquences de l'évolution démographique de la société allemande promulguait le développement de réseaux et la formation des personnes travaillant en hospice (47). Depuis 2003, il existe une sous spécialité de soins palliatifs. Les soins palliatifs sont financés par les assurances privées, des dons et par les patients.

En Belgique les soins palliatifs se sont développés dans les années 1980. Les structures palliatives belges sont les unités hospitalières de soins palliatifs, les équipes de soutien à domicile, les équipes intra hospitalières et les soins palliatifs en maison de repos ou à domicile (51). En 2005, la Belgique comportait 375 lits de soins palliatifs et 182 services de soins palliatifs, pour une population de 10,5 millions. Il y a un lit de soins palliatifs pour 28 000 habitants. Il n'existe une spécialité de soins palliatifs pour les médecins. Les patients sont pris en charge par des médecins généralistes. Les soins palliatifs sont financés par le gouvernement belge (45).

En Grande Bretagne 500 000 personnes décèdent par an (toute cause confondue) dont 42% à domicile. La Grande Bretagne comporte 223 hospices qui sont majoritairement gérées par des associations caritatives. Les structures de soins palliatifs sont les unités de soins palliatifs résidentielles, les soins palliatifs à domicile, les équipes mobiles, les unités de soins palliatifs de jour. En 2002, il existait 334 équipes de soins palliatifs réparties entre les soins palliatifs résidentiels et les soins palliatifs à domicile, prenant en charge 60% des patients mourant d'un cancer (50). 75% des unités de soins palliatifs résidentielles appartiennent aux hospices (caritatif). 50% des « primary care trust » ne fournissent pas un accès 24h/24h à un personnel de santé qualifié en soins palliatif (52). Les soins palliatifs ont pris en charge 250 000 patients en 2003 et 2004. En 2006, pour une population de 59,8 millions, la grande Bretagne comportait 3 180 lits de soins palliatifs et 882 services de soins palliatifs. Il y a un lit de soins palliatifs pour 19 000 habitants. Ce pays est le premier à avoir reconnu la

spécialité de soins palliatifs (45). Les financements sont pris en charge soit par National Health Service soit par des œuvres caritatives, et sont gratuites pour les patients. En 2008, un plan gouvernemental a été mis en place afin que les soins médicaux et infirmiers soient accessibles 24h/24 à domicile avec le rôle pivot de la « primary care team » qui peut demander des avis spécialisés à tout moment (53).

- Dans le sud de l'Europe

En Espagne, 50% des décès ont lieu à domicile. Les structures de soins palliatifs comportent 350 équipes dont 180 mobiles (47). En 2006, pour une population de 44,4 millions, l'Espagne possédait 1 098 lits de soins palliatifs et 350 services de soins palliatifs. Il y a un lit de soins palliatifs pour 40 000 habitants. Il existe une sécurité sociale espagnole mais qui ne prend en charge que 60 à 65% des coûts des soins palliatifs.

En Italie, 80% des patients meurent à domicile, l'hôpital étant réservé au traitement des phases aiguës des pathologies. L'Italie comporte 134 hospices (résidence pour malades en phases terminales) dont la moitié est des unités hospitalières. En 2001 l'Italie avait 168 centres de soins palliatifs et 152 associations à but non lucratif (50). En 2006, pour une population de 58,5 millions de patients, l'Italie possède 1 095 lits de soins palliatifs et 258 services de soins palliatifs (45). Il y a un lit de soins palliatifs pour 53 000 habitants. Il n'existe pas de diplôme de soins palliatifs. Les finances sont issues du gouvernement et de donations privées.

En conclusion, la Grande Bretagne possède le réseau le plus dense de soins palliatifs avec 1 lit hospitalier de soins palliatifs pour 19000 habitants versus 1 lit pour 39 000 habitants en France. Les données des patients suivis au domicile, en réseau de soins palliatifs, dans les différents pays n'ont pas été trouvées. Les soins palliatifs se développent dans les différents pays avec des financements différents. Dans les pays anglo-saxons et l'Allemagne, des œuvres caritatives interviennent dans le financement. Les soins palliatifs en France et en Belgique sont financés exclusivement par le gouvernement.

2.5 RESPALIF (Fédération des Réseaux de Soins Palliatifs en Ile de France)

Les réseaux jouent un rôle clef dans la prise en charge des personnes en fin de vie en France, avec 19 182 patients suivis par les réseaux de soins palliatifs en 2011, selon

l'Observatoire National de la Fin de Vie 2012 (47). En Ile de France, plusieurs réseaux de soins existent dont 19 qui se sont regroupé pour former RESPALIF (Fédération des Réseaux de Soins Palliatifs en Ile de France) afin de partager leurs pratiques, de monter des projets communs, de mutualiser.

Le réseau « Ensemble » est l'un des premiers réseaux des soins palliatifs parisiens, fondé en 2000, qui prend en charge les patients habitant les 5ème, 6ème, 14ème et 15ème arrondissements de Paris. Les critères d'inclusion sont les pathologies à un stade avancé (cancers, maladies neuro dégénératives, polypathologie gériatrique) ou une pathologie cancéreuse quel que soit son stade avec une prise en charge complexe (problème social, psychologique ou psychiatrique). Le réseau « Ensemble » a une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur. En 2005, le réseau « Ensemble » a rejoint RESPALIF.

Un premier livret « Douleur En Ville: évaluation-Aide à la prescription pour les patients en situation palliative » a été édité en mai 2008 par le réseau « Ensemble ».

En 2012, dans l'esprit d'actualiser et de le diffuser à un plus grand nombre de médecins généralistes, avec l'aide de la RESPALIF, un nouveau livret a été édité. Le groupe de travail est composé de médecins coordinateurs, d'infirmières coordinatrices et des pharmaciens des différents réseaux. Le livret a été validé par des médecins experts dans la douleur et dans les soins palliatifs.

Le livret est accessible :

http://www.respalif.com/images/stories/outils/LIVRET_DOULEUR-version_online.pdf

Voici le sommaire :

Cinq Fiches douleur : évaluation initiale, suivi et réévaluation, conseils d'adaptation

- Intensité de la douleur
- Recherche d'une douleur neuropathique (questionnaire DN4)
- Traitement de la douleur, observance et effets indésirables
- Suivi de la douleur
- Conseils pour l'adaptation du traitement de fond de la douleur nociceptive

Douze fiches d'aide à la prescription : règles de prescription des opioïdes forts

- Initiation du traitement par opioïdes forts
- Médicaments antalgiques
- Équivalences

- Prévention et traitement des accès douloureux
- Effets indésirables des opioïdes
- Fentanyl patch
- Rotation des opioïdes
- Traitement antalgique des métastases osseuses
- Carcinose péritonéale
- Douleur neuropathique : diagnostic et règles de prescription de traitements médicamenteux
- Médicaments de la douleur neuropathique
- Douleur chez la personne âgée

Aide-mémoire pour la prescription à domicile d'une pompe à morphine

- Calcul de la quantité de morphine à administrer (en mg)
- Calcul du volume de solution de morphine à perfuser (en ml)
- Rédiger les prescriptions pour le pharmacien et l'infirmier
- Adapter les doses

Le nouveau livret est plus ergonomique et coloré permettant de faire ressortir les éléments importants. Les modifications thérapeutiques dans la nouvelle édition insistent sur:

- les signes de surdosage aux morphiniques,
- une ordonnance type pour la titration de morphine per os,
- l'échelle Algoplus, permettant d'évaluer la douleur chez le sujet âgé non communicant
- les tableaux d'équivalence morphinique et des médicaments antalgiques sont plus clairs et plus lisibles.

3. MATERIEL ET METHODE

Cette étude comparative non randomisée compare deux groupes de médecins généralistes, exerçant en Ile de France, ayant ou non reçu le livret Douleur En Ville: évaluation-Aide à la prescription pour les patients en situation palliative. Elle a été réalisée entre avril et août 2013.

3.1 Sélection des médecins

Les réseaux suivants, par ordre alphabétique: réseau Arc en Ciel, réseau Ensemble, réseau Epsilon, réseau Opéra, réseau Osmose, réseau Népale, réseau le Pallium et le réseau SPES ont transmis les coordonnées des médecins ayant reçu le livret. Ces réseaux appartiennent à la RESPALIF. Le questionnaire a été envoyé soit par mail, soit par courrier. Une relance par courrier et trois relances par mail ont été faites entre avril et août 2013. Le livret devait être distribué en mains propres aux médecins généralistes par le réseau lors de l'inclusion d'un de leurs patients à partir de 2012.

Le groupe témoin a été recruté parmi les médecins généralistes exerçant dans le 15^{ème} arrondissement de Paris, car le réseau de soins palliatifs Ancrage couvrant les 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements n'appartient pas à la RESPALIF. Les médecins exerçant dans ses arrondissements n'ont donc pas reçu le livret douleur. Le recrutement a été fait par courrier adressé à tous les médecins exerçant dans le 15^{ème} arrondissement de Paris. Une relance par courrier a été faite.

3.2 Questionnaire

La méthode d'évaluation choisie de la prise en charge de la douleur est un cas vignette créé avec l'aide d'un des médecins coordinateurs du réseau Ensemble. Le cas fictif concerne une femme de 77 ans avec un cancer du sein métastasé, qui reste douloureuse. Les réponses attendues au questionnaire correspondent ou sont dérivées des recommandations, notamment de la Standards, Options et Recommandations des traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour 2002 (23). Le questionnaire a été testé par trois médecins généralistes et adapté en fonction de leurs commentaires (annexe 1).

- ▶ Mme S. 77 ans, vivant à domicile, communicante, sans trouble cognitif
- ▶ Antécédents: insuffisance respiratoire non oxygenodependante sur scoliose, clairance de la créatinine selon MDRD 45 mL/min/1.73m2
- ▶ Histoire de la maladie : adénocarcinome du sein gauche depuis 1999 (mammectomie et curage axillaire, chimiothérapie, radiothérapie). Rechute en 2012 avec métastases pulmonaires et hépatiques progressant malgré la chimiothérapie. Arrêt du traitement curatif.

- ▶ Ce jour: EVA 4/10. La veille, la patiente a souffert d'une douleur cotée à 8/10 qui a duré plusieurs heures. Sous Dafalgan codéine ® pris de façon maximale (2cp/6h). La douleur ne présente pas de caractéristiques neuropathiques.
- ▶ Autres médicaments: Cardensiel® 1.25 mg/j et Seroplex® 10 mg/j

Les axes étudiés sont :

- évaluation de la douleur
- échec du palier 2
- utilisation des morphiniques: titration, l'utilisation de morphinique en cas d'insuffisance respiratoire, l'apparition de somnolence en début de traitement, la prévention de la constipation, l'adaptation posologique
- relais de la morphine PO avec un patch de fentanyl

L'objectif du questionnaire est d'évaluer la gestion de la douleur et l'adéquation entre la prise en charge du médecin et les recommandations. Le questionnaire, correspondant au cas clinique est à questions fermées.

La deuxième partie du questionnaire a pour but d'évaluer l'appréciation et l'utilisation du livret par les médecins l'ayant reçu. Les réponses sont de types ouvertes ou fermées.

3.3 Cas vignette

Le cas vignette est un cas clinique imaginé, créé à partir de données épidémiologiques et issues de la littérature, ayant pour objectif de reproduire un cas clinique le plus réaliste possible. L'évaluation par les cas vignettes existe depuis les années 1950 dans l'industrie pharmaceutique et a été validé pour l'évaluation des pratiques médicales (54,55).

L'utilisation du cas vignette dans l'enseignement médical est répandue. Avec l'apparition dans les années 1990 de l'Evidence Based Medicine, les outils d'évaluation des pratiques professionnelles ont été étudiés (56) (57) (58). Le cas vignette est utilisé pour mesurer les différences entre les recommandations et les pratiques médicales.

L'observation directe de l'attitude clinique des médecins est compliquée pour des raisons multiples: financières, le risque de l'effet Hawthorne (l'observation améliorerait la performance des médecins), le consentement, l'éthique (59).

Une méthode d'évaluation doit rassembler plusieurs critères afin d'être valide

Dans le cadre du cas vignette, il est nécessaire d'avoir une congruence entre le jugement clinique ou attitude thérapeutique du médecin avec une mesure de référence: le patient standardisé (58). Le patient standardisé est un patient réel ou fictif qui a été formé de façon à présenter sa maladie d'une manière standardisée.

3.4 Tests statistiques

L'hypothèse de départ est que la réception d'un livret sur la prise en charge de la douleur en soins palliatifs améliore le contrôle de la douleur via l'application des recommandations en pratique quotidienne de ville.

Le critère de jugement principal est le taux de PMI négatif. Le critère de jugement secondaire est le score de conformité globale aux recommandations. Les objectifs secondaires sont de savoir si le livret reçu est utilisé par les médecins, dans quel cadre et comment l'améliorer.

La revue de la littérature a montré que 43% des patients suivis par les médecins n'appliquant pas les recommandations sont sous traités pour la douleur (PMI négatif) (30) alors que 20 % des patients suivis par les médecins les appliquant sont sous traités (1,35,36).

Selon le logiciel epiR package 0.9 _ 30 le nombre total de sujets à inclure est de 168 pour faire un test bilatéral afin de comparer les pourcentages de patients sous traités (PMI négatif) dans les groupes utilisant ou n'utilisant pas le livret, avec un risque de première espèce de 0.05 et une puissance de 0.9.

4. RESULTATS

4.1 Réponses au cas vignette

4.1.1 Description des médecins ayant participé à l'étude

Le nombre de médecins généralistes contactés est 492; 105 médecins ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 21%. Le taux de réponse est inférieur au nombre attendu, entraînant une taille d'échantillon inférieur à celui énoncé rendant toute interprétation délicate. Le risque de première espèce a été calculé à titre indicatif, pour tous les résultats.

Le groupe de médecins ayant reçu le livret Douleur En Ville : évaluation-Aide à la prescription pour les patients en situation palliative est intitulé « groupe livret ». Le groupe de médecin n'ayant pas reçu le livret est intitulé « groupe témoin ».

Table 1 : Démographie de la population

	Livret	Témoin	Total
Contactés	336	156	492
Femme	24 (43%)	25 (51%)	49 (46,5%)
Homme	32 (57,1%)	24 (49%)	56 (53,3%)
Age médian (en années)	51.5	54	53
Répondants	56 (16,7%)	49 (31,4%)	105

Dans le « groupe livret » le taux de femme est 24 sur 56 (43%) versus 25 sur 49 (51%) dans le groupe témoin ($p>0,05$). Dans les 2 populations l'âge médian est équivalent.

Le taux de réponse est moindre dans le « groupe livret » alors qu'il y a eu plus de relances, ($p<0,05$).

Table 2 : Formation en soins palliatifs

	Livret	Témoin	Total
Membre d'un réseau de soins palliatifs	25 (44,6%)	14 (28,6%)	39 (37%)
Nombre d'années dans un réseau de soins palliatifs	5,27	2,87	4,19
Nombre médian de patients suivis en soins palliatifs ses douze derniers mois	3	1	2
Connaissances en soins palliatifs issues de la formation initiale	16 (25,6%)	21 (42,8%)	37 (35,2%)
Connaissances en soins palliatifs issues de la formation continue	25 (44,6%)	17 (34,7%)	42 (40%)
Connaissances en soins palliatifs issues d'une autre formation	12 (21,4%)	9 (18,37%)	21 (20%)

Les médecins dans les 2 groupes suivent autant de patients en soins palliatifs.

Dans le groupe livret 25 des 56 médecins (44,6%) sont membres d'un réseau versus 14 médecins sur 49 (28,6%) dans le groupe témoin.

Parmi les 56 médecins ayant reçu le livret, 25 soit 44,6% bénéficient d'une formation continue en soins palliatifs versus 21 médecins des 49 (34,7%) appartenant au « groupe témoin », ($p>0,05$).

4.1.2 Résultat principal

Le résultat principal de la thèse est le PMI négatif ou la non augmentation de palier devant l'échec d'un antalgique de niveau 2. Dans le « groupe livret » 13 médecins sur 56, soit 23,2% ne changent pas de palier, contre 12,2% (6 médecins sur 49) dans le « groupe témoin » ($p>0,05$).

Table 3 : Non augmentation de palier d'antalgique en cas d'inefficacité du palier 2

	Total	Livret	Témoin
Pas d'augmentation de palier	19 (18%)	13 (23,2%)	6 (12,2%)
Palier 3	83 (79%)	42 (75%)	41 (83,7%)
Pas de réponse	3 (2,9%)	1 (1,8%)	2 (4%)
Total	105	56	49

4.1.3 Résultats secondaires

4.1.3.1 Score global de conformité aux recommandations

Le score global de conformité aux recommandations a été calculé en attribuant 1 point par réponse adaptée aux différentes recommandations sur la prise en charge de la douleur.

Table 4 : Score global de conformité aux recommandations

	Livret	Témoin	Total
Evaluation de la douleur	49 (87,5%)	43 (87,7%)	92 (87,6%)
Voie orale préférée pour la morphine	40 (71,4%)	38 (77,6%)	78 (74,3%)
Insuffisance respiratoire n'est pas une contre indication à la morphine	51 (91,1%)	48 (98%)	99 (94,3%)
La somnolence en début de traitement n'est pas un signe de surdosage en morphiniques	29 (51,8%)	29 (59,2%)	58 (55,2%)
Prévention de la constipation	54 (96,4%)	46 (93,9%)	100 (95%)
Adaptation posologique de la morphine	45 (80,4%)	42 (85,7%)	87 (83%)
Total	268 (79,8%)	246 (83,7%)	514 (81,6%)

Le taux de réponse correcte est 79,8% dans le « groupe livret » versus 83,7% dans le « groupe témoin » ($p>0,05$).

- Echelle visuelle analogique: considérée comme adaptée dans les 2 groupes: 87,5% dans le « groupe témoin » versus 87,7% ($p>0,05$).

- Introduction de la morphine: 71,4% (49/56) dans le « groupe livret » versus 77,6% (38/49) des médecins ont choisi la voie per os plutôt qu'une administration sous cutanée ou intraveineuse pour la morphine ($p>0,05$).
- Insuffisance respiratoire: n'est pas considérée comme une contre indication à la morphine pour 91,1% (51/56) des médecins dans le « groupe livret » versus 98% (48/49), ($p>0,05$.)
- Modification de palier: 29 médecins sur 56 (51,8%), dans le « groupe livret » n'ont pas baissé le palier d'antalgique lorsque la patiente était soulagée et se plaignait d'une apparition de la somnolence en début de traitement par morphiniques versus 29/49 (59,2%), ($p>0,05$).
- Prévention de la constipation: des laxatifs per os ont été prescrits par 96,4% (54/56) des médecins du « groupe livret » versus 93,9% (46/49), ($p>0,05$).
- Adaptation de la posologie de la morphine: le calcul a été fait en intégrant le nombre de prise de morphine à libération immédiate par 80,4% (45/56) des médecins du « groupe livret » versus 85,7% (42/49) des médecins du groupe témoin, ($p>0,05$).

En conclusion, il n'y a pas de différences entre les deux groupes, mais le « groupe témoin » a eu des résultats meilleurs qu'attendus.

4.1.3.2 Relais morphine/fentanyl

Table 5: Passage de la morphine LP au fentanyl transdermique

	Livret	Témoin	Total
Relais fentanyl et morphine correct	26 (46,4%)	16 (32,7%)	42 (40%)
Pas de réponse	1 (1,8%)	6 (12,2%)	7 (6,7%)

Le patch de fentanyl transdermique est efficace 12h après sa pose. La prescription de la dernière prise de morphine à libération prolongée concomitante à la pose du patch de fentanyl a été faite par 46,4% (26/56) des médecins du « groupe livret » versus 32,7% (16/49), ($p>0,05$).

4.1.4 Analyses complémentaires

Des analyses en sous groupe des résultats ont été effectuées en fonction de l'appartenance ou non à un réseau de soins palliatifs, du genre et de l'âge des médecins, du nombre de patients suivis annuellement en soins palliatifs et de l'utilisation ou non du livret.

4.1.4.1 Membre d'un réseau de soins palliatifs

Une analyse en sous groupe a été effectuée: en effet 14 des 49 (28,6%) médecins du « groupe témoin » sont membres d'un réseau de soins palliatifs. Une comparaison entre les médecins membres d'un réseau de soins palliatifs et les médecins non membres a été réalisée.

Table 6: Non augmentation de palier d'antalgique en cas d'inefficacité du palier 2 en fonction de l'appartenance ou non, du médecin, à un réseau de soins palliatifs

	Réseau	Non réseau	Total
Pas d'augmentation de palier	16 (22,9%)	3 (8,6%)	19 (18%)
Palier 3	52 (74,3%)	31 (88,6%)	83 (79%)
Pas de réponse	2 (2,9%)	1 (2,9%)	3 (2%)
Total	70	35	105

Le taux de PMI négatif (non augmentation du palier de l'antalgique lorsque le palier de ce dernier est insuffisant pour soulager le patient) est 22,8% (16/70) dans le « groupe réseau » versus 8,5% (3/35) dans le « groupe non réseau ». 74,3% (52/70) des médecins membres d'un réseau de soins palliatifs passent au palier 3 en cas d'échec du palier 2 versus 88% (31/35) des médecins non membres d'un réseau ($p > 0,05$).

Table 7: Score global de conformité aux recommandations en fonction de l'appartenance ou non, du médecin, à un réseau de soins palliatifs

	Réseau	Non réseau	Total
Evaluation de la douleur	61 (87%)	31 (88,6%)	92 (87,6%)
Voie orale préférée pour la morphine	49 (70%)	29 (82,9%)	78 (74,3%)
Insuffisance respiratoire n'est pas une contre indication à la morphine	64 (91,4%)	35 (100%)	99 (94,3%)
La somnolence en début de traitement n'est pas un signe de surdosage en morphiniques	36 (51,4%)	22 (62,9%)	58 (55,2%)
Prévention de la constipation	67 (95,7%)	33 (94,3%)	100 (95%)
Adaptation posologique de la morphine	55 (78,6%)	32 (91,4%)	87 (83%)
Total	332 (79%)	182 (86,7%)	514 (81,6%)

Le taux de réponse correcte est de 79% dans le « groupe réseau » versus 86,7% dans le « groupe non réseau » ($p>0,05$). Il n'y a pas de différences significatives pour les autres questions.

Table 8: Passage de la morphine LP au fentanyl transdermique en fonction de l'appartenance ou non, du médecin, à un réseau de soins palliatifs

	Réseau	Non réseau	Total
Relais fentanyl et morphine correct	28 (40%)	14 (40%)	42 (41,2%)
Pas de réponse	4 (5,7%)	3 (8,6%)	7 (6,8%)

La prescription de la dernière prise de morphine à libération prolongée concomitante à la pose du patch de fentanyl a été faite par 40% des médecins dans les 2 groupes, ($p>0,05$).

En conclusion, être membre ou non d'un réseau de soins palliatifs ne modifie pas la pris en charge.

4.1.4.2 Genre

Une analyse en sous groupe comparant les médecins féminins aux médecins masculins a été réalisée.

Table 9: Non augmentation de palier d'antalgique en cas d'inefficacité du palier 2 en fonction du genre du médecin

	Femme	Homme	Total
Pas d'augmentation de palier	11 (22,4%)	8 (14,3%)	19 (18%)
Palier 3	37 (75,5%)	46 (82,1%)	83 (79%)
Pas de réponse	1 (2%)	2 (3,5%)	3 (2%)
Total	49	56	105

En cas d'échec thérapeutique, 75,5% (37/49) des médecins féminins augmentent de palier versus 82,1% (46/56) des médecins masculins, ($p>0,05$).

Table 10 : Score global de conformité aux recommandations en fonction du sexe du médecin

	Femme	Homme	Total
Evaluation de la douleur	46 (93,9%)	46 (82,1%)	92 (87,6%)
Voie orale préférée pour la morphine	35 (71,4%)	43 (76,8%)	78 (74,3%)
Insuffisance respiratoire n'est pas une contre indication à la morphine	46 (93,9%)	53 (94,6%)	99 (94,3%)
La somnolence en début de traitement n'est pas un signe de surdosage en morphiniques	29 (59,2%)	29 (51,8%)	58 (55,2%)
Prévention de la constipation	47 (95,9%)	53 (94,6%)	100 (95%)
Adaptation posologique de la morphine	41 (83,7%)	46 (82,1%)	87 (83%)
Total	244 (82,3%)	270 (80,4%)	514 (81,6%)

Le taux de réponse correcte est de 82,3% chez les médecins féminins versus 80,4% chez les médecins masculins, ($p>0,05$). Il n'a pas de différences significatives pour les autres questions.

Table 11: Passage de la morphine LP au fentanyl transdermique en fonction du sexe du médecin

	Femme	Homme	Total
Relais fentanyl et morphine correct	20 (40,1%)	22 (39,3%)	42 (40%)
Pas de réponse	3 (6,1%)	4 (7,1%)	7 (6,7%)

La prescription de la dernière prise de morphine à libération prolongée concomitante à la pose du patch de fentanyl a été faite par 40,1% (20/49) des médecins féminins versus 39,3% (22/56) des médecins masculins, ($p>0,05$).

En conclusion, il ne semble pas y avoir de différence dans la prise en charge de la douleur en fonction du genre du médecin.

4.1.4.3 Nombre de patients suivis en soins palliatifs sur les 12 derniers mois

Une analyse en sous-groupe comparant les médecins suivant moins de 2 ou au moins 2 patients en soins palliatifs sur les 12 derniers mois a été réalisée.

Table 12: Non augmentation de palier d'antalgique en cas d'inefficacité du palier 2 en fonction du nombre de patients suivis en soins palliatifs sur les 12 derniers mois

	Moins de 2 patients	Au moins 2 patients	Total
Pas d'augmentation de palier	7 (18,4%)	10 (17,2%)	17 (17,7%)
Palier 3	28 (73,7%)	47 (81%)	75 (78%)
Pas de réponse	2 (5,3%)	1 (1,7%)	3 (3,1%)
Total	38	58	96

Les médecins suivant au moins 2 patients annuellement prescrivent 81% de morphine en cas d'échec du palier 2 versus 73,7% chez les médecins ayant moins de 2 patients en soins palliatifs suivis annuellement, ($p>0,05$).

Table 13: Score global de conformité aux recommandations en fonction du nombre de patients suivis en soins palliatifs sur les 12 derniers mois

	Moins de 2 patients	Au moins 2 patients	Total
Evaluation de la douleur	31 (81,6%)	52 (89,7%)	83 (86,5%)
Voie orale préférée pour la morphine	25 (65,8%)	45 (77,6%)	70 (72,9%)
Insuffisance respiratoire n'est pas une contre indication à la morphine	34 (89,5%)	55 (94,5%)	89 (92,7%)
La somnolence en début de traitement n'est pas un signe de surdosage en morphiniques	18 (47,4%)	35 (60,3%)	53 (57%)
Prévention de la constipation	36 (94,7%)	55 (94,5%)	91 (94,8%)
Adaptation posologique de la morphine	32 (84,2%)	45 (77,6%)	77 (80,2%)
Total	176 (77,2%)	287 (82,5%)	463 (80,4%)

Le taux de réponse correcte est de 77,2% dans le groupe des médecins suivant moins de 2 patients annuellement en soins palliatifs versus 82,5% dans le groupe de médecins suivant aux moins 2 patients en soins palliatifs annuellement, ($p>0,05$).

Table 14: Passage de la morphine LP au fentanyl transdermique en fonction du nombre de patients suivis en soins palliatifs sur les 12 derniers mois

	Moins de 2 patients	Au moins 2 patients	Total
Relais fentanyl et morphine correct	12 (31,6%)	26 (44,8%)	38 (40%)
Pas de réponse	3 (8%)	3 (5,2%)	6 (6,3%)

Il n'y a pas de différence dans les 2 groupes, pour le relais fentanyl /morphine ($p>0,05$).

En conclusion, le nombre de patients suivis annuellement en soins palliatifs ne semble pas intervenir dans la prise en charge de la douleur.

4.1.4.4 Age

Une analyse en sous groupe a été réalisée en fonction de l'âge des médecins.

Table 15: Non augmentation de palier d'antalgique en cas d'inefficacité du palier 2 en fonction de l'âge du médecin.

	53 ans et moins	Plus de 53 ans	Total
Pas d'augmentation de palier	14 (25,9%)	5 (10,4%)	19 (18,6%)
Palier 3	39 (72,2%)	41 (85,4%)	80 (78,4%)
Pas de réponse	1 (1,9%)	2 (4,2%)	3 (2,9%)
Total	54	48	102

Le PMI négatif est significativement plus élevé chez es médecins âgés de 53 ans ou moins: 14/54 (25,9%) versus 5/48 (10,4%) chez les médecins plus âgés, (p<0,05).

Table 16 : Score global de conformité aux recommandations en fonction de l'âge du médecin

	53 ans et moins	Plus de 53 ans	Total
Evaluation de la douleur	51 (94,4%)	38 (79,2%)	89 (87,3%)
Voie orale préférée pour la morphine	37 (68,5%)	38 (79,2%)	75 (73,5%)
Insuffisance respiratoire n'est pas une contre indication à la morphine	51 (94,4%)	45 (93,8%)	96 (94,1%)
La somnolence en début de traitement n'est pas un signe de surdosage en morphiniques	27 (50%)	30 (62,5%)	57 (55,9%)
Prévention de la constipation	53 (98,1%)	44 (91,6%)	97 (95,1%)
Adaptation posologique de la morphine	45 (83,3%)	39 (81,3%)	84 (82,4%)
Total	264 (81,5%)	234 (81,3%)	498 (81,4%)

Il n'y a pas de différence au niveau du score global, mais les médecins de moins de 53 ans, considèrent l'échelle visuelle analogique (EVA) adaptée pour l'évaluation de la douleur dans 51/54 (94,4%) versus 38/48 (79,2%) des médecins de plus de 53 ans, (p<0,05).

Table 17: Passage de la morphine LP au fentanyl transdermique en fonction de l'âge du médecin

	Total	Moins de 53 ans	Au moins 53 ans
Relais Fentanyl et morphine correct	41 (40,2%)	25 (46,3%)	16 (33,3%)
Pas de réponse	6 (5,9%)	1 (1,9%)	5 (10,4%)

Le taux de réponse exacte pour le relais fentanyl/morphine est similaire dans les 2 groupes, ($p>0,05$).

En conclusion, les médecins de moins 53 ans augmentent moins le palier en cas d'échec du palier 2 (PMI négatif) que les médecins plus âgés. L'EVA ne semble pas être considérée comme un outil adapté pour l'évaluation de la douleur chez les médecins de plus de 53 ans.

4.1.4.5 Utilisation du livret

Une analyse en sous groupe a été faite dans le groupe des médecins ayant reçu le livret en fonction de l'utilisation ou non de ce dernier car seulement 21 des 56 médecins l'ayant reçu l'utilisent.

Table 18: Non augmentation de palier d'antalgique en cas d'inefficacité du palier 2 en fonction de l'utilisation du livret

	Total	Utilisation du livret	Non utilisation du livret
Pas d'augmentation de palier	13 (23,2%)	5 (23,8%)	8 (22,9%)
Palier 3	42 (75%)	16 (76,2%)	26 (74,3%)
Pas de réponse	1 (1,5%)	0	1 (3%)
Total	56	21	35

L'utilisation du livret ne modifie pas le taux de PMI négatif, ($p>0,05$).

Table 19: Score global de conformité aux recommandations en fonction de l'utilisation du livret

	Utilisation du livret	Non utilisation du livret	Total
Evaluation de la douleur	20 (95,2%)	29 (82,9%)	49 (87,5%)
Voie orale préférée pour la morphine	14 (66,7%)	26 (74,3%)	40 (71,4%)
Insuffisance respiratoire n'est pas une contre indication à la morphine	20 (95,2%)	31 (88,6%)	51 (91,1%)
La somnolence en début de traitement n'est pas un signe de surdosage en morphiniques	12 (57,1%)	17 (48,6%)	29 (51,8%)
Prévention de la constipation	21 (100%)	33 (94,3%)	54 (96,4%)
Adaptation posologique de la morphine	15 (71,4%)	30 (85,7%)	45 (80,4%)
Total	102 (81%)	166 (79%)	268 (79.8%)

Le score est similaire entre les 2 groupes.

Table 20: Passage de la morphine LP au fentanyl transdermique en fonction de l'utilisation du livret

	Utilisation du livret	Non utilisation du livret	Total
Relais fentanyl et morphine correct	12 (57,1%)	14 (40%)	26 (40%)
Pas de réponse	1 (4,7%)	0	1 (1,8%)

Le taux de réponse exacte pour le relais fentanyl/morphine est similaire entre les 2 groupes.

En conclusion, l'utilisation ou non du livret ne modifie pas la prise en charge de la douleur.

4.2 [Appréciation du livret Douleur En Ville: évaluation-aide à la prescription pour les patients en situation palliative](#)

Dans le groupe livret, donc ceux qui ont reçu le livret selon la RESPALIF, seulement 21 médecins (37,5%) ont connaissance du livret. 81% des médecins l'ont reçu en mains propres alors que cela devait être le seul moyen de distribution du livret. Parmi ces 21 médecins, 2 médecins (9,5%) l'utilisent une fois par semaine et 12 (57,1%) l'utilisent rarement.

Dans quel cadre utilisez-vous le livret ?

	Livret (n=21)
Evaluation de la douleur	6 (28,6%)
Suivi de la douleur	6 (28,6%)
Introduction de la morphine	4 (19%)
Tableau des équivalences	13 (61,9%)
Mise en route de la pompe à morphine	5 (23,8%)

Plus de la moitié des médecins utilisent le livret pour le tableau d'équivalence des antalgiques.

Par quel moyen avez-vous reçu le livret ?

	Réseau
En mains propres	17 (81%)
Autre	3 (14,3%)
Pas de réponse	1 (4,8%)

Est-il adapté à votre pratique de soins palliatifs ?

	Réseau
Oui	17 (81%)
Non	2 (9,5%)
Pas de réponse	2 (9,5%)

Quels sont les avantages de ce livret ?

	Livret
Informations complètes	12 (57,1%)
Informations compréhensibles	13 (61,9%)
Utile pour la pratique	14 (66,7%)
Format facile d'utilisation	12 (57,1%)
Autre	0 (0,0%)

Recommandez-vous ce livret à vos confrères ?

	Livret
Oui	17 (81%)
Non	2 (9,5%)
Pas de réponses	2 (9,5%)

Le livret est apprécié par les médecins, 17 médecins (81%) le trouvent adapté à leur pratique et le recommandent à des confrères. Le livret est le plus souvent utilisé pour le tableau des équivalences pour les antalgiques.

4.3 Limites de l'étude

Les résultats de cette thèse ne permettent pas de mettre en valeur l'utilité du livret. En effet, la méthodologie de cette recherche comporte de nombreuses limites.

La méthode du cas vignette a été retenue pour cette thèse devant sa facilité d'utilisation, son faible coût, la possibilité de l'adresser à de nombreux médecins. La pertinence des cas vignettes est mise en cause. Une revue de la littérature a étudié 74 articles, ayant pour objectif de savoir si la réponse aux cas vignettes permettait de prédire l'attitude thérapeutique réelle. Onze articles ont été retenus, mais l'analyse de ces articles n'a pas donné de réponse consensuelle. La revue de la littérature a conclu que d'autres recherches étaient nécessaires (60). Une étude sur 19 médecins n'a pas montré de corrélation entre la prescription d'examen complémentaires dans le cadre d'un cas vignette et dans la pratique (61). On ne peut donc pas savoir si les réponses au cas vignette correspondraient aux prescriptions réelles des médecins. La prise en charge d'un cas fictif ne prend pas en considération toutes les dimensions qui interviennent quand le médecin est face au patient.

Seulement 105 médecins ont été inclus dans cette étude, alors que 163 médecins étaient nécessaires, selon les tests statistiques pour faire une analyse quantitative. Les résultats sur la prise en charge de la douleur sont meilleurs que ceux attendus selon les études, dans les deux groupes. En effet le taux de PMI négatif est à 12,2 % dans le groupe témoin alors que le résultat attendu est de 43%. Les résultats ne sont donc pas significatifs.

Le taux de réponse est faible dans les 2 groupes, malgré les relances, les médecins étaient-ils suffisamment intéressés par le sujet? Avaient-ils le temps de répondre? Le questionnaire était-il compréhensible et clair? Le taux de réponse est 56/336 (16,7%) dans le

groupe livret versus 49/156 (31,4%) pour le groupe témoin. Le groupe témoin était-il plus intéressé par le sujet?

4.4 Synthèse

La possession du livret par les médecins ne modifie pas le taux de PMI négatif ou la non augmentation de palier devant l'échec d'un antalgique de niveau 2. Dans le « groupe livret » 13 médecins sur 56, soit 23,2% ne changent pas de palier, contre 12,2% (6 médecins sur 49) dans le « groupe témoin » ($p>0,05$). Le score global de conformité aux recommandations n'est pas modifié par la possession du livret, mais le score est élevé (81,6%). Par contre, seulement 40% des médecins connaissent la conduite à tenir lors du passage de la morphine PO à du fentanyl transdermique.

L'appartenance ou non à un réseau de soins palliatifs, le genre, le nombre de patients suivis sur les 12 derniers mois, l'utilisation ou non du livret n'influencent pas le taux de PMI négatif ou le score global de conformité aux recommandations. Les médecins plus âgés ont un taux de PMI négatif moins important significativement par rapport aux médecins plus jeunes mais le score global de conformités aux recommandations est similaire. L'EVA ne semble pas être considérée comme un outil adapté pour l'évaluation de la douleur chez les médecins de plus de 53 ans.

Les résultats sont délicats à interpréter car le taux de réponse est inférieur à celui attendu.

Le livret est apprécié des médecins et est recommandé aux confrères par 81% des 21 médecins qui se souviennent de l'avoir reçu.

5. DISCUSSION

Cette étude comparative, non randomisée, entre deux groupes de médecins généralistes, exerçant en Ile de France, ayant ou non reçu le livret Douleur En Ville: évaluation-Aide à la prescription pour les patients en situation palliative, réalisée entre avril et août 2013, via un cas vignette, a pour objectif de voir si l'utilisation d'un livret douleur par les médecins généralistes a un impact sur la prise en charge de la douleur en fin de vie. Cette étude a montré que la possession du livret par les médecins ne modifie pas le taux de PMI négatif ou la non augmentation de palier devant l'échec d'un antalgique de niveau 2 [« groupe livret » 23,2% versus 12,2% dans le « groupe témoin » ($p>0,05$)].

Le taux de réponse est faible, les médecins ayant répondu sont plus investis et étaient possiblement plus intéressés par ce sujet. Le groupe livret semble avoir un meilleur résultat, ce qui peut s'expliquer par le fait que le groupe livret a un taux de réponse supérieur, pouvant signifier un intérêt plus important pour le sujet. Les 2 groupes ont un PMI négatif faible (groupe livret de 23,2% versus le groupe témoin de 12,2%). Les deux groupes sont dans les objectifs de l'application de l'échelle de l'OMS avec un taux de PMI négatif des 2 groupes de 18%, ce qui est comparable aux études publiées (11, 12, 30, 31). Le passage au palier 3, en cas d'échec du palier 2 est plus élevé qu'attendu (30). Les études dans la littérature portent sur des patients en vie réelle alors que cette étude utilise un cas fictif. Les médecins, sachant que leurs réponses seraient analysées, ont possiblement donné les réponses qu'ils pensaient être attendues. Une étude en vie réelle permettrait de pouvoir comparer avec les données de la littérature.

La possession du livret n'a pas modifié le taux de PMI négatif ou le score global de conformité aux recommandations françaises et européennes. La connaissance des médecins en soins palliatifs ne peut pas se limiter à la possession ou non d'un livret ou l'appartenance ou non à un réseau. Ce qui montre bien que la possession du livret ne peut pas influencer le choix thérapeutique des médecins. La prise en charge ne peut pas se limiter à la connaissance théorique.

L'échantillon est limité, mais représentatif de la population médicale française, avec un âge moyen de 49,3 ans, et 40% de femme alors que la démographie médicale d'après l'Ordre des Médecins publié en 2014 montre un âge moyen de 51.6 ans, et 44% sont des femmes (61).

D'après l'Observatoire National de la Fin de Vie, rapport de 2012. « Vivre la fin de vie chez soi » (47), les médecins généralistes suivent en moyenne 2 à 3 patients par an à domicile en soins palliatifs ce qui correspond au nombre de patients suivis en soins palliatifs par les médecins sur les douze derniers mois dans cette étude.

La fréquence d'utilisation du livret semble faible, mais les médecins suivent en moyenne 2 patients par an, ils ont donc peu d'occasion de l'utiliser.

Le seul critère qui influence le taux de PMI négatif est l'âge du médecin, avec un taux de PMI négatif plus faible chez les médecins, de plus de 53 ans alors que les 2 groupes ont une connaissance similaire des recommandations. Les médecins plus âgés ont, a priori, suivi plus de patients en fin de vie que leurs confrères plus jeunes, et ont donc plus d'expérience. Il serait intéressant de faire des études complémentaires avec des patients en vie réelle pour voir si l'âge du médecin modifie réellement la prise en charge de la douleur en fin de vie.

Les données issues de la littérature sur le taux de PMI négatif soulignent la difficulté de mesurer la prise en charge de la douleur: la méta-analyse publiée en 2008, chez des patients atteints d'un cancer, trouve un PMI négatif allant de 8 à 82% avec une moyenne pondérée à 43% (30). L'étendue des données souligne l'hétérogénéité de la prise en charge de la douleur dans les différentes études. Le PMI est un outil qui a ses limites. Il ne mesure pas la complexité de la prise en charge d'un patient cancéreux (dosage des médicaments, voie d'administration, observance thérapeutique, l'utilisation de co-antalgique).

L'impact de l'application des recommandation de l'OMS est aussi difficile à mesurer: une analyse de 2006 sur l'évaluation de la douleur des patients ayant une douleur cancéreuse soignés selon les recommandation de l'OMS montre que 45 à 100% des patients, évalués et traités selon les recommandation de l'OMS, ont un traitement antalgique adapté (1).

Le livret est utile: il regroupe en un seul endroit les réponses aux questions éventuelles des médecins. Cependant, il n'est pas la seule source d'information accessible au médecin (Vidal, internet, autre livre...). Les médecins généralistes suivent peu de patients en soins palliatifs et utilisent donc peu leur livret, car souvent ils ne savent plus où ce dernier a été rangé. L'intérêt du livret est ailleurs: les médecins ayant reçu le livret appartiennent à un réseau, ce qui permet un soutien plus large que le seul traitement de la douleur. Le livret a été remis aux médecins lors de l'inclusion d'un de leur malade dans le réseau, il permet de faciliter le lien entre le médecin et le réseau. Les réseaux permettent d'apporter une formation continue à leurs membres avec 44,6% (25/42) des médecins du groupe livret dont les connaissances en soins palliatifs sont issues de la formation continue pour 34,7% (17/42) dans le groupe témoin. Les réseaux permettent ainsi une aide à la prise en charge plus vaste que celle mesurée dans le livret, avec les interventions des infirmières et des médecins coordinateurs. Ils apportent ainsi des ressources qui permettent d'assister le médecin dans la prise en charge de la fin de vie.

6. CONCLUSION

Dans la continuité des recommandations de l'OMS, avec pour but d'améliorer la prise en charge de la douleur, la France a fait des efforts pour développer les soins palliatifs et la formation des médecins depuis les années 1990, avec en 2006, un lit de soins palliatifs pour 39 000 habitants. Dans cette dynamique, des réseaux de soins se sont mis en place. Le réseau « Ensemble » fondé en 2000, a réédité son livret Douleur En Ville: évaluation-Aide à la prescription pour les patients en situation palliative en 2012 avec la RESPALIF dans l'esprit

de l'actualiser et de le diffuser à un plus grand nombre de médecins généralistes afin de les aider dans la prise en charge des patients douloureux, en soins palliatifs, à domicile.

Cette étude comparative, non randomisée, entre deux groupes de médecins généralistes, exerçant en Ile de France, ayant ou non reçu le livret Douleur En Ville: évaluation-Aide à la prescription pour les patients en situation palliative, réalisée entre avril et août 2013, via un cas vignette, a montré que la possession ou non du livret ne modifie pas le taux de PMI négatif ou la non augmentation de palier devant l'échec d'un antalgique de niveau 2.

Cette thèse n'a donc pas permis de mettre en valeur ce livret. Le groupe témoin et le groupe livret ont des résultats meilleurs qu'escomptés avec un taux de PMI négatif des 2 groupes de 18%, ce qui est comparable aux études publiées. Les médecins, des deux groupes, ont une bonne connaissance théorique des recommandations avec un score global de 81,6%.

Les médecins plus âgés ont un taux de PMI négatif moins important significativement par rapport aux médecins plus jeunes mais le score global de conformités aux recommandations est similaire. L'EVA ne semble pas être considérée comme un outil adapté pour l'évaluation de la douleur chez les médecins de plus de 53 ans. L'âge du médecin modifie le taux de PMI négatif, ce qui doit être confirmé par d'autres études.

Les résultats sont délicats à interpréter car le taux de réponse est inférieur à celui attendu.

Bien que livret soit apprécié des médecins et recommandé aux confrères par 81% des 21 médecins qui se souviennent de l'avoir reçu, il est peu utilisé. Ce qui peut s'expliquer par le peu de patients suivis en soins palliatifs annuellement par les médecins généralistes.

Ce dernier a été modifié par rapport à sa première édition mais des améliorations peuvent être proposées, notamment sur la morphine. Pour la titration de la morphine seulement 71,4% (40/56) des médecins du groupe livret, prescrivent la voie PO. L'apparition d'une somnolence en début n'est pas considérée comme un signe de surdosage par seulement 51,8% (29/56) des médecins du groupe livret. De même le relais de la morphine PO avec le fentanyl transdermique est peu connu: 26 des 42 médecins (46,4%) du groupe livret, pourtant le relais est expliqué dans le livret.

L'angoisse est un symptôme fréquent en fin de vie. Un tableau récapitulatif des différents anxiolytiques et hypnotiques, avec leur posologie, leur mode d'administration et leur demi-vie pourrait être utile.

La diffusion à un public plus large pourrait être bénéfique: les médecins en formation dans un but pédagogique, lors des congrès, ou via des réseaux sociaux, et aux soignants, qui sont plus souvent au contact des malades, et qui sont donc témoins de la douleur des patients, notamment lors des soins. Avoir un support informatique, comme une application pour Smartphone, ce qui est plus accessible, permettrait possiblement une utilisation plus fréquente. Les médecins auraient une référence plus facilement accessible.

Malgré le fait que cette étude n'a pas mis en évidence la plus value du livret Douleur En Ville: évaluation-Aide à la prescription pour les patients en situation palliative, cette étude, a permis de souligner une prise en charge satisfaisante de la douleur et une bonne connaissance des recommandations, mais elle a été effectuée sur un petit échantillon de médecins et avec un cas fictif. Il serait intéressant de voir si les résultats seraient similaires sur un échantillon plus grand et surtout en vie réelle ce qui permettrait de comprendre la gestion de la douleur par les médecins pour les patients en fin de vie. Cette étude montre que les médecins plus jeunes prescrivent moins de morphine en cas d'échec d'un palier 2. Existence-t-ils d'autres facteurs intervenant dans la prescription de morphine: prescripteur hospitalier/ambulatoire, milieu rural/citadin, caractéristiques socio économique du patient ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Azevedo São Leão Ferreira K, Kimura M, Jacobsen Teixeira M. The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer. nov 2006;14(11):1086- 93.
2. Jadad AR, Browman GP. The WHO analgesic ladder for cancer pain management. Stepping up the quality of its evaluation. JAMA J Am Med Assoc. 20 déc 1995;274(23):1870- 3.
3. Plan triennal de développement des soins palliatifs 1999-2001 (dit « plan Kouchner »).
4. Plan national de développement des soins palliatifs 2002-2005.
5. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.
6. Haut Conseil de la Santé Publique. Evaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. 2011.
7. Van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO. sept 2007;18(9):1437- 49.
8. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Pandya KJ. Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. Ann Intern Med. 15 juill 1993;119(2):121- 6.
9. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, et al. Pain and Its Treatment in Outpatients with Metastatic Cancer. N Engl J Med. 3 mars 1994;330(9):592- 6.
10. Larue F, Colleau SM, Brasseur L, Cleeland CS. Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. BMJ. 22 avr 1995;310(6986):1034.
11. Larue F, Colleau SM, Fontaine A, Brasseur L. Oncologists and primary care physicians' attitudes toward pain control and morphine prescribing in France. Cancer. 1 déc 1995;76(11):2375- 82.
12. La Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002.
13. F. Boureau. Module 6 : Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs [Internet]. [cité 16 nov 2014]. Disponible sur: http://www.med-line.fr/f/index.php?sp=liv&livre_id=479
14. Agence Nationale D'accréditation et d'évaluation en santé. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. 1999.
15. Jacquemin D, Broucker D de. Manuel de soins palliatifs définitions et enjeux, pratiques de soins et accompagnement, psychologie et éthique. Paris: Dunod; 2009.
16. Jensen MP. The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. J Pain Off J Am Pain Soc. févr 2003;4(1):2- 21.
17. Deschamps M, Band PR, Coldman AJ. Assessment of adult cancer pain: shortcomings of current methods. Pain. févr 1988;32(2):133- 9.
18. Agence Nationale D'accréditation et d'évaluation en santé. Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Octobre 2000.
19. Rat P, Jouve E, Pickering G, Donnarel L, Nguyen L, Michel M, et al. Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus. Eur J Pain Lond Engl. févr 2011;15(2):198.e1- 198.e10.

20. WHO | WHO's pain ladder for adults [Internet]. WHO. [cité 3 oct 2013]. Disponible sur: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
21. Haute Autorité de Santé. Prise en charge diagnostique des neuropathies périphériques (polyneuropathies et mononeuropathies multiples). 2007.
22. Saunders C. A personal therapeutic journey. *BMJ*. 1996;313(7072):1599- 601.
23. Standards, Options et Recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour. Fédération Nationale des centres de lutte contre le cancer;
24. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*. févr 2012;13(2):e58- 68.
25. Delorme T, Wood C, Bataillard A, Pichard E, Dauchy S, Orbach D, et al. Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer (mise à jour) -- Rapport abrégé. *Bull Cancer (Paris)*. 1 mai 2004;91(5):419- 30.
26. L'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale. Recommandations sur la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire. 1995.
27. Haute Autorité de Santé. Evaluation et Suivi de la Douleur Chronique chez l'adulte en Médecine Amulatoire. 1999.
28. SOR traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour 2002.
29. Shvartzman P, Friger M, Shani A, Barak F, Yoram C, Singer Y. Pain control in ambulatory cancer patients--can we do better? *J Pain Symptom Manage*. août 2003;26(2):716- 22.
30. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO*. déc 2008;19(12):1985- 91.
31. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO*. août 2009;20(8):1420- 33.
32. Ben Diane MK, Pegliasco H, Galinier A, Lapiana JM, Favre R, Peretti-Watel P, et al. [Terminal care of patients by the general practitioner and the specialist. Results of a French survey « Attitudes and practices in palliative treatment--2002 »]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. 22 mars 2003;32(11):488- 92.
33. Fougère B, Mytych I, Baudemont C, Gautier-Roques E, Montaz L. Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. avr 2012;11(2):90- 7.
34. Sicard. Commission de réflexion sur la fin de vie en France. 2012 déc.
35. Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, De Conno F, Naldi F. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer*. 15 févr 1987;59(4):850- 6.
36. Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain*. oct 1995;63(1):65- 76.
37. Care WEC on CPR and AS, Organization WH. Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs : rapport d'un Comité d'experts de l'OMS [réuni à Genève du 3 au 10 juillet 1989]. *Cancer pain relief and palliative care : report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989] [Internet]*. 1990 [cité 10 sept 2014]; Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39533>

38. OMS | Soins palliatifs [Internet]. WHO. [cité 10 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/cancer/palliative/fr/>
39. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
40. Circulaire DGS/3D du 26 aout 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phases terminale.
41. Delbecq H. Les soins palliatifs et l'accompagnement des malades en fin de vie. Paris: Ministère de la santé et de l'action humanitaire; 1993.
42. Loi n 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. Journal Officiel; 1999.
43. Enquête : Les Réseaux de Santé en Soins Palliatifs (2012) - Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) [Internet]. [cité 14 sept 2014]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie/publications/enquetes-en-cours/enquetereseaux>
44. Fin de vie à domicile: le nouveau rapport de l'Observatoire national de la fin de vie - Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) [Internet]. [cité 14 sept 2014]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie/publications/rapport/rapport-2012>
45. Palliative Care in the European Union (2008).
46. National Hospice and Palliative Care Organisation. NHPOOs Facts and Figures. Hospice Care in America. 2014.
47. Issue N° 1708 – Rapport de la mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie – tome I - (Président et rapporteur : M. Jean Leonetti).
48. Goldsmith B, Dietrich J, Du Q, Morrison RS. Variability in access to hospital palliative care in the United States. *J Palliat Med.* oct 2008;11(8):1094- 102.
49. Institut National de santé publique du Québec. Soins palliatifs de fin de vie au Québec: définition et mesure d'indicateurs. Partie I: population adulte (20 et plus). 2006.
50. Actes du colloque sur les soins palliatifs tenu à Paris le 17 décembre 2002.
51. service des affaires européennes. Les Soins Palliatifs. 1998.
52. National council for palliative care. Dying out-of hours 24/7 care at the end of life conference report. 2011.
53. NHS. End of life strategy. Promoting high quality care for all adults at the end of life. 2008.
54. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA J Am Med Assoc.* 5 avr 2000;283(13):1715- 22.
55. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Jain S, Hansen J, Spell M, et al. Measuring the quality of physician practice by using clinical vignettes: a prospective validation study. *Ann Intern Med.* 16 nov 2004;141(10):771 - 80.
56. Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *Lancet.* 24 mars 2001;357(9260):945 - 9.
57. Weiss KB, Wagner R. Performance measurement through audit, feedback, and profiling as tools for improving clinical care. *Chest.* août 2000;118(2 Suppl):53S - 58S.
58. Luck J, Peabody JW. Using standardised patients to measure physicians' practice: validation study using audio recordings. *BMJ.* 28 sept 2002;325(7366):679.
59. J Peabody. Sixth European forum on quality improvement in health care, Bologna, March 2001.
60. Jones TV, Gerrity MS, Earp J. Written case simulations: do they predict physicians' behavior? *J Clin Epidemiol.* 1990;43(8):805- 15.

61. Hartley RM, Charlton JR, Jarman B, Harris CM. Case history questionnaires in the study of doctors' use of resources. Are they measuring what we want? *Med Care.* oct 1985;23(10):1163- 70.

ANNEXES

[Douleur En Ville : évaluation-Aide à la prescription pour les patients en situation palliative](#)



RESPALIF

Douleur en ville

Évaluation • Aide à la prescription
pour les patients en situation palliative

Version 2012

..... www.respalif.com

Avant-propos

Lutter contre la douleur est une préoccupation prioritaire dans la prise en charge des malades; c'est une obligation professionnelle, éthique et légale. La douleur est un symptôme fréquent chez les patients atteints de maladie grave à un stade palliatif.

Qu'il s'agisse de douleur cancéreuse, de douleur chronique ou de douleur en fin de vie, l'évaluation reste similaire. En revanche, en situation palliative au domicile, les enjeux de la prise en charge et donc les traitements peuvent être différents.

Ce livret s'appuie sur des recommandations de bonne pratique, dont la majorité concerne la douleur cancéreuse et les pratiques hospitalières. Il propose une adaptation au contexte des soins palliatifs à domicile.

Les démarches et les modes de traitements présentés ne sont pas exclusifs et ne sont pas un référentiel. Le livret est informatif et constitue un outil d'aide à la prise en charge de la douleur. Il ne se substitue pas aux décisions cliniques des médecins qui demeurent responsables de leurs prescriptions.

Il demande à être régulièrement actualisé afin de tenir compte des nouveautés thérapeutiques et de l'évolution des pratiques.

La première version a été pilotée par l'équipe de coordination du Réseau Ensemble.

La présente actualisation a été assurée, au sein de la RESPALIF ⁽¹⁾ par un groupe de travail composé de:

Catherine Barbier (Infirmier coordinatrice du Réseau LCD), Catherine Debelmas (Pharmacienne d'officine), Emmanuel De Larivière (Médecin coordonnateur du Réseau SCOP), Elisabeth Hardy (Médecin coordonnateur du Réseau OPERA), Dominique Laouenan (Médecin coordonnateur de l'HAD APHP et médecin généraliste libéral), Catherine Nativel (Infirmière coordinatrice de l'HAD APHP), Carole Raso (Médecin coordonnateur du Réseau Osrose), Pascal Rautureau (Infirmier coordinateur du Réseau NEPALE), Marianne Roth (Médecin coordonnateur du Réseau Ensemble).

Relecteurs • Francine Hirszowski (Médecin algologue, Consultation douleur à l'USP de l'Hôpital Paul Brousse), Guillemette Laval (Médecin algologue, Médecin responsable de la clinique de soins palliatifs et de coordination en soins de support du CHU de Grenoble) et Sylvie Rostaing (Médecin algologue, Médecin responsable de l'équipe mobile douleur et soins palliatifs et du centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'Hôpital de Saint-Antoine).

Équipe éditoriale • Céline Gaudet (réseau Ensemble) et Élisabeth Royet (RESPALIF).

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données contenues dans ce document.

1. RESPALIF: Fédération des réseaux de Soins Palliatifs d'Ile-de-France

Douleur en ville

Évaluation • Aide à la prescription
pour les patients en situation palliative

SOMMAIRE

I • Cinq Fiches douleur :	
évaluation initiale, suivi et réévaluation, conseils d'adaptation	4
. Fiche 1 - Intensité de la douleur	5
. Fiche 2 - Recherche d'une douleur neuropathique (questionnaire DN4)	6
. Fiche 3 - Traitement de la douleur, observance et effets indésirables	7
. Fiche 4 - Suivi de la douleur	8
. Fiche 5 - Conseils pour l'adaptation du traitement de fond de la douleur nociceptive	9
II • Douze fiches d'aide à la prescription :	
règles de prescription des opioïdes forts	10
. Fiche 1 - Initiation du traitement par opioïdes forts	11
. Fiche 2 - Médicaments antalgiques	12
. Fiche 3 - Équivalences	14
. Fiche 4 - Prévention et traitement des accès douloureux	15
. Fiche 5 - Effets indésirables des opioïdes	16
. Fiche 6 - Fentanyl patch	18
. Fiche 7 - Rotation des opioïdes	19
. Fiche 8 - Traitement antalgique des métastases osseuses	20
. Fiche 9 - Carcinose péritoneale	21
. Fiche 10 - Douleur neuropathique: diagnostic et règles de prescription de traitements médicamenteux	22
. Fiche 11 - Médicaments de la douleur neuropathique	23
. Fiche 12 - Douleur chez la personne âgée	24
III • Aide-mémoire pour la prescription à domicile	
d'une pompe à morphine	26
. Calcul de la quantité de morphine à administrer (en mg)	27
. Calcul du volume de solution de morphine à perfuser (en ml)	28
. Rédiger les prescriptions pour le pharmacien et l'infirmier	30
. Adapter les doses	32
Bibliographie et références	33

Cinq Fiches douleur : Évaluation initiale, suivi et réévaluation, conseils d'adaptation

Ces outils d'évaluation correspondent à la prise en charge de la douleur pour les patients sans trouble de la communication, au domicile.

L'évaluation de la douleur s'appuie sur les compétences et le rôle propre des soignants.

Ces supports permettent d'objectiver les évaluations effectuées, de faciliter la continuité des soins et les échanges entre le patient, les infirmiers et les médecins. Ils aident à la prise de décision en fonction de l'atteinte ou non des objectifs de traitement.

Les fiches d'évaluation s'utilisent de manière initiale ou en réévaluation quand un signe de souffrance est exprimé par le patient. Le repérage des localisations douloureuses, par le patient, sur un schéma peut être une aide précieuse pour les professionnels. L'évaluation quantitative (intensité) et qualitative (DN₄)⁽²⁾ – contribuera à affiner le diagnostic du mécanisme de la douleur (nociceptive ou neuropathique ou mixte). L'évaluation permet aussi d'apprécier les circonstances de déclenchement de la douleur dans la vie quotidienne ou

à l'occasion de soins et l'efficacité et la tolérance du traitement.

La fiche de suivi s'utilise régulièrement; la périodicité s'adapte à l'état clinique du patient. L'utilisation de la fiche permet d'observer l'évolution dans le temps des symptômes et des traitements.

Le tableau « conseils pour l'adaptation du traitement » propose une stratégie en fonction des objectifs cliniques visés en ce qui concerne: l'intensité douloureuse de base, le nombre d'accès douloureux, les réveils nocturnes liés à la douleur, la douleur induite par les soins, l'observance et la tolérance du traitement.

■ **Remarque** > Le patient doit être informé de la nécessité de signaler sa douleur dès son apparition, des modalités d'évaluation de l'intensité douloureuse, des modalités de prise en charge de sa douleur et de la nécessité de l'observance du traitement antalgique.

À noter: les échelles proposées dans les fiches douleur sont données à titre d'exemple, il en existe d'autres.

2. DN₄: douleur neuropathique en 4 questions.



RESPALIF

Fiche 1

Intensité de la douleur

Nom du patient..... Date.....

Médecin traitant Infirmier Équipe de coordination
 Autre, précisez >>

Intensité de la douleur dans les dernières 24 heures avec E.N ⁽³⁾

→ DOULEUR À L'INSTANT PRÉSENT

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas de douleur >> Douleur maximale imaginable

→ DOULEUR DE FOND ⁽⁴⁾ DANS LA JOURNÉE EN DEHORS DES SOINS ET DE LA TOILETTE

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas de douleur >> Douleur maximale imaginable

→ NOMBRE D'ACCÈS DOULOUREUX DANS LA JOURNÉE EN DEHORS DES SOINS ET DE LA TOILETTE >>

→ INTENSITÉ DES ACCÈS DOULOUREUX ⁽⁵⁾ EN DEHORS DES SOINS ET DE LA TOILETTE

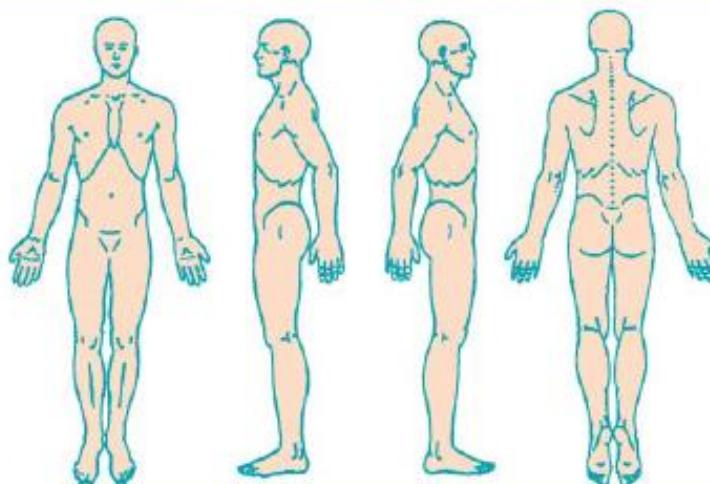
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas de douleur >> Douleur maximale imaginable

→ NOMBRE DE RÉVEILS NOCTURNES DUS À LA DOULEUR >>

→ DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS OU LA TOILETTE QUELLE QUE SOIT SON INTENSITÉ >> OUI NON

TOPOGRAPHIE DE LA DOULEUR



3. EN : échelle numérique
 4. Douleur de fond – douleur moyenne dans la journée ou des dernières 24 heures
 5. Accès douloureux – augmentation rapide et marquée de l'intensité douloureuse

Fiche 2

Recherche d'une douleur neuropathique (questionnaire DN4)

Nom du patient..... Date.....

Répondre aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case par item :

OUI = 1 point NON = 0 point

Interrogatoire du patient

QUESTION 1 • LA DOULEUR PRÉSENTE-T-ELLE UNE OU PLUSIEURS DES CARACTÉRISTIQUES SUIVANTES ?

- | | Oui | Non |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 - Brûlure | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 - Sensation de froid douloureux | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 - Décharges électriques | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

QUESTION 2 • LA DOULEUR EST-ELLE ASSOCIÉE DANS LA MÊME RÉGION À UN OU PLUSIEURS DES SYMPTÔMES SUIVANTS ?

- | | Oui | Non |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4 - Fourmillements | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 - Picotements | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 - Engourdissement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 - Démangeaisons | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

À l'examen du patient

QUESTION 3 • LA DOULEUR EST-ELLE LOCALISÉE DANS UN TERRITOIRE OÙ L'EXAMEN MET EN ÉVIDENCE ?

- | | Oui | Non |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 8 - Hypoesthésie au tact | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 - Hypoesthésie à la piqure | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

QUESTION 4 • LA DOULEUR EST-ELLE PROVOQUÉE OU AUGMENTÉE PAR :

- | | Oui | Non |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 10 - Le frottement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

SCORE DU PATIENT / 10

Si le score est ≥ 4 : probable douleur neuropathique
(noter la localisation sur le schéma page précédente)

Fiche 3

Traitement de la douleur, observance et effets indésirables

Nom du patient Date

Antalgiques/coantalgiques (6)/ psychotropes à visée antalgique Traitements des effets indésirables	Posologie prescrite	Traitement pris	
		Heures	Doses

TOLÉRANCE DU TRAITEMENT

EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES LIÉS AU TRAITEMENT DE LA DOULEUR

PAR LES OPIOÏDES FORTS : (cf. p 16 - 17)

- Constipation
- Nausées, vomissements
- Somnolence (s'endort au cours de la conversation)
- Confusion/hallucinations
- Rétention aiguë urinaire
- Prurit, sueurs
- Troubles cognitifs (mémoire, concentration...)
- Myoclonies

SIGNES DE SURDOSAGE EN CAS DE TRAITEMENT OPIOÏDE :

- Fréquence respiratoire < 8/mn

Remarque >

Le myosis est un signe d'imprégnation d'un traitement morphinique et non pas un signe de surdosage

Suivi de la douleur

Nom du patient.....


Dates >>							
Infirmiers >>							
Évaluation ⁽⁷⁾ des dernières 24 heures	Douleur de fond (de 0 à 10)						
	Nombre d'accès douloureux						
	Intensité des accès douloureux en dehors des soins de la toilette et des mobilisations (de 0 à 10)						
	Nombre de réveils nocturnes dus à la douleur						
	Douleur induite par les soins, la toilette, les mobilisations (O/N)						
	Le patient a-t-il des effets indésirables liés au traitement contre la douleur ?						
Actions (cf. p 9)	Appel vers le médecin traitant						
	Appel vers l'équipe de coordination du réseau, équipe mobile, référent douleur, autres...						
	Autres						
Date de la dernière ordonnance							
Traitement pris par le patient ⁽⁸⁾							

7. Évaluation à l'aide d'une échelle numérique (EN) ou échelle verbale analogique (EVA).
D'autres outils adaptés aux situations particulières sont à votre disposition.

8. Pour l'administration des traitements, se référer à l'ordonnance en cours.

Conseils pour l'adaptation du traitement de fond de la douleur nociceptive

Dimensions évaluées	Objectifs	Recommandations
Intensité de la douleur de fond dans la journée en dehors des soins et de la toilette	$\leq 4/10$	Si intensité > 4 : reconsidérer le traitement de fond (médecin traitant).
Accès douloureux dans la journée en dehors des soins et de la toilette et des mobilisations	Intensité des accès $\leq 4/10$	Si intensité > 4 et nombre d'accès > 4 : reconsidérer le traitement de fond (médecin traitant). Si intensité > 4 et nombre d'accès ≤ 4 : reconsidérer la posologie des interdoses (médecin traitant).
	Nombre d'accès ≤ 4	Si intensité ≤ 4 , quelque soit le nombre d'accès : il n'y a pas d'indication pour reconsidérer le traitement sauf demande du patient.
Nombre de réveils nocturnes dus à la douleur	0	Si'il y a un réveil nocturne lié à la douleur reconsidérer le traitement en fonction de la demande du patient (médecin traitant).
Existence d'une douleur induite par les soins ou la toilette ou les mobilisations (quelle que soit son intensité)	Non	Si oui : envisager l'administration anticipée d'interdoses si elles sont prévues dans la prescription.
Existence d'effets indésirables liés au traitement de la douleur	Mineurs ou absents	Si importants : cf. p 16 - 17



Douze fiches d'aide à la prescription : règles de prescription des opioïdes forts

Rappel des 3 niveaux de paliers

Palier	Traitements indiqués
1	Non morphiniques
2	Opioides faibles
3	Opioides forts



Remarque >

- Voie orale à privilégier
- Opioides forts à utiliser après échec du palier 2 bien conduit ou d'emblée en cas de douleurs intenses (cotée > 7 sur une échelle numérique)
- Possibilité d'associer les paliers 1 et 3
- Intérêt des coantalgiques (antispasmodiques, myorelaxants, AINS, corticoïdes, anxiolytiques, antidépresseurs...) dans certaines situations cliniques

Rédaction de l'ordonnance

- Utiliser des ordonnances sécurisées (bizones si ALD)
- Indiquer nom prénom âge du patient
- Rédiger la prescription en toutes lettres
- Respecter la règle des 28 jours pour les opioïdes forts PO et morphine injectable sur système actif continu
- Respecter la règle des 7 jours pour la morphine injectable en discontinu
- Préciser la date de la précédente ordonnance (en cours de validité) et inscrire « chevauchement d'ordonnance » en cas de chevauchement (nouvelle ordonnance pendant la période couverte par la précédente ordonnance d'opioïdes forts)



Initiation du traitement par opioïdes forts

TITRATION	EXEMPLE DE PRESCRIPTION
<p>Il existe plusieurs méthodes, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> → celle issue de l'EAPC⁽⁹⁾ version 2012 : <ul style="list-style-type: none"> • Oxycodone LI ou Morphine LI réparti toutes les 4 h sur 24 h. En cas de douleur persistante, prendre une dose de secours en respectant un intervalle libre entre 2 prises de 1h minimum. → celle préconisée par les experts membres du groupe de travail de mise à jour du SOR 2002 : <ul style="list-style-type: none"> • Oxycodone LI ou Morphine LI : au maximum 6 prises par jour en fonction des douleurs ressenties, avec un intervalle libre minimum de 1 heure entre les prises, sans dépasser 4 prises successives en 4 h avant d'en référer au médecin. <p>Si le malade n'est pas soulagé après 4 prises successives en 4 h, alors une réévaluation, éventuellement en hospitalisation, est nécessaire (SOR 2002)</p>	<p>→ Cinq milligrammes de morphine à libération immédiate, six doses par jour possibles en fonction des douleurs ressenties en respectant un intervalle libre d'1 heure minimum entre deux prises soit trente milligrammes par jour pendant 48 h.</p> <p>Prévenir le médecin si 4 prises successives en 4 h.</p>
<p>REEVALUATION</p>	
<p>→ le jour même si le patient n'est pas soulagé après 4 prises successives en 4 h → dans les 24 à 48 h dans les autres cas</p>	
ADAPTATION	EXEMPLES DE PRESCRIPTION
<p>→ si le nombre de doses LI est ≥ 4 doses/24 h :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit intégration des doses de Morphine LI ou Oxycodone LI à la Morphine LP ou Oxycodone LP • soit relais par patch Fentanyl transdermique (cf. p 18) <p>Prévoir systématiquement des interdoses LI pour les accès douloureux.</p> <p>Posologie de l'interdose = 1/10 à 1/6 de la dose LP par 24 h</p>	<p>→ J1 et J2: 6 x 5 mg = 30 mg consommés par jour</p> <p>→ Prescription à J3: Quinze milligrammes de morphine à libération prolongée matin et soir à 12 h d'intervalle et six interdoses par jour possibles de cinq milligrammes à forme libération immédiate, en respectant un intervalle d'1 heure minimum entre deux prises d'une interdose</p>
<p>→ si le nombre de doses LI est < 4 doses/24 h :</p> <ul style="list-style-type: none"> • continuer avec la forme LI à la même posologie 	<p>→ J1 et J2: 3 x 5 mg = 15 mg consommés par jour</p> <p>→ Prescription à J3: Continuer avec la forme LI à la même posologie = renouveler l'ordonnance précédente</p>

**Patient dit fragile**

Adulte > 70 ans, insuffisance hépatique sévère, insuffisance rénale, troubles métaboliques (hypercalcémie, hypoalbuminémie sévère) : privilégier la forme à LI et initier les traitements à des doses réduites et espacer les prises (toutes les 6 à 8 heures).

g. EAPC : European Association for Palliative Care

Médicaments antalgiques

	MOLÉCULE	GALÉNIQUE	DOSAGE	PIC D'ACTION	DURÉE	INFOS (effets indésirables cf. p 16 - 17)
PALIER 1	Paracétamol	gél, cp, poudre	500 mg-1 g	30 à 60 mn	4 à 6 h	Effet additif avec la morphine
		eff, suppo		15 à 60 mn		Délivrance hospitalière
		inj				
	AINS					
	Ibuprofène	cp, gél, susp	200 mg, 400 mg	60 mn	6 h à 8 h	Synergie avec la morphine
Ketoprofène	cp, gél, suppo, inj	50 mg, 100 mg 100 mg	60 mn 30 mn	8 à 12 h		
Nefopam Acupan®	amp inj	20 mg	30 à 60 mn	4 h	Voie orale (hors AMM) ou IVL (1H) ou perfusion continue (SE). 1 ampoule/4h x 6/j max	
PALIER 2	Tramadol					
	Topalgic®, Contramal®	gél, cp	LI: 50 mg LP: 100, 150, 200 mg	LI: 60 mn	4 à 6 h 12 h	Baisse du seuil épileptogène Délivrance hospitalière pour la forme injectable IVL (30 mn) toutes les 4 h ou IV continu Dose max PO = 400 mg, IV = 600 mg (320 mg de Sodium/cp eff)
		buvable	100 mg/ml (10 mg = 4 gtes)			
		injectable	100 mg/2 ml			
	Takadol®	cp eff	LI: 100 mg			
	Orozamudol®	orodispersible	LI: 50 mg			
	Paracétamol + Codéine					
	Dafalgan codéine®	cp, eff	500 mg/30 mg	60 mn	4 à 6 h	Attention aux doses totales de paracétamol 4 g/j max
	Klupal codéiné®	cp	600 mg/50 mg			
	Codoliprane®	cp	400 mg/20 mg			
Paracétamol + Tramadol Ixprim®Zaldiar®	cp	325 mg/375 mg	60 mn	4 à 6 h		
Dihydrocodéine Dicodein®	cp	LP 60 mg	2 h	12 h		
Paracétamol + Opium + Caféine Lamaline®	suppo	500 mg/15 mg/50 mg	1h	4 h		
Gél	300 mg/10 mg/30 mg					

PALIER 3	Morphine LP					
	Skénan®	gél	10, 30, 60, 100, 200 mg	2 h	12 h	Possibilité d'ouvrir la gélule
	Moscontin®	cp	10, 30, 60, 100, 200 mg		12 h	Ne pas écraser
	Morphine LI					
	Actiskenan®	gél	5, 10, 20, 30 mg			Possibilité d'ouvrir la gélule
	Sévrédol®	cp	10, 20 mg sécable			
	Oramorph®	buvable	10, 30, 100 mg/5 ml (unidose) 20 mg/ml flacon	30 à 45 mn	4 h	Moins d'erreur de dosage avec le flacon d'Oramorph® 20 mg/ml (4 gtes = 5 mg) par rapport aux unidoses
	Chlorhydrate de Morphine	SC IV	1, 10, 20, 40, 50 mg/ml	20 à 40 mn 10 à 20 mn	4 h	Possibilité de PCA (cf. p 26)
	Oxycodone					
	Oxynorm®	gél sol buv	5, 10, 20 mg 10 mg/ml	30 à 45 mn	4 à 6 h	Délivrance hospitalière
	Oxynormo® LI	cp orodispersible	5, 10, 20 mg	30 à 45 mn	4 à 6 h	
	Oxycontin® LP	cp	10, 20, 40, 80, 120 mg		12 h	Ne pas écraser
	Chlorhydrate d'oxycodone	IV SC	10 mg/ml, 50 mg/ml	10 à 15 mn 20 à 30 mn	4 h	Délivrance hospitalière, PCA possible
	Hydromorphone Sophidone®	gél	4, 8, 16, 24 mg	2 h	12 h	
	Fentanyl Transdermique Durogésic®, Matrifen®, Fentanyl Sandoz®, Fentanyl Winthrop®, Fentanyl Ratio- pharm®	patch	12, 25, 50, 75, 100 µg/h	12 à 18 h (pour le 1er patch)	72 h	Ne pas changer de marque de patch en cours de traitement. Ne pas utiliser pour des douleurs instables
	Fentanyl Transmuqueux					
	Abstral®	cp sublingual	100, 200, 300, 400, 600, 800 µg	10 à 15 mn	2 h à 4 h	Muqueuse buccale bien hydratée
Effentora®	cp gingival	100, 200, 400, 600, 800 µg	10 mn	2 h		
Instanyi®	pulvérisation nasale	50, 100, 200 µg	10 à 15 mn	2 h à 4 h	Auto administration (non adaptée pour un patient dépendant)	
Pecfent®	pulvérisation nasale	200, 400, 600, 800, 1200, 1600 µg	15 à 30 mn	2 h à 4 h		
Fentanyl Sufentanil	amp injectable IV	100, 500 µg	30 s à 1 min	20 à 30 mn	Délivrance hospitalière PCA possible	

La liste des médicaments cités n'est pas exhaustive

Fiches d'aide à la prescription

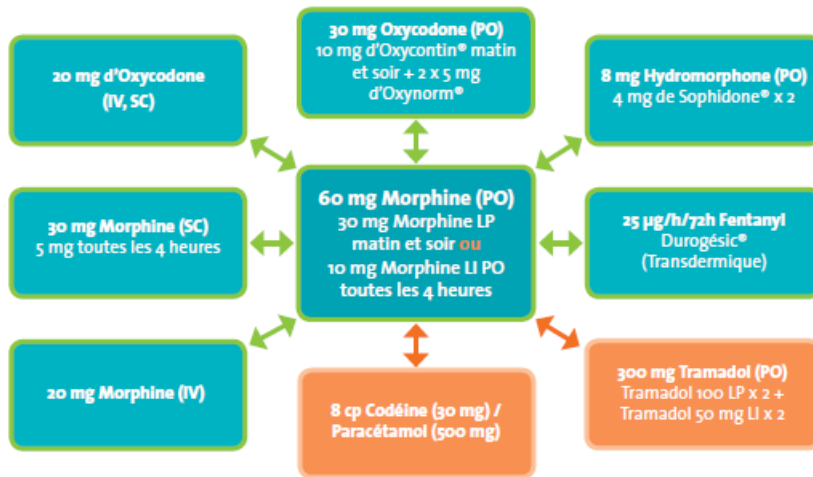
Équivalences

Morphine PO Dose/24 h	Morphine SC Dose/24 h	Morphine IV Dose/24 h	Oxycodone PO Dose/24 h	Oxycodone SC OU IV Dose/24 h	Hydro- morphone PO	Fentanyl Trans- dermique
	1/2 dose morphine PO	1/3 dose morphine PO	1/2 dose morphine PO	1 dose de morphine IV		
60 mg	30 mg	20 mg	30 mg	20 mg	8 mg	25 µg/h/72 h
120 mg	60 mg	40 mg	60 mg	40 mg	16 mg	50 µg/h/72 h
240 mg	120 mg	80 mg	120 mg	80 mg	32 mg	100 µg/h/72 h

À noter >

- En cas de conversion du patch de Fentanyl vers la morphine préférer des doses minorées.
- Pour plus de détails, se référer par exemple à la table pratique d'équianalgésie (réf. p 33)

EXEMPLE D'ÉQUIANALGÉSIE



↔ Conversion validée par les études (cf. tables d'équianalgésie) sachant que certains calculs peuvent varier d'une source bibliographique à l'autre.

↔ Conversion empirique, pas d'étude validée

Prévention et traitement des accès douloureux

Principe >

- Identifier la nature de la douleur à l'aide d'outils d'évaluation reproductibles (cf. pages 5-6)
- Prévoir des doses de secours et les définir (médicament, dose, intervalle, durée de prescription)

Recommandations >

Molécules antalgiques d'action rapide et de durée d'action courte: le premier choix est la morphine ou oxycodone orale LI.

Ex: Pour un patient avec patch de Fentanyl 25 µg/h/72 h (Équivalence morphine PO: 60 mg/24 h): Interdose 1/10^e. On peut choisir une interdose de 5 mg de morphine PO par accès avec un intervalle minimal entre deux interdosés de 1h sans dépasser 4 prises en 4 h (SOR 2002).

PRÉVENTION DE LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS ET MOBILISATIONS

- Vérifier la bonne installation du patient
- Identifier les soins techniques ou les gestes potentiellement douloureux

Ex: ponction veineuse ou artérielle, injection intramusculaire ou sous cutanée, ponction d'ascite, pansements, retrait d'adhésifs, aspiration nasopharyngée, pose et retrait de sonde (gastrique, urinaire), extraction de fécalome, mobilisations (toilettes, changes, transferts, etc.), actes de kinésithérapie motrice ou respiratoire...

- Réévaluer l'indication des soins techniques ou du geste
- Expliquer aux soignants, au patient et à son entourage les modalités pratiques du geste et les modalités du traitement antalgique préventif, en tenant compte du rythme et de l'expression du vécu douloureux du patient
- Proposer une thérapeutique antalgique
 - Traitement local:
 - Lidocaïne, Prilocaine: EMLA® patch délai 1h 30 à 2 h sur peau saine (ponction d'ascite,...)
 - Xylocaïne visqueuse (sur des zones peu étendues)

- PO: morphine ou oxycodone orale LI 45 minutes à 1 heure avant le soin
- injectable: administration d'un bolus (15 mn en IV et 30 mn en SC avant le soin)
- MEOPA: possible en ville depuis novembre 2010 (sortie de la réserve hospitalière), actuellement uniquement possible avec une HAD
- Anxiolyse si besoin⁽¹⁰⁾:
 - Privilégier une molécule d'action rapide, de demi-vie courte, sublinguale si possible, 1h avant le soin:
 - Alprazolam 0,25 mg (demi-vie entre 10 et 20 h),
 - Midazolam 2,5 mg SC⁽¹¹⁾ (demi-vie de 4 h)

Focus sur le MEOPA >

- Mélange équimoléculaire d'oxygène et protoxyde d'azote
- Administration sur prescription médicale par du personnel médical et paramédical formé
- Action anxiolytique et antalgique rapide et réversible
- Durée du traitement de 45 minutes à une heure
- Attention à la potentialisation avec les psychotropes et morphiniques

ACCÈS DOULOUREUX PAROXYSTIQUE: ADP

! Le traitement des ADP ne concerne que les patients qui ont une douleur de fond contrôlée par un traitement opioïde fort efficace.

Focus sur l'ADP > exacerbation transitoire et de courte durée de la douleur, d'intensité modérée à sévère.

Les ADP peuvent être spontanés et imprévisibles.

Ils peuvent aussi être prévisibles et survenir lors d'actions volontaires du patient ou être provoqués par des soins ou des actes médicaux. Si la douleur de fond n'est pas bien contrôlée il ne s'agit pas d'ADP: il peut s'agir d'un traitement inadapté, de l'évolution de la maladie ou d'un échappement thérapeutique.

Traitement > Fentanyl Transmuqueux (cf. p 13)

10. Utilisation de l'effet amnésiant des benzodiazépines

11. Délivrance hospitalière

Effets indésirables des opioïdes

Principe >

Certains effets indésirables sont transitoires en début de traitement et ne justifient pas l'arrêt des opioïdes

Recommandations ⁽¹²⁾ >

- Différencier « effets indésirables » et « surdosage »
 - Prévenir les effets indésirables et les corriger quand la douleur est contrôlée
 - Anticiper les situations d'insuffisance rénale
 - Tenir compte des interactions médicamenteuses
- Ex: paracétamol potentialise les opioïdes et les opioïdes potentialisent les benzodiazépines.*
- Toujours rechercher d'autres étiologies (organique, métabolique, autre pathologie: hypothyroïdie, médicamenteuse, autre).
 - Surveiller régulièrement les effets indésirables sur un support en lien avec l'évaluation de la douleur et le traitement pris (cf. p 7)

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES RENCONTRÉS.....

• • • Constipation

Très fréquente, non dose-dépendante, liée à la diminution des sécrétions et des mouvements péristaltiques et activation des sphincters.

! Prévenir la constipation en prescrivant systématiquement un laxatif dès l'initiation du traitement par opioïdes:

- Laxatifs osmotiques, effet à 48 heures: Forlax®, Movicol®, Importal®, Transipeg®: 2 sachets le matin, Duphalac®, Lactulose® 1 à 2 sachets x 3/j
- Laxatifs stimulants, effet à 12 h: Peristaltine®: 1 à 2 cp le soir
- Lavement si pas de selles depuis plus de 5 jours: Microlax®, puis Normacol® si inefficace TR au moindre doute (risque de fécalome)
- Si la réponse aux laxatifs habituels a été insuffisante: Bromure de Méthynaltrexone (Relistor®):
Administration par voie SC de 8 mg (0,4 ml) à 12 mg (0,6 ml) selon le poids:
> 1 dose unique un jour sur deux ou à intervalles plus long selon le besoin clinique
> 2 doses consécutives à 24 heures d'intervalle seulement si aucun effet (reprise du transit) n'a été observé avec la dose de la veille.

Focus sur Bromure de Méthynaltrexone>

Antagoniste sélectif périphérique des récepteurs μ aux opioïdes indiqué dans le traitement de la constipation liée aux opioïdes chez les patients présentant une pathologie à un stade avancé et relevant de soins palliatifs, lorsque la réponse aux laxatifs habituels a été insuffisante. Effet indésirable fréquent: douleur abdominale.

• • • Nausées - Vomissements

Dans 1/3 des cas en début de traitement ou d'augmentation de dose.

- Prescription d'agonistes de la dopamine: Metoclopramide (Priméran®), Metopimazine (Vogalène®), Dompéridone (Motilium®): à prendre systématiquement avant les repas pendant 5 jours, privilégier la forme suppo ou Lyoc
- Si vomissement rebelle: Neuroleptiques 1 à 10 mg/j

Ex: Halopéridol (Haldol®) 2 mg/ml (10 gouttes = 1 mg): 5 gouttes x 4/j pour débiter, puis ajuster la dose ou démarrer de 2 mg à 5 mg en SC ou IVL (hors AMM).

12. Pas d'attitude consensuelle sur la conduite à tenir

••• Somnolence et baisse de la vigilance

Fréquente en début de traitement (1^{re} semaine) puis s'estompe. Elle peut traduire une dette de sommeil ou une tendance à la sieste lorsque le patient est inactif. Si persistance mesurer la FR (sans stimuler le patient) car c'est peut-être le premier signe de surdosage (cf. ci-dessous)

••• Baisse de la fréquence respiratoire

FR = 10 à 15/minutes = fréquence normale sous opioïdes (N = 15 à 20)

Fréquence respiratoire < 8: possibilité exceptionnelle de surdosage, protocole Naloxone - Narcan® (cf. p 32): 1 ampoule de 0,4 mg dans 10 ml Na Cl puis injecter IV 1 ml/2 mn jusqu'à FR > 10

••• Hallucinations / Agitations / Cauchemars / Angoisse

- Informer le patient et son entourage
- Rechercher les manifestations car le patient en parle rarement spontanément
- Vérifier les doses de traitement, l'état d'hydratation et la calcémie
- Traitement : Halopéridol 0,5 à 10 mg 1 à 3/j

Ex: Halopéridol 2 mg/ml : 5 gouttes / prise (10 gouttes = 1 mg)

> En cas d'agitation, éliminer un fécalome et/ou rétention aiguë d'urine

••• Rétention aiguë d'urine

Dose dépendante. Plus fréquente chez les personnes âgées, y penser devant une agitation inexpliquée.

Risque majoré par fécalome, adénome prostatique ou par prise conjointe d'anticholinergiques.

Traitement :

- Sondage urinaire transitoire,
- Possibilité de prescription d'alphabloquant.

Recommandation > Prévoir la prescription anticipée du matériel nécessaire pour un sondage urinaire.

••• Prurit

Rarement rencontré, peut survenir en début de traitement. Si invalidant : effectuer une rotation des opioïdes (cf. p 19).

Fentanyl Patch

Dosages : patch de 12, 25, 50, 75 et 100 µg/h/72 h

Principes >

- Réservé à l'adulte, lors des douleurs stables et chroniques d'origine cancéreuse, en relais d'un traitement antalgique
- Utilisation initiale possible dans les situations de douleur stable et si recours à la voie orale difficile
- Délai d'action (pour le 1^{er} patch et lors des augmentations de doses) 12 h à 18 h et persistance d'action 12 h après le retrait du patch



- Contre-indications : dépression respiratoire
- Pas d'initiation avec le Fentanyl transdermique :
 - chez la personne très âgée (cf. p 24 - 25)
 - chez le patient ayant un poids < 50 kg et naïf de morphine
- Risque de surdosage chez le cirrhotique, l'insuffisant hépatique
- Dispositif matriciel transparent : attention aux oublis sur le patient
- Changer de site lors des changements de patch
- Ne pas appliquer le patch sur des zones œdématisées
- En cas de fièvre risque d'inefficacité au 3^e jour

POSOLOGIE

- Déterminer la dose d'équivalent morphinique oral en fonction de l'opioïde fort utilisé au préalable (cf. p 14)
- Déterminer la dose du patch à utiliser, en fonction de la dose d'équivalent morphinique oral/24 heures préalable (cf. p 14)
- Principe du relais :
 - Si antalgique de palier II à la dose maximale : commencer par un patch de 12 ou 25 µg/h en continuant l'antalgique de palier II pendant 12 h
 - Si opioïde fort SC ou IV : arrêter l'opioïde fort 6 h après la pose du patch, laisser les interdoses
 - Si opioïde fort oral : donner la dernière dose LP en même temps que la pose du patch

ADAPTATION DE LA POSOLOGIE ET TRAITEMENT D'ENTRETIEN

Prescription anticipée d'interdoses d'opioïdes forts à libération immédiate en cas de douleur (1/10 de la dose journalière d'équivalent de morphine orale). Réévaluation du patch à J3

Fentanyl Dose (µg/h)	Interdose en équivalent morphine orale en mg		Si ≥ 4 interdoses passer à une dose de Fentanyl (µg/h) à J 3 de la pose précédente
	1/10 de la dose par 24 h	1/6 de la dose par 24 h	
12		5	25
25	5	10	50
50	10	20	75
75	15	30	100
100	20	40	150
150	35	60	225

Recommandation > Si les douleurs récidivent systématiquement entre la 48^e et 72^e heure : augmenter le patch au dosage supérieur et si persistance du phénomène et/ou effet secondaire, alors retourner au dosage initial, mais en changeant le patch toutes les 48 h (exceptionnel).

ARRÊT DU TRAITEMENT

2 cas de figures :

- En cas d'inefficacité du traitement : rotation opioïde (cf. p 19)
- En cas de surdosage : retrait du patch et utiliser uniquement des interdoses d'opioïdes forts à libération immédiate à la demande avec réévaluation fréquente

Rotation des opioïdes

Définition >

Changement empirique d'un opioïde fort par un autre à dose équianalgésique après un délai d'environ 7 à 10 jours.

QUAND ?

- effets indésirables persistants malgré l'ajustement du traitement : troubles des fonctions cognitives, hallucinations, myoclonies, nausées, constipation opiniâtre.
- résistance à l'opioïde utilisé : absence d'efficacité malgré une augmentation régulière des doses.



À vérifier en cas de résistance ou d'intolérance

- | | |
|---|---|
| - Horaires des prises respectés ? | - Autre problème d'absorption (vomissements, etc.) ? |
| - Doses respectées ? | - Réticence psychologique ? |
| - Interdoses respectées ? | - A-t-on utilisé les ressources des coantalgiques ? |
| - Confusion de forme galénique LI/LP ? | - Existe-t-il une autre cause d'effets indésirables (vomissements dans hypercalcémie par exemple) ? |
| - Association à un antagoniste ? (Nubain®, Subutex®, Temgésic®) | - Y a-t-il une anxiété sous-jacente importante qui gêne l'évaluation ? |
| - Composante neuropathique ? | - Les effets secondaires sont-ils traités ? |
| - Dysphagie ? | |
| - Dysperméabilité de sonde gastrique ? | |

COMMENT ⁽¹³⁾ ?

- soit en changeant de produit (morphine, fentanyl, hydromorphone et oxycodone)
- soit en changeant de voie d'administration : orale, transdermique, sous-cutanée ou intraveineuse (PCA, avec ou sans bolus).



- Privilégier la sécurité à la rapidité d'action en préférant la valeur faible des coefficients de conversion.
- Attention aux délais d'action de chaque molécule.

Règles de rotation Fentanyl patch/opioïde fort LP :

- Opioïde fort LP → fentanyl patch : pose de patch lors de la dernière prise d'opioïde fort LP
- Fentanyl patch → opioïde fort LP : première prise de l'opioïde fort LP 12 h après le retrait du patch avec interdoses d'opioïde fort à libération immédiate de 1/10e de la dose des 24 h par prise

Focus sur la Kétamine et la Méthadone ⁽¹⁴⁾ >

- Ces traitements peuvent être envisagés dans le cas de douleurs rebelles, après évaluation par une équipe hospitalière spécialisée qui les initiera.
- Ces traitements ne doivent être prescrits qu'en dernier recours après rotation des opioïdes et traitement adjuvant bien conduits.

13. Pas de critère de choix validé permettant de privilégier l'ordre ou le choix des opioïdes

14. Il n'existe pas de consensus concernant les protocoles de conversion d'un traitement opioïde vers la kétamine et la méthadone.

Traitement antalgique des métastases osseuses

Définition >

C'est une douleur nociceptive qui peut s'accompagner de douleur neuropathique en cas de compression des structures nerveuses.

TRAITEMENTS SPÉCIFIQUES

- Radiothérapie externe :
 - action antalgique dans 85 à 90 % des cas dans les 3 semaines qui suivent les séances.
 - Possibilité de recrudescence douloureuse juste après la séance → Prévoir une prescription anticipée avec une augmentation des doses de médicaments antalgiques pendant 24 à 48 h.
- Chirurgie :
 - en urgence à visée décompressive si compression médullaire
 - préventive d'une lésion ostéolytique d'un os porteur (enclouage) suivie d'une irradiation postopératoire systématique
 - injection de ciment chirurgical en intra-osseux (lyse isolée des corps vertébraux)
- Chimiothérapie palliative possible, à visée antalgique et dans l'objectif du ralentissement de l'ostéolyse.

MÉDICAMENTS ANTALGIQUES

En monothérapie ou en association :

- Morphine ou Oxycodone d'emblée, si la douleur est très intense (EN > 7) :
 - PO : opioïdes forts avec prescription d'une dose de base (cf. p 11) et d'interdoses notamment avant la mobilisation, les déplacements, les soins, et les situations algogènes remarquées par le patient.
 - voie SC ou IV continue si PO impossible : opioïdes forts avec pompe PCA et autogestion par le patient possible.
- Paracétamol : action synergique avec les opioïdes forts
- Corticoïdes :
 - PO : Prednisone ou Prednisolone à 1 mg/kg/j
 - Par voie parentérale : la méthylprednisolone peut être administrée jusqu'à des doses élevées de 2 à 3 mg/kg/j
- AINS :
 - Prescrire une protection gastrique systématique par un IPP et des pansements gastriques si besoin
 - Disposer d'une clairance de la créatinine avant traitement et la surveiller.
 - Éviter l'association avec les anticoagulants.
 - Possibilité de bolus IV de Kétoprofène si métastases hyperalgiques
- Bisphosphonates : Clodronate et Acide zolédronique
 - Indication dans le traitement palliatif des ostéolyses néoplasiques avec ou sans hypercalcémie, en association à un traitement antalgique conventionnel.
 - Préférer la voie IV, compte tenu de la faible absorption par voie digestive.
 - Instaurer le traitement en tenant compte de l'espérance de vie, de la localisation des métastases osseuses, de l'importance du risque fracturaire et en connaissant le risque induit possible d'ostéonécrose de la mâchoire.
 - Posologie :
 - Clodronate (Clastoban®) : 1040 mg à 2080 mg/j PO
 - Acide zolédronique (Zometa®) : 4 mg en IV toutes les 4 semaines



- La douleur des métastases osseuses est souvent résistante à la morphine seule.
- Les morphiniques sont le traitement de choix en association avec les anti-inflammatoires (stéroïdiens ou non).
- Les douleurs nocturnes sont fréquentes.

Traitement de la composante neuropathique éventuellement associée (cf. p 23).

Carcinose péritonéale

Remarque >

- Entraîne une douleur nociceptive associée à un syndrome subocclusif ou occlusif.

MÉDICAMENTS ANALGIQUES

! Ne pas utiliser la voie orale (car nausées ou vomissements).

- En cas de douleurs instables → Privilégier une analgésie par PCA IV ou à défaut SC
Traitement: Chlorhydrate de morphine: voie SC avec utilisation d'un infuseur type Baxter sur site fixe ou avec une PCA; voie IV avec PCA après titration (cf p. 11)
- En cas de douleurs stables → Privilégier la voie transdermique en relais d'une titration de morphine, avec respect des équivalences (cf. p 14). Moins d'effet constipant.

MÉDICAMENTS ANTISÉCRÉTOIRES

Intérêts >

- Diminution des sécrétions digestives et donc des nausées et vomissements
- Effet antalgique par effet antispasmodique.

Traitements >

- Première intention: Scoburen (butylbromure de scopolamine)
 - Ne passe pas la barrière hématoencéphalique
 - Posologie: 4 ampoules à 20 mg soit 80 mg/24 h dans les flacons de perfusions ou en PSE en IV ou SC, à adapter selon fonction rénale.
 - Réévaluer après 3 jours
 - Effets indésirables: ceux des atropiniques.
- Deuxième intention (coût élevé): Octreotide (Sandostatine - analogue de la somatostatine)
 - Posologie: 150 µg matin et soir à 12 h d'intervalle en SC (l'injection peut être douloureuse) ou 300 µg en continue en IV ou en PSE⁽¹⁵⁾ sur 24 heures (maximum 600 µg/jour).
 - Ne pas mélanger avec d'autres produits.
 - Relais possible par voie LP en cas de stabilité clinique.
- Troisième intention (effets indésirables plus importants): Scopolamine (hydrobromure de scopolamine);
 - risque d'effets centraux car passage facile de la barrière hématoencéphalique.
 - Posologie: 0,5 mg/8 h ou IV continue ou IV lente.

CORTICOTHÉRAPIE

Traitement >

- Solumedrol® (méthylprednisolone):
- Posologie: 1 à 4 mg/kg/jour en SC (le volume injecté ne peut dépasser 2 ml) ou IVL, en 1 injection le matin, en fonction de la tolérance psychique.
 - Efficacité à juger au bout de 8 jours et à arrêter si inefficace.

MÉDICAMENTS ANTIÉMÉTIQUES

! Éviter de prescrire les antiémétiques qui augmentent le péristaltisme

Ex: Metoclopramide, Metopimazine, Dompéridone

- Préférer les antiémétiques d'action centrale:
- Halopéridol: 3 à 15 mg/24 h en SC (hors AMM) directe ou en perf SC continue ou discontinue ou IV continue.
 - Chlorpromazine (Largactil®): 12,5 à 50 mg/24 h par voie IV

SOINS DE BOUCHE

→ Prescription systématique - ex: solution Bicarbonate de sodium 14%

TRAITEMENT DU SYNDROME OCCLUSIF OU SUB-OCCLUSIF

- En cas d'occlusion basse incomplète: utiliser des laxatifs osmotiques, lubrifiants ou lavements et éviter les laxatifs qui augmentent la motricité intestinale
- Limiter les apports hydriques pour réduire les sécrétions, laisser au patient le choix de garder ou non des prises alimentaires PO même en cas d'occlusion complète (importance symbolique, aliments qui font encore plaisir mais informer sur les risques de vomissements)
- En cas de vomissements fécaloïdes répétés ou des vomissements fréquents sur une occlusion haute: poser une sonde naso-gastrique en aspiration (à discuter avec le patient et en équipe)
- Prescrire un Inhibiteur de la pompe à proton (IPP)

15. Pousse Seringue Electrique

Douleur neuropathique : diagnostic et règles de prescription de traitements médicamenteux

Définition >

Toute douleur pouvant être mise en rapport avec une lésion du système nerveux central ou périphérique.

Les douleurs neuropathiques répondent à des caractéristiques cliniques (hypoesthésie, anesthésie, allodynie...) permettant de les différencier des douleurs par excès de nociception. Toutes les caractéristiques ne sont pas nécessairement réunies chez un même patient.

Elles peuvent être associées aux douleurs par excès de nociception comme dans les douleurs chroniques d'origine cancéreuse, appelées alors douleurs mixtes.

Le délai entre la lésion neurologique et l'apparition de la douleur est très variable : de quelques jours à plusieurs mois.

Diagnostic >

Utiliser le questionnaire DN4 : outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques (cf. p 6). Pour estimer la probabilité de l'existence d'une douleur neuropathique concernant un même territoire neurologique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions par « oui » ou « non » c'est-à-dire présence ou non d'un symptôme dans la zone douloureuse.

L'examen clinique reste simple.

Si score du patient $\geq 4/10$: test positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %) donc probabilité d'une composante neuropathique dans la douleur.

Règles générales >

- Se fixer des objectifs réalistes compte tenu de l'efficacité souvent partielle des traitements.
- Les traitements spécifiques des douleurs neuropathiques sont les antidépresseurs tricycliques et les antiépileptiques.
- Adapter de manière progressive les traitements antidépresseurs et antiépileptiques : effet antalgique retardé (une dizaine de jours).
- En première intention : préférer la monothérapie car aucune étude n'a montré à ce jour l'intérêt d'associer d'emblée deux médicaments dans les douleurs neuropathiques.
- En cas d'efficacité partielle d'un traitement : proposer des associations médicamenteuses aux mécanismes d'action complémentaires.
- En cas de douleurs cancéreuses mixtes, préférer le Tramadol et l'Oxycodone pour le choix de l'antalgique.
- Prendre en compte et traiter les conséquences psychoaffectives de la douleur : le traitement médicamenteux doit toujours se concevoir dans le contexte d'une prise en charge globale.

Médicaments de la douleur neuropathique

Principe >

- Utiliser une seule molécule jusqu'à la dose efficace

LES ANTIÉPILEPTIQUES

Molécules	Dose quotidienne	Surveillance	Commentaires
Pregabaline Lyrica®	1 à 2 prises /jour J1-J2: 1 à 2 x 25 mg Augmenter progressivement (intervalle minimum de 4 à 7 jours) par palier de 25 mg Dose maximale: 600 mg/j	À adapter selon la fonction rénale (cf. Vidal)	Si mauvaise tolérance (sommolence, impression vertigineuse, confusion...): repasser au palier précédent Effet anxiolytique
Gabapentine Neurontin®	J1 à J3: 1 x 300 mg J4 à J6: 2 x 300 mg J7 à J13: 3 x 300 mg J14 et +: 3 x 400 mg	À adapter selon la fonction rénale (cf. Vidal)	Sommolence surtout en début de traitement. Peu d'effets indésirables Arrêt progressif Effet anxiolytique

LES ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES



- Dose à visée antalgique < dose à visée antidépressive.
- Efficaces lorsqu'il existe une lésion neurologique.
- Risque glaucome, rétention urinaire

Molécule	Posologie	Commentaires
Amitriptyline Laroxyl®	Une prise le soir, début 5 à 10 mg/jour (1 goutte = 1 mg), en augmentant progressivement de 1 à 2 mg/jour ou par palier de 5 mg tous les 4 jours jusqu'à maximum toléré par le malade ou dose efficace. Dose maximale: 100 mg /jour	Efficace si douleur, continue, notamment à type de brûlure.
Clomipramine Anafranil®	Débuter à 10 mg/jour pendant une semaine. Augmenter progressivement par paliers de 10 à 25 mg toutes les semaines, selon la tolérance. La posologie est individuelle (10 à 150 mg par jour)	Donner de préférence le matin
Imipramine Tofranil®	Débuter 10 à 25 mg /jour, pendant une semaine. Progressivement augmenter par paliers de 10 à 25 mg toutes les semaines, selon la tolérance. La posologie est individuelle (25 à 300 mg/jour).	

EMPLÂTRES DE LIDOCAÏNE 5 % : VERSATIS®

- Indication dans l'allodynie (AMM actuelle pour le Zona). Peu de passage systémique
- Un emplâtre pendant 12 h sur peau saine (3 compresses simultanées max)

Douleur chez la personne âgée

Évaluation de la douleur >

- Évaluer de manière systématique même quand le patient ne se plaint pas de douleur
- Utiliser une échelle d'évaluation adaptée à la personne non communicante (Algoplus, ECPA)
- Recueillir si possible l'avis de la famille et des soignants présents lors de l'évaluation
- Agitation isolée = douleur jusqu'à preuve du contraire : rechercher une étiologie (rétention aiguë d'urine, constipation, troubles ioniques...) et prescrire de manière systématique un traitement antalgique avant tout neuroleptique.

Focus échelles d'évaluation de la douleur >

- Algoplus (douleur aiguë) :
 1. Visage : froncement de sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé
 2. Regard : regard inattentif, fixe, lointain, ou suppliant, pleurs, yeux fermés
 3. Plaintes orales : « Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris
 4. Corps : retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées
 5. Comportements : agitation ou agressivité inhabituelle, agrippement
- ECPA : Échelle Comportementale de la Personne Âgée
 Cette échelle est divisée en deux parties : une partie en dehors de soins et une partie pendant les soins, ces deux parties sont à coter bien distinctement. Le score varie de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale). Elle est utilisée préférentiellement pour les patients ayant des soins potentiellement douloureux.

TRAITEMENT DE LA DOULEUR DE NOCICEPTION

Principe >

- Surveiller l'albuminémie et la fonction rénale.
- Le choix de la molécule se fera en fonction des co-morbidités de la personne âgée.
- Il est possible de passer du palier 1 au palier 3 du fait de la mauvaise tolérance des médicaments de palier 2 chez les personnes âgées démentes.
- Penser à la Kinésithérapie et psychomotricité à visée antalgique.

Palier 1 : Paracétamol toujours utile

Palier 2 : (souvent mal toléré et risques d'interactions médicamenteuses)

- Codéine : risque de constipation (laxatifs à prescrire)
- Tramadol U : à tester à très petite dose (penser à la forme buvable pédiatrique) puis augmenter progressivement. Moins bien toléré sur le plan digestif et cognitif.

Palier 3 : Opioides forts

- Initiation du traitement par morphine orale au domicile (cf. p 11)
 Titration fine possible avec Oramorph® forme buvable, flacon de 20 ml/mg (1 goutte = 1,25 mg de morphine PO). Possibilité de donner sur un sucre en raison du goût amer.



Le Fentanyl transdermique (Durogesic®):

- ne doit pas être utilisé pour initier le traitement
- Intérêt en relais d'un traitement morphinique d'au moins 30 mg/24 heures dans les douleurs cancéreuses stables.

• Prévention et traitement des effets indésirables:

- Nausées (fréquentes) et vomissements (rares) se manifestant chez le sujet non communiquant par un arrêt de l'alimentation
- Vérifier la natrémie et la calcémie pour éliminer une étiologie métabolique

Traitement >

- Métopropramide PO ou suppo
- Si inefficace Halopéridol PO 2 mg/ml, 5 gouttes 1 à 3 x/jour ou Halopéridol SC (hors AMM) 2,5 mg x 2/24 h. Tenir compte de l'effet sédatif.
- Constipation: (cf. p 16). TR au moindre doute pour éliminer fécalome, surtout si agitation inhabituelle ou rétention d'urine
- Rétention urinaire
 - Risque accru si association à des traitements à effet anticholinergique (antidépresseur tricyclique, scopolamine)
 - Prescription anticipée de matériel de sondage: kit et sonde (16 CH par exemple)
 - Sondage à demeure à discuter si sujet grabataire
- Réévaluation de l'efficacité et des effets indésirables dans les 12 à 24 h
- Ne débiter le traitement que sous contrôle d'une tierce personne prévenue des éventuelles hallucinations qui peuvent survenir.
- En début de traitement, faire la différence entre troubles de la vigilance et récupération d'une dette de sommeil.

TRAITEMENT DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE (cf. p 22 - 23)

- Pregabaline (Lyrica®): adapter la posologie selon la fonction rénale.
- Gabapentine (Neurontin®): adapter la posologie selon la fonction rénale. Une somnolence, un œdème périphérique et une asthénie sont plus fréquents chez le sujet âgé.

TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION ET DE L'ANXIÉTÉ

- Fréquente et souvent masquée. Participe au syndrome douloureux.

Aide-mémoire pour la prescription à domicile d'une pompe à morphine

La PCA (Patient Controlled Analgesia : anal-gésie autocontrôlée par le patient) est un mode d'administration de la morphine qui permet au patient de recevoir un débit continu de morphine et, par auto-adminis-tration, des doses unitaires supplémentaires de morphine (bolus ou interdoses).

A l'aide d'une pompe portable la morphine est administrée par voie sous-cutanée ou intraveineuse si le patient est porteur d'une chambre implantable ou d'un cathéter veineux central.

Principales indications chez un patient douloureux et atteint de cancer :

- accès douloureux paroxystiques fréquents nécessitant des doses d'antalgiques rapidement efficaces
- voie orale impossible ou difficile à maintenir : dysphagie ou difficulté de déglutition, nausées et vomissements non contrôlés par un traitement symptomatique, malabsorption digestive, subocclusion ou occlusion digestive
- voie transdermique difficile ou contre-indiquée : nombre de patch accru, décollement par hypersudation, fièvre, peau lésée

Principales contre-indications :

- patient ou famille refusant la technique, non coopérant ou incapable de comprendre la technique

- patient ayant des troubles des fonctions supérieures
- absence de formation préalable du personnel médical et paramédical



L'utilisation d'une pompe PCA à domicile requiert la coopération étroite entre les professionnels, médecin, infirmier, pharmacien ou/et prestataire, en accord avec le patient.

Remarque >

La PCA peut être utilisée avec les autres opioïdes forts (oxycodone et fentanyl). Le raisonnement est le même mais les dosages sont différents. Ce chapitre traite uniquement la pompe à morphine.

L'aide-mémoire pour la prescription à domicile d'une PCA permet de suivre pas à pas les étapes de la prescription de morphine :

- calcul de la quantité de morphine à administrer en mg
- calcul du volume de solution de morphine à perfuser en ml
- rédaction des ordonnances pour l'infirmier et le pharmacien
- adaptation des doses



RESPALIF

Calcul de la quantité de morphine à administrer (en mg)

1^{re} étape : calculer le débit continu par heure (mg/h) et la dose journalière par 24 h (mg/h x 24 h)

Dans le cas où le patient prend déjà un traitement antalgique :

→ convertir la dose d'opiacé en équivalent morphine orale

Opioides	Coeff. (16)	Equivalent morphine orale
Oxycodone PO (17)	2	30 mg d'oxycodone PO = 60 mg de morphine orale
Hydromorphone	7,5	8 mg d'hydromorphone = 60 mg de morphine orale
Fentanyl Patch (Transdermique)		1 patch 25 µg/h de fentanyl tous les 3 jours = 60 mg de morphine orale /24 heures

Puis → convertir en fonction de la voie choisie (IV ou SC) en utilisant le tableau

Opioides	Coeff.	Equivalent morphine SC ou IV
Morphine orale	1/2	60 mg morphine orale = 30 mg morphine sous-cutanée
	1/3 ou 1/2	60 mg morphine orale = 20 mg ou 30 mg morphine intraveineuse

2^e étape : définir les trois caractéristiques des bolus et calculer la quantité de morphine nécessaire par 24 heures si le patient effectue tous les bolus possibles.

- La dose du bolus (quantité de morphine par bolus) (18)

En pratique, deux modalités de calcul sont possibles. Elles n'ont pas fait l'objet d'une comparaison méthodologiquement rigoureuse :

- soit des bolus de 1/10e (10 %) de la dose journalière,
- soit des bolus de 1/24e de la dose journalière (= dose du débit horaire)

- La durée de la période réfractaire entre deux bolus

La période réfractaire est la période pendant laquelle la pompe ne permet pas au patient de s'administrer de bolus.

Sa durée est fonction de la voie d'administration et de la posologie du bolus choisie :

- soit 20 à 30 mn pour la voie IV (ou 30 à 40 mn pour la voie SC) si la dose du bolus est de 1/10e de la dose journalière.
- soit 10 à 20 mn pour la voie IV (ou 30 à 40 mn pour la voie SC) si la dose du bolus est de 1/24e de la dose journalière.

• Le nombre maximum de bolus par heure
La machine requiert un nombre maximum de bolus par heure. Il n'est pas strictement lié à la durée de la période réfractaire.

Ex. en IV on peut choisir un bolus toutes les 20 mn avec un maximum de 2 bolus par heure et non 3.

- calculer la dose totale de bolus de morphine par 24 heures que pourra recevoir le patient s'il effectue tous les bolus possibles

3^e étape : calculer la quantité totale de morphine (en mg) que le patient peut recevoir par 24 h (dose journalière par 24 heures + dose totale des bolus autorisées par 24 heures)

16. Coefficient de conversion approximatif des principaux opioïdes en équivalent morphine (source SFAP)

17. 10mg d'oxycodone PO = 6,5mg d'oxycodone IV ou SC

18. Recommandations de la SFAP de mars 2006 ; consulter <http://www.sfap.org>

Aide mémoire

Calcul du volume de solution de morphine à perfuser (en ml)



- N'utiliser qu'une seule concentration d'ampoules
- Ne pas effectuer de dilution, sauf pour des doses très faibles de morphine (débit 3mg/h)

1^{re} étape: Calculer les volumes possibles de solution (débit continu et bolus) pour chaque concentration d'ampoule disponible en ville (à l'aide de la « règle de 3 »).

Exemple avec une ampoule de concentration 10 mg/ml:

- 10 mg de morphine sont contenus dans un volume de 1 ml de solution
- 1 mg de morphine sera donc contenu dans un volume de 1/10 ml de solution de cette ampoule
- N mg de morphine seront contenus dans un volume de $N \times 1/10$ ml de solution de cette ampoule

Concentrations des ampoules en mg/ml	Volume en ml d'un débit continu par heure de N = -- mg	Volume en ml d'un bolus de N' = -- mg
10	---	---
20	---	---
40	---	---
50	---	---

2^e étape: Choisir la concentration des ampoules compatibles avec les limites ci-dessous :

- volume minimum identifiable et injectable par la pompe 0,1 ml
- volume minimum injectable par heure par voie IV 0,3 ml
- volume maximum injectable en 1 fois (bolus) par voie SC 2,0 ml

3^e étape: Choisir le volume du réservoir (cassette) pour une durée optimale de perfusion de 7 jours (en fonction du type de pompe et d'une durée maximum de stabilité de 7 j de la morphine en solution).

Volume des cassettes disponibles en fonction du modèle de pompe	
Cadd Legacy	50, 100 250 ml
Cadd Solis	50, 100 250 ml
Gemstar	poches sérum physio de 50, 100, 125, 250 poches souples à remplir
Rythmic Plus	poche de 160 ml

4^e étape: Choisir le volume des ampoules de morphine de concentration déterminée ci-dessus pour remplir complètement le réservoir puis calculer le nombre d'ampoules nécessaires.

Choix des ampoules de morphine injectable disponibles en ville

Concentration (mg/ml)	Volumes disponibles en ml	Quantité de morphine par ampoule en mg
10	5	50
	10	100
20	5	100
	10	200
40	10	400
50	10	500

Pour information en cas de PCA à oxycodone

Choix des ampoules d'oxycodone disponibles par rétrocession hospitalière

Concentration (mg/ml)	Volumes disponibles en ml	Quantité d'oxycodone par ampoule en mg
10	1	10
	2	20
	20	200
50	1	50

Rédiger les prescriptions pour le pharmacien et l'infirmier



- Ordonnance sécurisée, généralement bizona

ORDONNANCE DE MORPHINE (POUR LE PHARMACIEN)

Nom et prénom du patient Date

- Perfuser milligrammes de chlorhydrate de morphine par 24 h en continu avec bolus de milligrammes possibles par 24 heures
- Soit la quantité totale de milligrammes de morphine par 24 heures en continu à l'aide d'un système actif ambulatoire par voie QSP jours
- Soit ampoules de milligrammes par millilitre*.
- Soit la quantité totale de milligrammes de morphine à délivrer en fois

**Il est recommandé d'inscrire la quantité totale de morphine contenue dans une ampoule et le volume de l'ampoule*

ORDONNANCES DE LA PCA POUR LE PHARMACIEN OU LE PRESTATAIRE

- Forfait de mise à disposition d'un système actif ambulatoire à domicile
- Location de la pompe type pour une durée de (6 mois maximum)
- Accessoires de remplissage et de perfusion :
 - > réservoir(s) de millilitres ou poche(s) souple(s) de millilitres,
 - > prolongateur et seringue à verrou de 50 millilitres tous les jours
 - > deux sets de pose par semaine (si voie sous-cutanée)
- **ou**
 - > un set pour cathéter central tunnelisé tous les 3 jours (pour réfection du pansement)
- **ou**
 - > aiguille de Huber, un set de pose pour chambre implantable tous les 7 jours (si chambre implantable)
- tubulure anti-reflux avec valve anti-siphon (utilisation obligatoire en cas de perfusion concomitante)
- Consommables
 - Bétadine dermique flacons
 - Compresses stériles 7,5 x 7,5 par 100 paquets
 - Pansements adhésifs transparents boîtes

ORDONNANCE POUR L'ACTE INFIRMIER

• Faire pratiquer par un(e) IDE, à domicile, tous les jours y compris les week-ends et jours fériés pendant jours, la pose, l'organisation et la surveillance quotidienne d'une perfusion continue de morphine par système actif ambulatoire (PCA) par voie selon la prescription suivante :

- > Quantité totale de morphine du réservoir mg
- > Volume du réservoir ml
- > Concentration de morphine mg/ml
- > Débit continu par heure mg/h
- > Dose des bolus mg
- > Intervalle de temps entre deux bolus minutes
- > Nombre maximal de bolus par heure

Selon la voie, ajouter (fréquence variable selon les protocoles) :

- changement de site tous les 4 jours (si voie sous-cutanée)
- pansement du cathéter tous les 3 jours (si cathéter central)
- changement d'aiguille de Huber tous les 7 jours (si chambre implantable)

• Évaluation de la douleur et surveillance du traitement

Adapter les doses

- Lorsque le débit continu se révèle insuffisant, il est conseillé d'intégrer dans le débit continu seulement 50 % des bolus utilisés, par souci de sécurité à domicile (pratique fréquente sans consensus actuel).

REPÉRER LE SURDOSAGE

- La surveillance du surdosage s'impose même si les règles de prescription sont bien suivies. On reconnaît un surdosage devant l'apparition d'une somnolence qui précède toujours la survenue d'une bradypnée pouvant aller jusqu'à une dépression respiratoire avec une fréquence respiratoire inférieure à 8 inspirations par minute (cf. p 17)
- La somnolence doit être évaluée régulièrement avec l'utilisation de l'échelle de sédation de Rudkin :
 - Score de sédation :
 - 1: patient complètement éveillé et orienté
 - 2: patient somnolent
 - 3: patient avec les yeux fermés mais répondant à l'appel
 - 4: patient avec les yeux fermés mais répondant à une stimulation tactile légère (traction lobe de l'oreille)
 - 5: patient avec les yeux fermés mais ne répondant pas à une stimulation tactile légère

L'apparition d'une somnolence ≥ 2 sur l'échelle de la sédation nécessite l'arrêt et/ou l'ajustement des doses de morphine.

TRAITER LE SURDOSAGE

- Le traitement de la dépression respiratoire sévère (fréquence respiratoire < 8 /min) est assuré principalement par l'arrêt de l'opioïde, la stimulation du malade et l'injection de Naloxone®.
- La clinique et le contexte feront poser ou non l'indication de la Naloxone® car les conséquences peuvent être pénibles pour le patient avec risque de reprise brutale des douleurs et d'agitation par syndrome de sevrage.
- Il est conseillé en cas de protocole naloxone d'envisager une hospitalisation de quelques jours pour le patient.
- En l'absence de protocole validé dans la littérature, le « protocole Naloxone® » suivant est recommandé :
 - Préparation d'une ampoule de Naloxone® soit 0,4 mg ramené à 10 ml avec 9 ml de sérum physiologique ou Na Cl à 0,9 %.
 - Injection intraveineuse de 1 ml toutes les 2 minutes jusqu'à récupération d'une fréquence respiratoire à 10/minute. Cette titration vise à faire disparaître la dépression respiratoire mais pas l'antalgie.
 - Puis perfusion de la dose de titration de Naloxone® dans 250 ml sur 3 à 4 heures qui sera renouvelée selon la fréquence respiratoire et la durée d'élimination de la molécule ayant entraîné le surdosage.
 - Dans l'impossibilité d'accès à une voie veineuse, la Naloxone® peut être administrée par voie sous cutanée en débutant par une demi ampoule soit 0,2 mg qui sera renouvelée si nécessaire.

Bibliographie et références

- Bouhassira D. et al. *Pain*, 2004; 108 (3) : 248-257
- Centre national de ressources de lutte contre la douleur (www.cnrld.fr)
- Dictionnaire Vidal
- Donner B., Zenz M., Tryba M., Strumpf.: Direct conversion from oral morphine to transdermal Fentanyl: a multicenter study in patients with cancer pain. *Pain*, 1996, 64, 527-534.
- Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, traitement et évaluation en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la SFETD ; Martinez Valéria and Co, *Douleurs* (2010)11 ; 3-21.
- Médecine palliative, janvier 2009, vol. 8, supplément1 : Recommandations pour la prévention et le traitement de la constipation induite par les opioïdes chez le patient relevant de soins palliatifs.
- Recommandations de l'European Association for Palliative Care (www.eapcnet.eu)
- La revue Prescrire (www.prescrire.org)
- Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP - www.sfap.org)
- Standards Options Recommandations : Traitement antalgique médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, 2002, et mises à jour 2003
- Table pratique d'équianalgie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception- version 5 (janvier 2010) : Dr N. Beziaud Dr G. Laval, Clinique de soins de Palliatifs et de coordination en soins de support CHU de Grenoble. (téléchargeable sur le site de la SFAP - www.sfap.org)



R E S P A L I F

Les données présentes dans cet ouvrage sont reprises et complétées sur le site de la RESPALIF :

www.respalif.com/livretdouleurenvile
ou en utilisant le flashcode ci-contre →



Fédération RESPALIF
10-18, rue des Terres au curé - 75013 Paris
Tél. : 01 53 61 41 95 - federation.respalif@orange.fr

Le livret de la douleur en ville a été réalisé grâce au soutien de :



QUESTIONNAIRE

SEXE

FEMME HOMME

AGE

ANNEE D'INSTALLATION

MODE D'EXERCICE

SEUL
 CABINET DE GROUPE
 AUTRE

Depuis combien d'années êtes-vous membre d'un réseau de soins palliatif à domicile?

Combien de patient en soins palliatifs suivez-vous par an?

Vos connaissances en soins palliatifs sont-elles issues de

formation initiale formation continue autre

CAS CLINIQUE

Vous rendez visite à Mme S. 77 ans, dont vous êtes le médecin traitant, atteinte d'un cancer du sein métastasé, dont le traitement curatif a été arrêté il y a 2 mois devant l'extension des métastases. Elle a une insuffisance respiratoire chronique restrictive sur une scoliose. Sa clairance rénale, selon le MDRD est à 55 ml/min. Lors de la consultation au domicile, elle a une EVA à 4/10. La veille, elle a souffert d'une douleur cotée à 8/10 qui a duré plusieurs heures. Elle est sous co doliprane pris de façon optimale. La douleur n'a pas de caractéristique neuropathique.

1. Utilisez vous l'échelle algoplus pour évaluer la douleur chez cette patiente ?

oui non

2. Que faites vous par rapport à l'antalgique ?

Vous ajouter un AINS
 Vous changer d'antalgique de palier 2 par exemple lamaline
 Vous débiter un traitement par morphine par voie orale

Veillez tourner la page SVP

3. Vous la recevez en visite, 2 mois plus tard, son oncologue a prescrit de la morphine. Elle est sous skenan 30 mg matin et soir, avec des interdoses de 10 mg : elle prend 2 interdoses dans la journée (avant la toilette et la kiné). Elle présente un myosis et sa fréquence respiratoire est à 18. Elle a une EVA à 2. Que faites vous ?

- Vous arrêter la morphine
- Vous diminuer la posologie
- Vous garder la même posologie
- Vous passer à 60 mg de skenan matin et soir

4. Elle se plaint de constipation, persistante malgré des règles hygiéno diététiques.

- Vous lui prescrivez un lavement rectal
- Vous instaurez un traitement par laxatifs au long cours
- Vous lui expliquez que cela est dû aux morphiniques et que l'effet indésirable s'estompera.

5. L'état de la patiente se dégrade et rend la prise de comprimés impossible. Vous décidez à passer à du fentanyl transdermique. Comment procédez-vous pour le relais entre la morphine orale et le fentanyl ?

- le patch de fentanyl est posé au même moment que la dernière prise de morphine LP
- le patch de fentanyl est posé 12 h après la dernière prise de morphine LP
- la morphine orale est poursuivie 24h après la pose du patch de fentanyl

EVALUATION DU LIVRET (si vous l'avez reçu)

1. Avez-vous reçu le livret ?

- En main propre
- Par la poste
- Sur internet
- Autre

2. Utilisez-vous le livret ?

- oui
- non

si non, pourquoi

Veillez tourner la page SVP

3. Trouvez-vous facilement la réponse à la question posée ?

oui non

si non pourquoi?

4. Est-il adapté à votre pratique quotidienne ?

oui non

si non pourquoi?

5. Reste-il des questions sans réponse ?

oui non

si oui lesquelles?

6. Dans quel cadre utilisez-vous le livret (plusieurs réponses possible)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Evaluation de la douleur | <input type="radio"/> Tableau des équivalences |
| <input type="radio"/> Suivi de la douleur | <input type="radio"/> Mise en route d'une pompe à morphine |
| <input type="radio"/> Introduction de la morphine | |

Merci d'avoir rempli le questionnaire. Je reste à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

Impact d'un guide thérapeutique sur la prise en charge à domicile de la douleur des patients en soins palliatifs: utilisation du cas vignette

La RESPALIF (Fédération des Réseaux de Soins Palliatifs d'Ile de France) a créé un livret présentant de façon synthétique les différentes recommandations sur la prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs. Cette étude comparative non randomisée entre deux groupes de médecins généralistes, exerçant en Ile de France, ayant ou non reçu le livret Douleur En Ville: évaluation-Aide à la prescription pour les patients en situation palliative, réalisée entre avril et août 2013, via un cas vignette, ayant pour objectif de mesurer l'impact de l'utilisation d'un livret douleur par les médecins généralistes sur la prise en charge de la douleur en fin de vie. Cette étude a montré que la possession du livret par les médecins ne modifie pas le taux de PMI négatif ou la non augmentation de palier devant l'échec d'un antalgique de niveau 2 [« groupe livret » 23,2% versus 12,2% dans le « groupe témoin » ($p>0,05$)]. Le score global de conformité aux recommandations n'est pas modifié par la possession du livret. Par contre, seulement 40% des médecins connaissent la conduite à tenir lors du relais de la morphine PO à du fentanyl transdermique. L'appartenance ou non à un réseau de soins palliatifs, le genre, le nombre de patients suivi sur les 12 derniers mois, l'utilisation ou non du livret n'influencent pas le taux de PMI négatif ou le score global de conformité aux recommandations. Les médecins plus âgés ont un taux de PMI négatif moins important significativement par rapport aux médecins plus jeunes mais le score global de conformités aux recommandations françaises et européennes est similaire.

Mots clefs: soins palliatifs, douleur, guide thérapeutique

Pain leaflet's impact on out patients in palliative care: use of clinical vignette

A leaflet was created by the RESPALIF (Fédération des Réseaux de Soins Palliatifs d'Ile de France) to gather recommendations on pain in palliative care. This non randomized study between two groups of general physicians working in Ile de France who received or not the leaflet Douleur En Ville: évaluation-Aide à la prescription pour les patients en situation palliative, realized from April to August 2013, with a clinical vignette, in order to seek if the leaflet's use impact pain control in palliative care. The leaflet's possession doesn't intervene on negative PMI (non progression in the pain ladder in case of step 2 painkiller's failure): "leaflet group" 23,2% versus 12,2% in the "control group". The global score of French and European recommendations' accord isn't modified but the score is high (81,6%). The shift between oral morphine and transdermic fentanyl is known by only 40% of physicians. Belonging or not to a palliative care network, gender, number of annually followed palliative care patients, the use or not of the leaflet doesn't impact the negative PMI or the global score of recommendations' accord. The elder physicians have significantly less negative PMI than the youngest but the global score of recommendations' accord is similar.

Key words: palliative care, pain, leaflet

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06