



HAL
open science

Le médecin généraliste est-il en difficulté face à la douleur des patients cancéreux en Picardie ? Intérêt d'un outil d'aide à la prise en charge de la douleur cancéreuse

Alexis Kowalski

► **To cite this version:**

Alexis Kowalski. Le médecin généraliste est-il en difficulté face à la douleur des patients cancéreux en Picardie ? Intérêt d'un outil d'aide à la prise en charge de la douleur cancéreuse. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01235822

HAL Id: dumas-01235822

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01235822>

Submitted on 30 Nov 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.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2015

N°:2015-13

**THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Diplôme d'état
Médecine Générale**

PAR

Alexis KOWALSKI
Né le 22 Juin 1984 à Beauvais

**LE MEDECIN GENERALISTE EST-IL EN DIFFICULTE
FACE A LA DOULEUR DES PATIENTS CANCEREUX EN
PICARDIE ?**

**INTERET D'UN OUTIL D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE
DE LA DOULEUR CANCEREUSE**

Président de thèse,
Monsieur Le Professeur Bruno CHAUFFERT

Juges,
Monsieur Le Professeur Michel ANDREJAK
Madame Le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE
Monsieur Le Professeur Emmanuel LORNE
Monsieur Le Docteur Jean SCHMIDT

Directeur de thèse,
Monsieur Le Docteur Ludovic DOUAY

A Monsieur Le Professeur Bruno CHAUFFERT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Oncologie médicale)
Responsable du service d'Oncologie médicale
Oncopôle

Vous me faites l'honneur d'accepter la Présidence de cette thèse,
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

A Monsieur Le Professeur Michel ANDREJAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous avez accepté d'être membre de mon jury.
Veuillez accepter l'expression de ma gratitude.

A Madame Le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Chirurgie vasculaire)

Vous avez accepté d’être membre de mon jury.
Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur Le Professeur Emmanuel LORNE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Anesthésie-réanimation)

Vous avez accepté d'être membre de mon jury.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur Le Docteur Jean SCHMIDT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
(Médecine interne)

Vous avez accepté d'être membre de mon jury.
Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur Le Docteur Ludovic DOUAY

Praticien Hospitalier
Centre d'étude et traitement de la Douleur CHU Amiens Picardie
Département de médecine d'urgence
Président du CLUD CHU Amiens Picardie

Je vous remercie pour votre disponibilité,
votre confiance et votre rigueur dans la supervision de ma thèse.
Ce travail n'aurait pas vu le jour sans vous.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude.

Remerciements

A l'URPS de Picardie

Pour leur aide dans la diffusion des questionnaires et le recueil des données.

A l'ensemble des médecins généralistes qui ont accordé du temps pour répondre au questionnaire

Sans qui ce travail n'aurait pas pu se faire.

Au Docteur Ariski TALEB

Pour son aide précieuse dans l'analyse statistique de notre travail.

A ma famille et à ma belle-famille

Avec toute mon affection.

A mes parents et à mes sœurs

Pour leur soutien durant ses longues années d'études.

A mon épouse

Pour ton amour, ta présence. A nos rires et à nos moments partagés.
Quel bonheur que tu sois là, merci à toi.

A mes amis

Pour tous ces bons moments passés en votre compagnie.

A mes collègues

Table des matières

Introduction.....	20
1. Douleur et cancer.....	21
1.1. Définition de la douleur.....	21
1.2. Prévalence de la douleur dans le cancer.....	21
1.2.1. Douleur liée aux différents stades de la maladie.....	21
1.2.2. Douleur en fonction de sa localisation.....	21
1.2.3. Causes de la douleur.....	21
1.3. Les différents types de douleurs dans le cancer.....	21
1.3.1. Douleurs par excès de nociception.....	22
1.3.2. Douleurs neuropathiques.....	22
1.3.3. Douleurs mixtes.....	22
1.3.4. Douleurs psychogènes.....	22
1.3.5. Douleurs dysfonctionnelles (ou idiopathiques, ou fonctionnelles).....	22
1.4. Classification des douleurs cancéreuses.....	23
1.4.1. Les douleurs liées à la tumeur.....	23
1.4.1.1. Les tumeurs osseuses.....	23
1.4.1.2. Les compressions ou infiltrations des structures nerveuses.....	23
1.4.1.3. Les douleurs abdominales.....	24
1.4.1.4. Infiltration et occlusion des vaisseaux sanguins.....	24
1.4.1.5. La nécrose, l'inflammation et les ulcérations des muqueuses.....	24
1.4.2. Les douleurs en rapport avec le traitement.....	24
1.4.2.1. Les douleurs post-chimiothérapiques.....	24
1.4.2.2. Les douleurs post-radiothérapies.....	25
1.4.2.3. Les douleurs post-chirurgicales.....	25
1.4.3. Les différents types évolutifs de douleur du cancer.....	26
1.4.3.1. La douleur de fond.....	26
1.4.3.2. L'accès douloureux paroxystiques (ADP).....	26
2. Matériel et méthodes.....	27
2.1. Caractéristiques de l'étude.....	27
2.2. Objet de l'étude.....	27
2.3. Elaboration du questionnaire.....	27
2.4. Diffusion du questionnaire.....	28
2.5. Recueil et traitement des données.....	28

3. Résultats.....	29
3.1. Le médecin généraliste : description de l'échantillon.....	29
3.1.1. Taux de réponse.....	29
3.1.2. Epidémiologie.....	29
3.2. Le médecin généraliste face à la douleur cancéreuse.....	30
3.3. Les raisons amenant la demande d'hospitalisation.....	31
3.4. Le recours au spécialiste de la douleur ou en soins palliatifs	32
3.5. Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur cancéreuse.....	32
3.6. Intérêt de développer un support d'aide au diagnostic et au traitement des douleurs cancéreuses.....	34
3.7. Caractéristiques du support.....	35
4. Discussion.....	38
4.1. Limites de l'enquête.....	38
4.1.1. Taux de réponse.....	38
4.1.2. Les Biais.....	38
4.1.2.1. Les biais de sélection.....	38
4.1.2.2. Les biais d'une enquête d'opinion.....	38
4.2. Caractéristiques des répondants.....	38
4.3. Analyse des résultats.....	39
4.3.1. Le médecin généraliste face à la douleur cancéreuse.....	40
4.3.2. Les raisons amenant la demande d'hospitalisation du patient douloureux.....	41
4.3.3. Le recours au spécialiste de la douleur ou en soins palliatifs.....	42
4.3.4. Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur cancéreuse.....	42
4.3.5. Intérêt de développer un support d'aide au diagnostic et au traitement des douleurs cancéreuses.....	43
4.3.6. Les caractéristiques du support.....	44
5. Développement de l'outil d'aide au diagnostic et au traitement des douleurs cancéreuses.....	47
5.1. Définition de la douleur cancéreuse.....	47
5.2. Rappels des mécanismes physiopathologiques.....	47
5.2.1. Douleurs par excès de nociception.....	47
5.2.2. Douleurs neuropathiques.....	47
5.2.3. Douleurs mixtes.....	47

5.3. Evaluation de la douleur cancéreuse.....	48
5.3.1. Outils d’auto-évaluation de la douleur.....	48
5.3.2. Outils d’hétéro-évaluation de la douleur.....	48
5.3.3. Outils pour évaluer d’autres dimensions de la douleur.....	48
5.4. Traitement de la douleur cancéreuse.....	49
5.4.1. Paliers OMS.....	49
5.4.2. Traitements morphiniques actuellement disponibles et leur délivrance.....	50
5.4.3. Titration des opioïdes forts et règles de prescription.....	51
5.4.4. Effets secondaires de la morphine.....	52
5.4.5. Signes de surdosage en morphine et Conduite à tenir en cas de surdosage.....	53
5.4.6. Tables d’équianalgie.....	54
5.4.7. Rotation des opioïdes.....	54
5.4.8. Traitement des accès douloureux paroxystiques.....	55
5.4.9. Traitement des douleurs rebelles.....	55
5.4.10. Caractéristiques d’une douleur contrôlée.....	56
5.4.11. Arrêt du traitement.....	56
5.4.12. Traitements des douleurs neuropathiques.....	57
5.4.13. Co-antalgiques.....	58
5.4.14. Prise en charge non médicamenteuse.....	59
5.5. Personnel ressource en Picardie	60
5.5.1. Associations des usagers.....	60
5.5.2. Les réseaux douleur.....	61
5.5.3. Les réseaux palliatifs.....	61
5.5.4. Les réseaux HAD.....	63
Conclusion.....	64
Références bibliographiques.....	65
Annexes.....	71
Glossaire.....	77

La douleur est un motif fréquent de consultation en médecine générale.

Le travail que je vous propose porte sur la prise en charge de la douleur du patient cancéreux adulte par le médecin généraliste.

Plusieurs études comme l'enquête de la FNCLCC en 1995 [1], l'étude EPIC en 2006 [2], l'étude ADEPI en 2010 [3], une enquête de L'INCa pour le 2ème plan cancer en 2010 [4] ainsi que de nombreux travaux de thèses [5, 6, 7, 8, 9] tendent à montrer certaines réticences à l'utilisation de la morphine chez les patients cancéreux douloureux.

Selon l'enquête de L'INCa, pour tous cancers et à tous stades confondus, 53% des patients disent souffrir et 28% jugent la douleur sévère. Parmi ceux qui ont un cancer avancé, 62% semblent sous traités. La douleur persiste même chez 14% des patients en rémission.

Les travaux les plus récents tendent à prouver une amélioration dans la prise en charge de cette douleur par une optimisation des pratiques en termes d'évaluation de la douleur ainsi que de l'adaptation des traitements.

Deux thèses qualitatives récentes, soutenues en 2013, de BERNARD-CAMARA A. [10] et de COUSIN I. [11], ainsi que le mémoire de DES de RAVELLO M. [12] ont conclu à un bénéfice certain de développer un outil d'aide à la prescription des traitements opioïdes.

La douleur du patient cancéreux adulte est complexe à prendre en charge car il s'agit d'une douleur totale.

La douleur totale, « c'est à la fois la douleur morale, physique, spirituelle et sociale. Le seuil de tolérance de la douleur est différent pour chacun, et il varie en fonction de certains facteurs » (Twycross, 1981).

Nous avons réalisé ce travail à partir d'une enquête auprès de médecins généralistes picards afin de démontrer la complexité de la prise en charge de la douleur cancéreuse chez l'adulte et de montrer l'intérêt d'un outil d'aide au diagnostic et au traitement de cette douleur.

1. Douleur et cancer

1.1. Définition de la douleur [13, 14]

Le comité de taxonomie de l'Association Internationale d'Etude de la Douleur (IASP) a défini la douleur comme « une expérience désagréable, à la fois sensorielle et émotionnelle, associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou simplement décrit en termes d'un tel dommage ».

1.2. Prévalence de la douleur dans le cancer

La douleur cancéreuse est variable en fonction du stade de la maladie et de sa localisation. Par ailleurs, il existe plusieurs causes engendrant une douleur chez un patient cancéreux.

1.2.1. Douleur liée aux différents stades de la maladie

Nous savons que 30 à 45% des patients sont douloureux à la phase initiale de la maladie cancéreuse, 60 à 90% à la phase évoluée et/ou métastatique et 33% des survivants seraient douloureux.

1.2.2. Douleur en fonction de sa localisation

La douleur dans le cancer varie aussi en fonction de sa localisation de ce dernier. En effet, selon l'IASP, une localisation au niveau de la tête et du cou provoque des douleurs dans 67 à 91% des cas, 72 à 85% si l'atteinte se situe au niveau du pancréas. Il en va de même pour une atteinte prostatique (56 à 94%), au niveau du sein (40 à 89%), au niveau génito-urinaire (58 à 90%), et utérin (30 à 90%).

1.2.3. Causes de la douleur

Selon la méta-analyse de Bennett M. parue dans le Pain en 2012 [15], différentes causes sont identifiées dans la douleur cancéreuse. Elle est liée à la tumeur dans 64% des cas, au traitement dans 20,3% des cas, associée au cancer dans 3,5% des cas. Par ailleurs on retrouve dans 10,2% des cas une douleur sans lien avec la maladie cancéreuse et 2% des cas sont de cause inconnue.

1.3. Les différents types de douleurs dans le cancer [13, 15]

Comme toutes les douleurs, les douleurs cancéreuses relèvent de plusieurs mécanismes : nociceptifs (59%), neuropathiques (19%), mixtes (20.1%), dysfonctionnels ou de cause inconnue (1.5%).

1.3.1. Douleurs par excès de nociception (cf. tableau 1)

Il s'agit d'une hyperalgésie locale, aiguë ou chronique, par excitation des récepteurs périphériques par un processus tumoral, ischémique, inflammatoire, infectieux, ou une agression chimique.

1.3.2. Douleurs neuropathiques (cf. tableau 1)

Ce sont des douleurs ressenties comme une brûlure, un élancement en décharges électriques, suite à la lésion d'un nerf, une racine ou un plexus, occasionnées par une compression tumorale, une section chirurgicale, la radiothérapie, la chimiothérapie,...

1.3.3. Douleurs mixtes

Ce sont des douleurs comportant à la fois une composante nociceptive et une composante neuropathique.

Tableau 1 : Caractéristiques comparées des douleurs par excès de nociception et des douleurs neuropathiques [13]

	Excès de Nociception	Neuropathique
Mécanismes	Excès de stimulation somatique, viscéral lésion tissulaire sans lésion nerveuse	Dysfonctionnement du système nerveux lésion périphérique ou centrale du système nerveux
Caractères	Très variés douleurs continues ou intermittentes	Assez stéréotypés fond douloureux permanent associé à des paroxysmes
Clinique	Topographie non neurologique, sensibilité normale, inflammation	Déficit sensitif dans le territoire douloureux. allodynie, hyperpathie

1.3.4. Douleurs psychogènes

Il s'agit de douleurs dont l'origine est purement psychique. Nous y retrouvons par exemple des douleurs thoraciques aiguës lors d'une attaque de panique ou des douleurs somatiques au cours de la dépression, souvent appelées « dépression masquée ».

1.3.5. Douleurs dysfonctionnelles (ou idiopathiques ou fonctionnelles)

Ces douleurs sont aussi appelées « symptômes médicalement inexplicables » et qualifiées par le DSM V (Diagnostic and Statistical Manual V) comme des « troubles somatoformes ». Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes (troubles anxieux, dépression) mais il ne s'agit pas de l'expression somatique d'un trouble psychiatrique. Sont inclus dans ce groupe les céphalées de tension, le syndrome du côlon irritable, les cystalgies à urines claires (cystites interstitielles), les vulvodynies, les coccyodynies,

les glossodynies, les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaires, les rachialgies idiopathiques, la fibromyalgie.....

1.4. Classification des douleurs cancéreuses [13]

Nous avons vu ci-dessus qu'il existe différentes causes occasionnant ces douleurs dans la maladie cancéreuse. Nous allons détailler les deux principales, à savoir les douleurs liées à la tumeur et celles liées à son traitement.

1.4.1. Les douleurs liées à la tumeur

Il s'agit de douleurs ressenties comme intenses, liées à un mécanisme nociceptif dans la grande majorité des cas. Elles peuvent persister jusqu'à la fin du processus de cicatrisation. Un traitement étiologique permet souvent de les faire régresser.

1.4.1.1. Les tumeurs osseuses

La douleur liée aux tumeurs osseuses est constante et souvent bien localisée (côtes, rachis, base du crâne, genou, hanche, sacro-iliaque...). Ces tumeurs osseuses sont plus fréquemment des localisations métastatiques.

1.4.1.2. Les compressions ou infiltrations des structures nerveuses

La douleur peut être secondaire à une compression ou à une infiltration des structures nerveuses.

Il peut s'agir d'une atteinte du système nerveux central comme les métastases cérébrales, les méningites carcinomateuses (liées au cancer pulmonaire, rectal, testiculaire ou mélanome du sein) ; les métastases vertébrales et les tumeurs extra-rachidiennes avec progression intra-foraminale.

L'atteinte peut se situer au niveau des plexus nerveux et concerner le plexus brachial dans le cadre par exemple du syndrome de l'apex pulmonaire (ou Pancoast-Tobias).

L'atteinte du plexus lombaire est souvent liée à des lésions secondaires (retrouvées dans les cancers urologique, gynécologique ou colique). L'envahissement du plexus sacré provoque une douleur intense associée à la perte de la sensibilité des territoires S2 à S4 et à des troubles sphinctériens.

Nous pouvons retrouver des atteintes au niveau radiculaire ou tronculaire.

1.4.1.3. Les douleurs abdominales

Les douleurs abdominales ont une topographie imprécise et leurs mécanismes sont variés. Parmi ces mécanismes, on retrouve l'inflammation du péritoine pariétal, l'infiltration ou l'obstruction d'un viscère creux. Ces douleurs peuvent être dues à l'irritation ou la distension du parenchyme des organes pleins. Il ne faut pas oublier les mécanismes chimiques comme la destruction tumorale du parenchyme pancréatique et la sténose des canaux excréteurs.

1.4.1.4. Infiltration et occlusion des vaisseaux sanguins

Les douleurs peuvent être secondaires à des lymphangites péri-vasculaires ou à un vasospasme. Ce mécanisme est à évoquer devant la présence d'un œdème du membre supérieur fréquent dans le cancer du sein ou à un syndrome « cave supérieur » évocateur d'un carcinome bronchique, d'un lymphome ou d'un thymome.

1.4.1.5. La nécrose, l'inflammation et les ulcérations des muqueuses

Il s'agit de douleurs très intenses retrouvées dans les cancers ORL, digestif ou génito-urinaire.

1.4.2. Les douleurs en rapport avec le traitement

Les douleurs cancéreuses peuvent être secondaires aux traitements comme la chimiothérapie, la radiothérapie, ou la chirurgie.

1.4.2.1. Les douleurs post-chimiothérapiques [13]

→ Les neuropathies périphériques sensitives et/ou motrices. Ces douleurs ont une localisation distale (mains et/ou pieds) et symétrique. Il s'agit de douleurs à type de brûlures intenses, de paresthésies ou d'hyperesthésie.

→ Les mucites apparaissent 2 à 3 semaines après début de traitement. Elles sont plus intenses lors d'une association radiothérapie-chimiothérapie. Les signes cliniques sont des ulcérations buccales, pharyngées, œsophagiennes ou ano-rectales.

→ Les névralgies zostériennes et post-zostériennes sont plus fréquentes lors d'une association d'immunosuppresseurs et de chimiothérapie. Elles se traduisent cliniquement par l'apparition de douleur avant, après ou concomitante de l'éruption. La douleur est de type neuropathique avec un fond douloureux

permanent (brûlure) associé à des douleurs fulgurantes (éclairs ou décharges électriques). On retrouve une hyperesthésie et/ou une hypoesthésie.

→La nécrose aseptique de la tête fémorale ou humérale est une conséquence de l'ostéoporose secondaire dans les 6 semaines après début de la corticothérapie.

→Les fractures pathologiques sont aussi une conséquence de l'ostéoporose cortico-induite. Il en va de même pour le pseudo-rhumatisme qui apparaît après un sevrage ou pendant la diminution d'un traitement par corticoïdes. Il se manifeste par des myalgies, des arthralgies et une fatigabilité.

1.4.2.2. Les douleurs post-radiothérapies

Ces douleurs sont secondaires à la fibrose, l'ischémie tissulaire, la nécrose ou l'inflammation induites par la radiothérapie et elles intéressent la zone irradiée.

L'ostéoradionécrose est la complication la plus sévère et la moins réversible. Elle peut être asymptomatique avec des signes radiologiques minimales ou dans les cas sévères correspondre à un os dévitalisé, une infection, une nécrose ou une fistule. Elle est toujours accompagnée d'une douleur intense et elle est plus fréquente après 50 ans. Son siège préférentiel se situe au niveau de la mâchoire. Son traitement est avant tout préventif avec des mesures d'hygiène bucco-dentaires.

Les myélopathies post-radiques provoquent une douleur souvent intense. Dans 15 % des cas [13], la douleur est le premier signe. Elle est localisée au niveau des lésions médullaires ou référée en-dessous du niveau de la lésion. La symptomatologie est neurologique avec le syndrome de Brown-Séquard.

La radiothérapie peut aussi induire des brûlures au niveau cutané (la radiodermite) et au niveau viscéral (œsophagite radique, colite radique,...).

1.4.2.3. Les douleurs post-chirurgicales

Les douleurs post-thoracotomie suivent le trajet d'un nerf intercostal. Ce sont des douleurs de type neuropathique et apparaissent 1 à 2 mois après l'intervention.

Le Syndrome Dououreux Post-Mastectomie (SDPM) est peu fréquent (5 % des femmes [13]) mais il est particulièrement intense et invalidant. Il apparaît 1 à 2 mois après l'intervention. Il intéresse la partie postérieure du bras, la région axillaire et comporte une irradiation thoracique antérieure. Les douleurs occasionnées sont dues à une lésion de la branche du nerf intercostal de Hyrtl (TH1 et TH2). Ce sont des douleurs neuropathiques.

Les douleurs après amputation incluent les douleurs de moignon, de membre fantôme et de névrome. Ce sont là encore des douleurs neuropathiques.

1.4.3. Les différents types évolutifs de douleur du cancer [13]

1.4.3.1. La douleur de fond

La douleur de fond est une douleur dite continue, souvent permanente, qui peut être nociceptive ou neuropathique. Elle peut être variable, mais son caractère quasi permanent impose un traitement de fond (cf. figure 1).

1.4.3.2. L'Accès douloureux paroxystiques (ADP)

Les ADP sont une exacerbation transitoire et de courte durée de la douleur, d'intensité modérée à sévère. Ils surviennent sur une douleur de fond contrôlée par un traitement opioïde fort efficace, ou parfois même en l'absence de douleur de fond. Ils imposent un traitement de courte durée, adapté au type et à la fréquence de l'ADP (cf. figure 1).

Les ADP peuvent :

- être spontanés et imprévisibles, survenant sans facteurs déclenchant identifiés;
- être avec des facteurs identifiés mais imprévisibles comme la toux, l'éternuement, les spasmes digestifs, vésicaux, les douleurs solaires, les céphalées... ;
- être prévisibles et survenir lors d'actions volontaires du patient (mouvement, alimentation, défécation, miction, déglutition...);
- être provoqués par des soins (mobilisation, toilette...) ou des actes médicaux à visée diagnostique ou thérapeutique

Ces accès douloureux nécessitent un traitement de courte durée soit par une interdose à libération immédiate, soit par une dose de fentanyl transmuqueux.

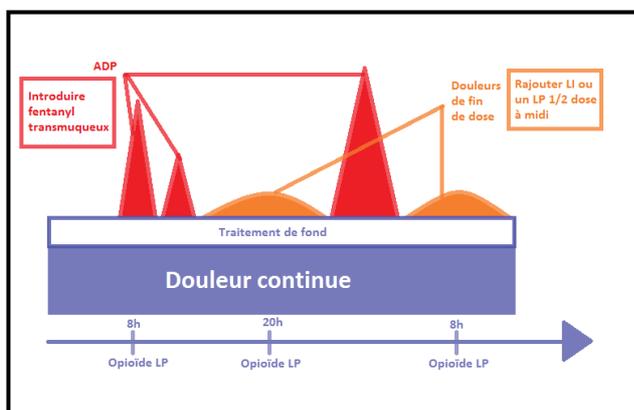


Figure 1 : Schéma des différents types de douleurs

2. Matériel et méthodes

2.1. Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une enquête prospective d'opinions et de pratiques en médecine générale. Elle a été réalisée sous forme de questionnaires envoyés par voie postale le 5 mai 2014 et le recueil a été clôturé le 29 juin 2014.

Elle a été adressée à 600 médecins généralistes libéraux installés en Picardie, inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins de la Somme, de l'Aisne et de l'Oise.

2.2. Objet de l'étude

L'objectif principal de l'étude a été de rechercher les difficultés rencontrées dans la prise en charge des douleurs cancéreuses, leur rôle dans cette prise en charge, leur part d'implication décisionnelle actuelle dans l'instauration du traitement antalgique et dans le recours aux spécialistes.

L'objectif secondaire de ce travail a été d'évaluer l'intérêt du développement d'un outil d'aide au diagnostic et au traitement des douleurs cancéreuses en les interrogeant sur la forme, les critères et le contenu qu'ils souhaitaient pour cet outil.

2.3. Elaboration du questionnaire (cf. Annexe 1)

Le questionnaire, adressé aux médecins généralistes, a été élaboré en se basant sur les objectifs précédents en abordant plusieurs thèmes :

→ Le nombre de patients suivis, le nombre de patients douloureux et le nombre de patients présentant des douleurs rebelles ;

→ Les difficultés rencontrées lors de la prise en charge des douleurs cancéreuses ;

→ Les raisons pouvant entraîner l'hospitalisation ;

→ La fréquence de recours aux spécialistes ;

→ La place qu'ils occupent dans la prise en charge de la douleur cancéreuse. ;

→ L'intérêt de développer un support d'aide au diagnostic et au traitement des douleurs cancéreuses et les outils déjà utilisés ;

→ La forme, les critères et le contenu souhaité pour le développement de ce support.

Ce questionnaire était anonyme et comprenait 18 questions fermées, avec 6 questions comportant une dernière proposition ouverte. Les 5 dernières questions renseignaient sur les critères démographiques des médecins répondant.

Une relecture du questionnaire a été réalisée par la commission des thèses du Département de Médecine Générale de l'Université de Picardie, puis par deux médecins généralistes membres de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Picardie (URPS PICARDIE).

2.4. Diffusion du questionnaire

L'URPS s'est chargée de réaliser un panel de 600 médecins généralistes par tirage aléatoire informatique parmi la liste des généralistes libéraux installés en Picardie. L'enquête, la lettre explicative et l'enveloppe de réponse « T » ont été envoyées par l'URPS le 5 mai 2014. Devant un taux de réponses suffisant, il n'y a pas eu de relance nécessaire. L'enquête a été clôturée le 29 juin 2014.

2.5. Recueil et traitement des données

Les questionnaires ont été réceptionnés par l'URPS. Les données ont été enregistrées manuellement dans un tableur de type Excel®.

L'analyse des données a ensuite été effectuée à l'aide du logiciel SPSS® Statistics 22.

3. Résultats

3.1. Le médecin généraliste : description de l'échantillon

3.1.1. Taux de réponse

Sur les 600 envois, 125 médecins généralistes ont renvoyé le questionnaire.

Parmi ces 125 questionnaires, 1 n'était pas rempli.

Le taux de réponse est donc de 124 sur 600 soit 20,7%.

3.1.2. Epidémiologie

Parmi les 124 médecins généralistes ayant répondu, 62,1% (77) sont de sexe masculin et la moyenne d'âge est de 51,76 ans (avec un minimum à 27 ans et un maximum à 72 ans).

La moyenne d'âge pour les hommes est de 54,7 ans et celle des femmes est de 46,9 ans.

Ils exercent pour 54,8 % (68) en groupe et 45,2 % (56) seul en cabinet.

62,1% (77) exercent en milieu urbain (>2000 habitants).

37,9% (47) exercent dans l'Oise, 36,3% (45) dans la Somme et 25,8% (32) dans l'Aisne.

Sur les 124 questionnaires, 4 n'ont pas répondu aux questions abordant le nombre de patients cancéreux suivis.

Les médecins généralistes ont une moyenne de 9,1 (0 à 150) patients cancéreux en cours de suivi (et/ou de traitement) vus le mois précédent. Parmi ceux-ci, il y a 3,05 patients douloureux traités et 1 patient en moyenne présente des douleurs rebelles.

3.2. Le médecin généraliste face à la douleur cancéreuse

75,8% déclarent avoir « parfois » des difficultés dans la prise en charge des douleurs cancéreuses. 6,5% déclarent ne « jamais » avoir de difficulté.

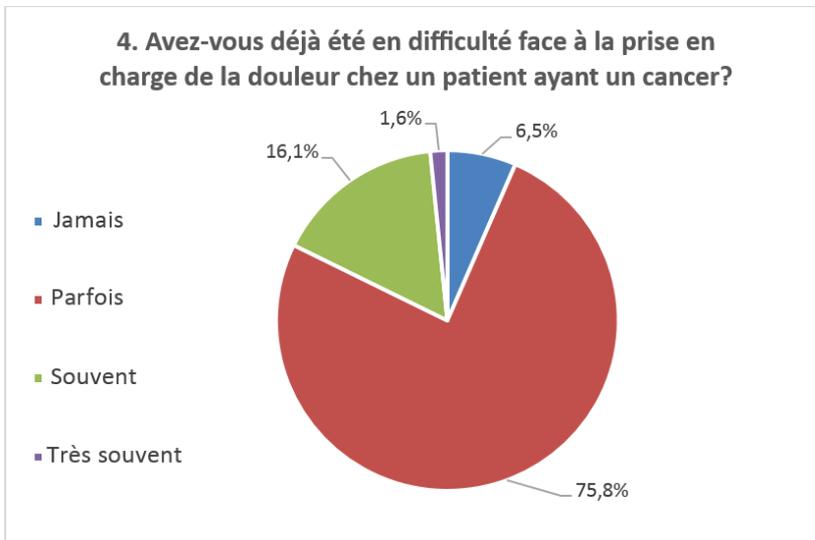


Figure 2 : représentation graphique des réponses de la question 4

Les causes évoquées de difficultés de prise en charge sur 116 réponses sont pour 75,9% liées à l'intolérance des traitements et pour 56,9% en lien avec un échec ou une efficacité insuffisante de ces traitements.

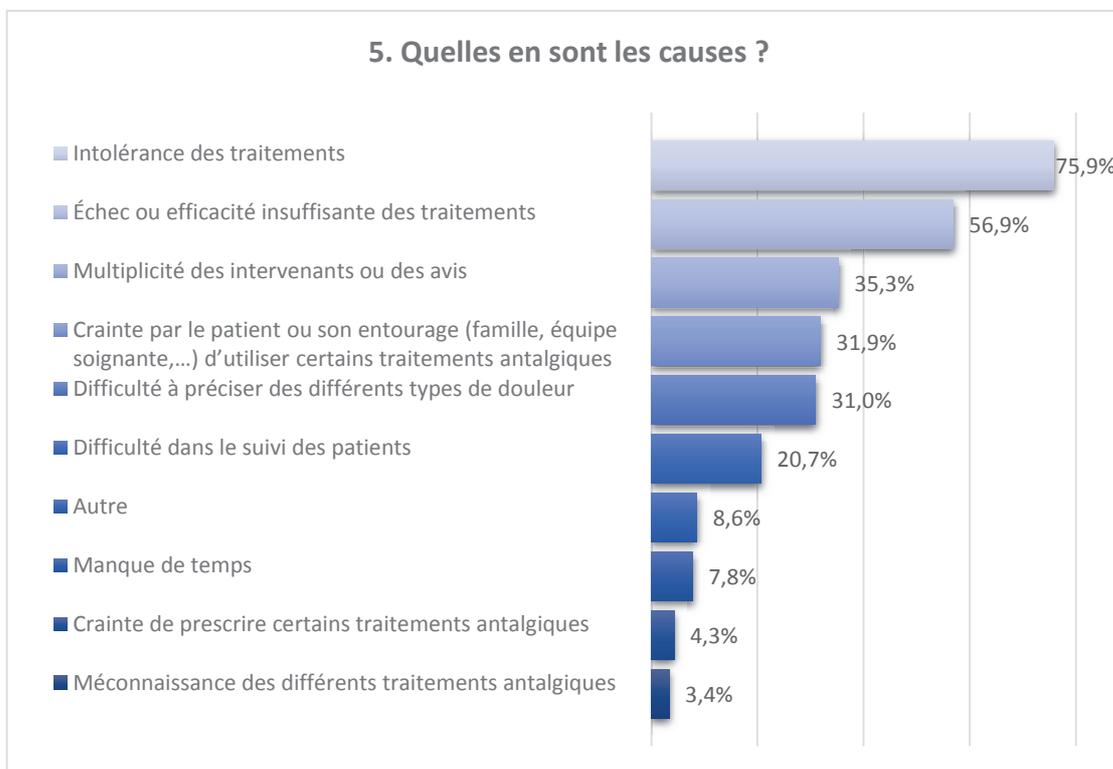


Figure 3 : représentation graphique des réponses de la question 5

Les autres propositions citées par les médecins généralistes sont :

- « Délais d'attente pour radiothérapie à visée antalgique »
- « Difficulté à communiquer avec les spécialistes, à recevoir les comptes rendus hospitaliers »
- « Dénî, désaveux du diagnostic de cancer »
- « Douleur psychique »

3.3. Les raisons amenant la demande d'hospitalisation

Les raisons évoquées amenant à une demande d'hospitalisation (sur 121 réponses) sont pour 53,3% suite à la demande de la famille et pour 51,6% celle du patient. 52,5% déclarent que l'inefficacité ou l'intolérance du traitement amène à cette demande d'hospitalisation.

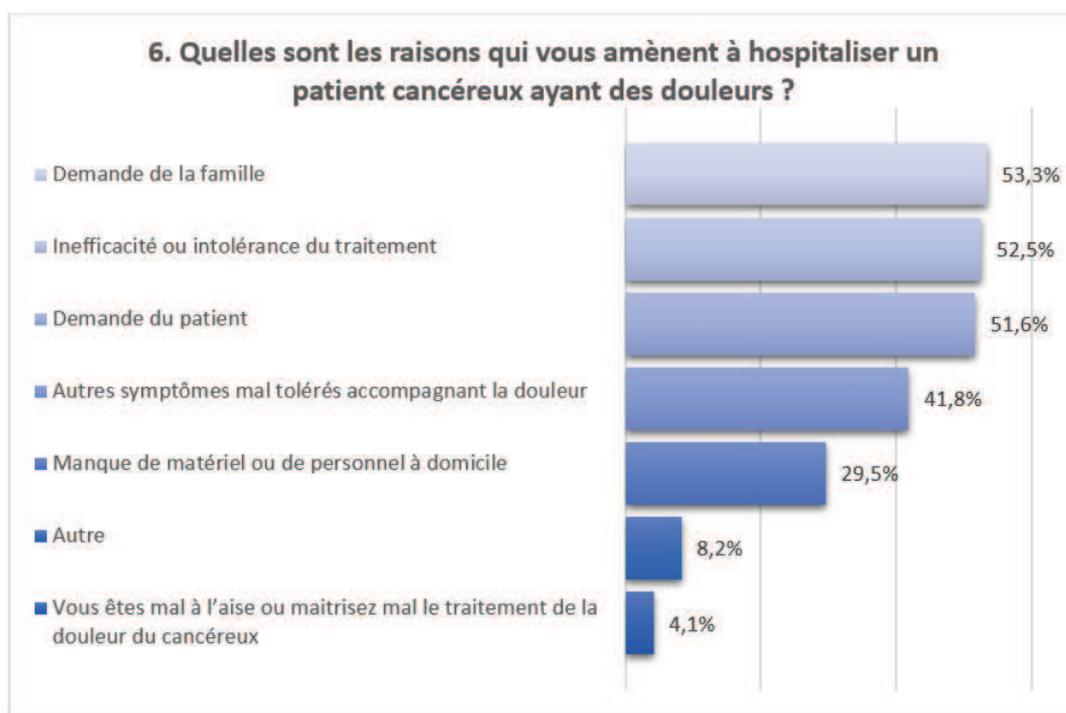


Figure 4 : représentation graphique des réponses de la question 6

Les autres propositions sont:

- « Insistance de la HAD »
- « Pas question de le laisser souffrir si je ne parviens pas à calmer la douleur »
- « Nécessité de bilan complémentaire »
- « Patient hospitalisé par l'intervention du spécialiste »

3.4. Le recours au spécialiste de la douleur ou en soins palliatifs

65,3% ont « parfois » recours à un spécialiste de la douleur ou en soins palliatifs.

3,2% n'y ont « jamais » recours.



Figure 5 : représentation graphique des réponses de la question 7

3.5. Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur cancéreuse

97,6% estiment que le médecin traitant a encore sa place dans la prise en charge de la douleur du patient cancéreux.

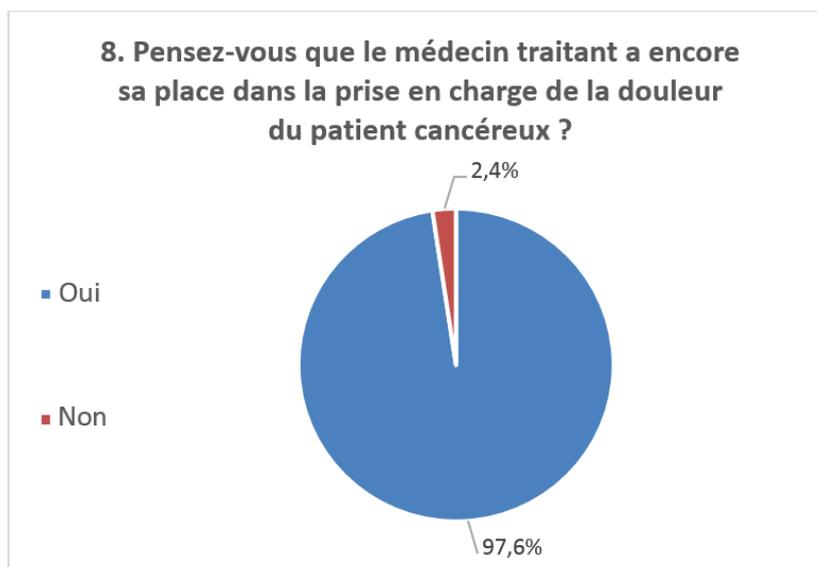


Figure 6 : représentation graphique des réponses de la question 8

Parmi les médecins généralistes pensant avoir leur place dans la prise en charge de la douleur cancéreuse, 83,9% déclarent « être l’initiateur des traitements, les suivre et les adapter », 83,1% « assurer le soutien de la souffrance morale » et 80,6% « accompagner et gérer l’entourage ». 14,5% estiment « ne pas être l’initiateur des traitements mais les suivre ou les renouveler ».

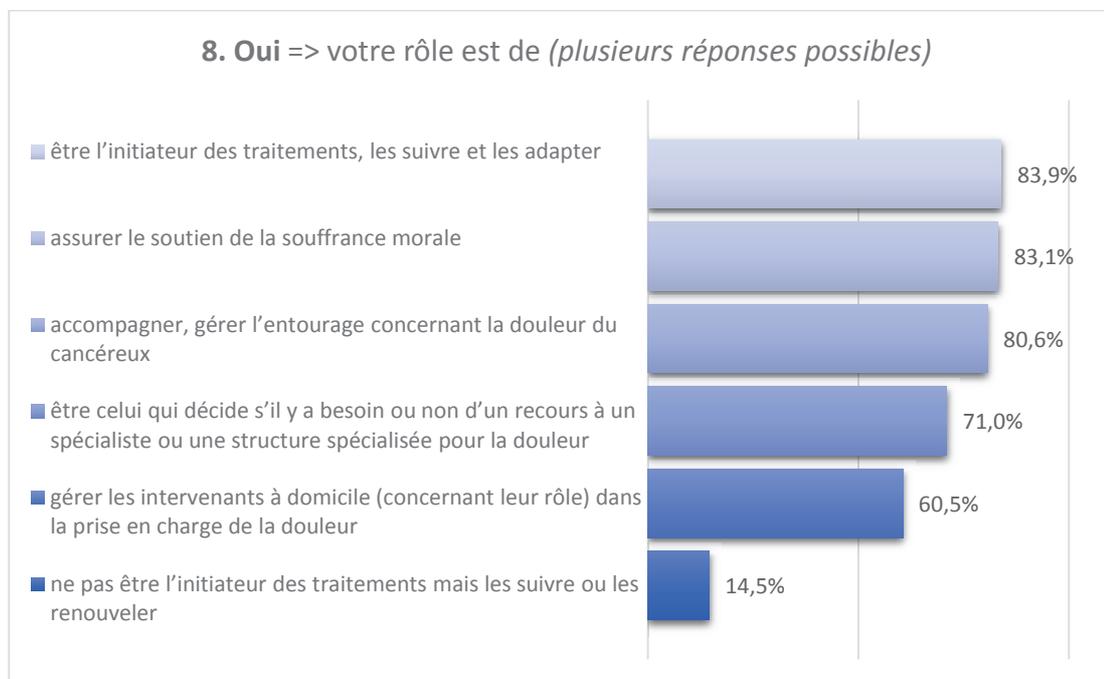


Figure 7 : représentation graphique des réponses des médecins ayant répondu oui à la question 8

Parmi ceux pensant ne pas avoir leur place :



Figure 8 : représentation graphique des réponses des médecins ayant répondu non à la question 8

Les autres propositions insistent sur le rôle de la famille et du patient ainsi qu’un constat d’un de nos confrères : « par la force des choses, le patient sortant du CH est suivi d’emblée par le service soins palliatifs de l’hôpital ».

3.6. Intérêt de développer un support d'aide au diagnostic et au traitement des douleurs cancéreuses

70,2% trouvent qu'un support d'aide au diagnostic et au traitement des douleurs cancéreuses pourrait être utile.

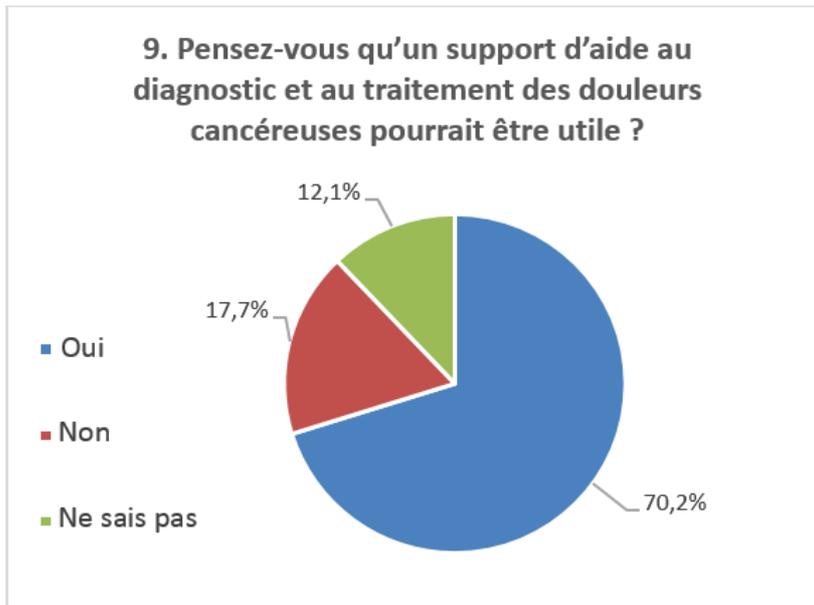


Figure 9 : représentation graphique des réponses de la question 9

A la question 10, sur les 120 réponses, 80,8% déclarent ne pas être en possession d'un tel support.

Les supports cités sont, pour ceux en possédant déjà un :

- « Echelles d'évaluation de la douleur : EVA, EN, DN4, Doloplus®, Algoplus® »
- « Manuel de soins palliatifs », « guide pratique de soins palliatifs », « la douleur, le réseau et le médecin généraliste »
- « Algorègle »
- « Cours et formation de soins palliatifs, DIU douleur, FMC, support papier d'un EPU »
- « Site internet et revues »
- « Tableau d'équianalgésie et schéma de traitement des antalgiques morphinique »
- « Téléphoner, communiquer avec les spécialistes en soins palliatifs »

3.7. Caractéristiques du support

Sur les 115 réponses, 41,7% le souhaitent sous la forme d'un « site internet », 40,9% sous la forme d'un « support papier », 40,9% sous la forme d'une « formation » et 38,3% sous la forme d'une « application Smartphone ».

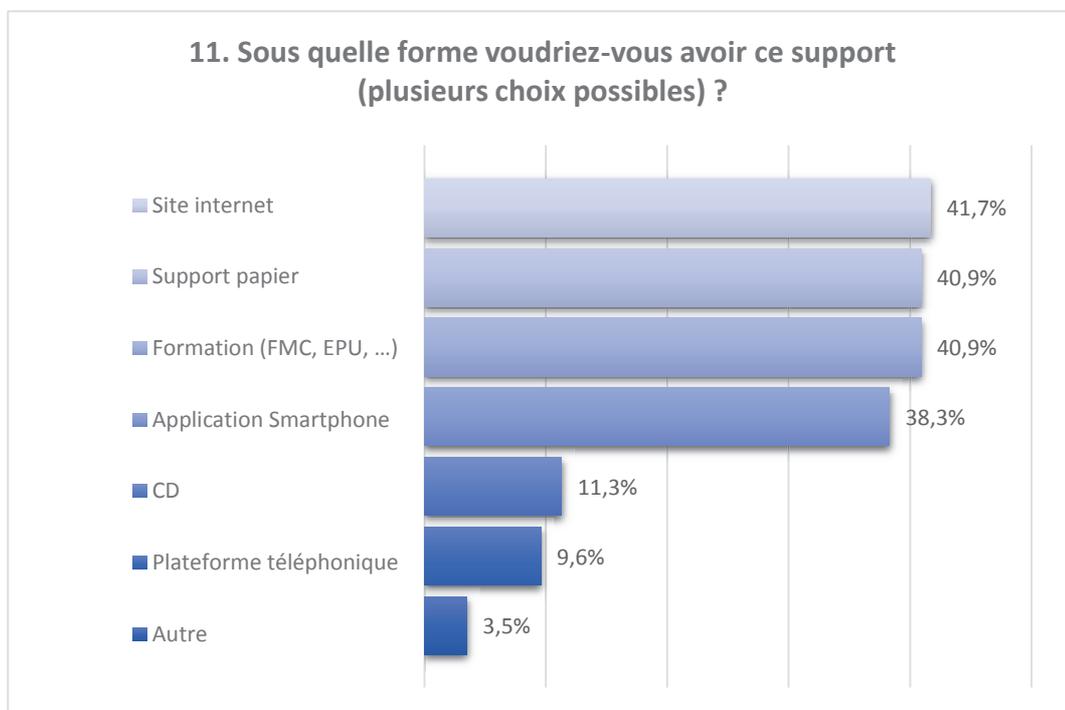


Figure 10 : représentation graphique des réponses de la question 10

Les autres propositions sont:

→ « Appel du réseau PALPI »

→ « Réunion avec l'équipe de soins palliatifs »

→ « Une bonne formation au cours des études médicales serait largement suffisante mais celle-ci n'est pas faite, du moins à mon époque, l'utilisation des morphiniques était presque un sujet tabou »

Concernant les critères du support, sur les 116 questionnaires répondus, les résultats ont été pour une accessibilité « au cabinet et au domicile du patient » à 73,3%, « réactualisé régulièrement » à 69,8% et « adapté aux particularités de l'exercice ambulatoire et à domicile » à 69%. 12,1% souhaitent un support « accessible qu'au cabinet ».

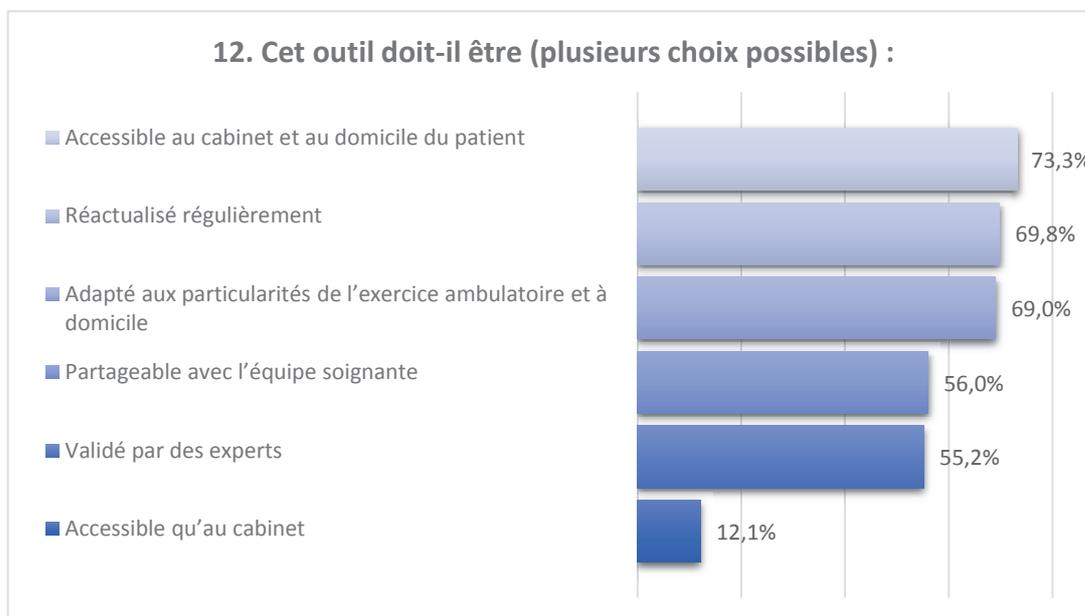


Figure 11 : représentation graphique des réponses de la question 11

Sur les 114 réponses, 72,8% souhaitent que le contenu du support comporte les « modalités thérapeutiques pour la prise en charge des douleurs rebelles », 64,9% une « aide au maniement du traitement morphinique », 63,2% un « répertoire des personnes ressources » et 63,2% une « aide à la mise en place des traitements non médicamenteux ».

14,9% souhaitent y trouver des « connaissances physiologiques de la douleur » et 14% des « connaissances anatomiques ».

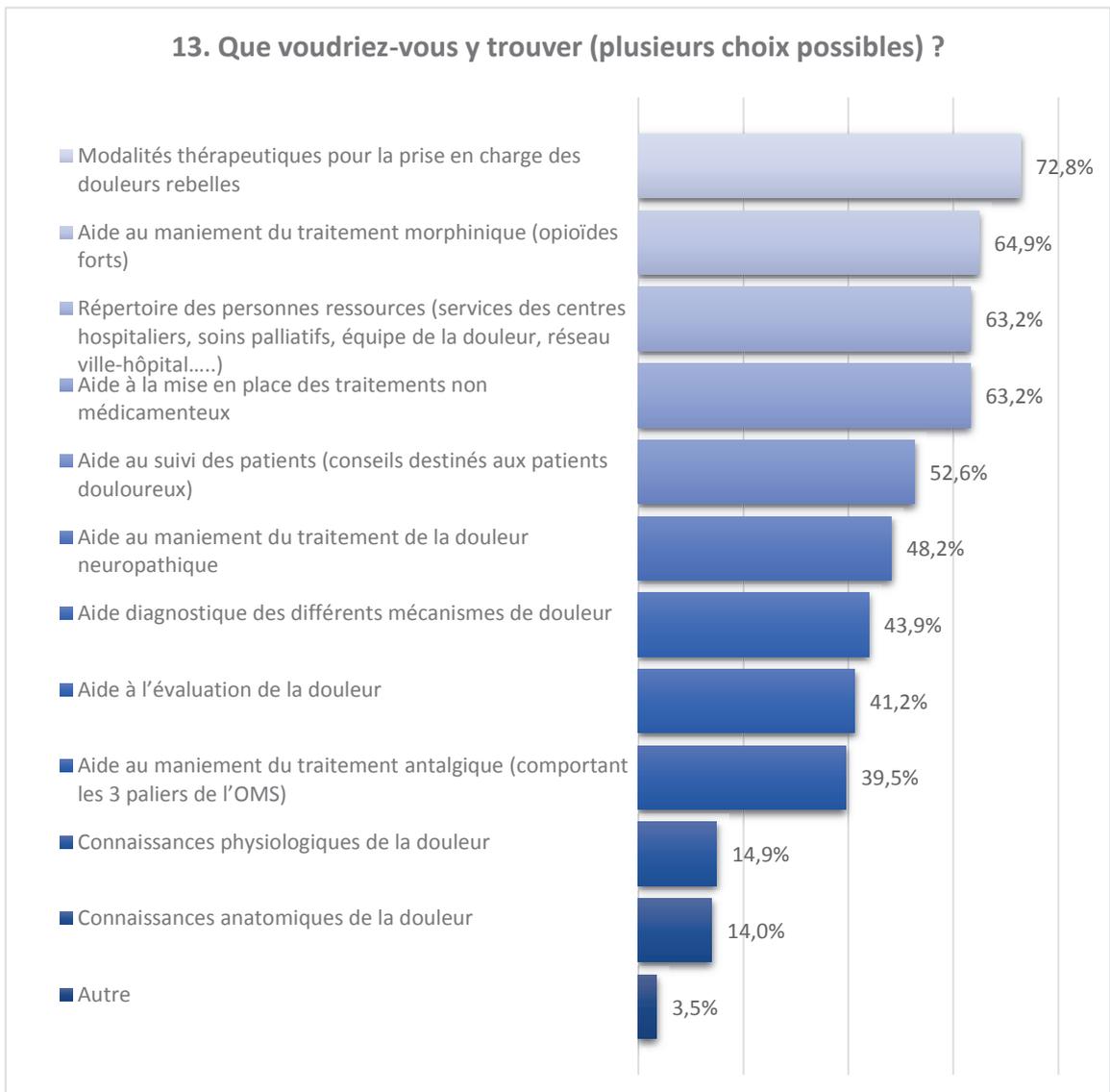


Figure 12 : représentation graphique des réponses de la question 13

Les autres propositions sont:

- « Avoir une consultation douleur plus accessible, 6 mois d'attente!!! »
- « Particularités de la prise en charge pédiatrique, soins de support en homéopathie »
- « Tableau des équianalgésie des opioïdes/palier 2 »
- « Une meilleure formation au cours des études médicales »

4. Discussion

4.1. Limites de l'enquête

4.1.1. Taux de réponse

Le taux de réponse de l'enquête est de 20,7%.

Ce taux est comparable à celui d'enquêtes similaires menées antérieurement [16]. Ce taux peut s'expliquer par un temps de réponse court (moins de deux mois). Cependant, le manque de temps des généralistes et les fréquentes enquêtes qui leurs sont adressées doivent avoir une incidence sur ce résultat : leur charge de travail est reconnue lourde en Picardie, au vu de leur démographie réputée la plus faible de France [17,18].

Ce taux de réponse reste faible. Il aurait pu être plus important si une relance avait été effectuée. Néanmoins l'échantillon semble être représentatif de la population des médecins généralistes picards du fait de leur répartition, de leur âge et de leur sexe (cf. 4.2 ci-dessous).

4.1.2. Les Biais

4.1.2.1. Les biais de sélection

Ce sont probablement les généralistes les plus sensibilisés par la douleur en cancérologie qui ont répondu. Cette situation pourrait induire une surestimation des réponses concernant leurs implications. En effet, l'étude révèle une attitude volontariste des généralistes à s'impliquer dans la prise en charge de la douleur des patients cancéreux.

4.1.2.2. Les biais d'une enquête d'opinion

L'enquête réalisée est une enquête d'opinions entraînant des réponses déclaratives pouvant être faussées, selon le ressenti du répondeur face au thème abordé. Ces réponses sont subjectives et non vérifiables.

4.2. Caractéristiques des répondants

La population des généralistes ayant répondu à l'étude présente des caractéristiques proche de la population des généralistes libéraux de Picardie décrit dans l'atlas démographique de Picardie édité par le Conseil National de l'Ordre des médecins [16].

L'âge moyen de notre population échantillon est de 51,8 ans contre 53 ans pour la population médicale picarde.

L'âge moyen des femmes est de 46,9 ans dans notre population échantillon contre 49.

Celui des hommes est de 54,7 ans dans notre population échantillon contre 54 ans.

Le sexe ratio H/F est en faveur des hommes dans les deux populations. Il est légèrement inférieur dans notre échantillon (62,1% d'hommes contre 69 %).

La répartition géographique de notre échantillon est comparable à celle des médecins généralistes de Picardie. 25,8% des médecins répondant à l'enquête exercent dans l'Aisne contre 25,7%, 37,9% dans l'Oise contre 37,4% et 36,3% dans la Somme contre 36,9%.

4.3. Analyse des résultats

Deux études récentes menées l'une en Europe, l'European Pain In Cancer Survey (EPIC) [2], (2007), et l'autre en France, menée par l'Institut National du Cancer (INCa) en 2010 [4], dans le cadre du plan cancer 2009-2013, mettent en exergue l'urgence d'une amélioration de la prise en charge de la douleur cancéreuse.

EPIC [2], est une étude prospective menée à travers 11 pays européens et en Israël, sur une population de 5084 patients. Son objectif était de déterminer la prévalence de la douleur cancéreuse dans ces pays, l'impact sur la qualité de vie des patients, le traitement qui leur est prescrit, mais aussi rechercher si les options de traitement à disposition des praticiens sont en adéquation avec la prise en charge effective des patients. La deuxième phase de cette étude s'intéressait aux patients ayant rapporté une douleur cotée au minimum à 5/10. Parmi ces patients 573 ont été sélectionnés de façon aléatoire pour compléter un questionnaire comportemental approfondi. Les résultats sont analysés globalement et par pays. Cette étude confirme que la prévalence de la douleur chez les patients atteints de cancer est supérieure à 70% et que les patients expriment des douleurs modérées à sévères dans 1/3 à 2/3 des cas (56% ont une douleur cotée à plus de 5/10). Les douleurs sont souvent chroniques avec plus d'1/3 des patients souffrant depuis plus d'un an, avec des récurrences fréquentes, un patient sur deux a des douleurs quotidiennes.

L'INCa a réalisé en 2010 [4], une étude observationnelle, transversale sur une cohorte de patients traités pour un cancer ou une hémopathie maligne. L'enquête est réalisée par le biais d'un questionnaire utilisant les moyens d'évaluation de la douleur recommandés, soit le questionnaire DN4 pour l'évaluation des douleurs neuropathique, soit le BPI pour évaluer l'intensité et le retentissement des crises douloureuses. Complété par les patients, ce questionnaire détaille les caractéristiques de la douleur, et le soulagement ou non par le traitement antalgique. Un questionnaire déclaratif est également rempli par le médecin afin de préciser succinctement le type de cancer, le stade, l'étiologie de la douleur, et la nature du traitement antalgique prescrit. La prise en charge du cancer en France est, hors des périodes de chirurgie, majoritairement ambulatoire (91%). Le recrutement des patients a donc été réalisé par le biais des hôpitaux de jour d'établissements présélectionnés par tirage au sort parmi les 471

centres autorisés pour le traitement du cancer par chimiothérapie. Ainsi, 1541 patients ont été inclus, 427 sont en phase de traitement curatif, 804 sont en situation de cancer avancé, et 275 sont en surveillance ou en rémission avec un recul de plus d'un an après la chimiothérapie. Dans cette étude la douleur est présente chez 53% des patients. Seulement 5,6% des patients ont une douleur totalement contrôlée par le traitement antalgique.

Ces deux enquêtes insistent sur la nécessité d'intensifier la prescription d'antalgiques forts, souvent nécessaires dans un contexte de douleurs cancéreuses.

Notre étude n'a pas pour but de refaire l'état des lieux concernant cette situation. Elle porte sur les raisons pouvant l'expliquer avec, d'une part, une interrogation sur les difficultés de prise en charge des douleurs cancéreuses en médecine générale et, d'autre part un questionnement sur l'intérêt de développer un outil d'aide au diagnostic et au traitement de cette douleur.

4.3.1. Le médecin généraliste face à la douleur cancéreuse

Dans notre étude, à la question portant sur la difficulté de prise en charge, la majorité des réponses a été pour la proposition « Parfois ». Néanmoins, il faut noter qu'un médecin généraliste sur six déclare avoir « souvent » et « très souvent » des difficultés.

Il nous a paru intéressant de préciser que si nous croisons ces résultats avec le département d'exercice, le milieu d'exercice et le type d'exercice, nous pouvons constater qu'il existe une homogénéité en terme de difficulté ou non dans la prise en charge des douleurs cancéreuses (cf. Annexe 2).

Par contre, si nous croisons les difficultés de prise en charge avec la moyenne d'âge, il semble se dessiner une tendance de corrélation entre des difficultés plus fréquentes et un âge plus avancés. Ce résultat n'est pas significatif ($p=0,731$). Cela pourrait s'expliquer par une formation médicale différente chez les médecins plus âgés.

En effet, l'ensemble des mesures prises comme la réhabilitation de la morphine en France à la fin des années 1980 [19,20], la simplification de prescription des stupéfiants dans les années 1990 et 2000 (avec la disparition du carnet souche)[21,22,23], la loi du 4 mars 2002 relative au droit du patient à être soulagé [24], l'amélioration de la formation médicale avec la création du module 6 en 2004 ainsi que des diplômes comme le DESC « douleur et soins palliatifs » et le DU de prise en charge de la douleur [25,26], la succession de plans gouvernementaux de lutte contre la douleur [25, 27, 28, 29] ainsi que les plans cancer [30,31] ont abouti à une amélioration des connaissances et des pratiques [32,33].

Quand nous abordons les causes pouvant expliquer cette difficulté dans la prise en charge de la douleur, les propositions en rapport avec le traitement (« Intolérance des traitements » et

« Echec ou efficacité insuffisante des traitements ») ont été majoritaires avec respectivement 75,9% et 56,9% de taux de réponse.

Cela pourrait s'expliquer par des effets secondaires insuffisamment anticipés comme l'association de laxatifs systématiques par exemple et/ou par certaines réticences, dans l'emploi des morphiniques (par le médecin mais aussi par le patient et son entourage).

Quand nous abordons les autres causes, les médecins généralistes évoquent 2 thèmes :

→Le lien avec les spécialistes avec une insistance sur les « Délais d'attente pour radiothérapie à visée antalgique » et les « Difficultés à communiquer avec les spécialistes, à recevoir les comptes rendus hospitaliers », d'où l'enjeu relationnel entre médecins de ville et médecins hospitaliers.

→La composante émotionnelle difficile à traiter avec : le « Dénî, désaveux du diagnostic de cancer » et la « Douleur psychique ».

Toutefois, nous pouvons remarquer la déclaration d'un taux faible de patients douloureux et de patients présentant des douleurs rebelles.

4.3.2. Les raisons amenant la demande d'hospitalisation du patient douloureux

A cette question, nous aurions pu nous attendre à d'avantage de réponses pour un « manque de matériel ou de personnel à domicile ». Mais il existe d'autres raisons amenant à l'hospitalisation comme la « demande de la famille » à 53,3%, la « demande du patient » à 51,6% et quelque fois, selon un confrère, « l'insistance de la HAD ». L'item « inefficacité ou intolérance du traitement » a recueilli 52,5% des réponses et montre que le traitement antalgique insuffisant peut entraîner un surcoût ainsi que des hospitalisations supplémentaires, sources d'inconfort pour le patient.

Nous retrouvons le thème abordant l'équilibre antalgique difficile quand notre confrère déclare : « Pas question de le laisser souffrir si je ne parviens pas à calmer la douleur ».

Les autres thèmes abordés dans la question sont « la nécessité de bilan complémentaire » et l'hospitalisation par « l'intervention du spécialiste ». Pour cette dernière proposition, nous pouvons aussi penser que cette réponse soit secondaire à une demande du patient ou de son entourage au cours d'un rendez-vous.

Si nous croisons cette question avec le milieu d'exercice, nous retrouvons une homogénéité entre le milieu rural et le milieu urbain pour la demande d'hospitalisation émanant du patient. Par contre, nous constatons une différence significative ($p= 0,045$) quand cette demande provient de la famille. Il semble qu'en milieu urbain, l'insistance des familles pour l'hospitalisation soit plus fréquente qu'en milieu rural. Cela pourrait s'expliquer par un accès plus proche aux centres hospitaliers en milieu urbain, favorisant cette demande. Nous

avons noté à plusieurs reprises les difficultés relationnelles des médecins généralistes avec l'entourage du patient.

4.3.3. Le recours au spécialiste de la douleur ou en soins palliatifs

A cette question, portant sur la fréquence de recours au spécialiste de la douleur, la majorité des réponses a été pour la proposition « parfois » à 65,3%.

Si nous croisons cette question avec le département d'exercice, le milieu d'exercice et le type d'exercice, nous constatons encore une certaine homogénéité dans le recours au spécialiste de la douleur. Ce recours au spécialiste de la douleur reste insuffisant. Nous pourrions évoquer les délais, les difficultés de communication entre généralistes et spécialistes voire la méconnaissance du réseau.

4.3.4. Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur cancéreuse

97,6% des médecins généralistes ont répondu avoir un rôle prépondérant dans la prise en charge de cette douleur.

Cela montre que malgré les difficultés rencontrées, ils ne se désintéressent pas en déléguant ce rôle aux spécialistes.

Si nous nous intéressons à cette question en fonction du département d'exercice, du milieu d'exercice et du type d'exercice, les résultats montrent de nouveau une certaine homogénéité. Il semblerait qu'un médecin traitant exerçant seul en milieu urbain dans la Somme se sente autant concerné par ce rôle, qu'un médecin traitant exerçant en groupe en milieu rural dans l'Aisne. La distance d'exercice par rapport au CHU d'Amiens, ou du CH du secteur (quel que soit le département d'exercice), ne semble pas non plus influencer cette implication.

Lorsque nous développons les détails de cette implication, la majorité des médecins interrogés déclare « être l'initiateur des traitements et leur adaptation », « assurer le soutien morale du patient et de son entourage », « être celui qui décide du recours ou non à un spécialiste ».

Seulement 14,5% estiment ne pas être l'initiateur des traitements mais de les suivre et de les renouveler.

Par ailleurs, il est intéressant de citer un commentaire d'un médecin généraliste : « par la force des choses, le patient sortant du CH est suivi d'emblée par le service de soins palliatifs de l'hôpital ».

Cela montre que les médecins généralistes se sentent investi par ce rôle, souhaitent le conserver et en être le garant en l'avenir. Mais parmi ceux se sentant moins impliqués, le recours aux spécialistes n'est pas systématique et ne serait pas toujours de leur propre chef.

4.3.5. Intérêt de développer un support d'aide au diagnostic et au traitement des douleurs cancéreuses

Nous venons de voir qu'il existe des difficultés dans la prise en charge de la douleur cancéreuse et, que les médecins généralistes souhaitent avoir un rôle prépondérant dans cette prise en charge.

La question suivante leur demande si un support d'aide au diagnostic et au traitement de ces douleurs pourrait leur être utile. La réponse fut positive à 70,2%. Cet intérêt pour cet outil se retrouve de façon homogène quel que soit le département d'origine ou le milieu d'exercice.

A la demande s'ils possédaient déjà un support de ce type, la réponse fut négative majoritairement à 80,8%, ceux qui pensaient avoir cet outil citaient en majorité les échelles d'évaluation de la douleur telles que l'EVA et le DN4 ce qui paraît insuffisant pour la prise en charge de la douleur cancéreuse.

Nous pouvons en conclure qu'un tel outil est nécessaire.

Cela rejoint le travail de thèse du Dr Bernard-Camara A. [10] soutenu à Lille en juillet 2013. Son étude permettait de faire un état des lieux des connaissances actuelles d'un échantillon de médecins généralistes, sur la titration des opioïdes et sur la prise en charge des ADP. Cette étude qualitative avait pour but d'identifier les facteurs limitant la réalisation d'une titration des opioïdes en médecine générale, d'analyser les différences de prescriptions entre médecins généralistes, en fonction de leur mode d'exercice urbain ou rural, et médecins hospitaliers (algologues, oncologues, médecins de soins palliatifs). L'objectif était de produire un outil simple d'utilisation permettant aux médecins généralistes de réaliser une titration des opioïdes à domicile et de reconnaître et traiter les ADP.

Les résultats obtenus furent : « 98% des médecins généralistes aimeraient avoir à disposition un outil pédagogique rappelant les étapes de titration et aidant au diagnostic et à la prise en charge des ADP » et « 95% des spécialistes interrogés pensent qu'un outil pédagogique permettrait aux médecins généralistes d'améliorer leur prise en charge de la douleur et de diminuer le recours aux consultations spécialisées et aux hospitalisations. ».

Les conclusions de cette étude corroborent bien nos résultats sur l'intérêt de la mise en place d'un outil d'aide au diagnostic et au traitement de la douleur cancéreuse.

Par ailleurs, il semblerait que les spécialistes soient intéressés par cet outil afin de diminuer la demande de consultation, de cerner les demandes pour les douleurs rebelles, et ainsi peut-être raccourcir les délais d'attente pour un rendez-vous.

4.3.6. Les caractéristiques du support

Enfin, nous avons voulu savoir s'il existe un support souhaité par les médecins traitants et sous quelle forme ? Avec quel contenu ? Ces demandes sont-elles communes ou différentes selon le mode d'exercice du médecin généraliste ?

La première question portait sur la forme du support.

Les résultats obtenus furent majoritaires pour des techniques de communications « modernes » comme le site internet à 41,7% et l'application Smartphone à 38,9%. Néanmoins, les modes de communications « traditionnelles » comme le support papier à 40,9% et la formation (FMC, EPU) à 40,9% gardent toujours une place importante.

Par contre les modèles comme le CD (11,3%) et la plateforme téléphonique (9,6%) sont très peu demandés.

Les autres propositions fournies par les répondants comportent l'« Appel du réseau PALPI », que nous pouvons rapprocher de la plateforme téléphonique, la « Réunion avec l'équipe de soins palliatifs ». Il est intéressant de noter la citation d'un médecin déplorant le manque de formation durant ses études : « Une bonne formation au cours des études médicales serait largement suffisante mais celle-ci n'est pas faite, du moins à mon époque, l'utilisation des morphiniques était presque un sujet tabou ».

Est-ce que la formation actuelle du module 6 (e-ECN 2016 UE 5) est suffisante et répond-elle aux besoins des médecins généralistes ?

En fonction du milieu d'exercice (cf. figure 13), nous constatons que les médecins généralistes en milieu rural semblent d'avantage intéressés par la formation traditionnelle de type FMC, que ceux exerçant en milieu urbain. Cette différence est significative avec $p=0,002$.

Nous pouvons supposer que les médecins urbains soient moins intéressés par ces formations, car ils en bénéficient déjà plus largement, ces formations étant « au pas de leur porte ». Une autre explication serait que les médecins ruraux, du fait de leur plus faible densité, se sentent isolés. Ce sentiment d'isolement pourrait être propice à une volonté de se retrouver pour parler des difficultés rencontrées.

Le CD, rarement demandé (cf. figure 13), semble toutefois recevoir plus de suffrages de la part des médecins ruraux ($p=0,048$).

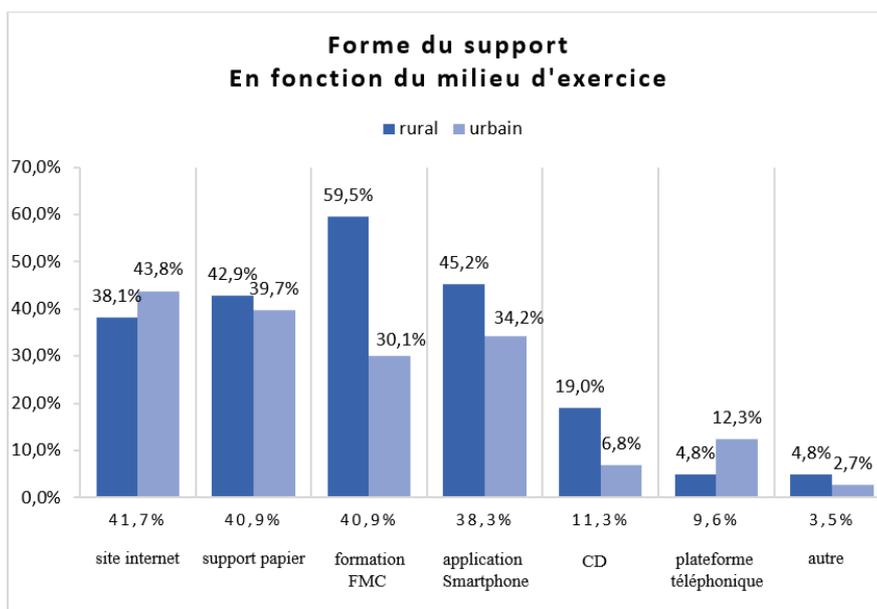


Figure 13 : représentation graphique de la forme du support en fonction du milieu d'exercice

Si nous croisons cette question en fonction du sexe du médecin répondant, nous constatons une différence significative pour les médecins femmes en faveur du site internet ($p=0,049$).

Si nous nous intéressons à la forme souhaitée pour ce support en fonction de l'âge du praticien, les résultats obtenus montrent une certaine tendance : les médecins plus jeunes seraient d'avantage intéressés par le site internet et l'application Smartphone que leurs confrères plus âgés. Par ailleurs, les médecins plus âgés seraient d'avantage intéressés par le support papier, le CD et la plateforme téléphonique. Néanmoins il ne s'agit ici que d'une tendance et non pas de résultats significatifs, sauf pour le CD ($p=0,007$).

Parmi les supports retenus, nous ne retrouvons pas de support se démarquant des autres. En fonction des personnalités des médecins généralistes, leur choix se porte sur l'un ou l'autre de ces supports.

Nous pouvons alors proposer un support que nous pourrions adapter à la fois sous forme papier et à la fois sous forme d'un site internet ou d'une application Smartphone.

Concernant les qualités du support, les réponses ont été pour un support mobile aussi bien accessible au cabinet qu'à domicile (73,3%) (Contre 12,1% souhaitant une accessibilité qu'au cabinet), réactualisé régulièrement (69,8%), adapté aux particularités de la pratique ambulatoire et à domicile (69%). Les autres propositions, comme un support partageable avec l'équipe soignante (56%) et validé par des experts (55,2%), ont été moins sollicitées.

Enfin pour le contenu de ce support, les médecins interrogés sont en faveur d'un contenu d'avantage pratique, allant de 72,8% de réponses pour la proposition portant sur la prise en charge des douleurs rebelles à 39,5% pour celle portant sur l'aide au maniement du traitement antalgique. Les propositions plus théoriques rappelant les connaissances comme

la physiologie de la douleur et les voies anatomiques ont obtenu très peu de réponses avec respectivement 14,9% et 14%.

Cet outil devrait donc être mobile pour être utilisable au cabinet comme en visite à domicile, régulièrement mis à jour, comportant d'avantage un contenu pratique que théorique. Cela est compatible avec une forme accessible par une application Smartphone ou un site internet ou encore sous la forme d'un carnet triptyque.

Cela rejoint le travail de thèse du Dr Cousin I. [11] soutenu à Reims en avril 2013. Il s'agit d'une étude qualitative portant sur la prescription des morphiniques dans la prise en charge de la douleur cancéreuse nociceptive chez l'adulte par les médecins généralistes de la Marne. Le but était de définir les obstacles rencontrés dans leur pratique. Une partie du questionnaire les interrogeait sur l'utilité et la forme d'un éventuel outil d'aide à la prescription.

Les résultats obtenus furent : « Cinq médecins sont intéressés par des documents de synthèse, sous la forme de fiches ou de livret, pour guider la prescription, en particulier: les médicaments morphiniques disponibles, les équivalences entre palier 2 et 3, les équivalences entre morphiniques. Dix médecins ont souhaité garder le tableau présentant les morphiniques actuellement disponibles sur le marché, et plusieurs ont photocopié le tableau d'équivalence des différents morphiniques, utilisés comme support pour l'entretien. » « Deux médecins suggèrent la mise en place d'un site dédié aux soins palliatifs utilisable facilement en médecine générale. Un autre médecin indique l'existence d'une application iPhone® donnant les équivalences entre les antalgiques de paliers 2 et 3. Après recherche, il s'agit de l'application Opium®, téléchargeable gratuitement. » « Cinq médecins ont rappelé l'utilité du réseau de soins palliatifs RéCAP et en particulier l'intérêt de la ligne téléphonique PALLIO » « Un médecin déplore que la mise en place d'un dossier médical informatisé partagé effectif entre le centre 15, les réseaux de cancérologie et les médecins généralistes ait échoué ; l'objectif de ce type de dossier étant de coordonner au mieux la prise en charge globale du patient, et respecter les souhaits du malade cancéreux jusqu'à son décès. »

Les résultats obtenus dans cette enquête confortent le souhait des médecins généralistes de s'impliquer dans la prise en charge des douleurs cancéreuses. Ils étaient intéressés par le développement d'un outil d'aide à la prise en charge de ces douleurs. Les caractéristiques de cet outil restaient variables, allant d'un support papier à la mise en place d'un logiciel partageable rappelant la mise en place du DMP.

Au vu de ces différents travaux, nous pouvons proposer un modèle de cet outil d'aide au diagnostic et au traitement des douleurs cancéreuses au vu des souhaits présentés par les médecins généralistes picards.

5. Développement de l’outil d’aide au diagnostic et au traitement des douleurs cancéreuses.

5.1. Définition de la douleur cancéreuse [13]

La douleur cancéreuse est décrite comme « une expérience désagréable, à la fois sensorielle et émotionnelle, associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou simplement décrit en termes d’un tel dommage », dans un contexte de néoplasie.

5.2. Rappels des mécanismes physiopathologiques [13]

5.2.1. Douleurs par excès de nociception

Il s’agit d’une hyperalgésie locale, aiguë ou chronique, par excitation des récepteurs périphériques par un processus tumoral, ischémique, inflammatoire, infectieux, ou une agression chimique.

5.2.2. Douleurs neuropathiques

Ce sont des douleurs ressenties comme une brûlure, un élancement en décharges électriques, suite à la lésion d’un nerf, une racine ou un plexus, occasionnées par une compression tumorale, une section chirurgicale, la radiothérapie, la chimiothérapie,...

5.2.3. Douleurs mixtes

Ce sont des douleurs comportant à la fois une composante nociceptive et une composante neuropathique.

Tableau 2 : Caractéristiques comparées des douleurs par excès de nociception et des douleurs neuropathiques [13]

	Excès de Nociception	Neuropathique
Mécanismes	Excès de stimulation somatique, viscéral lésion tissulaire sans lésion nerveuse	Dysfonctionnement du système nerveux lésion périphérique ou centrale du système nerveux
Caractères	Très variés douleurs continues ou intermittentes	Assez stéréotypés fond douloureux permanent associé à des paroxysmes
Clinique	Topographie non neurologique sensibilité normale, inflammation	Déficit sensitif dans le territoire douloureux. allodynie, hyperpathie

5.3. Evaluation de la douleur cancéreuse [13, 34, 35]

Recommandations pour la pratique clinique : [35]

→ Détermination du caractère aigu ou chronique de la douleur.

→ Détermination des mécanismes d'action (douleurs par excès de nociception, neuropathiques ou mixtes).

→ Évaluation de l'étiologie : due à la tumeur cancéreuse elle-même, due aux thérapeutiques du cancer (douleurs post-chirurgicales, douleurs post-radiques, post-chimiothérapeutiques) ou sans lien de causalité directe avec le cancer.

→ Évaluation de l'association possible de plusieurs douleurs et de leurs évolutions dans le temps.

→ L'approche du patient douloureux doit être à la fois somatique, psychologique, sociale et familiale en raison de la diversité des dimensions impliquées.

5.3.1. Outils d'auto-évaluation de la douleur [13, 35,36]

Cette évaluation concerne les patients dits « communicants ».

Le patient évalue lui-même sa douleur.

Cette évaluation se pratique par l'échelle visuelle analogique (EVA) (cf. Annexe 2, figure 15), l'échelle numérique décimale (END) (« noter » sa douleur de 0 à 10 à un moment donné, 0 = pas de douleur et 10 = douleur maximale imaginable) ou l'échelle verbale simple (EVS) (cf. Annexe 3, figure 16).

5.3.2. Outils d'hétéro-évaluation de la douleur [13, 36]

Cette évaluation s'adresse aux patients dits « non communicants ».

Le soignant évalue la douleur du patient grâce à ces échelles :

Les plus utilisées sont l'échelle DOLOPLUS 2® pour les douleurs chroniques (cf. Annexe 4, figure 17), l'échelle ALGOPLUS® pour les douleurs aiguës (cf. Annexe 5, figure 18) et l'échelle ECPA® pour les douleurs liées aux soins (cf. Annexe 6, figure 19).

5.3.3. Outils pour évaluer d'autres dimensions de la douleur [13, 36]

Pour rechercher la composante neuropathique, nous utiliserons le questionnaire DN4 (cf. Annexe 7, figure 20).

La réévaluation est nécessaire pour connaître l'efficacité des thérapeutiques mises en route.

5.4. Traitement de la douleur cancéreuse [13]

→ Avant d'envisager toute forme de traitement, un bilan complet doit donc être effectué, et dans la mesure du possible, des traitements étiologiques doivent être proposés.

→ Il faut chercher à prévenir la douleur plutôt qu'à calmer les symptômes une fois qu'ils se manifestent. Pour y arriver, il faut administrer régulièrement des doses optimales d'un antalgique approprié, sans attendre que le malade ne le demande et donc favoriser les prises systématiques plutôt qu'à la demande.

→ Cette attitude, qui atténue la crainte du malade devant la survenue d'une nouvelle crise douloureuse, permet souvent de diminuer à terme la dose d'antalgique nécessaire.

→ Il faut traiter le malade en préservant une lucidité suffisante pour qu'il puisse communiquer avec ses proches, et qu'il reste aussi autonome que possible.

→ Il faut traiter également les autres symptômes (nausées, vomissements, incontinence, constipation, diarrhée, faiblesse, insomnie, dyspnée...) et, en particulier les facteurs psychologiques susceptibles d'aggraver la douleur: anxiété, dépression, fatigue, troubles du sommeil.

→ Il ne faut jamais utiliser de procédés qui risqueraient d'altérer la confiance du malade envers son médecin.

→ Il faut prévenir le patient et son entourage des effets secondaires susceptibles d'apparaître et de prévoir les traitements correcteurs si possible.

5.4.1. Paliers OMS

Le Palier I comprend les antalgiques non opioïdes comme le paracétamol, l'aspirine et les AINS.

Le Palier II comprend les opioïdes faibles comme la codéine, le tramadol et la poudre d'opium.

Le néfopam, de par son pouvoir antalgique, peut être considéré comme un palier II.

Le Palier III comprend les opioïdes forts comme la morphine et toutes les molécules répertoriées dans le tableau 3.

5.4.2. Traitements morphiniques actuellement disponibles et leur délivrance

Tableau 3 : Traitements morphiniques actuellement disponibles et leur délivrance [13, 37, 38, 39]

DCI	Spécialités	Voies d'administration	Durée d'action	AMM	Durée maximale de prescription
chlorhydrate de morphine	Morphine®	SC, IV, périurale, intrathécale		Douleurs sévères cancéreuses et non cancéreuses	7 jours sauf Pompe portable : 28 jours
sulfate de morphine	LP Skenan® LP 10, 30, 60, 100, 200 mg Moscontin® LP 10, 30, 60, 100, 200 mg Kapanol® LP 20,50, 100 mg	Per os	12h	Douleurs sévères cancéreuses et non cancéreuses	28 jours
	LI Actiskenan® 5,10,20, 30 mg Sevredol® 10, 20 mg Oramorph® Solution 10 mg/5 ml ; 30 mg/5 ml ; 100 mg/5 ml ; flacon 20 mg/1 ml		4h 4h 4h		
Oxycodone	LP Oxycontin® LP 5, 10, 15, 20, 30, 40, 60, 80, 120 mg	Per os	12h	Douleurs sévères cancéreuses et non cancéreuses	28 jours
	LI Oxynorm®, Oxynormo® 5, 10, 20 mg Oxynorm® Injectable 10 mg/ml, 50 mg/ml	Per os IV	4h		28 jours 7 jours
fentanyl	Durogesic®, Matrifen® et génériques® : 12, 25, 50,75 et 100 µg/heure	Transdermique	72h	Douleurs sévères cancéreuses et non cancéreuses	28 jours mais délivrance fractionnée de 14 jours *
	Abstral® 100, 200, 300, 400, 600, 800 µg	sublingual	2-4h	Traitement des accès douloureux paroxystiques chez des patients recevant déjà un traitement de fond morphinique pour des douleurs cancéreuses	28 jours mais Délivrance fractionnée de 7 jours*
	Actiq® 200, 400, 600, 800, 1200, 1600 µg	Applicateur buccal			
	Breakyl® 200, 400, 600, 800, 1200µg	Film orodispersible buccal	1h		
	Effentora® 100, 200, 300, 400, 600, 800 µg	gingival	2h		
	Instanyl® 50, 100, 200, 600 µg	Pulvérisation nasale	1h		
	Pecfent® 100, 400 µg	sublingual			
Recivit® 133, 267, 400, 533, 800 µg					
hydromorphone	Sophidone® LP 4,8, 16, 24mg	Per os	12h	Douleurs cancéreuses en cas de résistance ou intolérance aux opioïdes forts	28 jours

*(sauf mention « délivrance en une fois »)

Recommandation SOR (Standards, Options et Recommandations) [40] :

→ Sauf situation particulière, la morphine orale est l'opioïde de niveau 3 OMS de première intention. Elle doit être prescrite sous forme orale, soit en comprimés ou gélules de sulfate de morphine à libération immédiate (LI), soit en comprimés ou gélules de sulfate de morphine à libération prolongée (LP), soit en solution de chlorhydrate de morphine (préparations magistrales ou commercialisées).

→L'oxycodone est une autre alternative à la morphinothérapie orale dans le traitement des douleurs intenses d'origine cancéreuse ou en cas de résistance ou d'intolérance à la morphine.

→ L'utilisation des patchs de fentanyl à 25 µg/h est une option thérapeutique dans l'initiation d'un traitement opioïde en cas de douleurs stables, c'est-à-dire sans paroxysme fréquent, sans douleur intense justifiant une voie injectable en raison de sa rapidité d'action, dans les situations suivantes:

- Voie orale impossible dont nausées et vomissements rebelles au traitement
- Risque occlusif
- Malabsorption digestive : fistules, grêle radique, interventions digestives mutilantes, diarrhée profuse, etc.
- Insuffisance rénale chronique modérée (excrétion rénale prédominante essentiellement sous forme de métabolites inactifs).
- Poly médication orale gênante pour le malade.

→ Le fentanyl transmuqueux est uniquement un traitement des accès douloureux, en complément d'un traitement opioïde de fond, chez des malades présentant des douleurs chroniques d'origine cancéreuse.

→ L'hydromorphone est indiquée dans le traitement des douleurs intenses d'origine cancéreuse en cas de résistance ou d'intolérance à la morphine.

5.4.3. Titration des opioïdes forts et règles de prescription [13]

LA TITRATION D'OPIOÏDE FORT PAR VOIE ORALE - CONSEILS D'UTILISATION

→ Titration avec un opioïde à libération immédiate (LI)

Dose initiale 10 mg d'équivalent morphine per os à LI (ou 5mg pour les patients âgés ou fragiles).

- évaluation de la douleur régulière
- si douleur non soulagée (EVA > 30 mm) : proposer une nouvelle dose de 10 mg (ou 5 mg) en respectant un intervalle de 4 h entre chaque prises
- au bout de 24 h : augmentation de la dose par prise si le patient est non soulagé (par exemple passage de 10 à 15 mg par prise)
- chez les malades équilibrés depuis 48-72 h sous opioïde à LI, il est possible de prescrire un opioïde à libération prolongée (LP) à dose journalière équivalente

Exemple : un patient ayant pris 6 interdoses de 10mg d'Actiskenan®, doit avoir une dose journalière de 60mg de morphine. On peut donc lui proposer du Skenan LP® : 30mg le matin et 30mg le soir avec des interdoses de 1/6 de la dose, soit 10mg d'Actiskenan®, toutes les 4h.

→ Titration avec un opioïde à libération prolongée (LP)

Dose initiale: 30 mg d'équivalent morphine toutes les 12 h (ou 1 mg/kg/j) avec la possibilité d'interdose d'opioïde à LI toutes les 4 h en fonction de l'évaluation de la douleur.

La posologie de l'interdose se situe entre 1/10 et 1/6 de la dose journalière (LI+LP).

Adaptation: au bout de 24h, la dose totale consommée est calculée. La dose d'opioïde LP est réajustée en fonction de la dose totale consommée, s'il y a eu 4 interdoses ou plus.

→ Chez la personne âgée ou en cas d'insuffisance rénale ou respiratoire

- calcul de la clairance de la créatinine
- les doses seront réduites de moitié, voire espacées de plus de 4 h pour les formes à LI.

GRANDES REGLES DE PRESCRIPTION [13]

La prescription des opioïdes forts obéit à la réglementation des stupéfiants. Elle doit être réalisée sur des ordonnances sécurisées (qui comportent l'identification du prescripteur, le numéro d'identification du lot d'ordonnances, un carré où le prescripteur doit indiquer le nombre de spécialités prescrites).

Le médecin doit renseigner :

- l'identité du patient (nom, prénom, âge et sexe, si nécessaire taille et poids), la date
- la voie d'administration clairement précisée
- le nombre de lignes de traitement (encadré en bas de l'ordonnance)
- la durée du traitement et le nombre d'unités de conditionnement **en toutes lettres**
- sa signature apposée immédiatement au-dessous de la dernière ligne et l'espace résiduel sera rendu inutilisable.

Pour tous les opioïdes forts, il existe une durée maximale de prescription à respecter (cf. tableau 3).

Si l'ordonnance est présentée dans les 24 h qui suivent la prescription, le pharmacien sera tenu de dispenser les quantités totales prescrites. Au-delà de ce délai, la dispensation sera limitée à la durée du traitement restant à couvrir. Le pharmacien ne pourra délivrer deux ordonnances de stupéfiants qui se chevauchent sauf mention expresse du prescripteur sur l'ordonnance établie en second.

5.4.4. Effets secondaires de la morphine [11, 13]

Tableau 4 : Les effets secondaires de la morphine

Les effets secondaires de la morphine				
Effet secondaires	Incidence	Facteurs favorisants	Diagnostic différentiel	Conduite à tenir
Sécheresse buccale	95% Constante, pendant tout le traitement			→ Apports hydriques → Hygiène dentaire avec soins de bouche quotidiens → Substituts salivaires
Constipation	Constante, pendant tout le traitement, pas de variabilité interindividuelle	Neuroleptiques, antiémétiques (dont les sétrons)	Causes médicamenteuses, anatomiques, diabète, hypothyroïdie.	→ Surveillance régulière → Mesures Hygiéno-Diététiques: activité physique, limitation de l'aliment, apports liquidiens suffisants, augmentation des fibres alimentaires → Traitement laxatif par voie orale (osmotique ou stimulant) systématique en prévention → si échec: bithérapie laxative, lavement rectal et antagoniste morphinique périphérique (méthylalantrexone ayant une AMM chez les patients relevant de soins palliatifs en cas d'inefficacité des laxatifs). → vérifier l'absence de fécalome
Nausées, vomissements	fréquents chez 50 à 66% des patients, souvent transitoire (en général en 2 à 3 semaines)	Ils sont liés à une action sur le système nerveux central par stimulation de la zone chémoréceptrice et émétisante et/ou à une action vestibulaire.	Attention, si les vomissements persistent malgré le traitement symptomatique, rechercher une autre cause : troubles métaboliques, occlusion intestinale	Il est conseillé de prescrire un antiémétique (dompéridone ou métoclopramide) dès le début du traitement et pendant 8 à 15 jours. Si échec : → des neuroleptiques à action centrale : halopéridol ou chlorpromazine à faible dose et à utiliser avec prudence chez les sujets âgés ; → les corticoïdes; → les sétrons ou antagonistes des récepteurs 5-HT ₃ (hors AMM) ; → le droperidol par voie intraveineuse si le patient est sous morphine par voie intraveineuse,
Dysurie et rétention d'urine	3 à 23%	hypertrophie de prostate, patient âgé	recherche de médicaments favorisants de type anticholinergique	→ diminution des doses d'opioïde, → sondage urinaire, → néostigmine

Somnolence	20 à 60% en début de traitement, « Dette de sommeil »	potentialisation par l'association de traitements psychotropes,	Dette de sommeil, causes métaboliques, iatrogènes, une prise anarchique du traitement opioïde, métastases cérébrales	→ Information des patients → diminuer les doses d'opioïde si possible → rotation des opioïdes. Attention à ne pas méconnaître un surdosage en opioïde nécessitant l'injection de naloxone.
Troubles neuropsychiques (Euphorie, confusion, sensation vertigineuse, délire, troubles cognitifs)		personnes âgées association à des psychotropes (benzodiazépines, neuroleptiques)	troubles métaboliques, infection, potentialisation par d'autres médicaments.	→ débuter le traitement par des doses faibles et augmenter progressivement → diminution des doses d'opioïde, → rotation des opioïdes, → en cas d'hallucinations : faibles doses de neuroleptiques
Prurit	2 à 10%	lié à l'effet histaminolibérateur des opioïdes		→ antihistaminiques → rotation des opioïdes
myoclonies	43% Signe clinique de surdosage	Doses élevées des opioïdes.		→ diminution des doses d'opioïde, → rotation des opioïdes,
myosis	Signe d'imprégnation morphinique			→ diminution des doses d'opioïde
Dépression respiratoire → se définit par un rythme respiratoire inférieur à 10 min	Rare, Signe de surdosage en opioïde.	Insuffisance rénale, Insuffisance respiratoire, Soulagement brutal des douleurs par le traitement étiologique du cancer substances sédatives, (psychotropes, alcool).		→ mesures de réanimation et injection de naloxone (voir chapitre sur le surdosage)

5.4.5. Signes de surdosage en morphine et Conduite à tenir en cas de surdosage : [13]

Le surdosage se traduit par un trouble de la vigilance, une respiration irrégulière et une diminution de la fréquence respiratoire (FR) inférieurs à 10/ min.

La conduite à tenir repose sur des mesures de réanimation et l'injection d'antagoniste : la naloxone.

La surveillance et les mesures sont à prendre en fonction de l'échelle de sédation (EDS) et de la respiration (R) (cf. Annexe 8, tableau 17).

En l'absence de protocole validé dans la littérature, le protocole « naloxone » suivant est recommandé (recommandation, accord d'experts) [40].

protocole « naloxone »
<p>→ Arrêter l'opioïde et stimuler patient</p> <p>→ Préparation d'une ampoule à 1 mL soit 0,4 mg ramené à 10 mL de NaCl ou glucosé 5 %.</p> <p>→ Injection intra-veineuse de 1 mL toutes les 2 min. jusqu'à récupération d'une fréquence respiratoire à 10/min. Cette titration vise la disparition de la dépression respiratoire mais respecte l'antalgie.</p> <p>→ Perfusion de 2 ampoules dans 250 mL sur 3 à 4 heures à renouveler selon la fréquence respiratoire et en tenant compte de la durée d'élimination de la molécule ayant entraîné le surdosage.</p> <p>→ Oxygénothérapie du patient par masque facial</p> <p>→ Appel du 15</p>

Pour fournir une aide au calcul des doses, il existe des tables d'équianalgésie (cf. figure 14). Cependant, les valeurs données sont uniquement indicatives et les doses d'équianalgésie peuvent varier d'un patient à l'autre et en fonction du terrain (insuffisance rénale, âge...). Ces doses sont proposées pour les douleurs du cancer, et ne sont pas valables dans d'autres situations. Chez les patients fragiles, il est préférable de diminuer la dose fournie par la table d'environ 25 %. La rotation d'opioïde nécessite donc toujours une surveillance rapprochée de la douleur et des effets indésirables.

5.4.8. Traitement des accès douloureux paroxystiques [13, 44] (cf. Annexes 9, figure 21)

Les accès douloureux paroxystiques (ADP) du cancer justifient l'utilisation de morphiniques d'action rapide par voie transmuqueuse. Sept médicaments sont actuellement disponibles dans cette indication. Tous ont le fentanyl pour principe actif, mais des formes galéniques différentes.

→ Comme tous les morphiniques, le fentanyl expose notamment à un risque de dépression respiratoire grave. Une prudence particulière est recommandée lors de la titration chez les patients présentant une affection favorisant une dépression respiratoire ou chez ceux prenant des médicaments ayant ce type d'effet (benzodiazépine, par exemple).

→ La substitution d'un de ces produits par un autre ne doit pas être effectuée dans un rapport de 1/1, car les profils d'absorption sont différents. Toute substitution doit donner lieu à une nouvelle titration (cf. Annexes 9, figure 21).

5.4.9. Traitement des douleurs rebelles [45]

La majorité des techniques employées sont instaurées en milieu hospitalier et/ou par des spécialistes. Il est nécessaire, à ce moment, d'avoir un avis spécialisé.

Ici, elles sont juste citées mais la poursuite du traitement peut être, après stabilisation, reconduite au domicile du patient :

- collaboration avec le médecin traitant éventuellement dans le cadre d'une HAD ou d'un réseau de soins palliatifs,
- formation du médecin traitant et du personnel infirmier,
- protocolisation des actes réalisés et de la conduite à tenir en cas d'urgence,
- nécessité d'un suivi régulier en lien étroit avec l'équipe qui a initié le traitement,
- information donnée aux patients et à leur entourage.

Tableau 6 : Traitement des douleurs rebelles [45]

Définition	Traitements
<p>L'Afssaps rappelle que la douleur rebelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> → S'associe souvent à une souffrance psychique ; → Peut-être la manifestation ou l'expression d'une souffrance psychique ; → Peut être parfois réfractaire aux diverses thérapies médicamenteuses ou autres. 	<ul style="list-style-type: none"> → Anesthésiques locaux : par voie péri-médullaire, par voie parentérale ou par voie topique (la crème lidocaïne-prilocaine, la lidocaïne emplâtre, ou la capsaïcine) → fentanyl, sufentanil → kétamine → MEOPA → méthadone → midazolam (Réalisation de soins douloureux) → morphine par voies péri-médullaire et intracérébroventriculaire → propofol (Anesthésie pour la réalisation de soins douloureux)

5.4.10. Caractéristiques d'une douleur contrôlée [13]

Un traitement efficace de la douleur cancéreuse se définit par :

- Une douleur de fond absente ou d'intensité faible (inférieure à 4/10).
- Un respect du sommeil.
- Moins de 4 accès douloureux par jour avec une efficacité des traitements contre les ADP supérieure à 50 %.
- Des activités habituelles, qui bien que limitées par l'évolution du cancer, restent possibles ou peu limitées par la douleur.
- Les effets indésirables des traitements sont mineurs ou absents.

5.4.11. Arrêt du traitement opioïde [41, 43]

L'utilisation prolongée des opioïdes peut entraîner un syndrome de sevrage.

Le syndrome de sevrage est caractérisé par les symptômes suivants : anxiété, irritabilité, frissons, mydriase, bouffées de chaleur, sudation, larmoiement, rhinorrhée, nausées, vomissements, crampes abdominales, diarrhées, arthralgies.

Il convient de réduire les doses de ce médicament progressivement afin d'éviter l'apparition du syndrome de sevrage.

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

5.4.12. Traitements des douleurs neuropathiques

Recommandations pour la pratique clinique de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) [46] :

→ En première intention, la prescription en monothérapie d'un antidépresseur tricyclique (exemple : amitriptyline 25 – 150mg/j) ou d'un antiépileptique gabapentinoïde (gabapentine 1200 –3600mg/j ou prégabaline 150–600mg/j) est recommandée dans le traitement de la douleur neuropathique. Le choix entre ces classes thérapeutiques est fonction du contexte, des comorbidités associées, de leur sécurité d'emploi et de leur coût (moindre pour les tricycliques). Il convient de débiter le traitement par des petites doses et de les augmenter progressivement.

→La prescription d'opiacés forts est recommandée dans le traitement de la douleur neuropathique chronique (non cancéreuse) après échec des traitements de première intention utilisés en monothérapie et le cas échéant en association [accord professionnel]. Cette prescription doit s'entourer des précautions d'emploi usuelles des opiacés au long cours.

→Le tramadol est recommandé en première intention dans les douleurs neuropathiques associées à une forte composante nociceptive associée à ces douleurs et en cas d'accès douloureux.

→Les emplâtres de lidocaïne sont recommandés en première intention dans la douleur post-zostérienne chez les sujets âgés souffrant d'allodynie au frottement et chez qui les traitements systémiques sont déconseillés ou contre-indiqués.

→**Il n'y a pas lieu de recommander le clonazépam dans le traitement des douleurs neuropathiques** du fait de l'absence de preuve d'efficacité dans ces douleurs et du risque potentiel de dépendance au long cours. Si ce traitement à faibles doses est peu coûteux et peut avoir un bénéfice sur les troubles du sommeil ou l'anxiété associés à la douleur, il en est de même d'autres traitements démontrés efficaces dans les douleurs neuropathiques (dont certains sont également peu coûteux comme les tricycliques).

→Les antidépresseurs : [13, 43]

Tableau 7 :

amitriptyline (Laroxyl®)	Douleurs neuropathiques périphériques de l'adulte	5 à 25 mg/j plutôt le soir
clomipramine (Anafranil®)	Douleurs neuropathiques de l'adulte, Algies rebelles	10 à 50 mg/j
imipramine (Tofranil ®)	Douleurs neuropathiques de l'adulte	10 à 50 mg/j
duloxétine (Cymbalta®)	Douleurs neuropathiques périphériques diabétiques	60 à 120mg/j 1 à 2 prises/j Débuter à 30 mg

→Les antiépileptiques : [13, 43]

Tableau 8

carbamazépine (Tégréto®)	Névrалgie du trijumeau et glosso-pharyngien, Douleurs neuropathiques de l'adulte	400 à 1200mg/j en 2 à 3 prises
gabapentine (Neurontin®)	Douleurs neuropathiques périphériques	900 à 3200mg/j 3 prises/j
prégabaline (Lyrica®)	Douleurs neuropathiques périphériques et centrales de l'adulte	150 à 600 mg/j 2 à 3 prises/j

5.4.13. Co-antalgiques [13]

Définition : les co-antalgiques sont des moyens thérapeutiques, essentiellement médicamenteux, dont la fonction première n'est pas l'antalgie, mais de potentialiser l'action des antalgiques, ou d'améliorer le confort en agissant électivement sur certains symptômes associés.

→Les AINS

Les AINS ont des propriétés anti-inflammatoires et antalgiques leur conférant une efficacité importante dans la prise en charge des douleurs nociceptives inflammatoires ou mécaniques; traumatiques ou post-opératoires; d'origine bénigne ou néoplasique.

→Les corticoïdes

Les corticoïdes ont peu d'action antalgique propre. Ils agissent surtout par leur action anti-inflammatoire. Ils sont de plus psychostimulants et anti anorexigènes.

Attention, en cas de traitement au long court, il convient de prévenir les effets secondaires cortico-induits comme l'ostéoporose ou le diabète secondaire par exemples.

→Les myorelaxants

Ils auraient un effet antalgique propre (études cliniques en nombre insuffisant) et suppriment la composante de la douleur en rapport avec une contracture musculaire réflexe.

On distingue les myorelaxants anti-spastiques (le baclofène) et les benzodiazépines comme le diazépam. Ils sont source de somnolence.

→Les antispasmodiques

Les douleurs viscérales incluent les douleurs liées aux troubles fonctionnels du tube digestif ou des voies biliaires, les douleurs spasmodiques urinaires ou gynécologiques. Les molécules antispasmodiques prescrites sont le phloroglucinol (Spasfon®) ou la trimébutine (Débridat®). Les antispasmodiques anticholinergiques, comme la scopolamine (Scopolamine® injectable ou Scopoderm® transdermique) et le tiémonium (Viscéralgine®), sont utilisés pour leur action digestive, anti émétique et anti-sécrétoire.

→Les bisphosphonates

Les bisphosphonates ont une indication dans les pathologies cancéreuses avec douleurs osseuses et/ou hypercalcémie.

→Les anxiolytiques

L'anxiété est souvent rencontrée dans la douleur aiguë ou la douleur chronique (allant du trait anxieux à l'anxiété généralisée). Les anxiolytiques sont de 2 types :

-Les benzodiazépines ont une action anxiolytique, hypnotiques, myorelaxant (diazepam Valium®) et anti convulsivante.

-Les anxiolytiques non benzodiazépines comportent la buspirone (Buspar®) avec une action sérotoninergique et l'hydroxyzine (Atarax®) utilisée pour la restauration du sommeil lent profond.

→Les antidépresseurs

Ils sont justifiés car ils possèdent une action antalgique propre (essentiellement les imipraminiques, tricycliques ou IRSNa). Ils peuvent être employés pour traiter le syndrome dépressif, fréquemment rencontré chez les patients atteints de douleurs chroniques.

→Les hypnotiques

Les hypnotiques sont utilisés dans les troubles sommeils, assez fréquents dans cette pathologie.

5.4.14. Prise en charge non médicamenteuse

Tableau 9 : Prise en charge non médicamenteuse

METHODES PHYSIQUES	METHODES PSYCHOCORPORELLES
<ul style="list-style-type: none"> →Rééducation →Kinésithérapie →Cryothérapie →Balnéothérapie →Ergothérapie →Activités physiques et sportives →Ostéopathie →Acupuncture →« Auriculothérapie » →TENS (gate control, endorphinique) 	<ul style="list-style-type: none"> →Relaxation : <ul style="list-style-type: none"> - training autogène de Schultz (respiration) - méthode de Jacobson (contraction/décontraction) →Sophrologie →Biofeedback →Hypnothérapie →Hypnoalgésie →Art-thérapie
METHODES PSYCHOTHERAPEUTIQUES	METHODES ORGANISATIONNELLES ET SOCIALES
<ul style="list-style-type: none"> →Thérapeutiques Cognitivo Comportementales (TCC) →Thérapeutiques d'inspiration analytique 	<ul style="list-style-type: none"> →Éducation thérapeutique du patient →Groupe de patients →Association d'usagers

5.5. Personnel ressource en Picardie

5.5.1. Associations des usagers [47, 48, 49]

Régionales	<p>→ COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTE DE PICARDIE -91 rue André Ternynck 02300 CHAUNY Tel : 03 23 57 55 67 picardie@leciss.org</p> <p>→ JALMALV AISNE -15, avenue de la République - 02400 CHATEAU-THIERRY aisne-jalmalv-en-omois@orange.fr -55 rue de Lorraine - 02500 HIRSON Tel : 03 23 58 17 20 aisne.jalmalventhierache@yahoo.fr -9, rue du Bourg – BP 519 – 02000 LAON Tel : 06 77 35 74 65 aisne-jalmalvenlaonnois@neuf.fr -44 rue d'Isle – 02100 SAINT QUENTIN Tel : 03 23 67 63 30 aisne-jalmalv@wanadoo.fr -Hôtel de ville – 02200 SOISSONS Tel : 06 19 26 36 22 aisne-jalmalv-en-soissonnais@orange.fr</p> <p>→ JALMALV OISE -UDAF - 35, rue du Général Leclerc - 60000 BEAUVAIS Tel : 03 44 45 42 55 jalmalvbeauvais@wanadoo.fr -5 square des Acacias – 60200 COMPIEGNE Tel : 03 44 20 95 26 contact@jalmalv-compiegne.fr</p> <p>→ JALMALV SOMME -235 rue saint Fuscien - 80000 AMIENS Tel/fax : 03 22 72 78 38 jalmalvsomme@free.fr</p> <p>→ LIGUE CONTRE LE CANCER AISNE - 4 Rue des Bouchers - BP 60338 - 02107 Saint-Quentin Cedex 03 23 04 24 89 Email : cd02@ligue-cancer.net ; Site Internet : www.ligue-cancer.net/cd02</p> <p>→ LIGUE CONTRE LE CANCER OISE - 52 avenue de la République - BP 30969 - 60009 Beauvais Cedex 03 44 15 50 50 Email : cd60@ligue-cancer.net ; Site Internet : www.ligue-cancer.net/cd60</p> <p>→ LIGUE CONTRE LE CANCER SOMME - 77 rue Delpéch - Résidence Saint-Martin - 80000 Amiens 03 22 45 37 37 Email : cd80@ligue-cancer.net ; Site Internet : www.ligue-cancer.net/cd80</p>
-------------------	--

5.5.2. Les consultations douleurs [50,51]

Tableau 10 : Les consultations douleurs

Type de structure	Établissement de santé	Adresse	Code postal Ville	Référent	Numéro téléphone
Centre	Centre hospitalier universitaire - Hôpital Nord	Hôpital Nord place Victor Pauchet	80054 Amiens cedex 1	Dr Eric Serra	03 22 66 88 20
Consultation	Centre hospitalier	33, rue Marcelin-Berthelot	02001 Laon	Dr Jean Marie Leborgne	03 23 24 32 40
Consultation	Centre hospitalier	1, avenue Michel-de-l'Hospital BP 608	02321 Saint-Quentin	Dr Béatrice Berteaux	03 23 06 75 93
Consultation	Centre hospitalier	46, avenue du Général-de-Gaulle	02209 Soissons	Dr Badri Matta	03 23 75 71 29
Consultation	Centre hospitalier	40, avenue Léon-Blum BP 40319	60021 Beauvais	Dr Ghania Benyoucef	03 44 11 20 85
Consultation	Groupe hospitalier public Sud-Oise - Site de Creil	Boulevard Laennec BP 72	60109 Creil	Dr Gladys Fontaine	03 44 61 69 38
Consultation	Centre hospitalier Compiègne-Noyon - Site de Compiègne	8, avenue Henri-Adnot BP 50029	60321 Compiègne	Dr Philippe Autret	03 44 23 62 44
Consultation	Centre hospitalier Compiègne-Noyon - Site de Noyon	boulevard d'Alsace Lorraine	60400 Noyon	Dr Philippe Autret	03 44 44 47 31
Consultation	Groupe hospitalier public Sud-Oise Site de Senlis	Avenue du Docteur-Paul-Rougé BP 121	60309 Senlis	Dr Gladys Fontaine	03 44 21 72 92
Consultation	Centre hospitalier	43, rue de l'Isle	80142 Abbeville	Dr Vincent Soriot	03 22 25 52 83
Consultation	Groupe de santé Victor-Pauchet	2, avenue d'Irlande	80094 Amiens	Dr Jean Zaarour	03 22 33 71 06

5.5.3. Les réseaux de soins palliatifs [52]

- Le Réseau de soins continus du Compiégnois (Compiègne): 03 44 20 36 53
- Le réseau de soins palliatifs Haute Picardie (St Quentin): 03 23 60 73 32
- Le réseau Palli-ACSSO (Crépy en Valois): 03 60 74 10 00
- Le réseau PALPI 80 (Boves): 03 22 48 03 87
- Le réseau CECILIA (Soissons): 03 25 75 71 71

Pour connaître le réseau intervenant sur votre territoire géographique, consultez la carte des réseaux de soins palliatifs (cf. Annexe 10, figure 22).

Tableau 11 : réseaux de soins palliatifs dans l'Aisne [53]

Nom	Adresse	C.P.	Ville	Téléphone
Association accompagnement soins palliatifs du Soissonnais	107, rue Pasteur	02200	BELLEU	03 23 73 07 08
Unité de soins palliatifs	Hôpital Maison de Retraite 2, avenue Dupuis	02800	LA FERRE	03 23 56 21 68
Unité de soins palliatifs	Centre hospitalier gérontologique	02800	LA FERRE	03 23 56 67 00
Equipe mobile de soins palliatifs	Centre hospitalier rue Marcellin Berthelot	02001	LAON	03 23 24 32 61
Equipe mobile de soins palliatifs	Centre hospitalier 1, avenue Michel de l'Hôpital	02321	SAINT-QUENTIN cedex	03 23 06 72 55
Association pour le développement des soins palliatifs de l'Aisne ASP 02	"Espace Richebourg" 18 rue Richebourg	02200	SOISSONS	03 23 59 97 80
Réseau de soins palliatifs du Soissonnais	Centre hospitalier de Soissons 46, avenue du Général de Gaulle	02209	SOISSONS cedex	03 23 75 71 71

Tableau 12 : réseaux de soins palliatifs dans l'Oise [53]

Nom	Adresse	C.P.	Ville	Téléphone
Equipe mobile de soins palliatifs	C. H. de Compiègne 8, avenue Henri Adnot	60800	COMPIEGNE	03 44 23 63 67
Equipe mobile de soins palliatifs	Centre Hospitalier Laennec	60100	CREIL	03 44 61 67 00
Equipe mobile de soins palliatifs	Hôpital Paul Doumer BP 239	60332	LIANCOURT	03 44 31 50 00
Unité de soins palliatifs ASP-OISE	Centre Hospitalier avenue Paul Rouge	60309	SENLIS cedex	03 44 21 70 02

Tableau 13 : réseaux de soins palliatifs dans la Somme [53]

Nom	Adresse	C.P.	Ville	Téléphone
Unité mobile de soins palliatifs	Hôpital 4, rue du Rivage	80100	ABBEVILLE	02 22 25 57 40
Equipe mobile de soins palliatifs	Hôpital Nord place Paul Victor Pauchet	80054	AMIENS cedex	03 22 66 87 27

5.5.4. Les réseaux HAD [54]

Tableau 14 : réseaux HAD dans l'Aisne

Nom	Adresse	C.P.	Ville	Téléphone
Hospitalisation à Domicile	4 T rue Ferdinand Buisson	02300	Chauny	Tél : 08 99 03 65 20
HAD Laon	2 rue Jean Monnet	02000	Laon	Tél : 08 99 03 50 56
Service d'Hospitalisation à Domicile Temps de Vie	4 rue Paul Doumer	02100	Saint-Quentin	Tél : 08 99 10 46 54
Service HAD	31 rue Anne Morgan	02200	Soissons	Tél : 08 99 10 49 48
Service HAD	Maison de Retraite Bellevue Route de Verdill	02400	Château-Thierry	Tél : 08 99 10 49 48

Tableau 15 : réseaux HAD dans l'Oise

Nom	Adresse	C.P.	Ville	Téléphone
ACSSO HAD Nogent sur Oise	106 rue Faidherbe	60180	Nogent-sur-Oise	Tél : 03 60 74 10 00 Fax : 03 60 74 10 01
HAD Pôle Sud Creil, Montataire, Chambly	59 rue du Plessis Pommeraye	60100	Creil	Tél : 0344646290
HAD Pôle Nord Clermont, Liancourt, Mouy, Saint-Just en Chaussée	ZAC de la Croix Rouge 31 rue Nelson Mandela	60600	Fitz-James	Tél : 0344508350
HAD Pôle Est Crépy en Valois, Betz, Nanteuil le Haudoin, Senlis	25 rue du Bois Tille	60800	Crépy-en-Valois	Tél : 0344396523

Tableau 16 : réseaux HAD dans la Somme

Nom	Adresse	C.P.	Ville	Téléphone
Soins Service Maintien à domicile - 80	354 boulevard Beauvillé	80054	Amiens	Tél : 03 22 70 79 79 Fax : 03 22 70 79 82
Hospitalisation à Domicile Oise et Somme	25 bis rue Amand de Vienne	80500	Montdidier	Tél : 0322787010
Hospitalisation à Domicile	Rue de Routequeue BP 90031	80600	Doullens	Tél : 0800880003

Plusieurs études tendent à montrer certaines réticences dans l'utilisation de la morphine chez les patients cancéreux douloureux mais des travaux plus récents tendent à prouver une amélioration dans la prise en charge de cette douleur.

La douleur cancéreuse est complexe. Certains pensent qu'elle a sa propre entité du fait de l'importance du nombre d'intervenants et de la part émotionnelle associée à cette maladie. D'autres pensent qu'il ne faut pas la différencier des autres types de douleurs car elle relève des mêmes mécanismes physiopathologiques, des mêmes outils dans son évaluation, et les mêmes molécules dans son traitement.

Notre étude, considérant que l'on ne cible que la douleur cancéreuse des patients adultes, permet de montrer la volonté des médecins généralistes de Picardie à s'impliquer dans sa prise en charge. Ils semblent intéressés par le développement d'un support d'aide au diagnostic et au traitement des douleurs cancéreuses. Le contenu serait d'avantage pratique que théorique. Par ailleurs, ils souhaitent un outil accessible à tous moments et en tous lieux. En fonction des personnalités des médecins généralistes, leur choix se porte sur l'un ou l'autre de ces supports.

La prescription d'antalgiques de palier III reste trop prudente. Ces tâtonnements entraînent un soulagement des patients, encore insuffisant, et influent sur leur qualité de vie. Il faut persister à lutter contre les idées reçues véhiculées sur les opioïdes, tant du côté des prescripteurs que du côté des patients et de leur entourage. La communication, les explications, et l'investissement de chaque acteur sont importants à tous les stades de la prise en charge de la douleur cancéreuse.

Le développement de cet outil pourrait améliorer cette prise en charge en permettant au prescripteur d'assumer une prescription qui a fait ses preuves mais aussi en permettant de tisser les liens de confiance entre le praticien et le patient (ainsi que son entourage), en bousculant les idées reçues sur les opioïdes.

Nous travaillons actuellement au développement de cet outil par l'élaboration d'un site internet d'une part (avec un lien de téléchargement en PDF pour ceux préférant le support papier), et la création d'une application Smartphone d'autre part.

Par la suite, il serait intéressant de réévaluer les pratiques après utilisation ce cet outil pour en confirmer l'intérêt.

Références bibliographiques

- [1] LARUE F, COLLEAU SM, BRASSEUR L, CLEELAND CS.
Multicenter study of cancer pain and its treatment in France.
BMJ. 22 av 1995; 310(6986):1034- 1037
- [2] EUROPEAN PAIN IN CANCER (EPIC)
Etude Européenne Sur La Douleur Cancéreuse de juin 2007
[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
http://www.algo974.org/200811/enquete_europeenne_douleur.htm
- [3] POULAIN P, FILBET M, AMMAR D, et al.
Caractéristiques et traitements des accès douloureux paroxystiques (ADPc) chez les patients
cancéreux: résultats de l'enquête ADEPI
Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. sept2012;13(4):163- 168
- [4] DELORME T, BRASSEUR L, DELORME C, LABOUREY J- L, LUCIEN J-C,
NAVEZ M, RIBIERE L, et al
Prise en charge de la douleur : publication de la synthèse de l'enquête nationale 2010
INCA/BVA [En ligne] mise à jour 14/03/2012 (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/6951-prise-en-charge-de-la-douleur-publication-de-la-synthese-de-lenquete-nationale-2010-incabva>
- [5] BON G. Thèse de médecine générale – Prise en charge de la douleur cancéreuse par
excès de nociception : enquête de pratique auprès des médecins généralistes du Haut-Rhin.
Faculté de Médecine d'Amiens. 2012. 59p
- [6] RAMIREZ N. Thèse de médecine générale – Rôle du médecin généraliste dans la
prise en charge des accès douloureux paroxystiques chez le patient cancéreux: état des lieux.
Faculté de médecine de Marseille. 2012. 32p.
- [7] DEWULF C. et CHAMOUNI P. Thèse de médecine générale – La douleur
cancéreuse chronique de l'adulte: attitudes thérapeutiques du médecin généraliste : enquête
sur l'utilisation des morphiniques per os dans la région rouennaise. Faculté de médecine de
Rouen. 1994. 97p.
- [8] CRETINON M. Thèse de médecine générale – Prise en charge de la douleur
cancéreuse en médecine générale. Faculté de médecine de-Marseille. Octobre 2010. 115p.
- [9] QUARANTA S. Thèse de médecine générale – Prise en charge des douleurs
chroniques d'origine cancéreuse par le médecin généraliste. Faculté de médecine de-
Marseille. Décembre 2010. 57p.
- [10] BERNARD-CAMARA A. Thèse de médecine générale – La douleur chez les
patients cancéreux en soins palliatif. Faculté de médecine de Lille2. juillet 2013. 50p

- [11] COUSIN I. Thèse de médecine générale – La prescription des morphiniques dans la prise en charge de la douleur cancéreuse nociceptive chez l'adulte par les médecins généralistes de la Marne : quels obstacles rencontrés dans leur pratique ? Faculté de médecine de Reims. avril 2013. 164p.
- [12] RAVELLO M. Mémoire de médecine générale – Attentes et besoins des médecins généralistes de Picardie en matière de formation sur la prise en charge de la douleur au cabinet
Faculté de médecine d'Amiens, juin 2013. 36p
- [13] PERROT S.
Douleur, soins palliatifs et accompagnement
Paris : MED-LINE ; 2014 : p.425-5.
- [14] DE BROCA A.
Douleurs, soins palliatifs, deuils.
Paris: Masson; 2012 : p.218-3.
- [15] BENNETT M. RAYMENT C. HJERMSTAD M. AASS N. CARACENI et A. KAASA S. Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: a systematic review Pain. 2012 Feb;153(2):359-65
- [16] ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Atlas 2013 de la région Picardie,
La démographie médicale en région Picardie
Situation en 2013[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/picardie_2013.pdf
- [17] URPS DE PICARDIE
Densité, moyenne d'âge et part des médecins de 55 ans et plus en Picardie selon le département [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.urml-picardie.org/index.php?M=2&N1=524>
- [18] URPS DE PICARDIE
Enquête "démographie des ML de Picardie"[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.urml-picardie.org/index.php?M=2&N1=524&N2=525>
- [19] Dr TIBERGHIEU- CHATELAIN F. : historique de la prise en charge de la douleur
Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur. C.H.U BESANCON 2009
[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
http://www.reseaudouleurfc.fr/doc/enseignement/Historique_douleur_2009.pdf
- [20] CHAST F. Les origines de la législation sur les stupéfiants en France [En ligne]
(Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.biusante.parisdescartes.fr/sf/hm/HSMx2009x043x003/HSMx2009x043x003x0293.pdf>

- [21] Décret 99-249 du 31 mars 1999 relatif aux substances vénéneuses et à l'organisation de l'évaluation de la pharmacodépendance, modifiant le code de la santé publique[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000393106&fastPos=1&fastReqId=326431723&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
- [22] SIMON L. Le Pharmacien de France n°1188 mars 2007 Actualité Législation Stupéfiant, du nouveau ! Il y avait longtemps que la profession l'attendait : le décret sur la simplification de la délivrance des stupéfiants est sorti.
[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.lepharmaciendefrance.fr/mars-2007/legislation-stupefiant-du-nouveau.html>
- [23] Décret n° 2007-157 du 5 février 2007 relatif aux substances vénéneuses et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=7A55736E3080034F039483E7C57DE137.tpdjo15v_3?cidTexte=JORFTEXT000000610814&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000000002215
- [24] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=7D338CF58554789D443B081BAB807FF1.tpdjo15v_3?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte=20141116
- [25] Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005 [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf
- [26] Enseignement : La formation en douleur en France[En ligne] (page consultée le 25 mars 2013) [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.sfetd-douleur.org/enseignement-0>
- [27] Ministère de la Santé. Plan triennal d'amélioration de la prise en charge de la douleur 1998-2000. Circulaire DGS 98-586, sept. 1998. [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-41/a0412644.htm>
- [28] Ministère de la Santé. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2002-2005. Bulletin officiel n° 2002-21. [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-21/a0212062.htm>
- [29] Ministère de la Santé. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris, mars 2006. [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf

- [30] Institut National de Cancer (INCa): Les Plans cancer de 2003 à 2013: [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.e-cancer.fr/le-plan-cancer/les-plans-cancer-de-2003-a-2013>
- [31] Institut National de Cancer (INCa): Plan cancer 2014-2019[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.e-cancer.fr/le-plan-cancer>
- [32] MIQYASS L. Thèse de médecine générale – Evaluation du contenu et des modalités d’enseignement de la prise en charge de la douleur en troisième cycle de médecine générale en France. Faculté de médecine de Paris Diderot-Paris 7. 2013. 35p
 [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://theseimg.fr/1/sites/default/files/these%20enseignement%20douleur%20L%20M.pdf>
- [33] VISU-ROSCOULET D. A. Thèse de médecine générale – Analyse de prescription des morphiniques auprès des médecins généralistes du val de marne. Faculté de médecine de CRETEIL (PARIS XII). 2008 66p [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://doxa.u-pec.fr/theses/th0510858.pdf>
- [34] ANAES / Service des Recommandations et Références Professionnelles / Février 1999.Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l’adulte en médecine ambulatoire : Tableau : Grille d’entretien semi-structuré avec le patient douloureux chronique établie par le groupe. [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015):
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
- [35] DELORME T, WOOD C, BATAILLARD A, PICHARD E, DAUCHY S, ORBACH D, et al.
 SOR (Standards, Options et Recommandations) pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints de cancer (Mise à jour 2003) [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/sorevaluationabrege.pdf>
- [36] Société Française d’Etude et de Traitement de la Douleur :
 Evaluation de la douleur [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.sfetd-douleur.org/evaluation>
- [37] OMEDIT– Commission Douleur : Fiche Bon Usage Les formes Trans muqueuses de Fentanyl (Date de réactualisation : Septembre 2013)
 [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015):
<http://www.omedit-centre.fr/fichiers/upload/Fentanyl-transmuqueux.pdf>
- [38] BREAKYL® Résumé des caractéristiques du produit : ANSM - Mis à jour le : 07/12/2012[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015):
<http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0216355.htm>
- [39] RECIVIT® Résumé des caractéristiques du produit : ANSM - Mis à jour le : 27/01/2014[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015):
<http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0240852.htm>

- [40] KRAKOWSKI L, THÉOBALD S, COLLIN E, VUILLEMIN N, BALP L, TORLOTING G, et al.
SOR (Standards, Options et Recommandations) pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. 1996. Mise à jour 2002. [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015) http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/sorantalgiques_adultesabrege.pdf
- [41] Table pratique de conversion des opioïdes de palier II et III [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/12_table_conversion_palier_ii_et_iii_v5-2.pdf
- [42] Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) : table pratique d'équianalgie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception : Table pratique d'équianalgie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.sfap.org/pdf/Plaqueette-equianalgie-09-2013.pdf>
- [43] VIDAL ® (accessible après inscription)
[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)-
<http://www.vidalonline.com/>
- [44] HAS : BON USAGE DU MÉDICAMENT : Les médicaments des accès douloureux paroxystiques du cancer [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015):
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/acces_douloureux_paroxytiques_-_fiche_bum.pdf
- [45] Afssaps - juin 2010 : RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE. Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte. [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015):
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/0f8ed3dd2a116934a6fe38cf56367eb8.pdf
- [46] MARTINEZ V., ATTAL N., BOUHASSIRA D., LANTERI-MINET M.
SFETD (Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur).
Recommandations pratiques : « les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire.
[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015):
<http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/main.pdf>
- [47] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes
Les associations agréées d'usagers du système de santé
[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.sante.gouv.fr/l-agrement-des-associations-de-malades-et-d-usagers-du-systeme-de-sante.html>
- [48] JALMALV DANS VOTRE RÉGION : Liste des associations JALMALV
[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.jalmalv.fr/do.php?n=Jalmalv-dans-votre-region.Liste-des-associations>

- [49] CISS-Picardie [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.leciss.org/ciss-picardie>
- [50] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes
Structures douleurs en Région Picardie mise à jour 26 février 2014
[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015):
http://www.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=12169
- [51] ONCOPIC : Annuaire des Consultations Douleur
[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
http://soinsdesupport.oncopic.com/index.php?option=com_sobi2&catid=65&Itemid=1
- [52] ARS (Agence Régionale de santé en Picardie) : Réseaux de santé [En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.ars.picardie.sante.fr/Reseaux-de-sante.84205.0.html>
- [53] Association Française d'Information Funéraire – AFIF : Picardie, soins palliatifs
[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.afif.asso.fr/francais/conseils/A.Soins.palliatifs/Picardie-sp.html>
- [54] PAPS (plate-forme d'Appuis aux professionnels de Santé) : Contacter un professionnel de santé, des réseaux de santé, des associations
[En ligne] (Page consultée le 11 janvier 2015)
<http://www.picardie.paps.sante.fr/Contacter-un-professionnel-de.113909.0.html>

**Le médecin généraliste est-il en difficulté face à
la douleur des patients cancéreux.**
Intérêt d'un outil d'aide à la prise en charge de la douleur cancéreuse

1. Quel est le nombre de patients atteints d'un cancer, en cours de suivi (et/ou de traitement), vus le mois dernier dans votre patientèle ?
2. Parmi ces patients cancéreux vus le mois dernier, quel est le nombre de patients ayant des douleurs ?
3. A l'heure actuelle, parmi ces patients cancéreux ayant des douleurs, quel est le nombre de patients non soulagés?
.....
4. Avez-vous déjà été en difficulté face à la prise en charge de la douleur chez un patient ayant un cancer?
 Jamais Parfois Souvent Très souvent
5. Pourquoi ? (*plusieurs choix possibles*) **Quelles en sont les causes ?**
 Manque de temps
 Méconnaissance des différents traitements antalgiques
 Difficulté à préciser des différents types de douleur
 Difficulté dans le suivi des patients
 Crainte de prescrire certains traitements antalgiques
 Crainte par le patient ou son entourage (*famille, équipe soignante, ...*) d'utiliser certains traitements antalgiques
 Échec ou efficacité insuffisante des traitements
 Intolérance des traitements
 Multiplicité des intervenants ou des avis
 Autre
6. Quelles sont les raisons qui vous amènent à hospitaliser un patient cancéreux ayant des douleurs ?
 Inefficacité ou intolérance du traitement
 Demande du patient
 Demande de la famille
 Manque de matériel ou de personnel à domicile
 Autres symptômes mal tolérés accompagnant la douleur
 Vous êtes mal à l'aise ou maîtrisez mal le traitement de la douleur du cancéreux
 Autre
7. Avez-vous eu déjà recours à un spécialiste de la douleur ou en soins palliatifs ?
 Jamais Parfois Souvent Très souvent
8. Pensez-vous que le médecin traitant a encore sa place dans la prise en charge de la douleur du patient cancéreux ?
 Oui => votre rôle est de (*plusieurs réponses possibles*) :
 Être l'initiateur des traitements, les suivre et les adapter
 Être celui qui décide s'il y a besoin ou non d'un recours à un spécialiste ou une structure spécialisée pour la douleur
 Ne pas être l'initiateur des traitements mais les suivre ou les renouveler
 Assurer le soutien de la souffrance morale
 Gérer les intervenants à domicile (concernant leur rôle) dans la prise en charge de la douleur
 Accompagner, gérer l'entourage concernant la douleur du cancéreux

Non => cela doit-il être confié à (*plusieurs réponses possibles*) :

- Médecin oncologue
- Médecin algologue
- Médecin spécialiste en soins palliatifs
- Infirmière
- Autre (préciser) :

9. Pensez-vous qu'un support d'aide au diagnostic et au traitement des douleurs cancéreuses pourrait être utile ?

- Oui Non Ne sais pas

10. Possédez-vous déjà un support de ce type :

- Oui Non

↳ Lequel :

11. Sous quelle forme voudriez-vous avoir ce support (*plusieurs choix possibles*) ?

- Support papier
- CD
- Site internet
- Formation (FMC, EPU, ...)
- Application Smartphone
- Plateforme téléphonique
- Autre :

12. Cet outil doit-il être (*plusieurs choix possibles*) :

- Accessible qu'au cabinet
- Accessible au cabinet et au domicile du patient
- Partageable avec l'équipe soignante
- Réactualisé régulièrement
- Validé par des experts
- Adapté aux particularités de l'exercice ambulatoire et à domicile

13. Que voudriez-vous y trouver (*plusieurs choix possibles*) ?

- Aide diagnostique des différents mécanismes de douleur
- Aide à l'évaluation de la douleur
- Aide au maniement du traitement antalgique (*comportant les 3 paliers de l'OMS*)
- Aide au maniement du traitement morphinique (*opioïdes forts*)
- Aide au maniement du traitement de la douleur neuropathique
- Aide à la mise en place des traitements non médicamenteux
- Aide au suivi des patients (*conseils destinés aux patients douloureux*)
- Modalités thérapeutiques pour la prise en charge des douleurs rebelles
- Connaissances physiologiques de la douleur
- Connaissances anatomiques de la douleur
- Répertoire des personnes ressources (*services des centres hospitaliers, soins palliatifs, équipe de la douleur, réseau ville-hôpital.....*)
- Autre :

14. Sexe : homme femme

15. Age :

16. Type d'exercice : Seul Groupe

17. Milieu d'exercice : rural (< 2 000 hab) urbain (> 2 000 hab)

18. Département d'exercice :
 Aisne Oise Somme

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Le sujet soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilisé contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer aux(j) jour(s) précédent(s) ** ou prostration
NB : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...

Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer aux(j) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, sursauts, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

NOM : Prénom : Sexe : Âge :

Date : Service :

Heure : Nom du Cotuteur :

SCORE

Echelle téléchargée sur le site www.sfetd.douleur.org

Figure 19 : Echelle ECPA

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le brassement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point NON = 0 point **Score du Patient : /10**

MODE D'EMPLOI
Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

- Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :
- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
 - ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
 - ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
 - ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D et al. Pain 2004 ; 108 (3) : 248-57

Echelle téléchargée sur le site www.sfetd.douleur.org 

Figure 20 : questionnaires DN4®

Tableau 17 : Signes de surdosage en morphine

Si EDS>2+R2 ou R3	SURVEILLANCE
→ Arrêter l'opioïde + stimuler patient → + si R 3 : Ventilation au masque avec O2 → Narcan@ (Naloxone) : 0,4 mg (1 ampoule) dilué dans 10 ml de sérum physiologique Titration par administration IV : 1 ml (0.04ml) /2 minutes, jusqu'à R1 ou R0 Si FR < 4 mn ou arrêt respiratoire : injecter 5 ml (0.2 mg) / 2 min → Puis perfusion de Naloxone sur 4 h de la dose titrée (en mg) dilué dans 250 ml de sérum physiologique → Surveillance toutes les heures pendant le temps correspondant à l'élimination de l'opioïde à l'origine du surdosage	→ Échelle de sédation (EDS) : - EDS = 0 : Patient éveillé - EDS = 1 : Patient somnolent, facilement éveillable - EDS = 2 : Très somnolent, éveillable par stimulation verbale - EDS = 3 : Très somnolent, éveillable par stimulation tactile → Échelle de qualité de la respiration (EQR) : - R0 : Respiration normale, régulière et FR > 10/mn - R1 : Ronflements et FR > 10 / mn - R2 : Respiration irrégulière et/ou FR < 10/mn - R3: Pausés ou apnée

L'ESSENTIEL

- Chez un patient ayant des douleurs chroniques d'origine cancéreuse, **des accès douloureux transitoires et spontanés peuvent survenir malgré un traitement de fond par opioïdes à posologie stable**.
Les patients concernés sont ceux prenant au moins : soit 60 mg par jour de morphine orale, soit 30 mg par jour d'oxycodone, soit 8 mg par jour d'hydromorphone orale, soit 25 µg par heure de fentanyl transdermique, soit une dose équianalgésique d'un autre opioïde, et ce pendant au moins une semaine.
- **Les accès douloureux paroxystiques** surviennent sans lien ni avec la dose ni avec le rythme d'administration du traitement de fond. Le paroxysme est atteint en moins de 3 minutes. Dans la moitié des cas, la douleur dure plus de 30 minutes.
Les ADP doivent être distingués des accès douloureux survenant en fin de dose et qui justifient une augmentation de la dose ou du nombre d'inter-doses de morphiniques.
- Avant de commencer le traitement d'un ADP, le traitement de fond doit être stabilisé.
- **Le fentanyl par voie transmuqueuse est un traitement efficace des ADP** chez les patients déjà sous traitement de fond optimal par opioïdes.
 - Cependant, il ne remplace pas le traitement de fond, mais doit lui être associé.
 - Les patients doivent attendre au moins 4 heures avant de traiter un nouvel accès paroxystique. La survenue de plus de 4 accès par jour nécessite une adaptation du traitement de fond.
 - L'utilisation dans cette indication des formes orales à libération immédiate de morphine est moins adaptée (délai d'action trop long).
- **Six spécialités à base de fentanyl** sont actuellement indiquées dans le traitement des ADP liés au cancer.
 - Abstral® (100, 200, 300, 400, 600 ou 800 µg) comprimé sublingual à dissolution rapide.
 - Actiq® (200, 400, 600, 800, 1 200 ou 1 600 µg) comprimé avec applicateur buccal.
 - Breakyl® (200, 400, 600, 800, 1 200 µg) film orodispersible.
 - Effentora® (100, 200, 400, 600 ou 800 µg) comprimé gingival utilisant la technique de diffusion de principe actif Oravescent®.
 - Instanyl® (50, 100 ou 200 µg/dose) solution pour pulvérisation nasale.
 - Pecfent® (100 ou 400 µg/dose) solution pour pulvérisation nasale.
 - Recivit® (67, 133, 267, 400, 533 ou 800 µg) comprimé sublingual.
- Aucun de ces médicaments n'a démontré d'avantage clinique par rapport aux autres. Le choix se fait en fonction du mode d'administration, en accord avec le patient et en tenant compte des affections éventuellement associées.

Particularités des sept spécialités de fentanyl transmuqueux

- Le comprimé d'**Abstral®** doit être placé sous la langue (humectée si besoin avec de l'eau), le plus loin possible. Il faut le laisser fondre sans le sucer, le mâcher ni le croquer. Le patient ne doit ni manger ni boire avant dissolution du comprimé.
- Le comprimé d'**Actiq®** doit être placé contre la face interne de la joue, puis déplacé à l'aide de l'applicateur pour optimiser l'exposition de la muqueuse au produit actif. Il faut le laisser fondre sans le sucer, le mâcher ni le croquer.
- Le film de **Breakyl®** doit être placé sur la face interne de la joue, après avoir humidifié celle-ci. Il se dissout en général en 15 à 30 minutes.
- Le comprimé d'**Effentora®** doit être placé entre joue et gencive ou sous la langue. Il se dissout en général en 15 à 25 minutes (s'il n'est pas entièrement dissous après 30 minutes, le patient peut avaler ce qui reste avec un peu d'eau).
 - ▲ Pour les trois formes en comprimé, les patients souffrant de sécheresse buccale peuvent humidifier leur muqueuse en buvant un peu d'eau avant la prise du médicament. Il ne faut pas ouvrir la plaquette thermoformée avant d'être prêt à placer le comprimé dans la bouche.
- Les solutions d'**Instanyl®** ou de **Pecfent®** sont pulvérisées dans une narine.
 - ▶ Elles ont les mêmes indications que les spécialités administrées par voie transmuqueuse buccale et peuvent constituer une alternative à celles-ci, notamment lorsque leur administration pose des problèmes :
 - chez les sujets ayant des mucites buccales ou des lésions bucco-gingivales, risquant d'accroître l'absorption du produit ;
 - chez les patients qui ont du mal à observer le mode d'administration du comprimé (asthénie, vomissements, invalidité, troubles cognitifs...) et risquent de ce fait de ne pas recevoir la totalité du produit.
 - ▶ En revanche, l'utilisation de ces produits est déconseillée en cas de congestion nasale traitée par un vasoconstricteur local (risque de réduction de l'absorption) et contre-indiquée en cas d'obstruction sévère des voies aériennes, d'épistaxis chronique ou de radiothérapie de la face.
- Le comprimé de **Recivit®** doit être placé sous la langue, le plus loin possible.

Traitement des accès douloureux paroxystiques (patient sous traitement de fond antalgique à posologie stable)

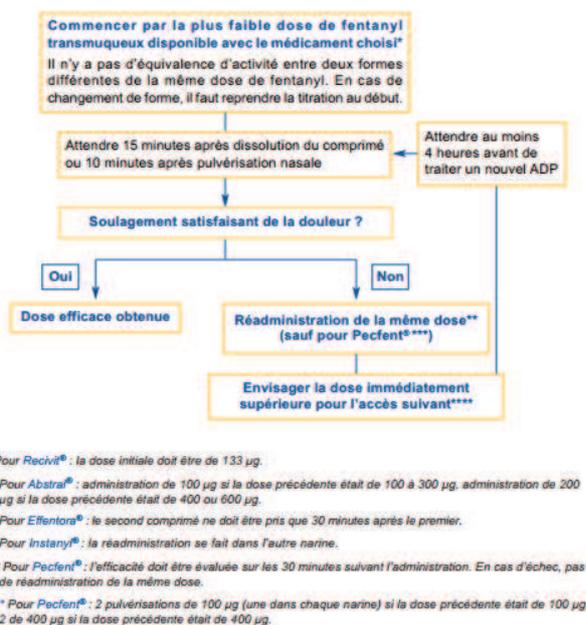


Figure 20 : HAS : BON USAGE DU MÉDICAMENT : Les médicaments des accès douloureux paroxystiques du cancer

Glossaire

ADP : Accès Dououreux Paroxystique
AINS : Anti-Inflammatoires Non-Stéroïdiens
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
CECILIA : Réseau de soins palliatifs à domicile de Soissons-Château Thierry.
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
DIU : Diplôme Inter-Universitaire
DMP : Dossier Médical Personnel
DU : Diplôme Universitaire
ECPA : Echelle Comportementale de la douleur chez la Personne Agé
EPIC: European Pain In Cancer
EPU: Enseignement Post-Universitaire
EVA : Echelle Visuelle Analogique
EVS : Echelle Verbale Simple
FMC : Formation Médicale Continue
FNCLCC : Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA: Hypertension artérielle
IASP: International Association for the Study of Pain
IMAO : Inhibiteurs de la mono-amine oxydase
INCa : Institut National du Cancer
LI : Libération immédiate
LP : Libération prolongée
MEOPA : Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
Palli-ACSSO : Réseaux de soins palliatifs de l'Association de Coordination Sanitaire et Sociale de l'Oise
PALPI : Réseau de soins palliatifs du département de la Somme
PCA : Patient Controlled Analgesia
TENS : Neuro-Stimulation Electrique Trans-cutanée

Titre :

Le médecin généraliste est-il en difficulté face à la douleur des patients cancéreux en Picardie? Intérêt d'un outil d'aide à la prise en charge de la douleur cancéreuse.

Résumer :

La prise en charge de la douleur cancéreuse adulte semble encore insuffisante et elle met en difficulté le médecin généraliste. L'objectif principal de cette étude a été de rechercher les difficultés rencontrées par les médecins généralistes de Picardie dans la prise en charge des douleurs cancéreuses.

L'objectif secondaire a été d'évaluer l'intérêt du développement d'un outil d'aide au diagnostic et au traitement de ces douleurs pour palier à ces difficultés.

Nous avons mené une enquête prospective d'opinions et de pratiques en médecine générale sous forme de questionnaires envoyés par l'URPS de Picardie à 600 médecins généralistes libéraux inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins de Picardie.

124 médecins généralistes ont répondu. 75,8% ont déclaré avoir « parfois » des difficultés dans la prise en charge des douleurs cancéreuses et 65,3% ont eu « parfois » recours à un spécialiste. 97,6% ont déclaré que le médecin traitant avait encore sa place dans la prise en charge de la douleur du patient cancéreux et 70,2% ont trouvé qu'un support d'aide au diagnostic et au traitement des douleurs cancéreuses pourrait être utile.

Cette étude a montré la volonté des médecins généralistes de Picardie à s'impliquer dans la prise en charge des douleurs cancéreuses. Ils ont été intéressés par le développement d'un support d'aide au diagnostic et au traitement des douleurs cancéreuses. Ils ont souhaité un contenu d'avantage pratique que théorique. Ils ont souhaité un outil accessible à tous moments et en tous lieux. En fonction des personnalités des médecins généralistes, leur choix se sont porté sur l'un ou l'autre de ces supports (site internet, application Smartphone, support papier, formation de type FMC).

Nous proposons un modèle type de ce support.

Mots clés : douleur, cancer, morphine, système d'aide à la décision clinique, équivalence thérapeutique, gestion de la douleur, médecin généraliste.

Title:

Is the general practitioner in difficulty confronting to cancer pain of their patients in Picardy? Interest of diagnosis assistance of cancer pain.

Abstract:

The management of cancer pain in adult seems relatively inadequate and it leads to difficulty for the general practitioner. The main objective of this study was to investigate these difficulties among a sample of general practitioners of Picardie in the management of cancer pain. To alleviate these difficulties, the secondary objective was to assess benefits of the development of diagnosis and treatment assistance of these pains.

We have conducted a prospective study of opinions and an investigation of practice. A questionnaire was sent to 600 general practitioners enrolled in the Council of the Medical Association of Picardy through the URPS of Picardy.

124 general practitioners have responded to our questionnaire. The results showed that 75.8% of the general practitioner have "sometimes" feeling difficulties in the management of cancer pain to their patients. 65.3% of them have "sometimes" seek help from a pain specialist. For 97.6% of our sample, the general practitioner have a proper place in the management of pain in cancer patient and 70.2% consider that aid to diagnostic support and treatment of cancer pain could be useful.

By highlighting some of difficulties encountered by general practitioners in Picardy, this study demonstrated their determination to the management of pain. They are interested by the development of diagnosis and treatment assistance of cancer pain. They wanted a more practical content than theoretical. There was not one support that stood out as being the most preferred. Depending on the personalities of general practitioners, their choice are focused on one or the other of these types of media (website, smartphone app, paper, and training).

We propose a model of this support.

Keywords: pain, cancer, morphine, clinical decision support system, therapeutic equivalency, pain management, general practitioner.