



La prescription des antalgiques de palier II et III par le médecin de premier recours, chez la personne âgée, vivant au Pays Basque

Marlène Heredia

► To cite this version:

Marlène Heredia. La prescription des antalgiques de palier II et III par le médecin de premier recours, chez la personne âgée, vivant au Pays Basque. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01529438>

HAL Id: dumas-01529438

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01529438>

Submitted on 30 May 2017

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.

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

Thèse n° 67

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 18 mai 2017

Par Marlène HEREDIA, née le 25/10/1986 à Pau

**La prescription des antalgiques de palier II et III par le
médecin de premier recours, chez la personne âgée,
vivant au Pays Basque.**

Directeur de thèse:
Monsieur le Docteur Jean-Jacques BENICHOU

Rapporteur de thèse:
Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL

Jury:

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Monsieur le Professeur Mathieu MOLIMARD	Juge
Monsieur le Docteur Fabrice CAMPOMANES	Juge
Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL	Rapporteur

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

Thèse n°67

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 18 mai 2017

Par Marlène HEREDIA, née le 25/10/1986 à Pau

**La prescription des antalgiques de palier II et III par le
médecin de premier recours, chez la personne âgée,
vivant au Pays Basque.**

Directeur de thèse:
Monsieur le Docteur Jean-Jacques BENICHOU

Rapporteur de thèse:
Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL

Jury:	
Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Monsieur le Professeur Mathieu MOLIMARD	Juge
Monsieur le Docteur Fabrice CAMPOMANES	Juge
Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL	Rapporteur

A Erwan,

En un simple geste tu as changé ma vie...

Merci de m'offrir chaque jour ton amour.

Tu m'encourages, me soutiens, m'apaises.

Le futur à tes côtés est beau à écrire, alors je continuerai à tourner les pages de notre livre.

REMERCIEMENTS

À notre président de jury,

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Professeur des universités de Médecine Générale, Directeur et Coordonateur du DES de Médecine générale, Médecin Généraliste.

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, et je vous en remercie.

Je vous prie de croire en ma gratitude et mon profond respect.

À notre rapporteur,

Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL

Maître de Conférence associé, Médecin Généraliste.

Vous me faites un grand honneur en acceptant de juger mon travail, et en participant à mon jury, je vous en remercie.

À nos juges,

Monsieur le Professeur Mathieu MOLIMARD

Professeur des universités, Praticien Hospitalier, en Pharmacologie.

Merci d'avoir accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Docteur Fabrice CAMPOMANES

Gériatre, Responsable de structure de l'Unité de Prévention et d'Évaluation Gériatrique, Centre Hospitalier de la Côte Basque .

Vous me faites l'honneur de juger mon travail et je vous en remercie.

À notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Jacques BENICHOU

Médecin Généraliste, Maître de stage en Médecine Générale à l'Université de Bordeaux.

Merci de m'avoir suivie dans cette folle aventure et de m'avoir consacré autant de temps. Merci pour vos conseils, votre patience, votre disponibilité, et votre correcteur d'orthographe. Merci d'avoir été plus qu'un maître pour moi, un véritable "papa" de la médecine. J'espère garder une petite place d'élève permanent de la prestigieuse Faculté Xingar Eta Rotze de Ciboure.

À notre maître,

Monsieur le Docteur Laurent MAGOT

Maître de Conférence associé, Médecin Généraliste.

Merci de votre aide et de vos précieux conseils, tout au long de ce travail.

Aux médecins, ayant acceptés de participer à cette étude. Merci du temps que vous m'avez accordé.

À ma famille,

Maman, merci de m'avoir soutenue, accompagnée depuis toujours, dans les petits comme les grands moments... Merci d'avoir su parfois me dire stop... Sans toi je n'y serais jamais arrivée !

Papa, j'espère aujourd'hui, faire briller tes yeux de fierté pour ton “bouchon”.

Dinou, ma soeur adorée. Merci pour nos fous rires et nos moments de complicités, j'espère qu'ils seront encore nombreux.

À Marraine, qui joue parfaitement son rôle de seconde maman; **À Gilberte** et son regard bienveillant; **À Milou**, pour mes premières dégustations de bières; **À Hélène**, pour les vacances à VieuB et les soirées bordelaises entre deux gardes; **À Chouch**, pour ses critiques gastronomiques sur mes crêpes... À mes Oncles et Tantes, Cousins et Cousines, “Beaux” Cousins et “Belles” Cousines... Et à **Jacques** qui a montré le bout de son nez juste au bon moment!

À Papi et Mamie, loin des yeux mais tout près du coeur...

À mes amis,

Julie des bancs de l'école, en passant par les terrains de hand, à aujourd'hui tu as toujours été une extraordinaire amie (et merci Maîtresse d'avoir encore une fois corrigé mes “phôttes”)... **Mathieu**, depuis bien longtemps maintenant tu es obligée de me supporter et c'est pas prêt de s'arrêter!

Cristou, des marches de la BU au poste de Chief of staff, ton ascension fulgurante est la preuve de ton indispensable amitié. Merci pour tout tes précieux conseils toujours très avisés sans lesquels j'aurais fait bien des bêtises.

Maxou, Grand Souverain de Croutelle, Obstétricien en herbe, plus grand mangeur de pompotte à l'ouest du Rio Grande; promis je continuerai à t'appeler pour que tu sauves les mains de mes patients!

Lou, “*Pastèque*” adorée, à peine arrivée, déjà en dédicace dans une thèse! Bienvenue dans le club des “morues”!

Marion, tu as bien essayé de m'enfermer dans une valise pour te débarrasser de moi mais je resterai sur ton dos pour te rappeler qu'un mariage barbeuk piscine, c'est sympa!; **Benoit**, Jean-pierre, Gérard, Robert, quel que soit ton prénom, garde ce grain de folie qui te va si bien!

Céline, merci de m'avoir accompagnée dans cette aventure au bout du monde, qui a consolidé notre amitié, vivement la suite, elle promet d'être belle! **Arnaud**, merci pour ta gentillesse et ton accueil à chaque fois plus chaleureux! Merci pour les dégustations de vins et pour celles à venir!

Nathalie, qui aurait cru que cette fille timide assise derrière nous en P1 deviendrait une de mes meilleures amies ? Malgré la distance tu as su rester là et je t'en remercie. **Goulven**, merci de rendre ma “popinette” aussi rayonnante !

Fafa, au départ co-interne puis colocataire et maintenant véritable amie sur qui je peux toujours compter. Merci pour tous ses rôles successifs dans ma vie ; et surtout celui de cupidon, qui est de loin ta meilleure prestation ! Encore une fois merci de ton aide dans ce travail et les milles relectures (et merci Monique !).

Steph, ton accent chantant m'a "envouté" sur les bancs du lycée et me rappelle à quel point on est bien dans le Béarn! **et Fabian**, avec qui je pourrais parler des heures de voyages... Merci à vous 2 pour cette amitié sincère depuis toutes ces années.

Aux Toulousains, beaucoup trop loin, qui me manquent tant :

Capu, "mini-cap", "lieutenant", tu as forcé mon admiration dès notre première rencontre ! Véritable roc de mes années toulousaines... Merci pour les soirées, pour le soutien en cours à 8h les lendemains d'inté, pour les journées révisions aux chambres d'hôtes, pour les conseils shopping... et tout le reste!

Clairu, sans toi c'est certain je ne serais pas là ! Rencontrée sur les bancs austères de la P1, tu as su égayer ces années toulousaines! Aucune dédicace ne sera à la hauteur de l'amitié que je te porte alors je me contenterais d'un simple : Tu me manques... promis je vais me remettre à te harceler... téléphoniquement biensur !

Micka, crois-tu que la section a attendu tant d'année pour surpasser le stade juste pour que je puisse te narguer dans mes remerciements ?

Chrystel, merci pour ta joie de vivre et tous les bons moments qu'on a pu passer ensemble !

Marine et Sylvain, vous êtes la preuve vivante, que si je ne valide pas cette thèse je peux me reconvertir en agence matrimoniale ! Merci pour votre amitié !

La team Bordal de l'internat: Léachou, une amitié née sur un "call me baby" palois, consolidée autour de café pellegrinois... Merci d'avoir été là quand j'en avais le plus besoin... et merci d'être encore là; **Chouchou**, tu es le meilleur "presque coloc" que j'ai jamais eu! J'ai vérifié on est pas "Monk" c'est juste les autres qui sont laxistes!; **Marichou**, ces 6 mois passés à tes côtés dans les couloirs de la médecine interne paloise ont été un véritable régal... grâce à toi je garde un formidable souvenir de notre "placard" et de ses journées interminables... je ne pensais pas qu'en 6 mois cette petite brune poissarde deviendrait une si grande amie; **et Mimi**, avec toi la team Bordal est au grand complet! Merci pour ta simplicité, ta gentillesse et ton grand sourire ! Il faut qu'on reprenne les weekends aux 4 coins de la France !

Sandra, merci pour les soirées soupe ;-) bayonnaises. Merci pour les vérifications de dernières minutes, super "épicière"!!

Les copains d'adoption: Doubi "Témoin Majeur Ma G...", Mômman **Julie, Sarah, Nico, Quentin, Cécile**. Même pathologiques, moi je vous kiffe !

Greg, merci de m'avoir ouvert les portes de ton cabinet et d'avoir pris la place vacante de grand frère !

Aline et Catherine, bien plus que des secrétaires... Aline, merci de m'avoir chouchoutée dès mes débuts... Tu es devenue une véritable amie! Catherine, merci pour ton aide précieuse et tes encouragements!

À tous les médecins que j'ai pu croiser au cours de mon externat et internat, et tout particulièrement : Au **Dr Bruno Harribey**, au **Dr Laurence Lequen**, au **Dr Xavier Delbrel (dit XD)**, au **Dr Alexandre Balageas**, au **Dr Fanny Sanguinet (le Kradégic c'est fantastique)**, aux **médecins des urgences de Pellegrin**, au **Dr Harnie**, au **Dr Bouyssou**, au **Dr Aragon**, au **Dr Catherine Rivière**, au **Dr Laurence Ritz**, au **Dr Hilaire Charlanne**, au **Dr Delphine Demarsy**.

Aux équipes d'infirmières et d'aides soignates : de Gériatrie de Saint Jean de Luz, de Médecine Interne et Rhumatologie de Pau (Rhumatogirls pour toujours !), des Urgences de Pellegrin et de Diabéto de Bayonne.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
ABREVIATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	8
CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	10
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	14
1 Type d'étude :.....	14
2 Recrutement de l'échantillon :.....	14
3 Guide d'entretien :.....	15
4 Recueil des données :.....	15
5 Stratégie d'analyse des entretiens :.....	15
RÉSULTATS.....	17
1 Description des participants :.....	17
1.1 Recrutement des participants :.....	17
1.2 Profil des participants :.....	17
2 Analyse descriptive des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés :.....	19
2.1 Utilisation des antalgiques de palier II :.....	19
2.1.1 Les molécules :.....	19
2.1.2 Les indications :.....	21
2.1.3 Les freins à la prescription d'un palier II :.....	22
2.1.4 Information délivrée :.....	25
2.1.5 Ressenti malades et/ou entourage vis-à-vis des paliers II :.....	26
2.1.6 Ressenti du médecin vis-à-vis des paliers II :.....	27
2.2 Utilisation des antalgiques de palier III :.....	28
2.2.1 Les molécules :.....	28
2.2.2 Les indications :.....	30
2.2.3 Les freins à la prescription d'un palier III :.....	31
2.2.4 Information délivrée :.....	34
2.2.5 Ressenti du patient et/ou de son entourage sur les paliers III :.....	36
2.2.6 Ressenti du médecin sur les paliers III :.....	37
2.3 Préférence entre les paliers II et III des antalgiques :.....	37
2.4 Différence dans la prise en charge liée à l'âge :.....	39
3 Analyse transversale des données recueillies lors des entretiens :.....	40
3.1 Profil prescripteur d'opioïdes :.....	40
3.2 Facteurs décisionnels entrant en jeu dans la prescription d'un opioïde par le médecin de premier recours:.....	43
3.2.1 Leur expérience personnelle :.....	43
3.2.2 Les recommandations :.....	43
3.2.3 Les données de la littérature :.....	43
3.2.4 Leur formation :.....	44
3.3 Éléments mis en place par le médecin pour parer au problème de tolérance des opioïdes :.....	44
3.3.1 Adaptation du traitement au patient :.....	44
3.3.2 L'information des patients et/ou de l'entourage :.....	44
3.3.3 Disponibilité pour la réévaluation :.....	45
3.3.4 Mise en place d'une surveillance par un tiers :.....	45

3.3.5 La formation du médecin :	45
4 Résumé des résultats:	47
4.1 Stratégie de prescription des opioïdes:	47
4.2 Déterminants de la prescription des opioïdes :	49
DISCUSSION	50
1 L'étude	50
1.1 Le choix de l'étude :	50
1.2 Les entretiens :	51
1.3 La grille d'entretien :	51
1.4 Les participants :	51
1.5 Le recueil des résultats :	52
1.6 Analyse des résultats :	52
2 Discussion des résultats	52
2.1 Les médecins ne suivent pas tous la même stratégie pour la prescription des opioïdes chez la personne âgée :	52
2.2 Le choix d'une molécule sur le profil de tolérance :	54
2.3 Les indications des opioïdes :	54
2.4 Les freins à la prescription des opioïdes :	55
2.4.1 Les effets indésirables	55
2.4.2 Comorbidité, polymédications	56
2.4.3 Le mode de prescription des paliers III	56
2.4.4 Les patients présentant des troubles de la compréhension	56
2.4.5 Le ressenti du patient et son entourage	57
2.4.6 Ressenti médecin	58
2.5 Les facteurs favorisant la prescription des opioïdes :	58
2.5.1 Formation/expérience du médecin	58
2.5.2 Information lors de la prescription	59
2.5.3 Adaptation de la prescription au patient	60
2.5.4 Réévaluation du traitement / disponibilité du médecin	60
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	67
Annexe 1 : Résumé pharmacologique des opioïdes :	67
Annexe 2 : DCI et Noms Commerciaux des opioïdes	75
Annexe 3 : Grille d'entretien - 1ere version (entretiens 1 à 3) :	76
Annexe 4 : Grille d'entretien - 2eme version (entretiens 4 à 11) :	78
Annexe 5 : Portraits des médecins ayant participé à l'enquête :	80
Annexe 6 : Exemple entretien 2 :	85
Annexe 7 : Exemple entretien 5 :	94
Annexe 8 : Exemple entretien 8 :	102
SERMENT D'HIPPOCRATE	106

Un second tome accompagne ce travail de thèse. Il comporte l'intégralité des Verbatims des entretiens et la définition des noeuds de codage. Il est disponible en format numérique sur la 3ème de couverture.

ABREVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

BCB : Banque Claude Bernard

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CIM : Classification Internationale des Maladies

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

DCI : Dénomination Commune Internationale

DU : Diplôme Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

IMAO : Inhibiteurs de la MonoAmine Oxydase

OMG : Observatoire de Médecine Générale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SNIR : Système National Inter-Régime

INTRODUCTION

La douleur est un des principaux motifs de consultation en médecine générale : L'Observatoire de Médecine Générale (OMG) a relevé que 40 % des consultations de médecine générale en 2009 comportaient une plainte douloureuse [1]. Un des principaux critères épidémiologiques de ces consultations douloureuses est leur nombre croissant avec l'avancée de l'âge et le vieillissement [2].

Pourtant, au cours de mes études en milieu hospitalier, j'ai été confrontée à des utilisations d'antalgiques chez les personnes âgées différant radicalement d'un médecin à l'autre. En questionnant les différents médecins avec qui j'ai pu travailler, je me suis rendue compte que ces pratiques étaient basées sur leur propre expérience. J'ai donc tenté vainement de retrouver un guide consensuel qui aurait pu m'aider dans ma pratique quotidienne.

Toutefois, un article paru en novembre 2015 dans la revue Prescrire®, intitulé "Les antalgiques opioïdes dits faibles. Codéine, Dihydrocodéine, Tramadol : pas moins de risques qu'avec la morphine." [3] a fortement retenu mon attention. Cet article tentait de répondre à la question suivante : "Pour traiter les douleurs nociceptives, ces opioïdes dits faibles sont-ils plus efficaces que le paracétamol ou les AINS sans exposer à autant d'effets indésirables que la morphine ?", en réalisant une synthèse de l'évaluation disponible (méthode habituelle Prescrire®). Ainsi peut-on en retenir les arguments suivants :

- Une difficulté à anticiper les effets de la Codéine et du Tramadol en raison de leur métabolisation via l'isoenzyme CYP 2D6 du cytochrome P450 ;
- Dans les douleurs post-opératoires, les opioïdes faibles (+/- Paracétamol) utilisés ponctuellement, sont plus antalgiques que le Paracétamol seul mais pas plus qu'un AINS seul ;
- Dans les douleurs chroniques, les données actuelles ne montrent pas de supériorité des paliers II sur les paliers I ;
- A efficacité antalgique équivalente, un opioïde faible expose aux mêmes effets indésirables que la morphine sans pour autant réduire les risques de dépendance et d'addiction.

En finissant cette lecture je me suis donc posée la question de la place des paliers II dans la pharmacopée française.

Or entre 2007 et 2009, l'OMG a mené une étude sur la prescription des antalgiques de paliers II [4]. Sur cette période, environ 10 % des patients (population totale étudiée : n=20920) ont bénéficié d'une prescription de palier II (10,9 % en 2007 ; 11 % en 2008 ; 10,1 % en 2009), ce qui correspondait à environ 2 % de l'ensemble des prescriptions (2,3 % en 2007 ; 2,3 % en 2008 ; 2,1 % en 2009). De même le dernier rapport d'analyse des ventes de médicaments fait par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) [5] retrouve la Codéine et le Tramadol respectivement en troisième et quatrième position du classement des molécules quantitativement les plus vendues dans les officines françaises; juste derrière le Paracétamol et l'Ibuprofène, respectivement en première et deuxième position. Ces derniers éléments tendent à montrer l'importance des paliers II dans la pharmacopée de ville française. De plus il a été avéré que plus l'âge avance, plus les antalgiques puissants sont utilisés [2].

À partir de ces éléments, il est apparu intéressant de savoir comment les médecins généralistes prescrivaient les opioïdes chez le sujet âgé. J'ai donc posé la problématique suivante :

Existe-t-il, en médecine de premier recours, une démarche unifiée dans la prescription d'antalgiques de palier II et III, chez les plus de 75 ans ?

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

La douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme « **une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion** » [6].

Dans ce travail, nous avons décidé de nous intéresser uniquement à la douleur nociceptive qui est une douleur rythmée, à topographie loco-régionale, générée par une stimulation des récepteurs périphériques de la douleur (ou nocicepteur) [6-8]. Elle a généralement une cause organique se distinguant ainsi des douleurs psychogènes [9]. Sa prise en charge passe par son identification [7], son évaluation [8,10] et enfin par son traitement. Soulager la douleur est un devoir que tout médecin accepte dès le moment où il prononce son Serment d'Hippocrate. Il s'agit d'une obligation inscrite à la fois dans le Code de la Santé Publique, dans le Code de Déontologie Médicale et dans de nombreuses circulaires [11].

En 1986, l'OMS a créé une classification des antalgiques selon trois paliers à utiliser dans les douleurs cancéreuses puis par extension dans les douleurs nociceptives [12,13]. Celle-ci permet d'apporter une réponse adaptée à l'intensité de la douleur, tout en proposant une escalade thérapeutique en cas d'absence de réponse ou de réponse insuffisante au traitement déjà instauré.

- **Le palier I** (Paracétamol, Acide acétylsalicylique et AINS) correspond aux antalgiques non opioïdes.
- **Le palier II** (Codéine, Tramadol, poudre d'Opium, associés ou non avec du Paracétamol ou des AINS) correspond aux opioïdes dits « faibles », qui permettent de répondre à des douleurs modérées à sévères et/ou à l'échec d'une molécule de palier I [14].
- **Le palier III** regroupe les opioïdes dits « forts » qui permettent de répondre à des douleurs intenses ou en cas d'échec d'une molécule de palier II [15]. Ces molécules sont soumises à des règles de bonnes prescriptions [15-20]. On distingue:
 - **les agonistes purs** : Morphine, Oxycodone, Fentanyl, Hydromorphone, Péthidine, et Sufentanyl
 - **les agonistes-antagonistes**: Buprénorphine, Nalbuphine.

La pharmacologie des différentes molécules de palier II et III doit être connue du médecin afin que la prescription soit la plus juste possible. Elle est disponible en Annexe1 ; les DCI et noms commerciaux correspondants sont en Annexe2.

Si la stratégie de prise en charge de la douleur en suivant les paliers de l’OMS reste pratique courante, elle devient de plus en plus controversée. Par exemple, le Dr Delorme pose la question d’une équivalence d’efficacité entre les AINS et les paliers II sur la douleur cancéreuse et donc le problème de la nécessité d’un passage aux médications de palier II après échec des AINS [21].

L’ensemble des opioïdes ont pour point commun leurs effets indésirables, qui peuvent rendre leur utilisation très compliquée [22-34]. Ils ont été étudiés à de multiples reprises, notamment :

- Dans la méta-analyse de Furlan et al. [35] 6019 patients ont été inclus dont 80% souffraient d'une douleur nociceptive. 6 effets indésirables ont été notés comme plus significatifs chez les patients sous opioïdes : la constipation (16% ; IC 95%[10-22%]) ; les nausées (15% ; IC 95%[11-19%]); la somnolence (9% ; IC 95%[5-13%]) ; les vertiges (8% ; IC 95%[5-12%]) ; les vomissements (5% ; IC 95%[2-7%]) ; le prurit (4% ; IC 95%[1-6%]).
- Dans la méta-analyse de Papaleontiou et al. [36] l'âge moyen des sujets inclus était de 64,1 ans (60 à 73 ans). Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés étaient la constipation (30%), les nausées (28%), les vertiges (22%) et la somnolence (21%). 1 patient sur 4 arrêta son traitement opiacé en raison des effets indésirables.

La personne âgée est définie différemment selon les organismes (OMS>60 ans [37] ; Le National Institut of Aging [38]) mais on peut retenir que pour les gériatres français, il s'agit des personnes de plus de 75 ans [39]. La santé de toute personne âgée dépendra des effets de son vieillissement, associés à ses pathologies passées et actuelles, chroniques ou aiguës [39,40] : c'est le modèle de J.P Bouchon [41].

Avec l'âge nous pouvons voir certaines caractéristiques de la douleur se modifier. En effet, la prévalence de la douleur augmente avec l'âge [2] jusqu'à 65 ans pour atteindre un plateau et diminuer chez les sujets très âgés [42]. On note aussi que le rapport entre les douleurs aiguës et chroniques s'inverse : les douleurs chroniques augmentent alors que les douleurs aiguës diminuent [43]. Les modifications physiopathologiques, les altérations des fonctions cognitives, de la communication, de l'attention, des émotions, et les facteurs psychologiques peuvent influencer l'intégration et la plainte douloureuse chez le sujet âgé [43,44]. Enfin l'évaluation de la douleur

peut s'avérer plus complexes chez la personne âgée surtout si elle n'est pas capable de communiquer [40].

Il est important de savoir qu'il existe des facteurs particuliers du risque médicamenteux chez la personne âgée [45] :

- Le vieillissement peut avoir des conséquences sur l'action des médicaments lorsque l'on considère les paramètres pharmacocinétiques (diminution de la fonction rénale; hypoprotidémie et hémococoncentration du patient dénutri; gain de masse adipeuse; plus grande perméabilité de la barrière hémato-encéphalique) ;
- Les conséquences du vieillissement peuvent interférer avec l'administration des traitements (réduction des capacités physiques et sensorielles ; difficulté de communication ; troubles de la déglutition) ;
- L'environnement du patient (isolement, dépendance...) ;
- Les populations gériatriques sont exclues des essais thérapeutiques avant mise sur le marché.

Les antalgiques utilisés chez la personne âgée sont identiques à ceux utilisés chez l'adulte jeune. En effet ce n'est pas l'âge lui-même qui contre-indique une molécule mais plutôt la fragilité liée au vieillissement et les situations physiopathologiques qui lui sont associées [46].

Les AINS exposent à un risque d'insuffisance rénale, d'hémorragies et de perforations digestives plus importants chez le sujet âgé [47].

Les antalgiques opiacés majorent la somnolence ou la confusion des plus de 75 ans [14, 47]. Les recommandations concernant leur utilisation chez le sujet âgé sont assez floues et ne privilégient pas une molécule en particulier. En revanche elles préconisent [14, 16, 40] :

- de rechercher et prescrire la dose minimale efficace ;
- d'augmenter, au besoin, les doses de manière progressive ;
- d'adapter l'intervalle entre deux prises et la dose unitaire en fonction de la réévaluation de la douleur, en tenant compte de la durée d'efficacité du traitement choisi et du rythme nyctéméral de la douleur. La dose unitaire sera diminuée et l'intervalle entre deux prises rallongé chez le sujet âgé comparé à un adulte jeune ;

- de réévaluer régulièrement l'efficacité et la tolérance de la molécule utilisée ;
- d'utiliser des médicaments à demi-vie d'élimination la plus courte possible (éviter au maximum les formes à libération prolongée) ;
- de privilégier le Paracétamol (sans dépasser 3g/jour) car il s'agit de la molécule antalgique la plus sûre;
- d'anticiper et prévenir les effets indésirables (co-prescription d'un laxatif avec les opiacés)

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Par cette étude nous avons cherché à atteindre deux objectifs :

- Un principal qui a été de mettre en évidence l'existence ou l'absence d'une démarche unifiée, standardisée dans la prescription d'antalgiques chez les personnes de plus de 75 ans, en médecine générale.
- Un secondaire qui a visé à identifier les déterminants de la prescription d'un opioïde, par le médecin de premier recours, chez la personne âgée de plus de 75 ans.

1 Type d'étude :

Pour réaliser cette étude, nous avons choisi une méthode qualitative par entretien individuel semi-dirigé. Nous avons pu ainsi « explorer le sens, le vécu, la perception et les comportements » des médecins interrogés sur leurs prescriptions de paliers II et III chez la personne âgée [48].

Cette étude nous a permis d'analyser, outre les représentations et les comportements des fournisseurs de soins, l'idée que ces derniers se faisaient des représentations des consommateurs de soins. De façon plus globale, le fait d'opter pour une étude qualitative nous a aidé à comprendre les phénomènes sociaux dans leur milieu naturel [48].

2 Recrutement de l'échantillon :

L'échantillon étudié, n'ayant pas vocation à être représentatif dans ce type d'enquête, a été composé de médecins généralistes libéraux de premier recours, travaillant en groupe ou non, en milieu urbain, rural ou semi-rural, sans considération d'âge ni de sexe [48]. Pour des facilités de réalisation, l'étude a été limitée aux médecins exerçant sur le Pays Basque. Le choix des participants a été fait de manière aléatoire à partir d'une recherche dans l'annuaire des Pages Jaunes®. Ceux-ci se sont vus proposer la participation à un unique entretien programmé à leur cabinet. Le nombre d'entretiens à réaliser n'a pas été déterminé au préalable. Il a été ajusté au fur et à mesure des données et l'inclusion de participants stoppée dès que le phénomène de saturation des données a été

observé.

3 Guide d'entretien :

Un premier guide d'entretien, disponible en Annexe 3, a été établi afin de structurer l'entretien et d'élaborer un maximum d'hypothèses, mais il s'est révélé trop « fermé » dès le troisième entretien. Un second guide d'entretien, disponible en Annexe 4, a été dès lors proposé avec une question initiale beaucoup plus ouverte afin que l'on se rende compte des thématiques les plus importantes pour chaque interviewé ; des « questions de relance » ont été prévues pour essayer d'évoquer les thématiques oubliées par le médecin et que nous avons jugées importantes dans notre travail de départ.

4 Recueil des données :

Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un dictaphone OLYMPUS ® Digital Voice Recorder WS-831, après que chaque participant ait donné son accord pour l'enregistrement de l'entretien. L'ensemble des entretiens audio a été intégralement retranscrit sous forme de Verbatim (disponible dans le Tome 2) mot à mot sur support informatique Libre Office Writer 5.1®. Les expressions non verbales ont été notées en italique.

J'ai moi-même conduit chaque entretien, au cabinet de chaque médecin interrogé. Chaque recueil a été anonymisé lors de la retranscription écrite que j'ai effectuée en attribuant un numéro à chaque participant (de 1 à 11).

5 Stratégie d'analyse des entretiens :

L'analyse a été faite selon la technique de la théorisation ancrée ou Grounded Theory, dont le propos est de construire la théorie à partir des données recueillies [49].

Le codage du Verbatim a été réalisé grâce au logiciel N'Vivo 11® de la société QSR International, de manière individuelle et indépendante par deux personnes : le Docteur Jean-Jacques Bénichou et moi-même. Les résultats de ces codages ont ensuite été mis en commun.

L'analyse des données a été faite selon les démarches suivantes :

- Lecture des textes.
- Identification des phrases clés dans les textes.
- Repérage des idées émergentes.
- Identification des thèmes dans les textes.
- Élaboration d'un système de codage.
- Application des codes au texte.
- Relecture des passages codés.
- Identification de sous-thèmes.
- Recherche de relations entre thèmes dans les textes.

Nous avons donc réalisé dans un premier temps un codage ouvert puis axial et enfin sélectif (ne gardant que les données intéressant notre question de recherche).

RÉSULTATS

1 Description des participants :

La période de recueil des entretiens s'est étendue d'avril à décembre 2016.

Onze entretiens ont été réalisés, d'une durée variant de 16m33s à 40m47s avec une moyenne de 25m11s.

Le seuil de saturation a été atteint au dixième entretien. Un onzième a été réalisé mais ne nous apportait aucune information nouvelle.

1.1 Recrutement des participants :

Sur un total de 20 médecins contactés par téléphone, 11 ont accepté de participer à un entretien. Parmi les 9 médecins ayant refusé, les raisons évoquées ont été les suivantes:

- Le manque de temps, pour cinq d'entre eux;
- L'absence d'intérêt pour le sujet, pour un des médecins;
- La non participation aux travaux de thèse, pour un autre;
- Deux médecins ont refusé de motiver leur décision.

1.2 Profil des participants :

Les principales caractéristiques des onze participants ont été listées dans le tableau à la page suivante (p18). Un portrait de chaque médecin interviewé est disponible en Annexe 5.

Profil des médecins participants

	Sexe	Tranche d'âge	Lieu d'exercice	DU/DIU/DESC	PMC	Lecteur revues médicales	Déligués Médicaux	>75ans/ particulier	prescripteur régulier PII	prescripteur régulier PIII
Dr 1	M	>60	Urbain	0	0	0	N	30 %	0	0
Dr 2	M	30-39	Semi-rural	N	0	N	0	30 %	N	N
Dr 3	F	40-49	Urbain	0	0	0	0	20 %	0	N
Dr 4	M	40-49	Semi-rural	N	0	0	N	25 %	0	0
Dr 5	F	30-39	Urbain	0	N	0	N	20 %	N	0
Dr 6	F	40-49	Semi-rural	0	0	N	0	30 %	0	0
Dr 7	M	50-59	Urbain	0	N	N	0	21.2%	0	0
Dr 8	M	50-59	Rural	N	0	0	N	>30%	N	0
Dr 9	M	30-39	Urbain	N	0	0	0	13.2%	0	0
Dr 10	F	30-39	Rural	0	0	0	N	25 %	0	N
Dr 11	F	50-59	Semi-rural	0	N	N	0	>50%	0	N

2 Analyse descriptive des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés :

2.1 Utilisation des antalgiques de palier II :

2.1.1 Les molécules :

Chaque médecin interrogé a relaté avoir une molécule qu'il affectionne plus particulièrement dans ce palier.

→ La Codéine :

Pour la majorité des médecins il s'est agi de la molécule de référence des paliers II. La raison principalement évoquée a été un meilleur profil de tolérance.

Dr1 : *“ J'utilise surtout la Codéine qui a une meilleure tolérance, et c'est d'autant plus vrai chez la personne âgée. ”*

Certains médecins ont déclaré préférer la codéine, tout en ayant des réserves sur cette molécule en raison de ses propriétés pharmacologiques.

Dr5 : *“ Ouais moi j'utilise la codéine, donc avec du paracétamol. Avec de plus en plus de réserves en fait. Parce que y a pas longtemps, j'ai lu, dans PRESCRIRE® je crois, un article qui expliquait pourquoi il y avait des intolérances : ils expliquaient la métabolisation de la codéine en morphine de façon extrêmement variable, d'un individu à l'autre et qui faisait que, en fait, y avait des gens qui métabolisaient, enfin je sais plus si c'est vite ou pas vite, mais du coup y avait des concentrations de morphine effrayantes et c'est pour ça que les gens vomissaient et qu'ils étaient à l'ouest. ”*

Dr8 : *“ [...] Soit l'efficacité est incertaine pour la Codéine [...] Bin la Codéine est parfois rapportée comme inefficace, malgré des fortes doses, sur des douleurs intermédiaires... ”*

→ Le Tramadol :

La plupart des médecins interrogés ont considéré cette molécule comme la plus mal tolérée parmi les paliers II et donc ont déclaré ne pas l'utiliser en première intention..

Dr7 : *“ Je crains énormément les effets indésirables du Tramadol ; il est très mal toléré en général et alors c'est encore plus vrai chez la personne âgée. [...] Bien-sur que ce soit la Codéine ou la Lamaline®, y a des effets indésirables mais beaucoup moins. C'est vraiment mieux toléré. »*

Un des médecins nous a expliqué aussi lui reprocher ses trop nombreuses interactions médicamenteuses.

Dr 8 : “ *Le Tramadol qui, pour moi, n’est pas très bien supporté dans mon expérience ; et en plus avec un nombre d’interactions tellement important que je m’en passe.* ”

En revanche, les médecins ont dit l’utiliser chez des patients tolérant bien cette molécule, en ayant déjà eu par le passé ou sur des renouvellements de confrères.

Dr2 : “ *Il y a des gens qui ont bien supporté le Tramadol dans le passé par exemple, et bien je leur donne le Tramadol.* ”

Dr6 : “ *Non sauf si c’est des patients qui en ont déjà eu avec un autre médecin et que ça s’est bien passé, là ça peut m’arriver d’en mettre.* ”

Un seul médecin interrogé a dit mettre cette molécule en association à du Paracétamol, en première intention chez le sujet âgé alors qu’il a expliqué privilégier la Codéine chez les patients jeunes; il a décrit dans sa pratique une meilleure tolérance chez le sujet âgé en utilisant de l’IXPRIM®.

Dr 10 : “ *Le plus souvent j’utilise la Codéine, mais c’est plus chez les jeunes en première intention! Chez le sujet âgé, je pense que je mets plus en première intention, l’IXPRIM®. Parce que j’ai l’impression, et en parlant avec des collègues lors de notre groupe de pairs®, il nous semble que c’est un peu mieux toléré chez la personne âgée par rapport à la Codéine. [...] je mets du Tramadol tout seul, mais pas chez la personne âgée. Non la personne âgée j’essaie toujours plutôt l’IXPRIM®.* ”

→ **La poudre d’opium :**

Il s’est agi de la molécule de palier II la moins évoquée par les médecins lors des entretiens. Pourtant quelques médecins nous ont confié l’utiliser préférentiellement chez les personnes âgées, pour des raisons de meilleure tolérance.

Dr3 : “ *M : Donc vous utilisez surtout la Codéine ?- Dr3 : Oui plus. Mais chez les personnes âgées, j’ai un peu du mal avec la codéine, mais oui...-M : D’accord. Et du coup chez les personnes âgées ?-Dr3 : Plus la LAMALINE®.* ”

Dr11 : “ *Moi pour l’initier, je vais plutôt sur de la LAMALINE®. Parce que chez la personne âgée c’est quand même mieux toléré* ”

Un médecin nous a déclaré avoir cette attitude aussi chez les plus jeunes.

Dr6 : “ *Moi j’utilise plutôt de la LAMALINE® ou de l’IZALGY® quand j’ai besoin de*

palier II. ”

D'autres médecins du panel ont concédé l'utiliser autant que la Codéine.

Dr 9 : *“ Alors en première intention j'utilise la LAMALINE® donc l'Opium, et la Codéine ”*

Enfin, le dernier avantage qui a été rapporté à la poudre d'opium était celui de l'existence d'une forme suppositoire.

Dr10 : *“ En suppositoire parce que je trouve pas mal chez des personnes qui ont déjà pas mal de médicaments à prendre par la bouche ”*

2.1.2 Les indications :

Au cours des entretiens, les médecins ont évoqué plus précisément les situations où ils ont utilisé les antalgiques de palier II.

→ L'intensité de douleur :

La principale indication rapportée a été le niveau de douleur évalué. Il s'agissait de douleurs modérées à sévères ou bien de douleurs résistantes à des antalgiques de palier I.

Dr1 : *“ Sur une douleur qui résiste aux paliers I [...] quand c'est une douleur modérée j'essaie le palier II ”*

Certains médecins ont expliqué suivre systématiquement l'escalade des paliers.

Dr 9 : *“ D'abord je mets un palier I avec du paracétamol. Si ça marche pas, je mets un palier II ; et si le palier II est inefficace, je mets un palier III. ”*

Alors que d'autres ont déclaré ne pas hésiter à passer à des paliers III directement.

Dr4 : *“ Ce sera surtout en fonction de l'intensité de la douleur ou sur l'échec d'un palier I. Mais sur une douleur intense, j'irais d'emblée sur un palier II voir même un palier III . Les paliers II, je les utilise plus sur des douleurs intermédiaires. ”*

→ La pathologie à traiter :

Les médecins ont dit ne pas retenir une pathologie en particulier comme indication mais plutôt une plainte algique.

Dr1 : *“ Je les utilise pas dans des indications particulières. ”*

Dr4 : *“ Pour l'indication, ça peut-être tout type de pathologies [...] Il n'y a pas de domaine privilégié aux paliers II ”*

Un champ d'application est revenu tout de même plus que les autres dans l'utilisation des paliers II chez la personne âgée : la rhumatologie.

Dr3 : *“ Pour la douleur arthrosique chez la personne âgée ”*

→ **La durée de prescription :**

La plupart des médecins interrogés ont indiqué utiliser les paliers II sur des cures courtes et non en chronique.

Dr2 : *“ Plutôt dans la douleur aiguë. Euh donc par cure limitée. Euh, voilà, j'essaie de ne pas le mettre en chronique. 1 semaine à 15 jours c'est bien ; plutôt à la demande ”*

Malgré cela, ils ont déclaré tous avoir quelques patients prenant un palier II en chronique.

Dr10 : *“ Il y a des patients qui le prennent au long cours [...] Alors si ils l'ont depuis un moment et que ça se passe bien, je renouvelle [...] Souvent dans ce cas, ils le prennent sur des troubles musculo-squelettiques, articulaires ou lombaires ”*

→ **Le patient :**

Certains médecins ont affirmé utiliser un palier II en fonction du patient lui même :

- Le patient a pris par le passé des paliers II et les a bien supportés.

Dr5 : *“ Je vois une dame, pareil, de cette population, qui en a quand ça va pas ; elle prend depuis des siècles le Tramadol quand elle est en crise d'arthrose et ne veut que ça ! ”*

- Le patient trop âgé selon le médecin pour pouvoir utiliser un traitement anti-inflammatoire.

Dr6 : *“ Souvent j'utilise les paliers II chez la personne âgée quand j'aurais aimé faire une petite cure d'anti-inflammatoires si la personne avait été plus jeune ! ”*

- Le patient a refusé un traitement antalgique de palier III.

Dr5 : *“ Après si ils ont une expérience malheureuse avec les paliers III, du coup on n'a pas trop le choix. Sinon, ben dans ce cas là, on peut passer au palier II ”*

2.1.3 Les freins à la prescription d'un palier II :

→ **Les effets indésirables :**

La principale inquiétude au sujet des paliers II, pour les médecins interrogés, a été la possibilité d'engendrer des effets indésirables.

Dr4 : *“ Et bien les paliers II ont beaucoup d'effets secondaires ”*

Parmi les effets indésirables les plus cités, on a retrouvé :

- Les troubles digestifs (nausées et constipation) ;
- Les atteintes du système nerveux central (sommolence, vertiges, confusion, risque de chute);
- L'aggravation d'une insuffisance respiratoire ;
- L'hypoglycémie sous Tramadol.

Dr1 : *“ Je leur dis que ça peut donner des effets secondaires : constipation, nausées, vertiges, somnolence. ”*

Dr5 : *“ Le Tramadol ça donne des hypo et souvent les petits vieux ils sont diabétiques, alors là je peux pas leur donner non plus ”*

Les médecins interrogés ont expliqué chercher à savoir si le patient avait un ou des antécédents d'intolérance aux paliers II, avant de les instaurer.

Dr7 : *“ Bien sûr je vérifie [...] qu'ils ont pas un antécédent d'intolérance ”*

→ **Les contre-indications :**

Nous venons de voir que les médecins recherchaient, avant la prescription d'une molécule de palier II, un antécédent d'intolérance à la dite molécule. De la même façon et comme pour toute autre prescription, certains médecins ont déclaré vérifier une éventuelle allergie pouvant contre-indiquer l'utilisation de la molécule.

Dr7 : *“ Je vérifie qu'ils sont pas allergiques à la molécule ”*

La dépendance ou le risque de dépendance à ces molécules a pu compliquer leurs prescriptions.

Dr10 : *“ L'accoutumance ça peut être gênant... Mais c'est des profils de patients particuliers, mais y en a... et quelque soit l'âge... ”*

Un des médecins nous a expliqué même comment il traque les éventuels abus, surtout chez les patients qu'il ne connaît pas:

Dr1 : *“ Surtout sur les gens que je ne connais pas. Avec AMELI on peut voir ce qu'ils ont acheté à la pharmacie et ça permet de savoir si ce sont des abuseurs de médicaments ou pas. ”*

Les interactions avec les traitements pris par le patient ont pu empêcher leur utilisation.

Dr3 : *“ Des risques d'interactions médicamenteuses avec des médicaments qu'ils ont déjà. ”*

Un des médecins interrogés nous a rapporté aussi que pour lui il serait compliqué de mettre en place un traitement antalgique par opioïde faible sans avoir une idée du diagnostic.

Dr5 : *“ Mais je me vois pas balancer la codéine à quelqu'un de 80 ans, que je sais pas ce qu'il a Non je crois pas... Non je lui filerai pas comme ça de la Codéine ou du Tramadol...”*

→ **La douleur à traiter :**

Certains médecins ont dit qu'ils n'utiliseraient pas les antalgiques chez les patients souffrant d'une douleur non nociceptive.

Dr9 : *“Par exemple sur une douleur de type neurologique, on peut aller sur du LYRICA®, soit sur du CYMBALTA®, des choses comme ça. De toute façon, sur les douleurs neuro, la réponse aux paliers II est souvent mauvaise.”*

Dans le même ordre d'idée, certains médecins ont justifié leur prescription par le niveau d'intensité de la douleur. C'est ce que nous avons déjà évoqué un peu plus tôt : ceux-ci ont indiqué ne pas suivre scrupuleusement l'escalade dans les paliers antalgiques de l'OMS ; s'il ne s'agit pas d'une douleur modérée, l'utilisation de palier II n'est pas justifiée.

Dr1 : *“Quand c'est une douleur modérée j'essaie le palier II mais si elle est sévère j'essaie pas le palier II avant”*

→ **Le patient à traiter :**

Le choix d'un antalgique de palier II a pu s'avérer compliqué, chez certains patients, pour les médecins interrogés.

Tout d'abord si le patient a refusé le traitement.

Dr5 : *“Ca dépend aussi si les gens en ont déjà pris, parce que voilà ceux qui ont déjà pris de la codéine et qui ont pas toléré, si on leur dit Codéine en général ils s'en rappellent donc refusent.”*

Ensuite parce qu'il a fallu savoir composer avec les antécédents, les pathologies sous-jacentes du patient et les traitements pris par le patient.

Dr1 : *“Les gens qui ont des troubles cognitifs, l'insuffisant rénal peut-être mais je suis pas sûr que ces produits aient une élimination rénale.”*

Dr2 : *“Personnes âgées qui sont polypathologiques qui ont mal toléré ; qui ont des fragilités ; qui sont facilement confuses sur une agression physique, une infection. Euh les insuffisants respiratoires très importants [...] poly-médiqués... plutôt que se poser plein de questions... Ils sont souvent mal tolérés.”*

Dr3 : *“Des gens qui ont déjà des gros problèmes de constipation.”*

Mais aussi si le patient a présenté des troubles de la compréhension. Il pourrait y avoir des erreurs dans les prises de traitements, surtout quand les médecins ont prescrit des associations palier I et palier II.

Dr5 : *“Après oui, c’est compliqué je pense de comprendre nos micmac d’association d’un Paracétamol Codeiné avec un Paracétamol normal mais celui à 500, attention pas celui à 1g... ça doit pas mal les embrouiller... ça c’est facile si c’est pas eux qui préparent les médicaments ou si quelqu’un peut surveiller.”*

Enfin le dernier obstacle à la mise sous opioïdes faibles a été en rapport avec le patient lui-même et son isolement. Mais pour le Dr9, c’était au médecin de s’adapter et de trouver un moyen de le prescrire.

Dr9 : *“Mais si c’est une personne isolée, avec peu de ressources, qui va pas trop savoir comment réagir si y a un problème avec un médicament, là on peut demander à ce qu’il y ait une IDE qui vienne préparer les médicaments une fois par jour.”*

→ **L’entourage du patient à traiter :**

L’entourage du patient, quand il est aidant, a été décrit comme un facteur facilitant la mise en place de ces antalgiques, en permettant un relai dans la surveillance du patient. Mais parfois, il a été évoqué comme obstacle : L’entourage pouvait refuser la prescription par crainte de survenue d’effets indésirables, même si cela a semblé très rare, selon le discours des médecins interrogés. Mais certains nous ont confié que la tolérance de la molécule dans l’entourage a pu aussi amener un patient à refuser:

Dr11 : *“Et puis ici c’est la campagne alors si la voisine l’a eu, ça dépend aussi de comment elle l’a toléré!”*

2.1.4 Information délivrée :

Chaque médecin interrogé a affirmé informer son patient et/ou son entourage lors de la prescription de paliers II. Cette information a repris principalement les points suivants:

→ **L’efficacité attendue :**

Dr4 : *“Sachant qu’il y a toujours un délai d’action sur le traitement pharmacologique quel qu’il soit, il faut leur expliquer qu’on n’attend pas un miracle dès la première prise. Quoi que sur un antalgique, il doit quand même être efficace, même si ce n’est pas efficace à 100 % sur la*

douleur, il doit au moins atténuer la douleur dès la première prise.”

→ **Les effets secondaires :**

Dr10 : *“Je leur dis de faire attention... Je les préviens quand même de ce que cela peut provoquer [...] je les préviens toujours des possibles problèmes de tolérance”*

→ **Les posologies à respecter :**

Dr11 : *“Ce que je dis pour tout traitement, les doses, les horaires de prise...”*

Certains médecins ont déclaré écrire sur les ordonnances des "protocoles" de prise du traitement.

Dr2 : *“Après moi sur mes ordonnances je mets un petit protocole. C’est à dire que je mets Paracétamol 500, j’écris 2 si douleur légère ; ensuite je mets CODOLIPRANE® 20 par exemple, 30 je le mets moins souvent...plutôt du 20 et je mets 2 si douleur importante à la place de Paracétamol seul ; et je mets 1 Paracétamol 500 + 1 CODOLIPRANE® si douleur intermédiaire ; et tout ça trois fois par jour.”*

→ **La nécessité de réévaluer le traitement et la douleur :**

Cette étape ne passerait pas systématiquement par une nouvelle consultation. Les médecins ont indiqué informer leurs patients de la nécessité de reconsulter en cas d'intolérance ou d'inefficacité du traitement. Les médecins se sont tous dit facilement joignables et disponibles si besoin.

Dr7 : *“Soit ils rappellent parce que ça va pas... Soit on les revoit vite [...] Je leur demande de m’appeler au moindre effet indésirable ou moindre symptôme. Oui, ils me rappellent oui si ils ont un souci!”*

Dr8 : *“Je suis joignable si besoin”*

→ **La nécessité de repasser à un traitement antalgique de palier I dès que la douleur le permettait :**

Dr1 : *“Mais par contre je lui dis que quand ça va mieux il essaie de repasser au palier I”*

2.1.5 Ressenti malades et/ou entourage vis-à-vis des paliers II :

D’après les médecins interviewés, les patients basaient leur ressenti vis-à-vis des opioïdes faibles sur leur efficacité et leur tolérance, parce qu'ils en avaient déjà pris ou sous l'influence de leur entourage.

Dr6 : *“Moi, les miens ils ont souvent en tête Tramadol et Codéine : « non ça j'en veux pas », soit parce qu'ils ont déjà essayé soit parce qu'ils connaissent quelqu'un qui en a eu... La LAMALINE® est un peu moins connue... où alors c'est moi qui leur en ai déjà donné et sans problème... alors là ils sont d'accord”*

En dehors de ces cas d'inefficacité ou d'intolérance par le passé, les patients ne semblaient pas plus réticents.

Dr7 : *“Palier II, ils y vont assez facilement”*

Pour un des médecins interrogés, les patients réticents aux paliers II, alors qu'ils ne connaissaient pas ces molécules, étaient réticents à tous types de traitement.

Dr2 : *“Mais en fait, ceux qui sont méfiants sur la Codéine par exemple, ils sont méfiants aussi sur le paracétamol seul...c'est des gens qui veulent prendre le moins de médicaments possible...Ils sont arrivés à cet âge là plutôt bien, donc ils se disent que moins ils prennent de choses, moins ils entrent dans un cercle de médicalisation et donc moins ils sont malades”*

2.1.6 Ressenti du médecin vis-à-vis des paliers II :

De façon générale, les médecins interrogés ont reconnu une utilité aux antalgiques de palier II mais ont semblé très gênés par les effets secondaires de ces molécules.

Dr2 : *“Mon ressenti par rapport à ça, c'est que... C'est utile mais il y a plein, enfin, pas mal d'effets secondaires.”*

Dr11 : *“Je trouve que c'est une prescription très inconfortable. Il y a beaucoup trop d'effets secondaires, des effets secondaires sous estimés par le patient, des effets secondaires différés”*

Un des médecins est allé jusqu'à expliquer que cette difficulté de manipulation des opioïdes faibles l'a contraint à ne presque plus les utiliser.

Dr8 : *“Le palier II, soit l'efficacité est incertaine pour la Codéine, soit on a le Tramadol qui pour moi n'est pas très bien supporté, dans mon expérience ; et en plus avec un nombre d'interactions tellement important que je préfère m'en passer”*

La seconde crainte ressortant du discours de certains des médecins interrogés a été le risque de dépendance ou de mésusage des paliers II.

Dr1 : *“Après je crains un peu aussi les gens qui peuvent devenir utilisateurs chroniques et abusifs : par exemple les gens qui ont des céphalées ou les fibromyalgiques ou des maladies comme ça, qui ont facilement tendance à abuser des médicaments , je me méfie un peu et j'essaie de ne pas*

leur donner.”

En dehors de celà, le discours des médecins sur les paliers II a été plutôt neutre.

2.2 Utilisation des antalgiques de palier III :

2.2.1 Les molécules :

Les molécules de palier III les plus citées et donc les plus utilisées par les médecins interrogés ont été la Morphine, le Fentanyl et l'Oxycodone. Comme pour les paliers II, nous n'avons pas retrouvé de consensus sur ces molécules.

→ La Morphine :

Les médecins rencontrés au cours de cette étude ont dit utiliser préférentiellement la Morphine dans sa forme orale (c'est à dire le SKENAN®, l'ACTISKENAN® et plus rarement l'ORAMORPH®).

Dr5 : *“J'utilise le plus souvent ? Ben... le SKENAN® et l'ACTISKENAN® [...] parce que, en fait, j'ai appris à travailler avec celui là.”*

Au sujet de la forme injectable, certains médecins ont déclaré ne pas vouloir l'utiliser à la maison sans surveillance.

Dr7 : *“Moi ça me gêne de lui faire des piqûres. Sans surveillance chez elle toute seule.”*

Alors que beaucoup ont confié la prescrire en sous-cutanée dans les soins de confort lors des fins de vie.

Dr9 : *“Et puis pour du palliatif ça pourra être de la Morphine sous-cutanée”*

→ L'Oxycodone :

Cette molécule a été citée par tous les médecins interviewés et pourtant plusieurs ont admis ne pas vraiment savoir la manier et ne l'utiliser que dans le cadre de renouvellement de confrères.

Dr3 : *“L'Oxycodone je l'utilise pas beaucoup peut être. Je vais plus le renouveler que le prescrire moi-même d'emblée. -M : Y a-t-il une raison ? -Dr : Non, peut être que c'est parce que je l'ai moins pratiqué et du coup je le manie moins bien que les autres”*

Pourtant selon les médecins qui ont dit l'initier et l'utiliser régulièrement, elle serait préférable à la Morphine (que ce soit par voie orale ou sous-cutanée) en raison des effets indésirables moindres (essentiellement moins de constipation).

Dr6 : *“Je suis très vite passée à l'utilisation de l'Oxycodone par rapport à la Morphine per os... J'ai jamais eu de soucis avec... alors qu'avec la Morphine j'avais plus les effets indésirables [...] c'est aussi le cas avec l'Oxycodone sous-cutanée par rapport à la Morphine sous-cut ! J'ai actuellement un patient qui est sous Oxycodone à la pompe. Qu'il tolère très très bien alors qu'il tolérait pas du tout la Morphine.”*

→ **Le Fentanyl :**

Le Fentanyl a été principalement évoqué comme prescrit dans sa forme à libération prolongée, en patch (DUROGESIC®). Les médecins ont rapporté le réserver à des douleurs chroniques, sans paroxysme.

Dr6 : *“J'utilise aussi les patchs de Durogesic®. Plutôt sur du chronique eux !”*

Dr9 : *“Donc ça dépend de la variabilité de douleur. Si on a quelque chose de très stable, le DUROGESIC® fait très bien l'affaire”*

Mais cette forme à libération prolongée avec un passage trans-cutané n'a pas semblé faire l'unanimité en raison d'une délivrance de dose pouvant être aléatoire d'une personne à l'autre. Des médecins ont évoqués aussi le problème de sa longue demi-vie d'élimination et donc d'un risque de surdosage ou d'effets indésirables. De la même façon son pic de concentration plasmatique étant lent à atteindre, certains lui ont reproché des difficultés lors des adaptations de doses.

Dr1 : *“Parce qu'on sait jamais vraiment très bien ce qui passe par la peau, surtout en fin de vie et chez les personnes âgées ; et puis en plus ça a une inertie terrible donc c'est pas très pratique.”*

Dr8 : *“J'aime pas les patchs non plus, pour des problèmes de titration et pour des problèmes de passage plasmatique très variable en fonction des gens. Je trouve que c'est pas maniable.”*

Enfin, quelques médecins ont cité cette molécule aussi en libération immédiate, plus dans le cadre de la fin de vie ou des douleurs procédurales.

Dr4 : *“En comprimé gingival pour avoir une action rapide, vous savez c'est l'EFFENTORA®. J'ai eu à en utiliser d'autres mais que j'ai trouvé moins pratique, comme l'ACTIQ®, donc c'est une espèce de bâtonnet qu'il fallait frotter dans la joue... bon il fallait que le patient soit compliant, voilà je trouve... c'est aussi un choix personnel, je l'ai prescrit mais plus rarement, surtout en maison de retraite... quoique maintenant avec l'EFFENTORA®, le comprimé gingival... ça permet d'anticiper les moments douloureux”*

Dr9 : *“Ou de l'ACTIQ®, ça peut m'arriver aussi d'en mettre ; mais on est plutôt sur de la*

fin de vie sur ce genre de prise.”

→ **Autres paliers III :**

L'utilisation antalgique des autres paliers III n'a pas semblé être connue ou tout du moins pas usuelle chez les généralistes rencontrés. Un seul médecin a cité l'activité antalgique de la Buprénorphine mais a avoué ne pas s'en servir en raison de son inexpérience et de son activité agoniste-antagoniste.

Dr2 : *“La Buprénorphine je l'utilise pas, je la connais pas bien. [...] je crois qu'il y a une compétition entre la Morphine et la Buprénorphine ? Non ?”*

Enfin, on citera le Dr9 qui a dit voir dans la multiplicité des molécules et des galéniques des paliers III un avantage par rapport à la pharmacopée des opioïdes faibles.

Dr9 : *“La seule chose qui change entre ces deux familles, c'est qu'avec un palier III, je trouve qu'on a plus de galéniques, plus de molécules, alors qu'avec les paliers II on a plus vite fait le tour des molécules. Sur le palier II, si on a essayé les 3 pauvres molécules dont on dispose, et les 3 sont mal tolérées, eh bien on est coincé! Sur les paliers III, on a une plus grande variabilité des molécules, des voies d'administrations, donc on trouve plus facilement une solution.”*

2.2.2 Les indications :

→ **L'intensité de la douleur :**

Comme pour les paliers II, le premier critère d'utilisation des paliers III évoqué a été l'intensité de la douleur. Les médecins, dans notre étude, ont relaté les prescrire dans le cadre de douleurs intenses ou d'échecs des paliers II.

Dr1 : *“Les douleurs intenses. Sinon tous types d'indications”*

Dr8 : *“Si le patient me déclare une EVA supérieure à 6”*

Dr7 : *“Je l'utilise sur une douleur qui résiste au palier II.”*

→ **Le rythme de la douleur :**

Cette notion n'a pas été évoquée par notre panel au sujet des paliers II mais les médecins ont dit choisir l'opioïde fort à utiliser en fonction du rythme des douleurs. Ils ont déclaré privilégier les opioïdes à action rapide pour les douleurs aiguës ou pour les accès paroxystiques chez les douloureux chroniques. Les formes à libération prolongée ont semblé très intéressantes dans le cadre de douleurs chroniques.

Dr9 : *“Mon choix dépend plus du type de douleur. Y en a qui ont besoin de cette association*

avec une action rapide pour gérer les pics de douleur. Donc ça dépend de la variabilité de douleur.”

→ La pathologie à traiter :

De la même façon que pour les paliers II, l'indication du palier III n'a, selon les médecins, pas tant correspondu à une pathologie qu'à une douleur. Mais on s'est rendu compte que les médecins rencontrés ont dit les utiliser beaucoup dans le cadre des douleurs cancéreuses, des soins palliatifs, des douleurs procédurales, des douleurs orthopédiques ou rhumatologiques. Ils ont aussi bien relaté des utilisations aiguës que chroniques.

Dr2 : *“Douleur chronique ça m'est arrivé, sur une sciatalgie intense dont on parlait tout à l'heure, de monter en palier III [...] Et puis en contexte de néo [...] Euh, en douleur orthopédique, [...] j'ai un patient qui a des pansements tous les jours ou tous les deux jours pour des ulcères chroniques et donc il a un Oxynorm® 5mg 1h avant le pansement. [...] dans les fins de vie douloureuses, on peut être amené à mettre un peu de Morphine...en injectable.”*

→ Le patient à traiter :

Parfois, il a été jugé par certains médecins, comme plus facile de prescrire un palier III qu'un palier II, en raison des comorbidités et des traitements pris par la personne.

Dr5 : *“Et plus de 75 ans c'est vaste... Y en a qui sont en forme... et d'autres grabataires... Chez les derniers, c'est souvent plus simple, à cause des comorbidités et de tous leurs médocs, de mettre un peu de Morphine. En fait, en y réfléchissant, je crois que je switche pas mal le palier II, enfin chez les gens altérés”*

→ La rotation des morphiniques :

Une des indications évoquée à la prescription d'un nouvel opioïde fort a été le principe de rotation des morphiniques. Certains médecins ont expliqué leur mise en place d'un nouveau palier III par l'absence ou la fin de l'efficacité du précédent opioïde.

Dr1 : *“Parce que le SKENAN® n'était plus efficace alors on a essayé de changer de palier III.”*

2.2.3 Les freins à la prescription d'un palier III :

→ Les effets indésirables :

Comme pour les paliers II, la principale crainte rapportée par les médecins lors de la prescription d'opioïdes forts est venue des possibles effets secondaires.

Dr10 : *“Mais bon le principal problème, ça reste les effets indésirables ! »*

Les effets indésirables cités sous paliers III ont été les mêmes que ceux cités pour les paliers II (troubles digestifs, neurologiques, insuffisance respiratoire).

Dr6 : *“Et bien les effets indésirables des molécules. Que ce soit les paliers II et III, ils ont les mêmes”*

→ **Les contre-indications :**

Au niveau des contre-indications aussi, les médecins ont donné les mêmes que pour les paliers II :

- Les antécédents d'intolérance aux paliers III.

Dr5 : *“Oui forcément, y a des fois où j'en ai pas prescrit, où je suis pas très confortable parce que je reste que au paracétamol, c'est quand les gens, ils veulent pas ou quand ils ont été extrêmement intolérants”*

- Les allergies.

Dr6 : *“Et bien toujours les allergies avérées.”*

- Les interactions médicamenteuses.

Dr10 : *“Et puis les gens poly-médiqués, c'est toujours plus difficile, on craint les interactions... c'est vrai que si le logiciel clignote rouge je me sens pas très à l'aise...”*

- La dépendance et le mésusage.

Dr7 : *“Ici au petit Bayonne, j'ai une clientèle de toxicomanes. Y en avait beaucoup quand je suis arrivé donc j'ai fait un peu le tri, j'en ai moins mais j'en ai quelques uns. Donc la Morphine, c'est des doses, c'est impressionnant...J'en ai un il prenait 240mg 2 fois par jour. Enfin je sais pas ce qu'il en faisait, s'il trafiquait ou quoi...Maintenant, j'en prescris plus à ce genre de patients. Je refuse. Pour le SKENAN®, l'été ils vont arriver... Il suffit d'en prescrire à un et après ils se donnent le mot et ils viennent tous. Ça, je fais plus ça. Pas d'opioïdes fort si ils font pas partie de ma patientèle !”*

→ **Le patient à traiter :**

Selon les interviewés, chez certains patients, la manipulation des opioïdes forts a pu être rendue difficile par le patient lui-même en raison :

- D'un refus ; même s'il a été rare voire n'est jamais arrivé à la plupart des médecins interrogés.

Dr4 : *“Le refus éventuel du patient pourrait être un frein, mais pour l’instant je l’attends, je l’ai pas eu.”*

- De son isolement et donc de l'absence de possible surveillance.

Dr11 : *“Mais chez les personnes âgées qui vivent à domicile, il faut qu’il y ait du passage pour les mettre ! Soit du passage infirmier, soit des aides soignantes... ou des aides ménagères... mais quelqu’un qui vient quoi !”*

- De difficultés de compréhension.

Dr2 : *“Bin y a un frein pour le palier III peut-être, qui est peut-être moins important pour le palier II, c’est la compréhension du patient et de l’entourage de la bonne utilisation du médicament”*

- De pathologies sous-jacentes.

Dr10 : *“Et bien comme pour les paliers II, le très grand âge...Ah et puis, la démence, ça me gênerait beaucoup, comme pour un palier II remarque... toujours par crainte de majorer une confusion...”*

→ L'entourage du patient :

Comme pour les paliers II et comme on l'a déjà évoqué aussi pour les paliers III, le principal frein déclaré en lien avec l'entourage pour l'utilisation des opioïdes forts, a été son absence. Il était important pour chaque médecin interviewé d'avoir un relais pour la surveillance. Mais parfois, il s'est avéré être décrit comme un frein quand il était présent en refusant que le patient soit mis sous palier III. On a noté que selon les médecins ces refus ont généralement fait suite à des antécédents d'intolérance.

Dr9 : *“J’ai plus eu des cas de réticence de l’entourage que du patient mais les seuls refus que j’ai eu, c’était par mauvaises expériences passées par le patient. ; ou des familles qui disent « non, non , la dernière fois qu’il en a eu ça s’est très mal passé...”*

En revanche, les médecins ont rapporté un obstacle qui n'a pas été exprimé pour les paliers II et en lien avec l'entourage para-médical. Parfois les refus sont venus des équipes soignantes ou même de la pharmacie.

Dr8 : *“Moi j’ai déjà eu un pharmacien qui a refusé de délivrer des morphiniques car il*

trouvait que c'était trop fort pour le ou la patiente... J'ai eu le problème avec ma maman même ! Elle avait un problème aigu qui entraînait de très grosses douleurs, je lui ai donc prescrit du Paracétamol en systématique et fait une titration avec de l'Oxycodone, mais le pharmacien a refusé de lui délivrer car ça allait la rendre malade... du coup il lui a donné de l'IXPRIM® à la place sans ordo et sans prendre mon avis et elle l'a très mal supporté... Alors si ils font à chaque fois ça... Pareil, il m'est arrivé souvent de devoir longuement me justifier auprès des infirmières sur mon choix car elles osaient pas donner les inter-doses...Je dirais que le mauvais retour et le blocage, dans mon expérience, vient plus des para-médicaux qui entourent le patient..."

→ **Prescription sécurisée :**

La prescription sécurisée a été évoquée comme freinatrice pour certains médecins mais pour la plupart ça ne les a pas empêché de prescrire un palier III.

Dr2 : *"Un autre frein c'est la prescription sur ordonnance sécurisée ; et puis écrire tout à la main ; et puis la délivrance en pharmacie."*

Dr4 : *"Je ne pense pas que le fait que les paliers III soient prescrits sur des ordonnances sécurisées soit gênant ! Ça prend que quelques secondes..."*

De façon plus générale, certains médecins n'ont pas nommé plus de freins lors de la prescription d'un palier III que II.

Dr9 : *"Non pour moi, c'est les mêmes que ce que je vous ai donné pour les paliers II. J'en vois pas d'autres ! Les effets indésirables, les refus, l'isolement."*

En revanche, on a noté que pour la plupart, si la douleur a justifié la mise en place d'un opioïde fort, ils l'ont prescrit malgré les obstacles.

Dr3 : *"Si il faut vraiment l'utiliser, je l'utilise"*

2.2.4 Information délivrée :

Les médecins de notre panel ont déclaré donner les mêmes informations aux patients sous palier III qu'à ceux sous palier II.

→ **L'indication :**

Dr4 : *"L'indication, le pourquoi de cette prescription"*

→ **L'efficacité attendue :**

Dr10 : *"En général je leur dis qu'ils doivent être soulagés rapidement."*

→ **Les effets secondaires :**

Dr7 : *“Ah au niveau des effets indésirables, je les préviens systématiquement...”*

→ **Les posologies à respecter et le principe de titration :**

Dr10 : *“Je leur explique les histoires de libération prolongée et de libération immédiate avec les inter-doses. Je fais attention à ce qu’ils le comprennent bien. Je le marque bien aussi sur l’ordonnance. Je leur explique qu’ils doivent noter le nombre d’inter-doses pris pour que je vois si j’augmente les doses de libérations prolongées”*

→ **La nécessité de réévaluer le traitement et la douleur :**

Du fait de la prescription sécurisée, pour certains, la réévaluation serait faite au maximum 28 jours après l’initiation.

Dr7 : *“De toute façon on les voit au moins tous les 28 jours car on peut pas donner pour plus longtemps...”*

Mais la plupart ont assuré réévaluer plus précocément leurs patients sous palier III que sous palier II, par le biais du téléphone, d’une consultation systématique ou de l’entourage (dépendant de chaque médecin et de chaque patient).

Dr1 : *“Plus rapidement que pour les paliers II, j’aime bien les revoir ou tout du moins avoir un contact téléphonique avec eux après deux jours. Et ça, que la personne soit âgée ou jeune.”*

Comme pour les paliers II, tous les médecins ont insisté sur leur disponibilité.

→ **La nécessité de repasser à un traitement antalgique de palier II dès que la douleur le permettrait :**

Dr2 : *“On réévalue la douleur pour pouvoir revenir vite sur les paliers II si on peut et puis ensuite les paliers I, pour pouvoir sevrer au plus vite possible.”*

D’autres informations ont été évoquées par certains médecins dans le cadre de ce type de prescriptions :

- Au sujet de la conduite.

Dr2 : *“Les risques par rapport à la conduite”*

- Au sujet des co-prescriptions antalgiques et de laxatifs.

Dr4 : *“La co-prescription d’antalgiques qui peuvent assurer le temps que l’efficacité, il se passe quand même quelques jours.”*

Dr10 : *“Ou d’emblée je leur propose du Forlax®”*

2.2.5 *Ressenti du patient et/ou de son entourage sur les paliers III :*

Parmi les médecins interrogés, quelques-uns ont affirmé que leurs patients n’ont pas eu plus de craintes avec ce type traitement qu’avec un autre. Selon les médecins, ils avaient mal, voulaient être soulagés et n’ont pas été regardants sur la molécule antalgique choisie par le médecin.

Dr9 : *“Le patient lui, si il a mal, il est prêt à aller sur ce genre de chose pour ne pas avoir mal.”*

D’autres médecins en revanche, ont noté chez leurs patients, une connotation négative des opioïdes forts : c’est une drogue ; c’est pour les cancers ; c’est pour les fins de vie.

Dr1 : *“Bin pour certain, la plupart je pense, ils ont l’impression que la Morphine c’est la fin de la vie ; que c’est une drogue aussi des fois.”*

Mais une partie de notre panel a dit avoir tout de même remarqué que l’attitude des patients vis-à-vis des morphiniques s’est modifiée depuis quelques années : ils ont décrit leurs patients comme bien moins réticents.

Dr2 : *“Les patients connaissent pas forcément la Morphine mais ils ont moins d’appréhension qu’avant, qu’il y a 10 ans par exemple, où quand on parlait de Morphine ça faisait très peur.”*

Un des médecins interrogé nous a affirmé que parfois la prescription du palier III a été vécue par le patient comme une reconnaissance de son statut de malade.

Dr5 : *“oui y a quelques patients qui sont contents d’avoir de la Morphine aussi. Enfin, je pense à une dame. C’est presque une reconnaissance. En tout cas, dans son cas à elle c’est sûr. [...] Y a vraiment ce truc là, de la reconnaissance de la douleur. C’est quand même exceptionnel...”*

Il a souvent été exprimé qu’en informant le patient lors de la prescription, ses croyances ne sont pas restées un obstacle.

Dr4 : *“Donc, quand tout cela est expliqué et qu’on a un discours clair sur la prescription, sur le pourquoi et sur les effets secondaires, et bien généralement, on a une très bonne observance et du coup en principe de bons résultats.”*

Un des médecins a même posé la question de savoir si les craintes qu’il a pensé être celles de ses patients ne seraient pas influencées par les craintes du corps médical.

Dr2 : *“Euh, peut-être que moi j’ai l’impression qu’ils ont cette impression aussi. Y a peut-*

être aussi un peu d'appréhension du corps médical.”

2.2.6 *Ressenti du médecin sur les paliers III :*

Le ressenti des médecins vis-à-vis des opioïdes forts a divergé quelque peu des uns aux autres. On a différencié les médecins n'ayant aucune crainte vis-à-vis de ces molécules, des médecins prescrivant avec moins d'aisance du fait de leur inquiétude de voir apparaître des effets indésirables. On a aussi remarqué que certains médecins ont dit changer leur attitude et leurs croyances au fur et à mesure de leur expérience.

Dr1 : *“C’est un très bon antalgique [...] Pour moi c’est un médicament qui ne pose pas de problèmes.”*

Dr11 : *“C’est pas forcément le genre de thérapeutique que j’apprécie beaucoup mais en général c’est les patients qui sont demandeurs, c’est eux qui réclament !”*

Dr7 : *“Maintenant ? Un médicament comme les autres. Avant j’avais pas l’expérience de la Morphine”.*

De plus, nous avons noté que certains médecins se sont dit inquiets du risque d'addiction et de mésusages avec les opioïdes forts.

Dr7 : *“Et après, ici au petit Bayonne, j’ai une clientèle de toxicomanes. Y en avait beaucoup quand je suis arrivé, donc j’ai fait un peu le tri, j’en ai moins mais j’en ai quelques uns. Donc la Morphine, c’est des doses, c’est impressionnant... J’en ai un il prenait 240mg 2 fois par jour. Enfin je sais pas ce qu’il en faisait s’il trafiquait ou quoi... Maintenant, j’en prescris plus à ce genre de patients. Je refuse. Pour le SKENAN®, l’été ils vont arriver... Il suffit d’en prescrire à un et après ils se donnent le mot et ils viennent tous. Ça je fais plus ça. Pas d’opioïdes fort si ils font pas partie de ma patientèle ! ”*

Ce risque de mésusage a été jugé, par certains, plus important ou tout du moins avec des conséquences plus graves pour les paliers III que les paliers II.

Dr2 : *“le risque de mésusage a peut-être plus de conséquences sur le palier III que sur le palier II, même si y en a dans tous les cas”*

2.3 Préférence entre les paliers II et III des antalgiques :

Dans ce panel de médecins on a pu différencier :

- **Les médecins qui ont dit ne pas voir de différence dans la prescription d’un palier II ou**

d'un palier III .

Ces médecins-là ont déclaré baser leurs difficultés à prescrire un opioïde sur les effets indésirables de ces molécules, qui sont les mêmes quelque soit le palier. On a remarqué quand même, au sein de ce groupe, certains médecins qui ont expliqué avoir plus de craintes quant à l'impact des effets indésirables des paliers III chez le sujet âgé mais sans pour autant s'empêcher de les prescrire.

Dr4 : *“Je ne vois pas de différence. Pour moi il n'est pas plus difficile de prescrire un palier II qu'un palier III, ou inversement.”*

Dr10 : *“je vois pas trop la différence. Moi je me sens assez à l'aise avec les deux. J'essaie de suivre les paliers comme préconisé dans les recommandations.[...]. Après le problème c'est les effets indésirables, qui vont m'inquiéter...Parce que tu te dis toujours que les personnes âgées ils vont moins bien tolérer le médicament à partir du moment où c'est un palier II ou III.[...] je crains plus les effets secondaires des paliers III que des paliers II chez la personne âgée.”*

- **Les médecins plus à l'aise avec un palier III qu'un palier II.**

Selon eux, à efficacité équivalente, une faible dose d'opioïde fort serait mieux tolérée qu'un opioïde faible à forte dose. Les paliers III auraient aussi, selon ces médecins, l'avantage de ne pas avoir autant d'interactions médicamenteuses que les paliers II. Cet avis a été d'autant plus marqué si la prescription s'est adressée à un sujet âgé.

Dr1 : *“Peut-être le palier III est plus facile pour moi oui. - M : Pourquoi ? - Dr1 : Bin tous les effets indésirables que j'ai déjà évoqué pour les paliers II.”*

Dr8 : *“Je ne prescris que très peu de palier II, et alors chez la personne âgée ça doit se compter sur les doigts d'une main, le nombre de fois où je l'ai donné. Je fais très vite du palier III. Le palier II, soit l'efficacité est incertaine pour la Codéine, soit on a le Tramadol qui pour moi n'est pas très bien supporté dans mon expérience ; et en plus avec un nombre d'interactions tellement important que je m'en passe. Je préfère donner de la Morphine à petite dose.”*

Dr6: *“c'est plus simple de prescrire un palier III qu'un palier II chez la personne âgée ! Chez les gens en forme le palier II c'est pas mal, mais... Les paliers II ont plein d'interactions, d'effets secondaires ; alors chez les personnes âgées polyopathologiques, poly-médiquées... plutôt que se poser plein de questions...”*

2.4 Différence dans la prise en charge liée à l'âge :

Tous les médecins interviewés ont été d'accord pour dire que la prise en charge des patients âgés a été rendue difficile par les polyopathologies et polymédications.

Dr10 : *“Je trouve que les personnes âgées c'est compliqué : ils sont polyopathologiques, poly-médicamentés... il faut faire attention !”*

Ils ont exprimé leur crainte de déséquilibrer un état déjà précaire.

Dr11 : *“je suis pas trop à l'aise chez la personne âgée. Ils sont souvent fragiles et si on leur rajoute les effets des paliers II et III, on peut vraiment les altérer.”*

Ils ont expliqué avoir une prise en charge pharmacologique différente chez la personne âgée par rapport à l'adulte jeune : ils ont dit diminuer les doses de départ pour avoir la meilleure tolérance possible tout en recherchant une bonne efficacité.

Dr7 : *“Je diminue les doses par rapport à l'adulte jeune.”*

Certains ont déclaré éviter les paliers II chez les sujets âgés alors que pour la même douleur chez un adulte jeune, ils ont dit ne pas hésiter à les utiliser.

Dr1 : *“j'utilise moins les paliers II que les paliers III chez les personnes âgées, à cause des effets secondaires. Je trouve que c'est plus mal toléré que la Morphine alors que chez les jeunes, la Codéine est supportée assez bien, un peu moins pour le Tramadol.”*

Plusieurs médecins ont affirmé que la seule différence dans leur prise en charge de la douleur du sujet âgé par rapport à l'adulte jeune a été dans la prescription médicamenteuse.

Dr11 : *“Non, hormis les traitements, c'est tout pareil !”*

Alors qu'au contraire certains nous ont expliqué être beaucoup plus vigilants sur les effets indésirables et donc mettre en place une surveillance plus importante que chez l'adulte jeune.

Dr8 : *“Je préfère, dans les jours qui suivent, les appeler... Déjà pour savoir si ça va mieux... Et surtout si c'est bien toléré ! Enfin, je fais ça que chez les personnes âgées ! Les jeunes, ils se débrouillent... ils savent utiliser le téléphone pour m'appeler !”*

3 Analyse transversale des données recueillies lors des entretiens :

3.1 Profil prescripteur d'opioïdes :

A partir de l'analyse transversale de ces entretiens, on a pu mettre en évidence trois profils de prescripteurs d'opioïdes.

→ Profil 1 : Les médecins prescrivant les opioïdes chez les patients douloureux en suivant les paliers de l'OMS.

Certains médecins interrogés nous ont confié suivre systématiquement l'escalade thérapeutique des antalgiques comme l'OMS le propose.

Dr9 : *“D’abord je mets un palier I avec du Paracétamol. Si ça marche pas je mets un palier II ; et si le palier II est inefficace, je mets un palier III.”*

Dr10 : *“J’essaie de suivre les paliers comme préconisé dans les recommandations. Si le I ça va pas, on passe au II puis au III.”*

Dans ce groupe certains médecins nous ont dit y voir l'avantage de connaître le profil de tolérance aux opioïdes faibles avant de passer à des morphiniques.

Dr11 : *“En général on passe pas d’un palier I à un palier III. On est d’abord passé par le palier II, donc on connaît la tolérance aux paliers II ; et pour le coup ça aide plus facilement à passer à plus fort en connaissant déjà une base de tolérance du patient.”*

Au sein même de ce groupe, on a remarqué des désaccords sur les paliers II les mieux tolérés. Chacun ayant son avis sur la tolérance de ces molécules et se basant sur sa propre expérience.

Dr9 : *“En première intention j'utilise la LAMALINE® donc l'Opium, et la Codéine ; et en dernière intention le Tramadol. Par expérience, je fais ce choix, plutôt à cause d'un profil de mauvaise tolérance”*

Dr10 : *“Le plus souvent j'utilise la Codéine, mais c'est plus chez les jeunes en première intention ! Chez le sujet âgé, je pense que je mets plus en première intention l'IXPRIM®. Parce que j'ai l'impression, et en parlant avec des collègues lors de notre groupe de pairs, il nous semble que c'est un peu mieux toléré chez la personne âgée par rapport à la Codéine.”*

Dr11 : *“Moi pour l'initier, je vais plutôt sur de la Lamaline®. Parce que chez la personne âgée c'est quand même mieux toléré ; enfin dans mes patients y a moins d'effets secondaires. Chez*

les plus jeunes, je vais utiliser le Tramadol.”

De la même façon, aucun schéma de stratégie de choix de molécule de palier III ne s'est dégagé, si ce n'a été celui du choix d'une forme à libération courte pour des accès douloureux et d'une forme à libération prolongée pour des douleurs chroniques (ce qui a été le cas de tous les médecins de notre panel).

Dr9 : *“Je dois avoir beaucoup plus d'OXYCONTIN®/OXYNORM® ou sous SKENAN/ACTISKENAN® que le reste. [...]. Mon choix dépend plus du type de douleur. Y en a qui ont besoin de cette association avec une action rapide pour gérer les pics de douleur. [...] Si on a quelque chose de très stable, le DUROGESIC® fait très bien l'affaire. Et puis le choix peut dépendre de la tolérance. Ça peut-être assez similaire, mais j'ai remarqué qu'on a quand même une meilleure tolérance avec le DUROGESIC®”*

Dr10 : *“Je mets beaucoup de SKENAN®/ACTISKENAN®. Parfois de l'OXYCONTIN®/OXYNORM®, mais c'est en renouvellement... ça a été prescrit ailleurs, ça marche bien, ça se passe bien avec, alors j'ai pas de raison de changer ! Mais pour l'initier, j'ai pas l'habitude, je sais pas faire !”*

Enfin on a pu noter dans ce groupe que certains médecins ont expliqué préférer l'utilisation des co-antalgiques plutôt que des opioïdes chez le sujet âgé.

Dr11 : *“Souvent on en arrive à traiter la dépression liée à la douleur que la douleur en elle-même. En fait je préfère les co-antalgiques chez la personne âgée.”*

Il n'a pas été retrouvé d'autre point commun à ces médecins.

→ Profil 2 : Les médecins adaptant le choix de l'opioïde en fonction de leur patient quitte à ne pas suivre les paliers de l'OMS.

Ces médecins nous ont expliqués ne pas utiliser les opioïdes faibles systématiquement avant les opioïdes forts. Si possible, ils ont essayé de suivre l'escalade thérapeutique des paliers de l'OMS ; mais il leur est arrivé assez facilement d'y désobéir afin de s'adapter au mieux à leur patient. Ceci a été d'autant plus vrai pour la douleur de leurs patients âgés. Ils ont dit reprocher aux opioïdes faibles leur mauvais profil de tolérance et leurs interactions multiples. Ils ont alors concédé, que dans certaines situations à risque d'effets indésirables ou d'interactions médicamenteuses, ils ont préféré utiliser une petite dose d'opioïdes forts.

Dr5 : *“C'est souvent plus simple, à cause des comorbidités et de tous leurs médocs, de mettre un peu de Morphine. En fait, en y réfléchissant, je crois que je switche pas mal le palier II,*

enfin chez les gens altérés !”

Dans ce groupe aussi, on a retrouvé des disparités quant aux opioïdes à utiliser ; même si aucun ne nous a dit initier les traitements à base de Tramadol.

Dr1 : *“Quand je le prescris, c’est parce que ça a été initié par un autre médecin ou à l’hôpital souvent...[...]. Rarement quoi.”*

Pour la plupart, ils ont expliqué s’appuyer sur leur expérience personnelle de ces molécules. Certains ont noté que cette expérience a été confirmée par ce qu’ils ont pu apprendre au cours de DU spécifiques (comme celui de soins palliatifs) ou lire dans des revues médicales.

Dr1 : *“M : c’est une habitude que vous avez prise depuis votre DU de Soins palliatifs ? - Dr1 : Oui oui.”*

Dr5 : *“Moi j’utilise la Codéine, donc avec du paracétamol. Avec de plus en plus de réserves en fait. Parce que y a pas longtemps, j’ai lu, dans PRESCRIRE® je crois, un article qui expliquait pourquoi il y avait des intolérances”.*

Pour notre part, nous avons remarqué que dans ce groupe on retrouvait les médecins détenteurs de DU de soins palliatifs (ou ayant travaillé en structure de soins palliatifs) ou de DU de médecin coordinateur de maison de retraite. Il était important aussi de relever qu’ils ont déclaré, dans la grande majorité des cas, être abonnés à la revue PRESCRIRE®.

→ Profil 3 : Les médecins préférant délaisser les opioïdes faibles au profit des paliers III.

Dans notre étude ce profil s’est composé d’un seul médecin, le Dr8. Il a expliqué que, de son expérience les paliers II ont été trop compliqués à utiliser en raison d’intolérances pour le Tramadol et d’une efficacité variable pour la Codéine, et ce quelque soit l’âge du patient.

Dr8 : *“Le palier II, soit l’efficacité est incertaine pour la Codéine, soit on a le Tramadol qui pour moi n’est pas très bien supporté dans mon expérience ; et en plus avec un nombre d’interactions tellement important que je m’en passe.”*

Il a dit préférer utiliser des petites doses d’opioïdes forts.

Dr8 : *“Je préfère donner de la Morphine à petite dose.”*

Comme on a pu le voir sur les précédentes citations du Dr 8, il a basé cette décision sur son expérience personnelle mais elle a été confortée par la lecture d’un article PRESCRIRE®.

Dr8 : *“Il y a un article qui est fondateur pour moi dans PRESCRIRE®. J’avais arrêté d’en*

donner avant de le lire mais depuis, les paliers II, c'est vraiment fini ! Il m'a conforté sur mon impression personnelle."

Concernant ses choix parmi les différentes molécules de palier III, ils ont été justifiés par sa confiance en son expérience.

Dr8 : "J'utilise de préférence l'Oxycodone... même si je crois, y a pas d'indication hors oncologie, mais c'est pas grave, je l'utilise quand même. Là encore, c'est personnel, mais je trouve que la Morphine, c'est à dire le Skénan® ou l'Actiskénan®, constipe toujours beaucoup plus que l'Oxycodone. J'aime pas les patchs non plus, pour des problèmes de titration et pour des problèmes de passage plasmatique très variable en fonction des gens. Je trouve que c'est pas maniable."

3.2 Facteurs décisionnels entrant en jeu dans la prescription d'un opioïde par le médecin de premier recours:

Au cours des onze entretiens, nous avons noté que les différents praticiens ont justifié leurs prescriptions par :

3.2.1 Leur expérience personnelle :

Dr4 : "De ma propre expérience, j'ai l'impression [...] Et alors ça je l'avoue, c'est par une analyse totalement empirique, de par ma pratique et tout à fait personnelle"

Dr10 : "Parce que j'ai l'impression, et en parlant avec des collègues lors de notre groupe de pairs, il nous semble que"

3.2.2 Les recommandations :

Dr10 : "J'essaie de suivre les paliers comme préconisé dans les recommandations"

3.2.3 Les données de la littérature :

Dr4 : "C'est ce que j'ai pu lire aussi"

Dr6 : "Parce que y a pas longtemps, j'ai lu, dans PRESCRIRE® je crois, un article qui expliquait pourquoi il y avait des intolérances"

Dr8 : "Il y a un article qui est fondateur pour moi dans PRESCRIRE®."

3.2.4 Leur formation :

Dr1 : *“M:[...] c’est une habitude que vous avez prise depuis votre DU de Soins palliatifs ?-*

Dr1 : Oui oui.”

3.3 Éléments mis en place par le médecin pour parer au problème de tolérance des opioïdes :

Par le biais de cette analyse transversale nous avons aussi pu mettre en évidence que les médecins se sont dit gênés par le risque de mauvaise tolérance des paliers II et III. Pour y remédier au maximum, ils ont expliqué mettre en place des stratégies.

3.3.1 Adaptation du traitement au patient :

Les médecins ont affirmé adapter les traitements choisis et les doses à leurs patients.

Dr4 : *“Je les prescris en fonction des patients, du contexte et surtout de leurs effets secondaires”*

Dr5 : *“Et plus de 75 ans c’est vaste... Y en a qui sont en forme... et d’autres grabataires... Chez les derniers, c’est souvent plus simple, à cause des comorbidités et de tous leurs médocs, de mettre un peu de Morphine. En fait, en y réfléchissant je crois que je switche pas mal le palier II, enfin chez les gens altérés !”*

Dr6 : *“Et oui, les gens poly-médiqués, peut être qui ont des gros traitements à côté, des dépresseurs du système nerveux central, voilà quoi...Voilà, après non, j’ai pas trop de...Non, sinon voilà. Je réduirais les doses par contre peut être.”*

Dr9 : *“C’est vrai que quand même chez les très âgés, pour le très grand âge, ça me gêne un peu de les mettre. J’ai toujours peur de ces problèmes de confusion. J’ai toujours peur de déséquilibrer un état général déjà précaire. Alors c’est ce que je te disais, si je peux, je garde le Paracétamol ! Mais bon, des fois, on a pas le choix, si la douleur est pas soulagée et bin j’y vais ; je tente quand même. C’est les mêmes quelque soit le palier II mais c’est moins, vraiment je trouve que l’IXPRIM® chez la personne âgée, c’est mieux”*

3.3.2 L’information des patients et/ou de l’entourage :

Pour tous les médecins interrogés, l’information a semblé être une étape essentielle de leur prise en charge. Comme on a pu le voir dans l’analyse descriptive, les médecins ont dit informer leurs patients lors d’une nouvelle prescription d’opioïdes, dans le but d’intégrer le patient à la décision mais aussi de le prévenir des risques d’effets indésirables et d’essayer de les éviter en leur

expliquant au mieux la prescription.

Dr5 : *“En général, je lui répète 4 fois que les effets secondaires c’est nausées vomissements, constipation, somnolence et confusion. Donc les gens âgés, je leur dis qu’ils risquent de chuter donc je leur dis avant de leur prescrire pour voir comment ils sentent l’affaire aussi.”*

3.3.3 Disponibilité pour la réévaluation :

Pour la plupart, la réévaluation s'est fait si le patient en a eu besoin. Comme on a pu le voir lors de l'analyse descriptive, les médecins ont déclaré insister sur leur disponibilité en cas d'effets secondaires ou d'inefficacité du traitement.

3.3.4 Mise en place d'une surveillance par un tiers :

Pour certains médecins, le principal souci des opioïdes étant le risque de mauvaise tolérance, il a semblé compliqué de les utiliser chez des sujets fragiles isolés ; dans ce cas, la surveillance par une tierce personne a pu être demandée par le médecin.

Dr 9 : *“Mais si c’est une personne isolée, avec peu de ressources, qui va pas trop savoir comment réagir si y a un problème avec un médicament, là on peut demander à ce qu’il y ait une IDE qui vienne préparer les médicaments une fois par jour.”*

3.3.5 La formation du médecin :

De façon générale, il a été rare que les médecins se pensent suffisamment formés sur la prise en charge de la douleur par les opioïdes chez le sujet âgé mais leur niveau de formation a semblé leur suffire dans leur pratique quotidienne.

Dr9 : *“On est jamais assez formé ! Mais j’arrive à me débrouiller.”*

Quelques-uns ont admis tout de même que peut être leurs lacunes dans la prise en charge de la douleur chez la personne âgée mériteraient d’être comblées. Pour cela, ils n’utiliseraient pas tous les mêmes méthodes de formations :

- un logiciel ou un site d’aide à la prescription des antalgiques se basant sur le même principe que ANTIBIOCLIC®. Ce site reprendrait aussi les équivalences de doses entre les opioïdes.

Dr4 : *“Un petit peu sur le même principe que ce qu’il s’est fait par exemple sur l’antibiothérapie en ville avec ANTIBIOCLIC® par exemple. Avoir l’équivalent par tranche d’âge, par pathologie, par oui... ça peut être sous forme d’arbre décisionnel en fonction des effets secondaires ou pas effets secondaires, âge, comorbidités... enfin voilà, ça pourrait*

être un outil intéressant, via internet ou via un petit logiciel qu'on peut mettre soit sur smartphone soit sur voilà. Au jour d'aujourd'hui, je pense que ça peut être un outil intéressant."

Dr9 : "Ça doit déjà exister, mais un logiciel d'équivalence de dose entre les paliers II et les paliers III et dans chaque palier ; mais en logiciel qu'on aurait sur l'ordi ou le téléphone ça pourrait être sympa."

Dr10 : "Mais pourquoi pas un site qui préconiserait une molécule en fonction des traitements et comorbidités déjà présents... je suis pas sûre de le suivre aveuglement mais pourquoi pas... Peut-être que ça me permettrait de m'améliorer, ça me forcerait à me former sur les molécules que je connais pas !"

Cette idée n'a pas fait l'unanimité dans notre panel, certains n'en voyant pas l'utilité : soit le tableau papier des équivalences des morphiniques était déjà dans leur sac et ça leur a suffi, soit ils ont préféré continuer à réfléchir par eux même à leurs prescriptions.

Dr1 : "J'ai pas de besoin particulier ; j'en ai déjà un dans mon sac pour les équivalences morphiniques entre les différentes voies d'administrations, qui a été fait par l'hôpital à Bordeaux."

Dr8 : "Non, je préfère continuer à lire PRESCRIRE® et réfléchir sur le moment par moi même !"

D11 : "J'en ai pas besoin ! Ce n'est pas parce qu'une machine ou un outil d'aide à la prescription va me dire vous pouvez donner ça, que je vais le faire... J'ai jamais ouvert ANTIBIOCLIC® alors je vois pas pourquoi je le ferais pour les antalgiques"

- Une formation sur un ou deux jours, reprenant la pharmacopée antalgique, mais en ciblant des cas concrets pouvant gêner le généraliste dans sa pratique quotidienne.

Dr4 : "Oui, les groupes de pairs ou même une formation dans le cadre d'une FMC avec MGForm ou d'autres organismes de formation. Sur des domaines très précis, des prises en charge de la douleur, sur la pédiatrie, sur la gériatrie, sur des tableaux du genre patient âgé et insuffisant rénal ou à fonction rénale ou à fonction hépatique altérées, ou sur d'autres pathologies bien précises."

Dr7 : "Une formation avec d'autres confrères pour voir un peu leur expérience, comment... Parce que, après le problème des hospitaliers, c'est que, eux, ils ont les pompes électriques, les injections, c'est différent. Ils ont une surveillance que, nous, on n'a pas."

- Une formation plus approfondie avec un diplôme universitaire de gériatrie par exemple ou de douleur.

Dr10 : *“Oui, surtout que j’ai pas mal de personnes âgées. L’idéal ce serait de faire un DU de gériatrie, mais moi je me lance pas là dedans ! j’ai pas le temps ! Ou une capa de gériatrie... Un DU de douleur aussi.”*

- En continuant à prendre des avis auprès des « médecins référents ».

Dr6 : *“D’autant plus que j’ai de la ressource, c’est-à-dire que par exemple sur les seringues électriques, voilà quand y a des trucs j’y pompe plus rien, je sais pas calculer, ben là je vais demander aux médecins de l’HAD qui sont hyper bons en gestion de la douleur ! Et je peux leur demander même quand c’est des cas bien moins complexes ! Je sais à qui demander et je sais que les gens qui vont me répondre, j’ai une confiance absolue en eux donc bon.”*

- En recevant au cabinet des informations / recommandations sous format papier émanant des autorités de la santé.

Dr2 : *“par livret éventuellement, et des choses plutôt indépendantes, des choses qui arrivent directement avec la HAS par exemple. Mais pas forcément aller chercher sur l’INPES, les trucs de communication comme ça...”*

4 Résumé des résultats :

4.1 Stratégie de prescription des opioïdes :

Sur le panel de médecins interrogés pour cette étude, nous n’avons pas pu mettre en évidence de stratégie unifiée pour la prescription d’un opioïde chez le sujet âgé de plus de 75 ans. Il a semblé exister une unité quant aux indications et au fait que les effets indésirables ont été évoqué comme le principal frein à leur utilisation.

De l’ensemble des entretiens, il est ressorti que les médecins ont dit se fier à leur expérience personnelle pour choisir la molécule la plus adéquate à la situation. Or, tous n’ont pas décrit le même vécu sur les opioïdes.

Nous avons tout de même noté que certains ont conforté leur choix, fait à partir de leurs expériences passées, grâce à des revues de la littérature tertiaire (PRESCRIRE®) ou grâce à ce qu’ils ont pu apprendre lors de DU de soins palliatifs ou encore en travaillant dans des structures de soins palliatifs.

Dans notre panel, certains médecins n'ont avancé aucune préférence entre les paliers II et III ; les contraintes étant les mêmes, ils ont dit ne pas faire de différence. D'autres, au contraire, ont affirmé clairement préférer les paliers III ; et ils ont été encore plus nombreux à le penser chez la personne âgée. Pour ces derniers, une petite dose de morphiniques aurait la même efficacité qu'un palier II avec moins d'effets secondaires et moins de risques d'interactions médicamenteuses.

De ces préférences ont découlé 3 profils de prescripteurs d'opioïdes chez le sujet âgé :

- Les médecins prescrivant les opioïdes en suivant les règles de prescription données par les paliers de l'OMS ;
- Les médecins suivant, quand c'est possible, les paliers de l'OMS, mais qui en fonction des situations, n'ont pas hésité à privilégier une petite dose de palier III par rapport à un palier II ;
- Les médecins privilégiant dans toutes les situations une petite dose de palier III à un palier II.

4.2 Déterminants de la prescription des opioïdes :

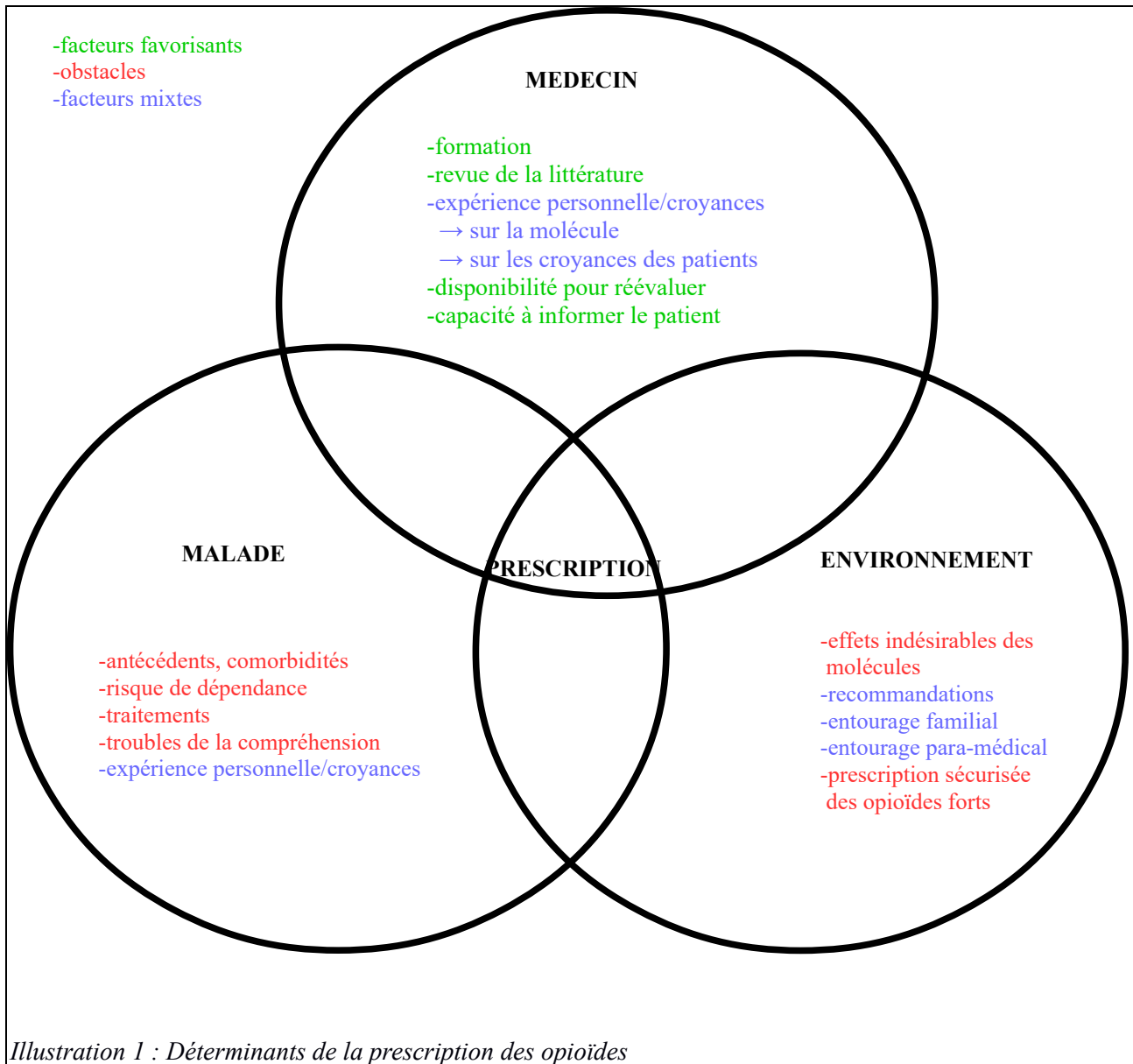


Illustration 1 : Déterminants de la prescription des opioïdes

DISCUSSION

Notre étude nous a permis de répondre à notre problématique puisqu'elle a mis en avant l'absence d'une démarche unifiée dans la prescription des opioïdes par le médecin de premier recours, chez la personne âgée. En revanche elle nous a permis de découvrir qu'il existe trois profils de prescripteurs de palier II et III chez les sujets âgés :

- ceux respectant l'escalade des paliers de l'OMS ;
- ceux aménageant les paliers de l'OMS, préférant une petite dose d'opioïde fort à une dose d'opioïde faible chez le sujet âgé dit fragile ;
- Ceux privilégiant les opioïdes forts aux opioïdes faibles.

1 L'étude

1.1 Le choix de l'étude :

Ce travail a eu pour objectif de mettre en évidence ou au contraire d'infirmier une stratégie de prescription des opioïdes chez la personne âgée par les médecins de premier recours mais aussi de connaître les freins et les facteurs favorisant d'une telle prescription. Il ne s'agissait pas de quantifier un phénomène à l'aide de statistiques mais de connaître le panel de ressentis et de réponses des personnes interrogées. Seule une enquête qualitative nous permettait donc de répondre à notre problématique.

Il ne s'agissait pas d'une analyse de pratique puisqu'elle ne s'appuyait pas sur des faits avérés mais sur un ressenti, une vision globale et mémorisée que les médecins avaient de leur pratique. Le choix de cette méthode était le meilleur selon nous pour étudier une stratégie de prescription et en connaître ses freins ou ses moteurs.

En revanche, cette étude, comme toutes les études qualitatives, par opposition aux méthodes quantitatives, ne permettait ni de quantifier, ni de généraliser ou d'extrapoler les résultats obtenus à d'autres populations. Ceci, selon nous, n'était pas un biais, puisque pour répondre à notre problématique nous voulions une approche compréhensive plus qu'une généralisation des résultats.

Enfin nous avons bien conscience que, du fait du choix d'une telle méthode, nous serions obligés de faire avec les biais de conformité sociale (tendance à la représentation normative) et de prévarication (omission volontaire).

1.2 Les entretiens :

Cette étude a utilisé des entretiens réalisés avec l'appui d'un guide d'entretien plutôt qu'un travail en focus-groupe car ils ont eu l'avantage de recueillir des opinions personnelles sans influence du groupe. Cette technique a été ajustable puisqu'elle a permis d'ajouter des participants tant que la saturation des données n'était pas atteinte.

Diriger un entretien n'a pas été quelque chose de simple et s'apprend en pratiquant. Il a été difficile, de par mon manque d'expérience, de rebondir sur ce qui avait été dit ou de relancer des sujets. Il a aussi fallu que je gomme certains de mes tics verbales tels que « d'accord » ou « très bien » qui ne signifiaient pas que j'étais d'accord avec le participant mais qui étaient une forme d'encouragement. Ces défauts ont commencé à disparaître au fur et à mesure des entretiens. Mais il était à prendre en compte que mon attitude et mes interventions ont pu influencer les interviewés.

1.3 La grille d'entretien :

L'entretien semi-dirigé est une technique qualitative s'appuyant sur une grille d'entretien préalablement établie afin de centrer le discours des personnes interrogées sur les thèmes intéressant le chercheur. Elle permet aussi une comparabilité des résultats entre les différents participants [50].

Notre grille d'entretien a été conçue avant la première interview. Elle était volontairement directive afin de palier à mon manque d'expérience en qualitatif. Cela n'a pas gêné le déroulement des deux premiers entretiens ; mais la grille s'est avérée trop fermée lors du troisième. Il a donc été décidé de la retravailler à partir d'une question très générale puis de 2 questions plus ciblées et si besoin de questions de relance pour les thèmes non abordés par les participants.

Les trois premiers entretiens répondant aux thèmes nous intéressant, ils ont été conservés dans notre travail.

1.4 Les participants :

Pour une étude qualitative, la population recrutée n'a pas besoin d'être représentative de la population ciblée mais diversifiée. Il est important de contraster au maximum les individus pour créer un groupe hétérogène tout en cherchant à obtenir des unités d'analyses suffisantes pour

pouvoir être regroupées.

Dans notre travail, nous avons bien cette variabilité de participants et de points de vue, ce qui nous a permis de faire ressortir les différents aspects de notre problématique.

1.5 Le recueil des résultats :

J'ai réalisé moi-même les entretiens et le recueil des données mais étant la première étude qualitative que je menais, mon inexpérience a pu biaiser nos résultats. Ayant des difficultés dans l'analyse du langage corporel, certains sous-entendus ne transparaissent pas sur Verbatim. Filmer les entretiens ou être deux interviewers aurait pu limiter cette faiblesse mais cela était trop compliqué d'un point de vue logistique.

1.6 Analyse des résultats :

Afin de conférer la meilleure validité interne à cette étude, nous avons effectué une triangulation du codage. Celui-ci a été fait de façon indépendante par le Dr Benichou et moi-même. J'ai dans un second temps mis en commun nos codages dans lesquels il n'y a pas eu de discordance. Ce double codage nous a permis de réduire la subjectivité lors des analyses. Il aurait été préférable qu'un troisième chercheur effectue un autre codage mais, encore une fois, c'était difficilement réalisable d'un point de vue logistique.

2 Discussion des résultats

2.1 Les médecins ne suivent pas tous la même stratégie pour la prescription des opioïdes chez la personne âgée :

Cette étude était unique en son genre. Il s'agissait du premier travail que l'on ait pu retrouver sur l'utilisation de l'ensemble des opioïdes chez le sujet âgé. Nombreuses études ou thèses se sont attachées à décrire ou comprendre la prescription d'un palier II ou d'un palier III chez le sujet âgé, mais jusqu'à présent aucune recherche de stratégie de prescription des opioïdes n'avait été faite.

Dans notre étude, on ne démontrait pas l'existence d'une stratégie unifiée dans la prescription des opioïdes chez le sujet âgé par le médecin traitant, mais plutôt, trois profils de prescripteurs d'opioïdes :

- Les médecins suivant les paliers de l’OMS pour leurs prescriptions d’antalgiques chez le sujet âgé.
- Les médecins suivant le plus souvent possible les paliers de l’OMS lors de la prescription d’un antalgique, mais qui parfois, en fonction du patient, préféreraient ne pas prescrire de paliers II en raison de leurs risques d’effets indésirables et d’interactions médicamenteuses.
- Les médecins préférant éviter au maximum les opioïdes faibles en raison de leurs effets indésirables et de leurs interactions et ce quelque soit le patient.

Le premier profil a souvent été mis en avant lors des différentes études sur l’utilisation des paliers II et III, notamment dans les travaux de thèse de A. Brocard [51] et A. Zenuch [52]. Ces travaux correspondaient à des enquêtes de pratique, faites auprès de médecins généralistes, s’intéressant respectivement à la prescription de palier II et III chez le sujet âgé. Ces études, et tout particulièrement celle du Dr Brocard, ont montré que les médecins généralistes suivaient les paliers de l’OMS dans leurs prescriptions d’antalgiques. Les paliers II étaient utilisés après échec d’un palier I et les paliers III après échec d’un palier II ou même échec de plusieurs paliers II [51, 52].

Les deux derniers profils, eux, faisaient plus écho aux dernières analyses PRESCRIRE® [3] ou même aux critiques actuelles que subit le principe des paliers de l’OMS [21] que nous avons déjà cités en introduction de ce travail. Pour mémoire, il est reproché aux paliers II, une variabilité d’effets interindividuelle en raison de leur métabolisation par l’isoenzyme CYP 2D6 du cytochrome P450, une non supériorité par rapport aux AINS dans les douleurs post-opératoires, une non supériorité par rapport à l’ensemble des paliers I dans les douleurs chroniques et d’exposer aux mêmes risques d’effets indésirables que les paliers III. En partant de là, il semble logique que certains médecins privilégient les paliers III devant une douleur qui résiste aux paliers I chez des sujets fragiles. En effet, les patients âgés, comme on l’a expliqué en introduction, ne peuvent bénéficier d’AINS. Il est impossible de savoir à l’avance s’ils seront métaboliseurs lents ou rapides des paliers II (sauf si prise par le passé) et donc de connaître les risques de iatrogénie.

Et pourtant, les chiffres de ventes d’opioïdes faibles [4] et « l’analyse de la prescription des antalgiques de palier II en médecine générale » faite par l’OMG entre 2007 et 2009 [5] ont montré que les paliers II avaient une place importante sur les ordonnances françaises. Ces chiffres datant de plusieurs années, il serait intéressant de refaire la même étude maintenant ou d’attendre les prochains résultats des ventes de palier II pour voir si une nouvelle stratégie de prescription des opioïdes tend réellement à se dessiner comme nous le laissait supposer notre étude.

2.2 Le choix d'une molécule sur le profil de tolérance :

Quelque soit le profil prescripteur des médecins, ils nous ont pour la plupart confié choisir les molécules en raison de leur tolérance. Cela a été, dans notre étude, d'autant plus avancé pour la prescription des paliers II. Cette recherche de la meilleure tolérance dans les paliers II avait déjà été démontrée dans le travail de thèse de A. Brocard. [51] Le fait que les médecins pensaient à privilégier les molécules ayant la meilleure balance bénéfice/risque paraissait tout à fait logique, puisqu'il n'avait jamais été montré de supériorité d'efficacité d'une molécule de palier II par rapport à une autre. On peut citer notamment les études retrouvées dans l'avis de la commission de transparence sur la LAMALINE® du 23 mai 2012 [53] qui montrait :

- Une non-infériorité du Paracétamol-Poudre d'Opium 500/25 versus DAFALGAN CODEINE® 500/30 dans le traitement de la gonarthrose sur dix jours.
- Une non-infériorité du Paracétamol-Poudre d'Opium-Caféine 500/25/50 versus Tramadol 100mg dans la gestion de douleurs dentaires.

Une autre étude est aussi ressortie de notre revue de la littérature, comparant une association Paracétamol/Tramadol 325/37,5 versus Paracétamol/Codéine 300/30 et montrait une efficacité équivalente dans la prise en charge des douleurs lombaires chroniques. [54] On pourrait citer bien d'autres études mais aucune n'a pu montrer d'efficacité supérieure de l'une de ces trois molécules.

Pour ce qui est de la tolérance des opioïdes faibles, la revue de la littérature que nous avons effectuée était en faveur d'une meilleure tolérance de la Codéine et de ses associations au Paracétamol. [53, 55]

Si on s'intéressait aux choix que font les médecins dans les molécules de paliers III, on retrouvait aussi cette notion de recherche de la meilleure balance bénéfice/risque mais on avait, en plus, la notion d'habitude d'utilisation qui entrainait en jeu pour certains des médecins interrogés. Pourtant à ce jour, comme le montre la méta-analyse de Bekkering & al, aucune étude n'a pu mettre en avant une différence d'efficacité ou de tolérance dans les paliers III [56].

2.3 Les indications des opioïdes :

On a pu voir que les médecins préféraient utiliser les paliers II dans des situations aiguës et de façon privilégiée sur les douleurs rhumatologiques. Ces deux notions avaient déjà été mises en avant dans le travail de A Brocard [51] tout comme dans l'analyse sur la prescription des opioïdes faibles diligentée par l'OMG entre 2007 et 2009 [4].

Dans notre étude, les indications privilégiées des paliers III ont été les douleurs cancéreuses, les soins palliatifs, les douleurs procédurales et les douleurs orthopédiques ou rhumatologiques. L'utilisation préférentielle dans les douleurs cancéreuses avait déjà été mise en avant dans le travail de thèse du Dr D-A Visu [57]. Cependant, cette étude ne s'intéressait pas à une population particulière mais aux patients de tout âge, chez qui les médecins du Val de Marne prescrivaient des paliers III. La thèse du Dr Zenuch avait confirmé que la majorité des médecins se sentaient à l'aise avec l'utilisation des paliers III chez le sujet âgé en fin de vie ou ayant des douleurs cancéreuses chroniques ou dans les douleurs arthrosiques résistantes au Tramadol [52].

2.4 Les freins à la prescription des opioïdes :

2.4.1 *Les effets indésirables*

Dans notre étude, comme dans toutes les études que l'on a pu trouver sur les opioïdes, le frein le plus mis en avant lors de la prescription de ce type d'antalgiques était la possibilité d'engendrer des effets indésirables, et ça quelque soit l'âge du patient à traiter [51, 52, 58, 59]. La plupart des médecins de notre panel considéraient que les paliers II et III avaient les mêmes effets indésirables et citaient particulièrement les troubles digestifs (nausées, vomissements, constipation) et les atteintes du système nerveux central (sommolence, confusion, vertiges, chutes).

Nos résultats allaient dans le même sens que ceux retrouvés par A. Brocard dans son enquête de pratique sur les paliers II chez la personne âgée : 2 médecins sur 3 avaient cité les troubles digestifs comme effets indésirables des paliers II ; les troubles de l'équilibre et vertiges étaient cités par 57,4 % des médecins généralistes interrogés ; la confusion, les troubles du comportement et un ralentissement psychomoteur voire une sédation avaient été cités par environ un tiers du panel. L'addiction était beaucoup moins relevée comme possible effet indésirable (7%) [51].

Nous avons retrouvé les mêmes conclusions chez M. Arnould et F. Raineri dans leur étude intitulée : « Freins et obstacles à l'initiation d'un traitement de palier 3 en médecine générale. Que pensent les médecins de leurs patients ? ». Dans ce travail, 74 % des médecins estimaient que les effets secondaires des médicaments étaient aux yeux des patients un frein à la prescription des opiacés. Les effets indésirables les plus cités étant dans l'ordre, la somnolence, les nausées, la constipation, la détresse respiratoire, le risque d'addiction et le risque de tolérance [59].

Contrairement à ces dernières études, notre panel n'a pas parlé du risque d'addiction en tant qu'effet indésirable mais plutôt comme contre-indication. En effet, les médecins ayant soulevé le problème des mésusages des opioïdes ont expliqué plutôt traquer les profils de patients

« abuseurs » ; en dehors de ces patients, le risque d'addiction n'a pas semblé les freiner.

2.4.2 Comorbidité, polymédications

Quelque soit l'opioïde à utiliser, les médecins que nous avons interrogés ont confié que la prescription d'un palier II comme d'un palier III pouvait s'avérer plus difficile en fonction des antécédents et/ou des traitements du patient. Mais une partie de notre panel trouvait que dans le cas d'un patient polypathologique et/ou polymédiqué, tels que peuvent l'être la plupart des sujets âgés, il était plus simple de manier les opioïdes forts que les opioïdes faibles (2eme et 3eme profils de prescripteurs d'opioïdes).

Les différentes études que nous avons évoquées jusqu'à présent mettaient déjà en avant la polymédication et la polypathologie comme frein à la prescription des opioïdes. Dans le travail de thèse de D. Charbonnier [58], qui s'intéressait à la problématique de la conduite sous palier II, il avait été relevé par les médecins interrogés que les polymédications et les antécédents devaient être pris en compte lors de la rédaction de l'ordonnance. Dans le travail de A. Zenuch [52] la polymédication et les comorbidités étaient un frein à la prescription d'opioïdes forts pour, respectivement, 71 et 63 % des médecins interrogés.

En revanche, notre travail était le premier à montrer que certains médecins préféraient utiliser les opioïdes forts chez les sujets polypathologiques et polymédiqués ; mais comme on l'a déjà évoqué cette stratégie de prescription semblait aller dans le sens des dernières études sur le sujet [21,3].

2.4.3 Le mode de prescription des paliers III

Lors de nos entretiens, très peu de médecins (Dr2 et Dr11) ont évoqué la prescription sécurisée comme obstacle à la prescription d'un palier III. La plupart des études de notre bibliographie ne retrouvaient pas la prescription sécurisée comme réel obstacle [52, 59, 60] ; et pourtant la thèse du Dr Visu [57] montrait que sur 36 médecins ne prescrivant pas de morphine, 13 l'expliquaient par la lourdeur de la prescription sécurisée, et cela, malgré la disparition du carnet à souche depuis 1999.

2.4.4 Les patients présentant des troubles de la compréhension

Dans notre panel, certains médecins ont parlé des prescriptions de paliers II et de paliers III comme pouvant s'avérer compliquées intrinsèquement et ceux d'autant plus que le patient souffrait de trouble de la compréhension. Le travail de thèse de N. Calais qui était une enquête de pratique sur les paliers III [60], montrait que 79 % des médecins qui se disaient influencés dans leur

prescription d'opioïdes forts, l'étaient par la capacité de compréhension et la possibilité d'observance de leurs patients.

2.4.5 *Le ressenti du patient et son entourage*

Au niveau du ressenti du patient et de son entourage sur les paliers II et les paliers III, on a pu noter une différence dans les impressions que s'en faisait notre panel.

Les médecins estimaient que le principal problème pour les patients ou les familles de patients, à qui l'on voulait prescrire des paliers II, était la peur de la survenue d'effets indésirables. La plupart du temps, les patients et leur entourage se fiaient à leur expérience passée. Les cas de refus, que nous ont évoqués les médecins, venaient d'un antécédent d'intolérance à la molécule (du patient lui-même ou d'un proche). En dehors de ces cas, selon les médecins interrogés, les paliers II n'étaient pas particulièrement connus du grand public et donc ne posaient pas beaucoup de problèmes de croyances du patient et de son entourage.

Dans l'ensemble de notre revue de la littérature, nous n'avons pas pu retrouver d'étude s'intéressant aux croyances ou au ressenti des malades sur les opioïdes faibles. Il nous était donc impossible de vérifier la validité externe de cette donnée.

En revanche, les croyances et le vécu des patients sous paliers III ont été à de multiples fois étudiés. On pouvait s'appuyer notamment sur le travail de M. Arnould et F. Raineri [59] où 70 % des médecins estimaient que les représentations socio-culturelles des patients étaient, pour ces derniers, un frein ou un obstacle à la prescription des paliers III ; les principales idées attachées à la morphine dans le conscient des patients, selon les médecins, étaient l'utilisation sur la fin de vie ou dans de graves maladies, incurables, voire en dernier recours ; les patients rattachaient les paliers III à un risque de dépendance ; enfin quelques médecins pensaient que leurs patients croyaient que la douleur est inévitable, nécessaire et rédemptrice.

Ces résultats étaient concordants avec ce que nous a rapporté notre panel sur ce que les médecins pensaient savoir des croyances de leurs patients ("*c'est une drogue*", "*c'est pour la fin de vie*", "*c'est pour les cancers*") ; bien que plusieurs d'entre eux ont dit avoir l'impression que ces croyances ont évoluées sur ces dix dernières années, avec moins de connotations négatives.

En revanche, ce que l'on a retrouvé dans notre étude et pas dans le travail de M. Arnould et F. Raineri [59], c'était l'obstacle lié à l'entourage. A plusieurs reprises, les médecins ont rappelé l'intérêt de l'entourage du patient en tant que relais dans la surveillance : son absence pouvant donc être un frein dans le cas de patients âgés isolés. Sans entourage familial, les médecins pouvaient s'appuyer sur les équipes para-médicales, pour faire le lien et surveiller les patients sous opioïdes.

Et pourtant, parfois cet entourage, qu'il soit familial ou para-médical, a été décrit par notre panel comme un frein. En effet, on peut reprendre les exemples du Dr 11 qui nous a expliqué que, quand un traitement n'était pas supporté par les voisins, il n'était pas pris par le patient, ou du Dr 8 qui, parfois, était obligé de parlementer avec certaines infirmières pour leur expliquer pourquoi il était passé à un palier III, ou encore ce même Dr 8 qui se rendait compte que le pharmacien avait remplacé le palier III par le palier II sans le prévenir car le traitement lui paraissait trop fort pour le patient. Dans le travail de thèse de A. Zenuch [52], l'entourage du patient était considéré comme un frein pour 30 % des médecins interrogés. Une autre thèse réalisée par G. Flory, qui s'intéressait aux déterminants de la prescription de paliers III chez le sujet âgé (enquête qualitative faite en 2014, incluant 10 médecins généralistes du Gard) [61] était sur ce point en accord avec notre travail puisque le jugement de l'entourage sur la prescription et l'action de l'entourage dans la surveillance du patient influençaient la prescription des paliers III chez le sujet âgé.

2.4.6 *Ressenti médecin*

Dans notre panel, on a remarqué que l'ensemble des médecins reprochaient les effets indésirables des opioïdes faibles comme forts. Pour la plupart d'entre eux, la mauvaise tolérance des paliers II a été un réel frein mais ces molécules n'en restaient pas pour le moins utiles, alors qu'un des médecins de notre panel nous a déclaré les avoir quasiment bannies de ses ordonnances pour cette même raison.

Il n'a pas semblé y avoir de croyances particulières attachées aux paliers II chez les médecins interrogés mais plutôt des réticences de par leurs expériences passées ou de par ce qu'ils avaient pu apprendre en se formant (DU, lecture de revues médicales).

Concernant les paliers III, on a retrouvé des médecins plus ou moins à l'aise avec ce type de prescriptions et leurs effets indésirables. Bien que notre panel ne semblait pas avoir plus de croyances sur les paliers II que sur les paliers III, un médecin se posait la question de savoir si les croyances sur les morphiniques qu'il attribuait à ses patients ne seraient pas en fait une projection des siennes. Cela pourrait aller dans le sens des résultats de l'étude de M. Arnould et F. Raineri [59], qui concluait que 2 médecins sur 10 estimaient que leurs représentations socio-culturelles étaient un obstacle à la prescription des paliers III.

2.5 Les facteurs favorisant la prescription des opioïdes :

2.5.1 *Formation/expérience du médecin*

Comme on a pu le voir la formation et l'expérience qu'acquiert le

médecin au fur et à mesure de sa carrière faisait partie des déterminants dans la prescription des opioïdes chez le sujet âgé. L'expérience était un facteur mixte (à la fois facilitateur et frein) à la prescription des antalgiques de paliers II et III. En effet, chaque médecin avait sa propre expérience : pour certains, il était plus simple de prescrire telle ou telle molécule en fonction de ses prescriptions passées. Elle était donc tantôt facilitatrice si la molécule prescrite n'avait jamais posé de problème et tantôt un obstacle si la molécule que le médecin voulait prescrire avait généralement été mal tolérée par ses patients. Dans notre étude on obtenait à ce niveau des résultats similaires à ceux du travail de G. Flory [61].

De façon générale, les médecins que nous avons interrogés se pensaient correctement formés sur l'utilisation des antalgiques chez le sujet âgé mais ils étaient prêts à remettre en question cette formation ; ce qui était aussi le cas des médecins du Gard [61]. La formation, dans notre panel, était un vrai facteur facilitant la prescription des paliers II et III. On notait que les médecins les plus formés et/ou ceux qui lisaient régulièrement la revue PRESCRIRE® se disaient tout autant à l'aise avec les paliers II qu'avec les paliers III, voire même plus à l'aise avec un palier III en fonction des situations, ce qui semble se justifier au vue des récentes publications [21,3]. Il s'agissait des médecins correspondant aux profils 2 et 3 de prescripteurs des opioïdes.

Certains médecins ont reconnu tout de même que leur formation pourrait être complétée par le biais d'un site ou d'une application d'aide à la prescription d'antalgiques, de FMC, des DU, de recommandations papiers plus précises remises par les autorités de la santé ou encore en se formant auprès de leurs « référents » douleur et antalgiques au fur et à mesure des avis demandés.

Dans la thèse de G. Flory [61] les médecins avaient déjà rapporté qu'ils utilisaient et continueraient à utiliser la presse spécialisée et leurs confrères spécialistes pour se former à la prise en charge antalgique des sujets âgés. D'autres étaient demandeurs d'informations émanant des organismes de santé ou de FMC ; et comme dans notre étude, un des médecins envisageait de s'améliorer en s'inscrivant à un diplôme universitaire. De la même façon, la question de la formation aux antalgiques désirée par le médecin a été posée dans le travail de A. Zenuch [52]. On y retrouvait les mêmes grandes idées mais cette fois avec l'appui des chiffres : l'outil de formation dont les médecins étaient le plus demandeurs était le site internet informatif (81%) ; et 88 % des médecins étaient désireux de recevoir un guide pratique pour prendre en charge les patients douloureux.

2.5.2 Information lors de la prescription

L'information du patient en tant que facteur facilitant de la prescription des opioïdes faibles ou forts, n'a jamais été abordée dans les études que l'on a pu retrouver au cours de notre revue de la

littérature. Pourtant, l'ensemble des médecins interrogés y ont attaché une grande importance. Elle était indispensable afin que le patient soit partenaire de sa prise en charge. Elle permettait au prescripteur d'aborder le sujet le plus préoccupant dans ce type de prescription : le risque iatrogénique.

2.5.3 *Adaptation de la prescription au patient*

Les médecins de notre panel ont expliqué que la principale différence dans la prise en charge des douleurs chez le sujet âgé versus le sujet jeune était pharmacologique. Ils adaptaient leur choix d'antalgique à l'âge, aux antécédents et aux traitements pris par le patient. Certains ont déclaré réduire les doses quelque soit l'antalgique s'ils étaient face à une personne âgée ; d'autres préféraient éviter les molécules ayant une mauvaise balance bénéfices/risques chez les patients fragiles.

On pouvait rapprocher nos résultats de ceux retrouvés par A. Brocard [51], qui montraient que les médecins avaient tendance à baisser les doses d'opioïdes faibles chez les personnes âgées : 77,04 % des médecins interrogés ne les donnaient qu'à dose minimale efficace avec augmentation progressive de la posologie et 20 % les prescrivaient uniquement au dosage minimal ; seulement 8,7 % des médecins allaient jusqu'au dosage maximal si besoin. Dans cette même étude, on apprenait que 29,6 % des généralistes interrogés ne donnaient pas de palier II chez les plus de 90 ans et 32,2 % chez les déments et/ou non communicants ; sans savoir ce qui était alors proposé dans ces cas là.

2.5.4 *Réévaluation du traitement / disponibilité du médecin*

Il s'agissait d'une étape essentielle pour notre panel. Effectivement, les médecins ont tous insisté sur la nécessité d'une surveillance de la personne âgée sous opioïdes. Plusieurs d'entre eux nous ont expliqué s'appuyer sur le relais familial et l'entourage para-médical. D'autres préféraient prendre leur téléphone rapidement 48 à 72h après la rédaction de l'ordonnance ou revoir le patient s'il s'agissait d'un sujet âgé (ils ont tous avoué que chez le jeune ils attendaient que le patient rappelle ou reconsulte en cas de problème ou d'inefficacité). On ne voyait donc pas de stratégie commune de surveillance des opioïdes chez le sujet âgé. Le seul point commun que l'on remarquait, c'est que tous les médecins insistaient auprès de leurs patients sur leur disponibilité pour réévaluer le traitement. Aucune étude de la littérature n'a soulevé ce point. La seule qui aborde l'aspect réévaluation du traitement des opioïdes est le travail de G. Flory sur les paliers III [61] : les médecins n'abordaient pas la façon de réévaluer mais plutôt leur crainte de ne pas savoir baisser ou arrêter les paliers III une fois instaurés, crainte qui n'a pas du tout été relevée par notre panel.

CONCLUSION

Nous avons réalisé une étude qualitative ayant pour but de démontrer l'existence ou l'absence d'une démarche unifiée dans la prescription des opioïdes par le médecin de premier recours, chez le sujet âgé. Celle-ci a mis en évidence des stratégies de prescription variant d'un médecin à l'autre. Nous avons pu ainsi individualiser trois grands profils de prescripteurs d'opioïdes chez la personne de plus de 75 ans.

- les médecins suivant les paliers de l'OMS pour monter en efficacité antalgique ;
- les médecins suivant les paliers de l'OMS le plus souvent possible mais préférant une faible dose de palier III à un palier II, chez les sujets fragiles ;
- les médecins ne prescrivant quasiment plus que des paliers III.

Tous les médecins justifiaient leur attitude par leur expérience. Chaque médecin possédait un « cortège de croyances » sur les opioïdes.

Toutefois, nous notons que certains médecins justifiaient leur prescription à partir de leur formation initiale ou continue à savoir:

- Formation au DU de la douleur ou expérience passée dans des structures palliatives
- Lecture de la revue indépendante PRESCRIRE®
- Suivi des recommandations

Les deux derniers profils de prescripteurs d'opioïdes chez le sujet âgé semblaient composés de médecins ayant mis en avant leur lecture de la revue PRESCRIRE®, ou leur formation en DU, même si ces sources n'auraient fait que confirmer leur propre expérience.

Il serait donc intéressant de poursuivre ce travail en réalisant une analyse quantitative pour évaluer les facteurs favorisant à la préférence d'un palier III versus palier II pour la prise en charge des douleurs du sujet âgé. Il semble, selon notre revue de la littérature, que les paliers II ne sont pas toujours les plus adaptés et ce d'autant plus chez le sujet âgé. Il paraîtrait donc intéressant d'étudier les facteurs favorisant l'adaptation de la prescription antalgique afin de former au mieux les médecins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire de la médecine générale. Top 50 des résultats de Consultation pour l'année 2009 [Internet]. 2010 [cité 6 janv 2017]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/demarche_mediacle/demarche_diagnostique/dictionnaire_des_resultats_de_consultation/quelques_chiffres_sur_les_resultats_de_consultation.html
2. Mak S-L. L'importance de la douleur en consultation de médecine générale. [Thèse de Médecine]. Université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines; 2014.
3. Les antalgiques opioïdes dits faibles. Codéine, Dihydrocodéine, Tramadol: pas moins de risques qu'avec la morphine. Prescrire. nov 2015; Tome 35(385):8317.
4. Raineri F, Arnould P, Malouli A, Hebbrecht G, Duhot D. Analyse de la prescription des antalgiques de palier II en médecine générale. Observatoire de la médecine générale - 2007 à 2009. Douleur Évaluation- Diagnostic- Traitement. Elsevier Masson. 2011;12,7281.
5. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013 [Internet]. ANSM; 2014 juin. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3df7b99f8f4c9ee634a6a9b094624341.pdf
6. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFEDT). Définition de la douleur. [Internet]. [cité 6 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.sfetddouleur.org/definition>
7. Haute Autorité de Santé. Douleur Chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. [cité 6 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf
8. Haute Autorité de Santé - Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire [Internet]. [cité 6 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire
9. CIM-10 Version:2008 [Internet]. [cité 6 janv 2017]. Disponible sur: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F45.4>
10. Évaluation [Internet]. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur. [cité 7 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/evaluation>
11. Cimerman P. Soulager la douleur est une obligation pour les personnels médicaux et paramédicaux - CNRD - Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur [Internet]. 2005 [cité 11 janv 2017]. Disponible sur: <http://v2.cnrdr.fr/Soulager-la-douleur-est-une.html>
12. World Health Organization. Cancer Pain Relief. Geneva : World Health Organization, 1986.
13. World Health Organization. Cancer Pain Relief : with a guide to opioid availability. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1996.

14. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses - Mise au point - 2011 [Internet]. [cité 7 janv 2017]. Disponible sur:
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a6497f74fc2f18e8db0022973f9327e1.pdf
15. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses – Mise au point 2011 [Internet]. [cité 7 janv 2017]. Disponible sur:
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/409572c1abe862d46f52e80e2d4a537f.pdf
16. Standards, Options et Recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour [Internet]. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer; 2002 sept [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/sorantalgiquesadultescomplet.pdf>
17. Comment bien prescrire un opioïde fort dans les douleurs sévères? N°1 [Internet]. SFMG; [cité 19 janv 2017]. Disponible sur:
http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/653/fichier_opioidesdocmed_bat4_w eb4c824.pdf
18. Comment bien prescrire un opioïde fort dans les douleurs sévères? N°2 [Internet]. SFMG; [cité 19 janv 2017]. Disponible sur:
http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/720/fichier_opioides-medecin-n2-web5ece5.pdf
19. Comment bien prescrire un opioïde fort dans les douleurs sévères? N°3 [Internet]. SFMG; [cité 19 janv 2017]. Disponible sur:
http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/740/fichier_opioide3-medecinfe2b4.pdf
20. ARS, OMEDIT Centre. Table pratique équianalgésie des morphiniques forts, dans la douleur cancéreuse par excès de nociception chez l'adulte [Internet]. [cité 19 janv 2017]. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/PCA/res/equi-analgesie_morphiniques.pdf
21. Delorme T. Nouveaux paradigmes des principes OMS. Douleurs. nov 2006;7(HS2):40. [Internet]. [cité 11 janv 2017]. Disponible sur:
<http://www.reseaudouleurouest.com/pdf/seances/delorme-sfetd-2006-resume.pdf>
22. Patients traités par antalgique non spécifique. Prescrire. déc 2015;Guide interactions médicamenteuses 2016:197208.
23. VIDAL - Codéine - Fiche substance [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur:
<https://www.vidal.fr/substances/1039/codeine/#mecanisme>
24. VIDAL - Tramadol [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur:
<https://www.vidal.fr/substances/15308/tramadol/>
25. Lamaline^o: sur liste I, et à éviter. Prescrire. nov 2014;34(373):821.

26. VIDAL - IZALGI 500 mg/25 mg gél [Internet]. [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/izalgi-103090-pharmacocinetique.htm>
27. VIDAL - Morphine [Internet]. [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/substances/5636/morphine/>
28. VIDAL - ACTISKENAN 10 mg gél - Effets indésirables [Internet]. [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/actiskenan_10_mg_gel-261-effets_indesirables.htm
29. VIDAL - OXYCONTIN LP 10 mg cp pellic LP [Internet]. [cité 22 janv 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/oxycontin_lp_10_mg_cp_pellic_lp-12525-pharmacocinetique.htm
30. VIDAL - FENTANYL MYLAN 100 µg/h disp transderm [Internet]. [cité 29 janv 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/fentanyl_mylan-128214-pharmacocinetique.htm
31. VIDAL - SOPHIDONE LP 16 mg gél LP [Internet]. [cité 1 févr 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/sophidone_lp_16_mg_gel_lp-15279.htm
32. ANSM. RCP Pethidine [Internet]. 2009 [cité 2 févr 2017]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.phpspecid=67051009&typedoc=R&ref=R0159586.htm>
33. VIDAL - TEMGESIC 0,2 mg cp subling [Internet]. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/temgesic_0_2_mg_cp_subling-16074-contre-indications.htm
34. VIDAL - NALBUPHINE MYLAN 20 mg/2 ml sol inj IV IM SC [Internet]. [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/nalbuphine_mylan_20_mg_2_ml_sol_inj_iv_im_sc-11459.htm
35. Furlan AD, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A, Tunks E. Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. CMAJ. 23 mai 2006;174(11):1589-94.
36. Papaleontiou M, Henderson CR, Turner BJ, Moore AA, Olkhovskaya Y, Amanfo L, et al. Outcomes Associated with Opioid Use in the Treatment of Chronic Non-Cancer Pain Among Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Geriatr Soc. juill 2010;58(7):1353-69.
37. OMS. Santé mentale et vieillissement [Internet]. WHO. [cité 10 fev 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/>
38. Aging NI on. Trend 3: Rising Numbers of the Oldest Old [Internet]. National Institute on Aging. 2011 [cité 10 fev 2017]. Disponible sur: <https://www.nia.nih.gov/publication/why-population-aging-matters-global-perspective/trend-3-rising-numbers-oldest-old>
39. CNEG. Vieillesse normale. In: Gériatrie. Elsevier Masson. Paris; 2014. [Internet]. [cité 10 fev 2017]. Disponible sur: <http://www.seformeralageriatrie.org/Pages/chapitre1CNEG.aspx>

40. Évaluation et Prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale [Internet]. ANAES; 2000 oct. [cité 10 fev 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/douleur_sujet_age_recos.pdf
41. Bouchon JP : 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? Rev Prat 1984 ; 34 : 888-92.
42. Pickering G. Age differences in clinical pain states. In pain in older persons. Gibson SJ and Weiner DK (ed) IASP Press, Seattle, 2005;35:67-85.
43. Alix M. Douleur et personnes âgées: Repérer, évaluer, organiser une prise en charge de qualité. Colloque du 24.03.2005 - Spécificité de la douleur chez la personne âgée. La revue de Gériatrie [Internet]. 6 juin 2005;Tome 30-supplément C. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Revue_geriatrie_-_douleur_et_personnes_agees_-_colloque_240305.pdf
44. Pickering G. Pharmacologie de la douleur chez la personne âgée. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement. 1 juin 2006;4(2):95102.
45. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé [Internet]. AFSSAPS; 2005. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aecd3f1985.pdf
46. VIDAL - Prescription et populations particulières : Médicaments et personnes âgées - Généralités [Internet]. [cité 12 févr 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1745/prescription_et_populations_particulieres_medicaments_et_personnes_agees/generalites/
47. VIDAL - Douleur de l'adulte - Prise en charge [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1775/douleur_de_l_adulte/prise_en_charge/
48. Frappé P. Initiation à la recherche. CNGE et GMSanté; 2011. (Association française des jeunes chercheurs en médecine générale).
49. Paillé P. L'analyse par théorie ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994;(23):147-81.
50. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. Paris: Armand Colin; 2006.
51. Brocard A. Évaluation de la prescription des antalgiques de palier II chez la personne âgée en médecine générale: Enquête de pratique auprès des médecins généralistes de Bourgogne. [Thèse de médecine]. [UFR des Sciences de Santé de Dijon]: Université de Bourgogne; 2016.
52. Zenuch A. Douleur et traitement par antalgiques de palier III chez la personne âgée:enquête auprès des médecins généralistes. [Thèse de médecine]. Université de Bourgogne; 2011.
53. Haute Autorité de Santé - Commission de la transparence "Avis LAMALINE" 23 mai 2012 [Internet]. [cité 2 mars 2016]. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1254515/fr/lamaline
54. Mullican WS, Lacy JR, TRAMAP-ANAG-006 Study Group. Tramadol/acetaminophen

- combination tablets and codeine/acetaminophen combination capsules for the management of chronic pain: a comparative trial. *Clin Ther* 2001; 23:142945
55. Tramadol+Paracétamol: à éviter comme le Tramadol non associé. *Prescrire*. Mai 2013; Tome 33(355):347.
 56. Bekkering GE, Soares-Weiser K, Reid K, Kessels AG, Dahan A, Treede RD, et al. Can morphine still be considered to be the standard for treating chronic pain? A systematic review including pair-wise and network meta-analyses. *Curr Med Res Opin*. juill 2011;27(7):147791.
 57. Visu D-A. Analyse de prescription des morphiniques auprès des médecins généralistes du Val de Marne. [Thèse de médecine]. Faculté de Médecine de Créteil; 2008.
 58. Charbonnier D. Prescription des antalgiques de palier 2 en médecine générale : évaluation des difficultés rencontrées et de l'information délivrée aux patients, en particuliers aux conducteurs. [Thèse de médecine]. Faculté de Médecine de Nice; 2013.
 59. Arnould M, Raineri F. Freins et obstacles à l'initiation d'un traitement antalgique de palier 3 en médecine générale. Que pensent les médecins de leurs patients?. *Congrès de MG*; 2010 26.06; Nice.
 60. Calais N. Prescription des opioïdes forts en médecine générale: état des lieux en Seine-Maritime. [Thèse de médecine]. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2015.
 61. Flory G. Déterminants de la prescription d'antalgiques de palier 3 chez la personne âgée en médecine générale dans le Gard: étude qualitative par entretiens semi-directifs. [Thèse de médecine]. Faculté de Médecine de Montpellier; 2015.

ANNEXES

Annexe 1 : Résumé pharmacologique des opioïdes :

1. La Codéine [1-6]

La Codéine est un alcaloïde de l'opium.

Il s'agit d'un agoniste morphinique pur qui possède une puissance d'action 5 à 10 fois plus faible que la morphine.

Ses propriétés antalgiques viennent de sa transformation par le foie en Morphine grâce au cytochrome P450 2D6 qui présente un polymorphisme génétique responsable de réponses non équivalentes en inter-individuel (on différencie 4 types de personnes: les métaboliseurs lents, intermédiaires, rapides et ultra-rapides). En France, la Codéine est principalement utilisée en association avec le Paracétamol, l'Ibuprofène, l'Acide acétylsalicylique et la Caféine.

Sa biodisponibilité moyenne est de l'ordre de 40 %, pour un délai de concentration maximale de 1 à 2h. et une demi-vie d'environ 3h.

Sa durée d'analgésie est de 4 à 5h et son rapport d'équianalgésie par rapport à la Morphine est de 1/6. La Dihydrocodéine, analogue semi synthétique de la Codéine, commercialisée sous l'appellation DICODIN® se caractérise par une durée d'action de 12heures et un rapport d'équianalgésie avec celle-ci de 4/3.

La Codéine est contre-indiquée dans les cas suivants :

- Hypersensibilité à la codéine (ou à la molécule l'accompagnant),
- Insuffisance respiratoire (quelle que soit son degré),
- Asthme,
- Allaitement.

Il existe une mise en garde pour les enfants de 0 à 18 ans après amygdalectomie et/ou adénoïdectomie dans le cadre d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (majoré le risque d'effet indésirable grave en post-opératoire) ou chez les enfants présentant une fonction respiratoire altérée .

Enfin des précautions d'emplois sont nécessaires en cas:

- d'hypertension intracrânienne,
- de cholécystectomie,
- de toux productive,
- d'utilisation chez le sujet âgé.

2. Le Tramadol [1-3, 5-8]

Le Tramadol est un antalgique d'action centrale.

Il agit selon deux modes :

- comme opioïde faible il interagit avec les récepteurs μ après avoir été transformé au niveau hépatique (mécanisme proche de la transformation de la Codéine passant aussi par le cytochrome P450 2D6) ;
- avec un effet monaminergique en inhibant la recapture neuronale de la sérotonine et de la noradrénaline.

Si l'un de ses modes d'action est altéré, l'autre prend le relais ; on pourrait ainsi conclure à une moindre

variation d'efficacité liée au polymorphisme génétique du cytochrome P450 2D6 mais des accidents ont été cependant décrits chez des métaboliseurs rapides. [9]

Le Tramadol existe en libération immédiate (per os ou intra-veineuse) et libération prolongée (per os). En France il est commercialisé seul ou en association à du Paracétamol (uniquement dans les formes à libération immédiate).

Sa biodisponibilité est de 70%.

Son pic d'action est atteint en 1h avec la forme injectable, 2h pour une forme de libération immédiate per os et 5 h pour les formes à libération prolongée.

Sa demi-vie est d'environ 6h.

Son rapport d'équianalgésie à la Codéine est de 2 et à la Morphine de 1/5.

En plus des contre-indications des opiacés (cf Codéine) et des cas d'allergie, son utilisation est contre indiquée lors:

- d'intoxications aiguës à l'alcool,
- d'utilisation d'hypotoniques, d'analgésiques, d'autres opioïdes, ou psychotropes,
- de la grossesse,

Pour les raisons expliquées précédemment on ne le mettra pas en place simultanément ou dans les 14 jours suivant l'utilisation d'IMAO ainsi que chez les épileptiques non équilibrés.

On retrouve les mêmes précautions d'emploi que pour la codéine.

Il existe aussi un risque de dépendance et de syndrome de sevrage à l'arrêt brutal de cette molécule.

Le Tramadol ne doit pas être utilisé comme substitutif d'une dépendance aux opiacés.

Il existe une forme buvable du Tramadol pour les enfants à partir de 3 ans. Les autres formes étant administrables à partir de 15ans.

3. La poudre d'Opium [1-3, 5, 6, 10, 11]

Sa commercialisation en France se fait exclusivement sous forme associée au Paracétamol avec ou sans caféine.

Son effet analgésique, en raison de sa composition inconstante en alcaloïdes (morphine, codéine, noscapine, papavérine, thébaine), est dix fois plus faible que celui de la morphine. On notera aussi une action analgésique périphérique en lien avec le Paracétamol (\pm Caféine).

Les alcaloïdes de l'Opium sont rapidement assimilés après leur absorption orale. La Morphine, qui est le principal alcaloïde de la poudre d'opium, atteint sa concentration sérique maximale en 2 à 4h.

Les contre-indications de la poudre d'Opium sont :

- les enfants de moins de 15ans,
- l'hypersensibilité à la molécule,
- l'insuffisance hépato-cellulaire sévère,
- l'asthme et autre insuffisance respiratoire,
- la grossesse ou l'allaitement,
- l'association aux agonistes-antagonistes morphiniques.

4. La Morphine [6, 12-15]

En France, la Morphine orale est la référence des paliers III de l'OMS. Elle est disponible en libération immédiate ou prolongée en gélules ou en comprimés; les formes buvables et injectables ne correspondent quant à elles qu'à des libérations immédiates.

Sur le plan pharmacologique, on retient que la Morphine subit un effet de premier passage hépatique supérieur à 50 %.

La biodisponibilité par voie orale est égale respectivement à 50 % et 30 % de celle obtenue par voie sous cutanée ou intraveineuse (équianalgésie de la Morphine sous-cutanée de 2 et de 3 pour la Morphine IV par

rapport à la Morphine per os).

Après absorption, la Morphine est liée à 30% aux protéines plasmatiques.

Métabolisée de façon importante en dérivé glucuronoconjugué, elle subit un cycle entérohépatique. Le 6-glucuronide est un métabolite cinquante fois plus actif que la substance mère. Dans une moindre mesure, la Morphine est déméthylée donnant un autre métabolite actif : la normorphine.

La voie urinaire est la principale voie d'élimination de ces métabolites.

La Morphine à une action analgésique dose-dépendante sur le système nerveux central. Elle possède aussi une action dépressive sur les centres respiratoires et de la toux ; stimulante sur le centre du vomissement, sur le centre vestibulo-cochléaire et sur la vidange gastrique ; elle agit de plus sur les muscles lisses en diminuant le tonus et le péristaltisme des fibres longitudinales tout en augmentant le tonus des fibres circulaires et provoquer ainsi un spasme des sphincters.

Les effets indésirables de la Morphine sont ceux de tous les opiacés et s'expliquent par son action sur les différents centres sus-cités. Comme avec les antalgiques de palier II, on lui connaît un risque de dépendance et de syndrome de sevrage.

5. L'Oxycodone [2, 6, 13, 16, 17]

Cet agoniste opioïde pur est commercialisé en France sous forme à libération prolongée, l'OXYCONTIN® LP (en comprimé uniquement) et à libération immédiate, l'OXYNORM® (en intra-veineux, gélules, comprimés orodispersibles ou solutions buvables).

L'Oxycodone subit un faible effet de premier passage hépatique.

Sa biodisponibilité varie jusqu'à 87 %.

Sa demi-vie d'élimination est d'environ 4,5h.

Les concentrations plasmatiques en Oxycodone ne sont en principe pas modifiées avec l'âge. On notera une particularité de la libération de la forme prolongée en deux phases : une première, rapide, suivie d'une phase de libération contrôlée permettant une durée d'action sur 12h.

L'Oxycodone est métabolisée par le foie par le biais de deux isoenzymes CYP 3A4 et CYP 2D6 du cytochrome P450. Cette métabolisation conduit à la formation de deux métabolites : la Noroxycodone et dans une moindre mesure l'Oxymorphone.

L'élimination est principalement urinaire.

L'Oxycodone est analgésique (rapport d'équivalence à la Morphine orale égal à 2 pour l'Oxycodone orale et 3 pour l'Oxycodone IV), sédative, antitussive et anxiolytique.

6. Le Fentanyl [2, 6, 13, 18]

Agoniste opioïde, le Fentanyl possède des effets thérapeutiques analgésiques et sédatifs.

Le Fentanyl se lie aux protéines plasmatiques à hauteur d'environ 80 à 90 %. Il est métabolisé par le foie, grâce à l'isoenzyme CYP 3A4 du cytochrome P450, principalement en Norfentanyl. Sa demi-vie d'élimination est comprise entre 2 et 6h. Son élimination est fait essentiellement par voie urinaire.

Le Fentanyl est administrable par trois voies différentes :

- Par voie injectable : en sous-cutané pour gérer les accès douloureux et en intra-veineux ou péridural dans le cadre d'anesthésies.

- Par voie transdermique : le passage transdermique du Fentanyl est rendu possible grâce à son faible poids moléculaire et sa forte liposolubilité. Sous cette forme, la délivrance se fait sur 72h à vitesse

relativement constante. Lors de la première application d'un patch transdermique, les concentrations atteignent un plateau en 12 à 24h et se stabilisent par la suite. La demie vie d'élimination du Fentanyl « transdermique » est de 20 à 27h (plus lent qu'en intraveineux en raison de l'absorption continue par la peau) [19].

- Par voie trans-muqueuse : L'absorption trans-muqueuse du Fentanyl est rendue possible par son caractère lipophile. Elle peut se faire au niveau de la muqueuse buccale ou nasale. Cette voie est utilisée pour gérer les accès douloureux paroxystiques.

7. L'Hydromorphone [2, 6, 20, 21]

Agoniste pur des opioïdes, cette molécule a les mêmes effets thérapeutiques que la Morphine avec un rapport d'équianalgésie [à la Morphine orale] égal à 7,5. Elle est réservée aux douleurs intenses d'origine cancéreuse en cas de résistance ou d'intolérance aux autres opioïdes forts.

En France, l'Hydromorphone est commercialisée sous le nom de SOPHIDONE®, en gélules à libération prolongée d'une durée d'action égale à 12h.

L'absorption se fait par voie gastro-intestinale. Sa biodisponibilité varie entre 22 et 62 %. Elle est métabolisée puis excrétée (principalement dans les urines) sous forme de dérivé conjugué.

8. La Péthidine [2, 6, 22]

Cet agoniste pur des opioïdes est commercialisée sous forme injectable (IV ou IM) en ampoule de 50mg/ml.

Son effet antalgique est 5 à 10 fois plus faible que celui de la Morphine.

La Péthidine se lie aux protéines plasmatiques à hauteur de 40 %. Sa distribution est rapide dans les tissus les plus vascularisés. Son métabolisme hépatique utilise la N-déméthylation oxydative. L'élimination de la Péthidine et de ses métabolites se fait par voie urinaire. Sa demi-vie d'élimination est comprise entre 2 et 4h.

Cette molécule a elle aussi les mêmes effets indésirables que tous les autres opioïdes. On notera tout de même que sa distribution étant très rapide dans les tissus vascularisés, la Péthidine est plus convulsivante que la Morphine. La voie sous-cutanée n'est pas utilisable en raison d'un risque de nécrose.

9. Le Sufentanyl [6, 23]

Le Sufentanyl est un puissant agoniste des opioïdes purs existant en IV ou en comprimé sub-lingual, que l'on ne détaillera pas dans ce travail car il est à usage hospitalier. Il est principalement utilisé en anesthésie ou en sédation en unités de soins intensifs.

10. La Buprénorphine [2, 6, 24, 25]

La Buprénorphine est un puissant analgésique, ayant des propriétés « agoniste-antagoniste » des morphiniques. Elle est commercialisée en France sous deux noms : SUBUTEX® et TEMGESIC®. Le SUBUTEX® étant réservé à la prise en charge du sevrage des opioïdes, nous ne le développerons pas dans

ce travail.

Le TEMGESIC® est par contre utilisé dans les douleurs post-opératoires ou néoplasiques; il existe sous forme injectable exclusivement réservée à l'usage hospitalier ou en comprimé sub-lingual disponible aussi en ville (TEMGESIC® 0,2mg).

Son rapport d'équianalgésie à la Morphine per-os est de 30.

Lors de la prise par voie orale (sublinguale), la biodisponibilité varie entre 30 et 60 % avec un pic plasmatique atteint en environ 3h. La voie sublinguale exempte d'effet de premier passage hépatique, connaît de fortes variations inter et intra-individuelle pour la résorption et la biodisponibilité.

Cette molécule présente une forte liaison aux protéines plasmatiques (96%).

La bio-transformation se fait au niveau hépatique par une N-désalkylation et glucorono-conjugaison, en empruntant la voie de l'isoenzyme CYP 3A4 du cytochrome P450.

L'élimination est majoritairement fécale (68%) rendant cette molécule intéressante cas d'insuffisance rénale.

Son activité agoniste partielle lui permet d'avoir un index thérapeutique élevé pour des effets déresseurs moins importants que les autres molécules de palier III.

Ses effets indésirables sont les mêmes que tous les autres opioïdes ; on notera aussi de rares cas d'élévation des transaminases et d'hépatites avec ictères mais généralement d'évolution favorable.

11. La Nalbuphine [2, 6, 26]

Cet «agoniste-antagoniste » des récepteurs morphiniques est disponible sous forme injectable, elle peut-être prescrite par tout médecin mais est soumise à rétrocession hospitalière.

Son rapport d'équianalgésie à la Morphine orale est égal à 2 lors de son utilisation par voie sous-cutanée.

La biodisponibilité de cette molécule en intramusculaire ou sous-cutanée (voie principalement utilisée en ville) est de 75 à 80 %.

Les pics de concentrations plasmatiques avec ces deux voies sont atteints en environ 30 minutes.

La Nalbuphine se lie très peu aux protéines plasmatiques (25 à 50%).

Sa demi-vie d'élimination est d'environ 2h-2h30.

La Nalbuphine est métabolisée au niveau hépatique par glucorono et sulfoconjugaison et essentiellement éliminée par voie fécale après excrétion biliaire.

12. Contre-indications et précautions d'emploi des opioïdes forts

Les contre indications et précautions d'emploi sont généralement communes à tous les antalgiques de paliers III (opioïdes forts).

Nous pouvons ainsi retenir les contre indications communes suivantes:

- les jeunes enfants,
- les insuffisances respiratoires décompensées ou sévères,
- l'insuffisance hépato-cellulaire sévère,
- l'épilepsie non contrôlée,
- les traumatismes crâniens récents,
- l'hypertension intracrânienne aiguë,
- l'utilisation concomitante d'agonistes-antagonistes,
- l'allaitement,

- l'hypersensibilité à la molécule.

Des précautions d'emploi seront à prendre en considération pour tous les opioïdes forts en cas:

- d'insuffisance rénale,
- d'insuffisance respiratoire,
- d'insuffisance hépatique légère à modérée,
- de constipation,
- de troubles mictionnels et/ou pathologies urétéro-prostatiques ,
- d'utilisation chez les personnes âgées, très âgées et la femme enceinte.

Toutefois, quelle que soit la molécule considérée tous les patients doivent être informés du risque de sevrage en cas d'arrêt brutal et les sportifs de son inscription sur la liste des produits dopants.

A ces contre-indications communes, nous rajouterons des contre-indications propres à chaque molécule de cette classe:

Il est recommandé de ne pas utiliser les antalgiques de palier III en dessous d'un certain âge plancher:

- Morphine et Péthidine en dessous de 6 mois,
- Nalbuphine en dessous de 18 mois,
- Fentanyl avant 24 mois,
- l'Hydromorphone en dessous de 7 ans
- l'Oxycodone avant 18 ans.
- la Buprénorphine pourra, pour sa part être utilisée avec précaution et sous surveillance médicale entre l'âge de 7 et 15 ans.

En dehors de la limite d'âge, nous retiendrons que :

L'Oxycodone est contre-indiquée en cas d'intoxication au dioxyde de carbone et des précautions d'emploi sont à prendre en cas d'hypovolémie (risque de collapsus) et d'hyperalgésie.

Le Fentanyl est contre indiqué par voie transdermique:

- en cas de douleur aiguë ou post-opératoire (ajustement des doses impossible en cas d'utilisation de courte durée),
- en cas de perturbation grave du système nerveux central,
- en association avec les IMAO (possible syndrome sérotoninergique),
- chez le patient fébrile (majoration des concentrations plasmatiques).

et des précautions d'emploi existent dans les situations suivantes:

- cardiopathie (effet bradycardisant et hypotenseur),
- chez la personne âgée (nécessité de réduction des doses).

La voie trans-muqueuse est contre indiquée chez l'enfant.

L'Hydromorphone est contre indiquée en cas de :

- douleur aiguë ;
- association à certaines molécules (agonistes-antagonistes des opioïdes, IMAO)
- en association avec des prises de sodium ou d'alcool.

La Pethidine, outre les contre indications classiques voit son utilisation proscrite en cas :

- de grossesse (premier trimestre) ;
- d'intoxications alcooliques ou de délirum tremens;
- de prescription d'IMAO ;

Il est recommandé d'utiliser la Péthidine avec précaution en cas :

- d'insuffisance surrénalienne,
- de dysthyroïdie,

- de choc hypovolémique ou hémorragique,
- en cas de prescription de dépresseurs du système nerveux central,
- lors des deux derniers trimestres de grossesse.

La Buprenorphine est spécifiquement contre indiquée dans les situations:

- de co-prescription d'agonistes morphiniques purs,
- d'intoxication alcoolique aiguë ou un délirium tremens.

La Nalbuphine est absolument proscrite en cas de :

- syndrome chirurgical abdominal sans diagnostic,
- d'association aux agonistes purs des morphiniques.

et utilisable avec précautions dans les situations :

- de morphino-dépendance,
- d'alcoolisation,
- d'association à d'autres traitements sédatifs.

Bibliographie Annexe 1 :

1. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses - Mise au point - 2011[Internet]. [cité 7 janv 2017]. Disponible sur:
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a6497f74fc2f18e8db0022973f9327e1.pdf
2. Patients traités par antalgique non spécifique. Prescrire. déc 2015;Guide interactions médicamenteuses 2016:197208.
3. Fletcher D. Pharmacologie des opioïdes. EMC - Anesth-Réanimation 2011; 8:122.
4. VIDAL - Codéine - Fiche substance [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur:
<https://www.vidal.fr/substances/1039/codeine/#mecanisme>
5. SFAR 2011 - Quel_avenir_pour_les_antalgiques_de_palier_II.pdf [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur:
http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Quel_avenir_pour_les_antalgiques_de_palier_II.pdf
6. VIDAL - Douleur de l'adulte - Prise en charge [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur:
https://www.vidal.fr/recommandations/1775/douleur_de_l_adulte/prise_en_charge/
7. VIDAL - Tramadol [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur:
<https://www.vidal.fr/substances/15308/tramadol/>
8. Dayer PP, Desmeules J, Collart L. Pharmacologie du tramadol. Drugs 2012; 53:1824
9. Stamer UM, Stüber F, Muders T, Musshoff F. Respiratory depression with tramadol in a patient with renal impairment and CYP2D6 gene duplication. Anesth Analg 2008; 107: 926-9.
10. Lamaline^o: sur liste I, et à éviter. Prescrire. nov 2014;34(373):821.
11. VIDAL - IZALGI 500 mg/25 mg gél - Pharmacocinétique [Internet]. [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/izalgi-103090-pharmacocinetique.htm>
12. Standards, Options et Recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour [Internet]. Fédération

- nationale des centres de lutte contre le cancer; 2002 sept [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/sorantalgiquesadultescomplet.pdf>
13. Suter M, Decosterd I, Gilliard N, Albrecht E. Opioïde et antagonistes. In: Manuel pratique d'anesthésie (3e édition) [Internet]. Elsevier Masson. 2015 [cité 20 janv 2017]. p. 97109. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294731891000076>
 14. VIDAL - Morphine [Internet]. [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/substances/5636/morphine/>
 15. VIDAL - ACTISKENAN 10 mg gél - Effets indésirables [Internet]. [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/actiskenan_10_mg_gel-261-effets_indesirables.htm
 16. VIDAL - Oxycodone [Internet]. [cité 22 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/substances/6329/oxycodone/>
 17. VIDAL - OXYCONTIN LP 10 mg cp pellic LP - Pharmacocinétique [Internet]. [cité 22 janv 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/oxycontin_lp_10_mg_cp_pellic_lp-12525-pharmacocinetique.htm
 18. VIDAL - Fentanyl [Internet]. [cité 29 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/substances/1476/fentanyl/>
 19. VIDAL - FENTANYL MYLAN 100 µg/h disp transderm - Pharmacocinétique [Internet]. [cité 29 janv 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/fentanyl_mylan-128214-pharmacocinetique.htm
 20. VIDAL - Hydromorphone [Internet]. [cité 1 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/substances/6297/hydromorphone/>
 21. VIDAL - SOPHIDONE LP 16 mg gél LP [Internet]. [cité 1 févr 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/sophidone_lp_16_mg_gel_lp-15279.htm
 22. ANSM. RCP Pethidine [Internet]. 2009 [cité 2 févr 2017]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.phpspecid=67051009&typedoc=R&ref=R0159586.htm>
 23. VIDAL - Sufentanil [Internet]. [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/substances/3378/sufentanil/>
 24. Arnould JF, Pinaud M. Pharmacologie de la buprénorphine. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 1 janv 1991;10(6):55964.
 25. VIDAL - TEMGESIC 0,2 mg cp subling - Contre-indications [Internet]. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/temgesic_0_2_mg_cp_subling-16074-contre-indications.htm
 26. Arnould JF, Pinaud M. Pharmacologie de la nalbuphine. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 1992;11(2):2218.

Annexe 2 : DCI et Noms Commerciaux des opioïdes

DCI	Nom commerciaux disponibles en France (liste non exhaustive)
Dihydrocodéine	DICODIN®
Paracétamol-Codéine	ALGISEDAL® CLARADOL CODEINE® CODOLIPRANE® COMPRALGYL® DAFALGAN CODEINE® EFFERALGAN CODEINE® KLIPPAL CODEINE®
Codéine-Paracétamol-Caféine	MIGRALGINE® PRONTALGINE®
Ibuprofène-Codéine	ANTARENE CODEINE®
Tramadol	CONTRAMAL® MONOALGIC® TAKADOL® TOPALGIC® ZAMUDOL® ZUMALGIC®
Tramadol-Paracétamol	IXPRIM® ZALDIAR®
Poudre d'Opium-Paracétamol	IZALGI®
Poudre d'Opium-Paracétamol-Caféine	LAMALINE®
Morphine	ACTISKENAN® ORAMORPH® MOSCONTIN LP® SEVREDOL® SKENAN LP®
Oxycodone	OXYNORM® OXYNORMORO® OXYCONTIL LP®
Fentanyl	ABSTRAL® ACTICQ® BREAKIL® DUROGESIC® EFFENTORA® INSTANYL® PECFENT® RECVIT®
Hydromorphone	SOPHIDONE®
Péthidine	Péthidine
Sufentanyl	ZALVISO®
Buprénorphine	TEMGESIC®
Nalbuphine	Nalbuphine

Annexe 3 : Grille d'entretien - 1ere version (entretiens 1 à 3) :

Trame d'aide entretien : Votre prescription d'antalgiques paliers II et III chez les sujets âgés de plus de 75 ans.

Bonjour Dr X.

- remerciement pour l'entretien
- ré-explication du sujet
- redemander l'accord pour l'enregistrement

Fiche médecin :

- Sexe : H/F
- Age :
- Année d'obtention de thèse :
- Année d'installation :
- Travail : Groupe/ Seul
- Activité : Urbaine/ Semi-rurale/ Rurale
- Cabinet informatisé : Oui/ Non
- Logiciel d'aide à la prescription : Oui/ Non
- Formation(s) complémentaire(s) : Oui/ Non. Si oui, précisez.
- Participation à des groupes de formation médicale continue : Oui/ Non. Si oui, précisez.
- Abonnement à des revues médicales : Oui/ Non. Si oui, précisez.
- Recevez-vous des visiteurs médicaux : Oui/ Non. Pourquoi.

Vous et la prise en charge de la douleur des personnes âgées de plus de 75 ans :

- Connaissez-vous la proportion de patients de plus de 75 ans dans votre patientèle ?
- Avez-vous une formation en gériatrie ?
- Vous sentez-vous à l'aise avec cette partie de la population ? -détaillez-
- Avez-vous une formation à la prise en charge de la douleur ?
- Vous sentez-vous à l'aise avec la prise en charge de la douleur ? -détaillez-
- Utilisez vous des outils d'évaluation de la douleur ? Si oui, lesquels et dans quels cas ? Si non, pourquoi ?
- Prenez vous en charge les plaintes algiques de vos patients vous-même ? Vous arrive-t-il d'adresser vos patients à des spécialistes de la douleur ? -détaillez-
- Prenez-vous en charge la douleur des plus de 75 ans, différemment de celle de vos autres patients ? -détaillez-

Les antalgiques de palier II : opioïdes faibles.

- Quels sont les paliers II que vous connaissez ? Lesquels utilisez-vous de préférence ?
- Dans quelles indications les utilisez vous ? (niveau de douleur ?-douleur aiguë ou chronique ?-type de pathologie ?-Particularité chez la personne âgée ?)
- A quelle fréquence utilisez-vous ce type de traitement ? Quand en avez-vous prescrit et initié pour la dernière fois chez une personne âgée ?
- Lors de la mise en place de ce traitement, quelle(s) information(s) pensez-vous devoir donner à votre patient ? -particularité chez le sujet âgé ?-
- Une fois prescrit, mettez-vous une surveillance particulière en place ? A quelle fréquence, réévaluez vous ce traitement ? -particularité chez la personne âgée ?-
- Quels effets indésirables craignez-vous particulièrement chez la personne âgée ?
- Quel est le ressenti de vos patients et/ou de leur entourage vis-à-vis de ce type de prescription ?
- Quel est votre ressenti vis-à-vis de ce type de prescription ?
- Parmi les traitements que vous m'avez cité, y en a-t-il que vous n'utilisez jamais ? Jamais chez les

personnes âgées ? -détaillez- -sources info-

→ Y a-t-il des cas dans lesquels vous ne les utilisez pas chez la personne âgée ? -détaillez- -sources info-

→ quels freins ou obstacles voyez vous à la prescription de ce type de médicaments chez la personne âgée ?

Les antalgiques de palier III :

→ Quels sont les paliers III que vous connaissez ? Lesquels utilisez vous de préférence ?

→ Dans quelles indications les utilisez vous ? (niveau de douleur ?-douleur aiguë ou chronique ?-type de pathologie ?-Particularité chez la personne âgée ?)

→ A quelle fréquence utilisez-vous les opioïdes forts ? Quand en avez-vous prescrit et initié pour la dernière fois chez la personne âgée ?

→ Lors de la mise en place de ce traitement quelles informations pensez-vous devoir donner à votre patient ? -particularité chez le sujet âgé ?-

→ Une fois prescrit, mettez vous en place une surveillance particulière ? A quelle fréquence réévaluez-vous ce traitement ? -particularité pour la personne âgée ?-

→ Quels effets indésirables craignez-vous particulièrement chez la personne âgée ?

→ Quel est le ressenti de vos patients et/ou de leur entourage vis-à-vis de ce type de traitement ?

→ Quel est votre ressenti vis-à-vis de ce type de traitement ?

→ Parmi les opioïdes forts que vous m'avez énoncés, y en a-t-il que vous n'utilisez jamais ? Jamais chez la personne âgée ? -détaillez- -sources info-

→ Y a-t-il des cas dans lesquels vous ne les utilisez pas chez la personne âgée ? -détaillez- -sources info-

→ Les freins ou obstacles à la prescription de ce type traitement sont-ils les mêmes que pour les paliers 2 selon vous ? En existe-t-il d'autres ?

Conclusions :

→ Est-il plus simple pour vous de prescrire un antalgique de palier 2 ou de palier 3 ?

→ Vous pensez-vous assez formé(e) sur le sujet ?

→ Seriez-vous intéressé(e) par une formation supplémentaire sur le sujet ? Type de formation ?

→ De quel type d'outil d'aide à la prescription des antalgiques de paliers II et III chez le sujet âgé, auriez-vous besoin ?

Merci du temps que vous m'avez accordé.

Annexe 4 : Grille d'entretien - 2eme version (entretiens 4 à 11) :

Trame d'aide entretiens : Votre prescription d'antalgiques paliers II et III chez les sujets âgés de plus de 75 ans.

Bonjour Dr X.

- remerciement pour l'entretien
- ré-explication du sujet
- redemander l'accord pour l'enregistrement

Comment vivez-vous la différence de la prescription entre les paliers II et les paliers III chez la personne de plus de 75 ans ?

Vous et les antalgiques de palier II :

Que pouvez-vous me dire de vos prescriptions d'antalgiques de palier II chez la personne âgée de plus de 75 ans ?

Si les sujets suivants n'ont pas été abordés, amener le médecin interrogé à parler :

- des molécules utilisées ; pourquoi ?
- des indications : le niveau de douleur, type de douleur (aiguë/chronique), pathologie(s).
- de la fréquence d'utilisation
- de l'information délivrée au patient et/ou à son entourage
- de la surveillance du traitement
- de la réévaluation du traitement
- des effets indésirables craints
- des cas où le médecin ne prescrit pas ce type de molécule
- des freins à la prescription
- du ressenti des patients et familles vis-à-vis de ces traitements
- de son ressenti sur les molécules antalgiques de palier II et sur leurs prescriptions.

Vous et les antalgiques de palier III :

Que pouvez-vous me dire de vos prescriptions d'antalgiques de palier III chez les personnes âgées de plus de 75 ans ?

Si les sujets suivants n'ont pas été abordés, amener le médecin interrogé à parler :

- des molécules utilisées ; pourquoi ?
- des indications : le niveau de douleur, type de douleur (aiguë/chronique), pathologie(s).
- de la fréquence d'utilisation
- de l'information délivrée au patient et/ou à son entourage
- de la surveillance du traitement
- de la réévaluation du traitement
- des effets indésirables craints
- des cas où le médecin ne prescrit pas ce type de molécule
- des freins à la prescription
- du ressenti des patients et familles vis-à-vis de ces traitements
- de son ressenti sur les molécules antalgiques palier III et sur leurs prescriptions

Fiche médecin :

- Sexe : H/F
- Age :
- Année d'obtention de thèse :

- Année d'installation :
- Travail : Groupe/ Seul
- Activité : Urbaine/ Semi-rurale/ Rurale
- Cabinet informatisé : Oui/ Non
- Logiciel d'aide à la prescription : Oui/ Non
- Formation(s) complémentaire(s) : Oui/ Non. Si oui, précisez.
- Participation à des groupes de formation médicale continue : Oui/ Non. Si oui, précisez.
- Abonnement à des revues médicales : Oui/ Non. Si oui, précisez.
- Recevez-vous des visiteurs médicaux : Oui/ Non. Pourquoi.

Vous et la prise en charge de la douleur des personnes âgées de plus de 75 ans :

- Connaissez-vous la proportion de patients de plus de 75 ans dans votre patientèle ?
- Avez-vous une formation en gériatrie ?
- Vous sentez-vous à l'aise avec cette partie de la population ? -détaillez-
- Avez-vous une formation à la prise en charge de la douleur ?
- Vous sentez-vous à l'aise avec la prise en charge de la douleur ? -détaillez-
- Utilisez vous des outils d'évaluation de la douleur ? Si oui, lesquels et dans quels cas ? Si non, pourquoi ?
- Prenez vous en charge les plaintes algiques de vos patients vous-même ? Vous arrive-t-il d'adresser vos patients à des spécialistes de la douleur ? -détaillez-
- Prenez-vous en charge la douleur des plus de 75 ans, différemment de celle de vos autres patients ? -détaillez-

Conclusion :

- Vous pensez-vous assez formé(e) sur le sujet ?
- Seriez-vous intéressé(e) par une formation supplémentaire sur le sujet ? Type de formation ?
- De quel type d'outil d'aide à la prescription des antalgiques de paliers II et III chez le sujet âgé , auriez-vous besoin ?

Merci du temps que vous m'avez accordé.

Annexe 5 : Portraits des médecins ayant participé à l'enquête :

1. Docteur 1 :

Il s'agit d'un homme de 66 ans.

Il travaille seul en secteur urbain, dans une ville de 30046 habitants.

Il est installé dans ce cabinet depuis 1981. Le cabinet est informatisé ; il utilise le VIDAL® comme logiciel d'aide à la prescription (LAP).

Il détient un DU de Soins Palliatifs et de Médecin Coordinateur en maison de retraite et a d'ailleurs pris un poste de médecin coordinateur dans une maison de retraite de la ville.

Il poursuit sa formation médicale continue grâce aux formations proposées par MGForm ® et à la lecture de la revue PRESCRIRE®.

Il fait partie d'un Groupe de Pairs® se réunissant une fois par mois.

Il refuse de recevoir les visiteurs médicaux afin de ne pas se laisser influencer.

Sa patientèle de plus de 75 ans est largement supérieure à la moyenne régionale : Sur le relevé SNIR de 2014 il compte 31 % de patients de plus de 70 ans.

Il se dit prescripteur régulier d'antalgiques : il prescrit environ 1 palier II et plusieurs paliers III par semaine.

Il se pense suffisamment formé pour la prise en charge de la douleur chez ses patients âgés. Mais, devant des situations complexes, il n'hésite pas à faire appel à ses confrères du Centre Anti-Douleur.

2. Docteur 2 :

C'est un homme de 37 ans.

Il travaille seul. dans un cabinet implanté depuis 2012 au sein d'une ville de 6608 habitants. Il a une activité qu'il qualifie de semi-rurale.

Son cabinet est informatisé et il utilise le VIDAL® comme logiciel d'aide à la prescription.

Il n'a pas de formation complémentaire et ne suit pas de formation continue à proprement parler mais il participe mensuellement à un Groupe de Pairs®. Il n'est pas abonné à des revues médicales mais il a des identifiants PRESCRIRE® pour faire des recherches dans les bases de cette revue.

Il reçoit les visiteurs médicaux « plus par habitude », tout en avouant ne pas vraiment les écouter.

Il évalue sa patientèle de plus de 70 ans à environ 30 %.

Il n'a pas de formation particulière à la douleur ou en gériatrie mais on notera un stage en gériatrie au cours de son internat.

Il lui arrive d'adresser ses patients quand il n'arrive plus à gérer leurs douleurs. Il ne serait pas contre une formation complémentaire, mais avec des informations venant de la HAS ou de l'INPES, sur support papier directement envoyées dans les cabinets.

Il initie rarement des traitements paliers II (1 fois par mois) comme III chez les sujets âgés (tous les 6 mois) ; mais les renouvelle un tout petit peu plus régulièrement. Chez les sujets jeunes, il les utilisent un peu plus mais considère leur utilisation comme non régulière.

Il explique que, si ça existait, il utiliserait facilement une page comme « Antibioclic » sur les antalgiques et les co-antalgiques.

3. Docteur 3 :

Il s'agit d'une femme de 45 ans.

Elle est installée, depuis 2010, en groupe, dans un cabinet de ville (37934 habitants) qui est informatisé.

Elle utilise le VIDAL® comme logiciel d'aide à la prescription.

Elle détient un DU d'homéopathie et participe aux formations médicales continues proposées par la Faculté

de Médecine de Bordeaux.

Elle est dans un Groupe de Pairs® orienté homéopathie. Elle est abonnée à PRESCRIRE® et est inscrite à son programme « Les Thématiques ».

Elle n'a ni formation en gériatrie, ni en douleur.

Elle reçoit un visiteur médical par semaine.

Elle évalue sa patientèle de plus de 75 ans à environ 20 %. Elle se tourne assez facilement vers le Centre Anti-Douleur pour être aidée dans la prise en charge de ses patients.

Sa prescription de palier II est beaucoup plus régulière que les paliers III, qu'elle n'utilise pas plus d'une fois par mois.

Elle n'est « pas sûre » d'être assez formée à la prise en charge de la douleur du sujet âgé et serait favorable à une formation sur une journée sur la prise en charge de la douleur mais de façon globale. Elle aimerait aussi avoir accès à un outil d'équivalence entre les antalgiques.

4. Docteur 4 :

C'est un homme de 44 ans.

Il s'est installé en 2002 au sein d'un cabinet de groupe, dans une petite ville de 5480 habitants.

Il est informatisé et utilise quotidiennement le VIDAL®.

Il n'a pas de formation complémentaire. Il fait très régulièrement les FMC proposées par MGForm®. Il participe une fois par mois à un Groupe de Pairs®.

Il ne reçoit pas les visiteurs médicaux, pour ne garder que des sources d'informations objectives. C'est un lecteur assidu des revues PRESCRIRE® et MEDECINE®.

Il a travaillé au total un an dans le service de Cancérologie du Centre Hospitalier de la Côte Basque (6 mois d'internat puis 6 mois en post-internat) où il a appris à manier les antalgiques.

Le pourcentage de patients de plus de 75 ans dans sa patientèle est d'environ 25 %.

Il se pense très à l'aise avec cette population et ne ressent aucune crainte dans le maniement des antalgiques, quels qu'ils soient ; il aime plaisanter sur le fait qu'il a « dépoussiéré le carnet à souche » de son prédécesseur. Cependant il n'hésite pas à adresser à ses confrères du Centre Anti-Douleur si besoin.

Il se dit d'ailleurs prescripteur très régulier de paliers II comme de paliers III ; il avoue peut-être initier à peine un peu plus les paliers II mais il renouvelle beaucoup plus les paliers III.

Il pense ses connaissances suffisantes pour sa pratique quotidienne mais compte faire attention à rester à jour sur ce sujet. Lui aussi, serait très favorable à la création d'un site sur les antalgiques comme ANTIBIOCLIC® ou le CRAT® pour l'aider dans sa pratique quotidienne.

5. Docteur 5 :

C'est une femme de 38 ans.

Elle est installée depuis 2007 en milieu urbain (49550 habitants), dans un cabinet de groupe, informatisé.

Les médecins de ce cabinet n'utilisent pas de logiciel d'aide à la prescription (LAP) et ont eux-mêmes créé leur propre base de données des thérapeutiques les plus couramment utilisées en Médecine Générale.

Elle détient un DU de gynécologie. Elle participe à des FMC mais a arrêté son Groupe de Pairs® par manque de temps.

Elle est abonnée et lit régulièrement les revues PRESCRIRE® et PRATIQUES®.

Elle ne reçoit pas les visiteurs médicaux.

Elle est maître de stage universitaire de niveau 1 pour les internes en Médecine Générale.

Elle estime la part de patients de plus de 75 ans entre 20 et 25 % de sa patientèle totale.

Elle travaille beaucoup en lien avec les équipes de l'HAD et n'hésite pas à se former à leurs côtés, principalement sur des questions de prise en charge de la douleur.

Il lui arrive aussi d'adresser pour des prises en charge plus spécialisées (si besoin d'infiltrations par exemple...), ou beaucoup plus rarement au Centre Anti-Douleur.

Elle ne se dit pas initiatrice régulière de paliers II (toutes les 3 semaines) et ça d'autant plus si les patients sont âgés ; elle utilise de façon un peu plus régulière les paliers III (tous les 10 jours).

À ce jour, sa formation lui suffit, mais surtout elle sait vers qui se tourner en cas de problèmes dans la gestion des douleurs en gériatrie.

6. Docteur 6 :

C'est une femme de 42 ans.

Elle s'est installée en libéral en 2011 après avoir travaillé dans un soin de suite et de réadaptation et un centre de soins palliatifs de la région.

Elle travaille dans un cabinet de groupe, situé dans une ville de 4167 habitants, avec une activité semi-rurale. Son cabinet est informatisé mais l'ordinateur est rarement allumé ; la plupart des ordonnances sont faites en version papier et en cas de doute ouvre son Vidal.

Elle a commencé le DU d'homéopathie et le DU de médecin coordinateur en maison de retraite. Elle a d'ailleurs, tout récemment pris le poste de médecin coordinateur de la maison de retraite de la ville. Elle fait des FMC essentiellement en rapport avec la pédiatrie et la gynécologie.

Elle est abonnée à des revues médicales vouées à rester sur le bureau par manque de temps.

Elle reçoit régulièrement les visiteurs médicaux, plus par convivialité que pour apprendre des choses.

Elle évalue sa patientèle de plus de 75 ans à environ 30 %.

Elle n'adresse pas ses patients au Centre Anti-Douleur du fait de mauvaises expériences passées (délais trop longs et solutions proposées non adaptées selon elle) et préfère faire appel au spécialiste d'organe concerné.

Elle explique utiliser régulièrement les paliers II comme les paliers III dans sa pratique quotidienne. Si elle avait besoin de se former plus, elle préférerait se tourner vers internet mais pour l'instant elle n'en ressent pas le besoin.

7. Docteur 7 :

C'est un homme de 52 ans.

Il exerce seul dans un cabinet de ville (49550 habitants).

Le cabinet est informatisé et utilise la BCB® (Banque Claude Bernard) via son logiciel et le VIDAL® sur son smartphone lors des visites.

Il est formé en homéopathie.

Il ne suit pas de Formation Médicale Continue ni ne participe à des Groupe de Pairs®.

Il n'est pas abonné à des revues médicales, par manque de temps.

Il reçoit environ 8 visiteurs médicaux par semaine, qui le « tiennent au courant ».

Sa patientèle compte 21,2 % de plus de 70 ans selon le dernier relevé SNIR.

Il lui arrive de faire appel à des confrères spécialistes d'organes plutôt que le centre Anti-Douleur (pour lequel les délais sont beaucoup trop long selon lui).

Il utilise quotidiennement les paliers II ; moins les paliers III mais il reste un utilisateur régulier.

Il s'estime correctement formé sur la prise en charge de la douleur du sujet âgé ; mais il serait intéressé par un échange d'expérience avec des confrères généralistes.

8. Docteur 8 :

C'est un homme de 55 ans.

Il est installé depuis 1997 dans une zone rurale (cabinet dans un village de 800 habitants) et travaille seul depuis le départ en retraite de son associé il y a 3 ans.

Le cabinet est informatisé mais il n'utilise pas de logiciel médical.

Les ordonnances sont faites via un logiciel de traitement de texte.

En cas de doute au moment de la prescription il s'appuie sur le VIDAL® ou sur le Guide des Intéractions Médicamenteuses édité annuellement par la revue PRESCRIRE®.

Il n'a pas de formation complémentaire.

Il participe à des FMC, principalement avec l'Institut de Recherche en Médecine Générale. Une fois par mois il se réunit avec son Groupe de Pairs.
Il est actuellement maître de stage universitaire de niveau 2, en charge d'une interne en Médecine Générale.
Il est abonné et lecteur assidu de la revue PRESCRIRE®.
Il ne reçoit pas les visiteurs médicaux.
Il évalue sa patientèle de plus de 75 ans à plus de 30 %.
Il lui arrive d'adresser des patients à des spécialistes ou au Centre Anti-Douleur quand il est bloqué face à des patients douloureux.
Il qualifie son utilisation des paliers II de très rare alors qu'il utilise régulièrement les paliers III.
Il aimerait refaire une formation sur la douleur, principalement pour échanger sur sa pratique avec un spécialiste de la douleur, mais reste opposé à tout outil d'aide à la prescription et préfère continuer à réfléchir de lui-même à ses prescriptions.

9. Docteur 9 :

C'est un homme de 34 ans.
Il est installé depuis 2014 dans un cabinet de 2 médecins, dans une ville de 49950 habitants et a une activité urbaine.
Son cabinet est informatisé et il utilise via son logiciel médical la BCB® (qu'il a aussi sur son smartphone pour les visites).
Il n'a pas de formation complémentaire.
Il participe « sporadiquement » à des FMC.
Il est abonné à la revue PRESCRIRE®.
Il reçoit les visiteurs médicaux et confronte secondairement ce qu'il en a appris à ses lectures.
Les patients de plus de 75 ans représentent 13,2 % de sa patientèle.
Lors de sa Formation Médicale Initiale il a effectué un stage de 6 mois en gériatrie et a toujours eu pour habitude de travailler avec les réseaux HAD et de soins palliatifs.
Il lui arrive de se tourner vers le Centre Anti-Douleur quand il est en difficulté.
Il utilise de façon régulière les paliers II et III.
Il pense pour l'heure être suffisamment formé et savoir vers qui se tourner pour répondre à ses interrogations. Il aimerait cependant avoir accès depuis son ordinateur et son smartphone à un outil d'équivalence entre paliers II/III/et inter-paliers.

10. Docteur 10 :

C'est une femme de 34 ans.
Elle est installée depuis le 1^{er} janvier 2016, en zone rurale (village de 728 habitants).
Elle travaille dans un cabinet de 2 médecins.
Le cabinet est informatisé et elle utilise le VIDAL® comme logiciel d'aide à la prescription (LAP).
Elle a obtenu récemment son DU de gynéco-obstétrique pour le médecin généraliste.
Elle participe à un Groupe de Pairs® ; participe au programme « Les Thématiques » de la revue PRESCRIRE® sans avoir toutefois le temps de lire régulièrement cette revue.
Elle a effectué lors de sa formation Médicale Initiale un stage de 6 mois en gériatrie.
Elle reçoit une seule visiteuse médicale, car elle est voisine et patiente du cabinet.
Les patients de plus de 75 ans représentent actuellement environ 25 % de sa patientèle.
Elle a déjà fait appel au Centre Anti-Douleur ou à des spécialistes pour des douleurs complexes.
Afin d'améliorer sa prise en charge, l'idéal, selon elle, serait de faire un DU ou équivalent en gériatrie ou en douleur.
Elle utilise de façon très régulière les paliers II(en instauration comme en renouvellement) ; par contre depuis son installation elle n'a jamais initié de paliers III mais en a renouvelé quelques uns.
Elle est favorable à l'utilisation d'un logiciel préconisant une molécule antalgique en fonction des caractéristiques de la situation pour mieux la familiariser avec des molécules qu'elle n'est pas habituée à

manipuler.

11. Docteur 11 :

C'est une femme de 56 ans.

Elle s'était tout d'abord installée en 1990 sur Paris puis a décidé de changer de vie en venant s'installer, en 2011, au Pays Basque, en zone semi-rurale (ville d'environ 1850 habitants) non loin d'un Hôpital de proximité, avec lequel elle a pris l'habitude de travailler.

Le cabinet est informatisé et elle utilise la BCB ® via son logiciel médical.

Elle n'a pas de formation complémentaire.

Elle a arrêté toute FMC depuis son arrivée au Pays Basque par manque de structure à proximité mais fait partie de l'association des médecins généralistes de la ville qui se réunit régulièrement avec intervention d'un spécialiste référent dans un domaine différent à chaque fois.

Elle n'est pas à ce jour abonnée à des revues médicales.

Elle reçoit les visiteurs médicaux afin de leur poser directement les questions qu'elle se pose.

La part de personnes âgées représenterait selon elle et d'après le dernier relevé SNIR plus de 50 % de ses patients.

Elle adresse peu dans le cadre de prise en charge de douleurs (en plus de 26 ans d'exercice, elle a fait appel une seule fois au Centre Anti-douleur).

Elle aimerait mieux se former sur la prise en charge globale de la douleur et jugerait intéressant de connaître l'avis des gériatres sur les antalgiques et co-antalgiques.

Elle utilise beaucoup moins souvent les paliers III que les paliers II.

Elle se dit opposée à tout nouvel outil d'aide à la prescription et fait un parallèle avec le site ANTIBIOCLIC® qu'elle n'a jamais ouvert et dont elle ne voit pas l'utilité.

Annexe 6 : Exemple entretien 2 :

Fiche médecin :

M : « Je vais commencer par vous poser des questions sur vous. »

Dr2 : « Ok très bien. »

M : « Donc pour l'enregistrement, vous êtes un homme ? »

Dr2 : « Oui, enfin pour l'instant oui. » *Rire.*

M : « Est-ce que je peux vous demander votre âge ? »

Dr2 : « 37. »

M : « Votre année d'obtention de thèse ? »

Dr2 : « Euh 2011. »

M : « Et votre année d'installation ? »

Dr2 : « 2012. »

M : « Ici directement ? »

Dr2 : « Ouais. »

M : « D'accord. Vous travaillez seul ? »

Dr2 : « Ouais. »

M : « Vous qualifieriez votre activité d'urbaine, semi-rurale ou rurale ? »

Dr2 : « Semi-rurale. »

M : « Vous avez un cabinet qui est informatisé ? »

Dr2 : « Ouais. »

M : « Est-ce que vous utilisez un logiciel d'aide à la prescription ? »

Dr2 : « Oui le Vidal. »

M : « Qui est en lien avec votre logiciel médical ? »

Dr2 : « Oui. Hellodoc. »

M : « D'accord. Et quand vous êtes en visite ? »

Dr2 : « Je l'utilise pas. Euh, enfin non ; mais si des fois je regarde le Vidal sur mon téléphone, mais comme je fais des prescriptions papiers quand je suis pas au cabinet c'est pas systématique. »

M : « Est-ce que vous avez des formations complémentaires, des DU ou autre ? »

Dr2 : « Non. »

M : « Est-ce que vous participez à des formations médicales continues ? »

Dr2 : « Groupe de Pairs®. »

M : « Et vous vous réunissez tout les combien ? »

Dr2 : « Une fois par mois. »

M : « Êtes-vous abonné à des revues médicales ? »

Dr2 : « Euh, non , j'ai été abonné, je le suis plus, à LA REVUE DU PRAT®, après j'ai des codes pour PRESCRIRE® mais bon je ne suis pas abonné moi personnellement. J'avais pas le temps de les lire, les

revues s'entassaient sans que je les lise... »

M : « Est-ce que vous recevez des visiteurs médicaux ? Et Pourquoi ? »

Dr2 : « Oui. Pourquoi pas ?... Par habitude, euh tradition, on va dire. » *Dr 2 soupire en soulevant les épaules.*

M : « D'accord »

Vous et la prise en charge de la douleur des personnes de plus de 75 ans :

M : « Alors on va s'intéresser plutôt à vous et la prise en charge de la douleur chez la personne âgée de plus de 75 ans. Est-ce que vous connaissez à peu près la proportion des patients de plus de 75 ans dans votre patientèle ? »

Dr2 : « Précisément non, mais je l'avais dans un relevé SNIR, qui est un relevé d'activité. »

Le Dr2 cherche son SNIR dans un tiroir. « Mais je ne sais pas si j'ai mon relevé SNIR ici parce que en ce moment on est en période de comptabilité donc c'est sûrement chez le comptable. » *Le Dr2 fouille dans un classeur.* « Non... Mais j'ai beaucoup de patients âgés. En pourcentage, c'était de tête quelque chose comme 30 %. »

M : « D'accord. Est-ce que vous avez une formation en gériatrie ? »

Dr2 : « Non. »

M : « Pas de stage en gériatrie ? »

Dr2 : « Ah si, j'ai fait un stage pendant mon internat en gériatrie à Saint-Jean-de-Luz. C'était mon dernier stage. »

M : « Est-ce que vous vous sentez à l'aise avec cette partie de la population ? »

Dr2 : « Oui. »

M : « Depuis votre stage, ou c'était déjà le cas avant ? »

Dr2 : « Euh bin déjà avant on est sensibilisé. Oui parce que dans mon deuxième stage, que j'avais fait en médecine polyvalente, on avait des réunions et des cours de gériatrie. Oui et puis Saint-Jean-de-Luz ça a fini de renforcer cette sensibilité. »

M : « D'accord. Au niveau formation de la prise en charge de la douleur ? »

Dr2 : « Pareil, au cours de l'internat on a eu des petits cours. A Dax, notamment j'avais eu un cours avec un réanimateur qui s'occupait pas mal des soins palliatifs et il nous avait fait pas mal de topo sur les antalgiques. »

M : « Est-ce que vous vous sentez à l'aise avec la prise en charge de la douleur. »

Dr2 : « On va dire à 7/10. »

M : « Donc plutôt oui ? »

Dr2 : « Ouais, pas à fond aguerris mais un petit peu ouais. »

M : « Du coup, c'est vous qui prenez en charge les plaintes algiques de vos patients ? »

Dr2 : « Oui, après j'adresse des fois, au centre anti-douleur. Ça arrive oui. »

M : « C'est plutôt dans quel cas ? »

Dr2 : « Alors, euhhh, c'est les douleurs que je n'arrive pas à gérer moi-même. Souvent c'est des douleurs plutôt neuropathiques ou des douleurs mal étiquetées avec un profil derrière psychologique peut-être de dépression, donc ça entretient un petit peu le ressenti des douleurs ; ou des fois des lombalgies. Plutôt pour la personne âgée en particulier... alors j'ai en tête une personne qui a une lombarthrose majeure multi-opérée et qui a mal et donc que j'ai envoyé au centre anti-douleur, bon ça a pas changé grand-chose... y a pas de grande solution médicamenteuse en tout cas...kiné, chaleur...et puis poursuite des antalgiques...

Donc, plutôt tout seul et puis quand je suis bloqué centre anti-douleur ou sinon en fonction de l'appareil douloureux ça m'arrive de l'envoyer à un spécialiste. »

M : « Très bien, est-ce que vous utilisez des outils d'évaluation de la douleur ? »

Dr2 : « Euh pratiquement pas non. Mais des fois j'utilise l'EVA ou l'EVN, mais les autres échelles pas forcément. En EPHAD ils ont des échelles par contre, mais je les connais pas bien parce que c'est les équipes qui les utilisent et qui après me rapportent la douleur. »

M : « Est-ce que vous prenez en charge, de la même façon les douleurs des plus de 75ans que celles des autres patients ? »

Dr2 : « Non elles sont polypathologiques. Y a pas mal de risques de iatrogénie avec tous leurs médicaments alors on est peut-être un peu plus prudent. »

M : « Donc la différence est plutôt sur les médicaments utilisés ? »

Dr2 : « Oui, après je sais pas, il faudrait parler de cas précis, mais...sur la douleur physique j'ai toujours un petit peu les mêmes armes. J'ai beaucoup de patients en EPHAD et en EPHAD on a pas grand chose, en dehors de la kiné, des médicaments...même les éléments physiques comme le froid ou la chaleur, des orthèses ou des positionnements, sont pas toujours faciles à mettre en place ; et alors tout ce qui est acupuncture...l'hypnose j'ai jamais essayé mais en EPHAD on n'arrive pas à le faire faire, ou même chez une personne âgée qui est compliquée à sortir du domicile. Et après tout ce qui est douleur pendant les soins ou autre, on est limité par ce qu'on a en pharmacie...donc c'est plutôt un antalgique de palier II voire un OXYNORM® mais on n'aura pas, je sais plus comment il s'appelle le gaz...oh... »

M : « Le MEOPA ? »

Dr2 : « Ouais le MEOPA, voilà. On n'en a pas. Pourtant ça serait utile pour les plaies. »

Paliers II :

M : « Maintenant on va s'intéresser aux antalgiques de palier II ; j'entends par là les opioïdes faibles. Quels sont les paliers II que vous connaissez ? Lesquels utilisez-vous de préférence ? »

Dr2 : « La codéine, le Tramadol, euh l'opium, euh l'ACUPAN® je sais pas si c'est considéré comme un palier II ou si le Néfopam est pas un peu à part et puis on a le DICODIN® aussi. Et donc j'utilise la Codéine, oui plutôt la Codéine, mais il m'arrive aussi des fois d'utiliser la LAMALINE® ou le Tramadol. Mais plutôt la codéine préférentiellement. Je pense que c'est mieux toléré...ouais, il y a moins d'effets secondaires... »

M : « D'accord. Dans quelles indications les utilisez vous ? Le niveau de douleur ? Sur des douleurs aiguës ou plutôt chroniques, le type de pathologies ? »

Dr2 : « Toujours sur la personne de plus de 75ans ? »

M : « Oui. »

Dr2 : « Plutôt dans la douleur aiguë. Euh donc par cure limitée. Euh, voilà, j'essaie de ne pas le mettre en chronique. 1 semaine à 15 jours c'est bien ; plutôt à la demande ; euh en remplacement d'un Paracétamol. Des fois ça peut durer un petit peu... »

M : « Et si ça se chronicise ? »

Dr2 : « Et bien il faut réévaluer...il faut qu'on fasse le point sur l'origine, donc oui on cherche pour pouvoir traiter la cause. »

M : « D'accord. Et en type de pathologies ? »

Dr2 : « Oh des pathologies plutôt orthopédiques, enfin rhumatologiques...c'est surtout l'arthrose. Oui c'est essentiellement ça...après...des polyarthrites inflammatoires...Non mais c'est surtout de l'arthrose ! »

M : « A quelle fréquence utilisez-vous ce type de traitement ? Quand en avez-vous prescrit et initié la dernière fois chez une personne âgée ? »

Dr2 : « ... »

M : « De tête j'ai pas besoin de la date précise... »

Dr2 : « Alors initié...alors en EPHAD c'était y a pas longtemps... oui j'ai dû mettre un CODOLIPRANE® 20 associé a un DOLIPRANE® 500, en systématique chez une personne démente qui avait des troubles du comportement avec un faciès douloureux et qui n'avait pas de trouble organique en dehors de lombalgies arthrosiques et c'était il y a deux semaines. »

M : « Et donc vous en mettez tous les mois ? »

Dr2 : « Oui enfin une fois par mois très rarement plus ! »

M : « Lors de la mise en place de ce traitement, quelle(s) information(s) pensez-vous devoir donner à votre patient ? Particulièrement si c'est une personne âgée ? »

Dr2 : « Alors je préviens sur le risque de somnolence, du risque de chute et de constipation...de nausées au début aussi...euh, voilà essentiellement ce que je préviens... chez les insuffisants respiratoires aussi il faut les prévenir que si ils se sentent essoufflés, étourdis, en sueur, qu'il faut les arrêter, tout ce qui est hypercapnique quoi... »

M : « Vous dites ça quelque soit le palier II ? »

Dr2 : « Ouais. »

M : « Une fois prescrit, mettez-vous une surveillance particulière en place ? A quelle fréquence réévaluez vous ce traitement ? Est-ce que c'est différent chez la personne âgée ? »

Dr2 : « Alors chez la personne âgée on est obligé d'être plus attentif...on fait peut-être plus gaffe mais...euh...j'ai pas de protocole...j'ai pas...euh...c'est au cas par cas. »

M : « Vous reconvoquez pas forcément la personne ? »

Dr2 : « Pas forcément. Après moi là je parle surtout de gens que je vois au domicile. Ici, les gens qui viennent au cabinet, en général ils supportent leur douleur...c'est des gens qui sont plus valides, ils sont plus mobiles, et le fait de marcher, le fait d'aller faire un petit peu de kiné ou d'aller je sais pas moi à la piscine...bin ils y arrivent sans palier II. Après si effectivement ils ont une belle crise de sciatique je les revois à une semaine à peu près. Là j'ai en tête un patient de 80ans qui avait fait une lombosciatique, je l'avais revu à une semaine pour reparler de sa douleur. »

M : « Mais vous les reconvoquez vous, ou c'est eux qui décident de reconsulter ? »

Dr2 : « Je leur dis de revenir si ça va pas mieux. En fonction du caractère aigu ou intense de la douleur...Et puis en fonction de ce que j'ai mis en traitement ; parce que si j'ai mis...enfin non là on est sur les paliers II. Ouais sur les paliers II on va dire entre une et deux semaines. »

M : « Quel... »

Dr2 : « euh... »

M : « Allez-y, excusez moi »

Dr2 : « Après moi sur mes ordonnances je mets un petit protocole. C'est à dire que je mets Paracétamol 500, j'écris 2 si douleur légère ; ensuite je mets CODOLIPRANE® 20 par exemple, 30 je le mets moins souvent...plutôt du 20 et je mets 2 si douleur importante à la place de Paracétamol seul ; et je mets 1 Paracétamol 500 + 1 CODOLIPRANE® si douleur intermédiaire ; et tout ça trois fois par jour. »

M : « D'accord. »

Dr2 : « C'est des protocoles que je mets très très souvent. Ils gèrent en fonction de leur douleur. »

M : « Okay. Quels effets indésirables craignez-vous particulièrement chez la personne âgée ? »

Dr2 : « Euh, bin les chutes. Les chutes et la constipation. Parce que des fois la constipation ça flingue. Ouais chutes et constipation ; et euh... sur les paliers III mais ça sera sûrement après, l'insuffisance respiratoire . »

M : « D'accord. Quel est le ressenti de vos patients et/ou de leur entourage vis-à-vis de ce type de traitement ? Toujours les paliers II. »

Dr2 : « C'est très variable. Y en a qui vont se méfier. Y en a qui connaissent pas tout simplement. Euh... Très variable. »

M : « Et la méfiance, elle est plutôt sur quoi ? »

Dr2 : « Mais en fait, ceux qui sont méfiants sur la codéine par exemple, ils sont méfiants aussi sur le paracétamol seul...c'est des gens qui veulent prendre le moins de médicament possible...Ils sont arrivés à cet âge là plutôt bien, donc ils se disent que moins ils prennent de choses, moins ils entrent dans un cercle de médicalisation et donc moins ils sont malades... »

M : « Et vous, votre ressenti ? »

Dr2 : « Mon ressenti par rapport à ça, c'est que...c'est utile mais il y a plein enfin pas mal d'effets secondaires. Enfin surtout Tramadol, LAMALINE®. C'est quand même moyennement toléré. La Codéine aussi, on a souvent des retours avec des effets secondaires. Quand on y arrive avec ça, très bien, mais... au-delà du palier I, quand on y arrive pas avec le palier I, on reste quand même assez démuné parce qu'on a des médicaments avec des effets secondaires, et après les autres armes sont très patient-dépendant et de la pathologie... Je dis pas qu'il y a pas assez de médicaments... Y en a plein ! C'est toute la partie qui est non médicamenteuse que l'on connaît moins bien... Ouais c'est plutôt ça... »

M : « Parmi les paliers II que vous m'avez cité, y en a-t-il que vous n'utilisez jamais ? »

Dr2 : « Dans les molécules non j'utilise à peu près tout. Après, ouais, le DICODIN® je l'ai utilisé une fois... »

M : « Pourquoi le DICODIN® moins ? »

Dr2 : « Ça m'a l'air costaud et puis ça a été décrit comme addictif. Ce côté addictif, ça me fait peut-être un peu peur. Et puis c'est des doses qui sont déjà fortes... A la base DICODIN® c'est déjà une dose importante. C'est comme IZALGY®, cette LAMALINE® maxi dosée, je l'utilise pas beaucoup. Allez je les utilise tous, mais pas le DICOIN® et pas l'IZALGY®. Et dans l'ordre de fréquence j'utilise Codéine en 1, en 2 LAMALINE® et en 3 Tramadol. C'est adapté au cas par cas. Y a des gens qui ont bien supporté le Tramadol dans le passé par exemple, et bien je leur donne le Tramadol. »

M : « C'est le même ordre pour les personnes âgées ? »

Dr2 : « Oui là je parlais des personnes âgées. Et les autres, les plus jeunes, c'est pareil aussi. »

M : « D'accord. Y a-t-il des cas où vous n'utilisez pas les médicaments que vous m'avez cité chez la personne âgée ? »

Dr2 : « Oui des personnes âgées qui sont polypathologiques qui ont mal toléré ; qui ont des fragilités ; qui sont facilement confuses sur une agression physique, une infection. Euh les insuffisants respiratoires très importants. Non, par exemple, j'ai une patiente qui est âgée, chez qui on a une plainte douloureuse qui est au premier plan, qui a pas de gros antécédents en dehors d'une arthrose lombaire et chez qui on a utilisé toute sorte d'antalgiques, tous, et à chaque fois en une semaine maxi trois mois, on avait un effet secondaire assez important : que ce soit des chutes, des désordres digestifs importants, ou que ce soit une confusion, une fatigue extrême ; Voilà cette patiente là, elle est passée par tous les médicaments et finalement maintenant le traitement c'est le Paracétamol et si elle a mal, trop mal et bien elle s'allonge un petit peu...et puis voilà ! »

M : « D'accord. Selon vous quels sont les freins ou obstacles à la mise en place d'un traitement par palier II ? »

Dr2 : « Les freins médicaux ou généraux ? Toutes causes confondues ? »

M : « Oui oui de façon générale. »

Dr2 : « Pour moi c'est les effets secondaires. La iatrogénie. Voilà. »

Palier III

M : « Voilà pour les paliers II, du coup on va passer aux paliers III. On va reprendre à peu près la même grille de questions. Quels paliers III ou opioïdes forts connaissez vous ? Lesquels utilisez-vous le plus ? »

Dr2 : « Euh, alors j'utilise la Morphine. La Buprénorphine je l'utilise pas, je la connais pas bien. J'utilise en plus de la morphine, le Fentanyl, voilà c'est à peu près tout. Donc en gros je fais OXYCONTIN®/OXYNORM®, je fais avec le SKENAN®/ACTISKENAN®, euh le DUROGESIC®, j'utilise pas forcément les Fentanyl à libération rapide, parce que c'est surtout utile dans un contexte cancéreux et que je n'ai pas beaucoup de cancéreux. J'ai eu utilisé l'EFFENTORA® peut-être une ou deux fois. L'ACTIQ® je l'ai jamais utilisé. Et après c'est tout enfin si la Morphine en injectable ; ah et l'ORAMORPH® ça arrive chez la personne âgée. C'est intéressant l'ORAMORPH® parce qu'on peut faire des petites doses. Mais j'utilise surtout tout ce qui est Oxy-machin. »

M : « Vous privilégiez plutôt les voies per os ? »

Dr2 : « Ah oui. »

M : « Dans quelles indications les utilisez-vous? Niveau de douleur ; douleur aiguë ou chronique ; type de pathologie ? »

Dr2 : « Douleur chronique ça m'est arrivé, sur une sciatgie intense dont on parlait tout à l'heure, de monter en palier III, de monter sur je sais plus ce que c'était, le SKENAN® ou peut-être l'OXYCONTIN®, voilà, accompagné des inter-doses. Et puis en contexte de néo : J'ai un patient sous DUROGESIC® au long cours, il a un néo multi-métastatique, avec des métastases osseuses. Euh, en douleur orthopédique, j'ai fait une fois un essai chez une patiente qui prenait 2 VOLTARENE® 75mg par jour, qui est obèse et qui prenait aussi je sais plus combien de Tramadol ; et donc j'avais essayé un palier III sous forme de DUROGESIC®, et c'est là que ça a mis en évidence une insuffisance respiratoire sous-jacente. Mais du coup j'ai arrêté d'utiliser ce genre de chose dans l'orthopédie. Euh...j'ai une patiente âgée aussi, chez qui j'avais utilisé de l'OXYCONTIN®, parce qu'on y arrivait pas avec les paliers II, et pareil y a eu tous les effets secondaires dont j'ai parlé avant : confusion, chutes, constipation, déshydratation donc pareil je suis assez frileux maintenant. Donc surtout le cancer et puis, et puis qu'est-ce que j'ai dit d'autre ? Euh... »

M : « La sciatique ? »

Dr2 : « Oui mais de façon très aiguë et très transitoire. Et là je le reconvoque très vite, à...quelques jours après. »

M : « D'accord. A quelle fréquence vous les utilisez ? Vous savez quand vous l'avez prescrit pour la dernière fois ? »

Dr2 : « Ohhh, chez les personnes de plus de 75 ans...peut-être une fois tous les 6 mois, une cure. Ah non, j'ai un patient qui a des pansements tous les jours ou tous les deux jours pour des ulcères chroniques et donc il a un OXYNORM® 5mg 1h avant le pansement. Donc en fait j'en donne tous les jours... ». *Rire du médecin.*
« Mais dans les nouvelles prescriptions en tout cas, parce que ça c'est une prescription un peu chronique, ce serait plutôt une fois tous les six mois ».

M : « Lors de la mise en place de ce traitement quelles informations pensez-vous devoir donner à votre patient, particulièrement si il est âgé ? »

Dr2 : « Les mêmes que les autres. Donc le risque de nausées initialement, le risque de constipation, le risque de somnolence, les risques par rapport à la conduite, et puis le risque de chute, de trouble de l'équilibre, le risque de confusion aussi, et puis le risque respiratoire si ils ont un facteur de risque »

M : « Une fois que c'est prescrit, vous revoyez le patient plus vite qu'avec le palier II ? »

Dr2 : « On réévalue la douleur pour pouvoir revenir vite sur les paliers II si on peut, et puis ensuite les paliers I, pour pouvoir sevrer au plus vite possible. »

M : « D'accord. Quels effets indésirables des paliers III craignez-vous particulièrement chez la personne âgée ? »

Dr2 : « Les mêmes que ceux que je cite aux patients. Et surtout ce qui m'a marqué, l'insuffisance respiratoire. C'est très vicieux en fait. Ça se voit pas comme ça. C'est pas d'un coup, c'est pas comme quand on est aux urgences et qu'on a donné trop de Morphine et qu'on donne du NARCAN®. C'est pas ça du tout. C'est vraiment, les gens qui se fatiguent petit à petit ; au bout d'une semaine, ils sont un peu fatigués, ils sont en sueur, ils sont moins bien...c'est très subjectif, c'est très global, y a pas un marqueur à l'examen qui oriente vers ça...mais donc y a ça. Ah et puis la constipation. J'ai pas peur de la nausée, car si on arrive pas à

les calmer ils l'arrêtent de suite ; c'est comme les chutes. Ce qui est embêtant, c'est ce qui est insidieux, ce qui ne se voit pas tout de suite. »

M : « Quel est le ressenti de vos patients et/ou de leur entourage vis-à-vis des paliers III ? »

Dr2 : « Y a une crainte au début...ils ont l'impression d'avoir un médicament...d'avoir une maladie grave. Euh, peut-être que moi j'ai l'impression, qu'ils ont cette impression aussi. Y a peut-être aussi un peu d'appréhension du corps médical. Les gens, les patients connaissent pas forcément la Morphine, mais ils ont moins d'appréhension qu'avant, qu'il y a 10 ans par exemple, où quand on parlait de Morphine ça faisait très peur. Maintenant quand on leur dit, ils sont assez impassibles, ils sont résignés, parce qu'ils savent qu'ils ont mal et ce qu'ils veulent c'est ne pas avoir mal. Ouais, y a peut-être un peu de méfiance mais j'ai l'impression, de ma faible expérience, qu'il y a moins de méfiance qu'avant. Moi j'ai fait mon internat c'était les années 2000, j'ai traîné après...donc j'ai un recul de 15 ans. Et j'ai vraiment l'impression que les gens tiquent moins quand on leur dit que l'on va mettre de la Morphine en place. Ils savent qu'on va être graduel en plus, alors ils ont peut-être moins peur. »

M : « Et vous, votre ressenti à vous ? »

Dr2 : « Moi j'utilise. J'ai pas de grande crainte parce que je sais qu'on commence par des doses qui ne sont pas très importantes. Euh...bon ça dépend toujours du terrain bien-sur, du patient qu'on a en face. Mais je peux le mettre facilement ; facilement quand il faut, chez les gens de moins de 75 ans ; plus de 75 ans ça va dépendre de leur âge physiologique on va dire : si on a un patient de 80 ans qui a un âge physiologique de 70, comme c'était le cas de mon sciatalgique, qui n'a aucune comorbidité, bon bin je lui ai mis, bon pas de suite...mais il est revenu deux ou trois fois...avec les paliers II ça allait pas...donc au bout de trois fois de remodelage de traitement, de prise en charge kiné et bin j'ai mis de la Morphine. J'ai pas trop de crainte à la mettre mais sous couvert d'une bonne surveillance. Ouais... Chez les personnes très âgées, parce que plus de 75 ans c'est large, entre 75 ans et la fin... Chez les personnes très âgées je le mettrais pas sauf les fins de vie douloureuses. On a pas parlé de ça... Dernièrement, j'ai pas eu de fin de vie douloureuse ; mais oui, dans les fins de vie douloureuses, on peut être amené à mettre un peu de Morphine...en injectable. Vraiment sur la fin de fin de vie. »

M : « D'accord. Parmi les opioïdes forts que vous m'avez cité y en a-t-il que vous n'utilisez jamais ? Vous m'avez déjà dit la Buprénorphine que vous connaissez mal. »

Dr2 : « Ouais et les Fentanyl à libérations rapides que je n'utilise pas non plus. Voilà. »

M : « Que vous n'utilisez jamais chez la personne âgée ? c'est les mêmes ? »

Dr2 : « Euh oui. »

M : « Y a-t-il des cas où vous ne les utilisez pas chez la personne âgée ? »

Dr2 : « insuffisance respiratoire ; personne très âgée ; beaucoup de comorbidités ; euh dans ces cas là j'utilise pas trop, non, on va utiliser différentes armes, par exemple les anxiolytiques, alors c'est sur ça multiplie les médicaments qui ont des effets sur l'équilibre mais bon généralement c'est des personnes grabataires. »

M : « Selon vous, les freins ou obstacles à la prescription des paliers III, sont-ils les mêmes que pour les paliers II ; ou en existe-t-il d'autres ? »

Dr2 : « Euh...Non...euh... Bin y a un frein pour le palier III peut-être, qui est peut-être moins important pour le palier II, c'est la compréhension du patient et de l'entourage de la bonne utilisation du médicament. Le risque de mésusage a peut-être plus de conséquences sur le palier III que sur le palier II, même si y en a dans tous les cas. Ouais donc la mauvaise utilisation du médicament, ou le mésusage par la personne âgée ; si elle pense qu'on peut en prendre tout le temps, c'est pas bon ; si elle a pas compris qu'on pouvait pas prendre et son OXYNORM® avec son DAFALGAN CODEINE®, bin là y a un problème. Voilà, donc y a les problèmes de compréhension qui peuvent être un frein, parce qu'il faut être plus précis peut-être dans ces traitements là. En plus, y a plus de liberté aussi, parce qu'on peut monter : autant dans un palier II on est limité en dose, on peut dire, voilà, vous prenez deux comprimés de Codéiné, vous laissez six heures entre deux prises et vous dépassez pas trois fois par jour ; ça c'est plus simple que de dire, vous avez un comprimé le matin et un comprimé le soir de dose de base, et ensuite vous avez les inter-doses que vous pouvez augmenter. Enfin la compréhension est plus compliquée ; si vous avez pris un ACTISKENAN® vous pouvez en reprendre un autre si vous avez pas été calmé une heure après, et la fois d'après vous pouvez en reprendre,

enfin il faut attendre 4h, deux d'un coup directement... Là ça devient plus compliqué déjà ! Ouais, c'est plus difficile à mettre en place. La compréhension est plus difficile... et à expliquer aussi... »

Conclusion :

M : « Pour vous il est plus simple de prescrire un palier II ou un palier III ? »

Dr2 : « Un palier II, enfin c'est pareil mais je commence par le palier II et après le III. Ah oui, un autre frein c'est la prescription sur ordonnance sécurisée ; et puis écrire tout à la main ; et puis la délivrance en pharmacie. Peut-être que je ne connais pas bien la réglementation, peut-être que certaines pharmacies ne connaissent pas bien la réglementation mais on en arrive à des situations où, pour le patient cancéreux par exemple, il faut que j'aie fait une ordonnance de DUROGESIC® tous les quinze jours, parce que la pharmacie n'a pas voulu délivrer plus de quinze jours. Voilà, donc ça arrive. On a des trucs comme ça...Moi je pense qu'on peut le délivrer pour un mois mais la pharmacie ne sait pas, ou me dit le contraire. Voilà et pareil pour tout ce qui est inter-doses, si on marque en si besoin et qu'on marque deux boîtes, la pharmacie va délivrer une boîte, parce que c'est marqué en si besoin... Alors je sais pas qui a raison ? »

M : « Si c'est précisé en toute lettre, vous pouvez prescrire pour 28 jours. Si vous précisez « délivrance en une fois » la pharmacie ne peut pas le refuser. Pour ce qui est des si besoin, le médecin est censé calculer le nombre de comprimés que ça fait et la pharmacie doit délivrer ce nombre de comprimés. »

Dr2 : « Ah il me semblait bien. Mais bon ça montre bien que c'est une autre difficulté. »

M : « Vous pensez-vous assez formé sur le sujet des paliers II et III chez la personne âgée ? »

Dr2 : « Euh oui. Oui »

M : « Est-ce que vous seriez intéressé par une formation supplémentaire à ce sujet ? Et à ce moment là de quel type ? »

Dr2 : « Alors, intéressé oui. Euh le type de formation, euh, pas en se déplaçant, parce que j'ai pas le temps ; ça serait plutôt par internet, par livret éventuellement, et des choses plutôt indépendantes, des choses qui arrivent directement avec la HAS par exemple. Mais pas forcément aller chercher sur l'INPES, les trucs de communication comme ça... Et pas les visiteurs médicaux non plus ; ils viennent, je leur dis bonjour, je les écoute mais ça rentre par une oreille et ça ressort par l'autre. » *Rire du médecin.*

M : « De quel type d'outil d'aide à la prescription des antalgiques de paliers II et III chez le sujet âgé auriez-vous besoin ? Est-ce que le VIDDAL® vous suffit ? »

Dr2 : « Ça peut-être intéressant de mettre en place une page comme ANTIBIOCLIC® pour les antibiotiques. Je sais pas si vous connaissez ? »

M : *Hochement de la tête*

Dr2 : « Mais c'est intéressant, ça reprend les recommandations, ça les résume, et puis ça les met sous forme très très didactique. Ouais des choses simples comme ça c'est très bien. Mais aussi pour les choses non médicamenteuses ; ou encore pour les relais entre les différents paliers, notamment entre palier II et III, et inversement entre III et II, pour savoir combien de temps attendre entre deux médicaments. Et effectivement ça peut être intéressant de savoir les interactions et les effets de compétitions entre les différentes molécules de paliers II et de paliers III ; parce que ça c'est peut-être un truc que je maîtrise moins ; mais comme j'utilise que la morphine en palier III la compétition j'en ai pas ; parce que je crois qu'il y a une compétition entre la Morphine et la Buprénorphine ? Non ? »

M : « Oui tout à fait. »

Dr2 : « Mais je ne l'utilise pas alors je m'en fous ! » *Rire du médecin.* « Je sais pas si c'est utilisé beaucoup ? »

M : « La Buprénorphine ? »

Dr2 : « Ouais. »

M : « En ville pas trop. »

Dr2 : « Après dans les antalgiques, moi j'y inclus des fois quand on est bloqué dans les médicaments, soit par les antécédents, soit parce qu'on ne peut pas monter en antalgiques plus fort, des anxiolytiques. Y a des migraines carabinées où on met du VALIUM® et ça fait dormir, du coup ça améliore le ressenti de la

douleur. Après c'est vrai aussi avec les anti-dépresseurs pour les douleurs neuropathiques mais c'est pas trop votre sujet. »

M : « Non. Mais c'est vrai. »

Dr2 : « C'est tout ? »

M : « Oui. Et bien je vous remercie de toutes ces réponses et pour votre temps »

Annexe 7 : Exemple entretien 5 :

M : « Bonjour Dr 5. Merci de me recevoir dans votre cabinet. Je vous rappelle brièvement que l'entretien va porter sur vos prescriptions d'antalgiques de paliers II et III chez la personne âgée de plus de 75 ans. Avant de commencer, cela vous dérange-t-il si j'enregistre notre conversation ? »

Dr 5 : « Non, allez-y je vous en prie. »

M : « Merci, on va donc pouvoir commencer. Comment vivez vous la différence de prescription entre les paliers II et les paliers III chez la personne âgée de plus de 75 ans ? »

Dr 5 : « Ah c'est plus simple de prescrire un palier III qu'un palier II chez la personne âgée ! Chez les gens en forme le palier II c'est pas mal, mais... les paliers II ont plein d'interactions, d'effets secondaires ; alors chez les personnes âgées polypathologiques, poly-médiquées... plutôt que se poser plein de questions... Ils sont souvent mal tolérés.... Euh... Voilà, c'est la principale différence... enfin je crois...

Et plus de 75 ans c'est vaste... Il y en a qui sont en forme... et d'autres grabataires... Chez les derniers, c'est souvent plus simple, à cause des comorbidités et de tous leurs médocs, de mettre un peu de Morphine. En fait en y réfléchissant je crois que je switche pas mal le palier II, enfin chez les gens altérés ! Euffff... Ouais... Voilà. »

M : « Vous pouvez m'en dire un peu plus sur vos prescriptions d'antalgiques de paliers II chez vos patients de plus de 75 ans ? »

Dr 5 : « Oui je vais essayer... *Silence...* Euh... Alors si je l'utilise en général c'est la Codéine. Le Tramadol je fais pas trop... Et puis ben... le DI-ANTALVIC®, ben il existe plus. Ah et des fois je renouvelle du TOPALGIC®, mais c'est peut-être du Tramadol... Ouais moi j'utilise la Codéine, donc avec du Paracétamol. Avec de plus en plus de réserves en fait. Parce qu'il y a pas longtemps, j'ai lu, dans PRESCRIRE® je crois, un article qui expliquait pourquoi il y avait des intolérances : ils expliquaient la métabolisation de la Codéine en Morphine de façon extrêmement variable, d'un individu à l'autre, et qui faisait que, en fait, y avait des gens qui métabolisaient, enfin je sais plus si c'est vite ou pas vite, mais du coup y avait des concentrations de Morphine effrayantes et c'est pour ça que les gens vomissaient et qu'ils étaient à l'ouest. Et que à la limite il vaut mieux faire de la Morphine direct par rapport à ce... Donc du coup j'y vais encore plus mollo là-dessus surtout chez les personnes âgées en fait.

Mais bon, après ça dépend vraiment des situations, du patient, s'il en a déjà pris ou pas...

Le Tramadol, euh... ben avec ce que j'ai lu, je me souviens pas de tout mais je préfère pas l'utiliser. Quand je le prescris, c'est parce que ça a été initié par un autre médecin ou à l'hôpital souvent... Ouais surtout sur des renouvellements ou quelqu'un qui me dit « ah non surtout pas de Morphine » et qui ont vomi tripes et boyaux avec la Codéine. Rarement quoi. C'est quand même rare, mais je vois une dame, pareil, de cette population, qui en a quand ça va pas ; elle prend depuis des siècles le Tramadol quand elle est en crise d'arthrose et ne veut que ça ! »

M : « Et c'est pour quelles indications que vous mettez ou renouvelez les paliers II chez les personnes âgées ? »

Dr 5 : « Alors souvent ça va être chez des plus de 75 ans... euh... les paliers II.. y en a déjà pas beaucoup d'indications, mais le plus souvent ça va être des douleurs de rhumato. Je pense que le plus... et qu'elle soit aiguë ou chronique, mais enfin les douleurs de rhumato c'est plutôt chronique. Voilà, une douleur aiguë chez quelqu'un de plus de 75 ans, enfin c'est toujours dur comme ça à posteriori, mais je ne pense pas que je vais mettre de la Codéine, enfin je vais quand même voir ce qu'il se passe. Donc c'est pas... Et si vraiment, c'est.... Je sais pas, je vais plutôt chercher une cause et le soulager avec du Paracétamol et si la personne est vraiment pas bien, plutôt m'orienter vers un avis, une hospitalisation ou... enfin après c'est toujours pareil, ça dépend des hypothèses diagnostiques. Mais je me vois pas balancer la Codéine à quelqu'un de 80 ans, que je sais pas ce qu'il a Non je crois pas... Non je lui filerai pas comme ça de la

Codéine... ou du Tramadol...

Voilà, sauf si je suspecte une fracture et dans ce cas là il aura de la Morphine et toujours pas un palier II et ira à l'hôpital... Après oui, fracture du bassin aussi ça peut être un diagnostic enfin ça peut être de l'aigu pour une fracture mais enfin non ça serait aussi plus de la Morphine en attendant le transfert. »

M : « Vous n'utilisez pas très souvent les paliers II du coup ? »

Dr 5 : « Non... Allez tous les 15 jours... Peut-être même encore moins souvent chez les personnes âgées... Non vraiment chez les personnes âgées, je vais plus être sur du Paracétamol tout seul ou de la Morphine. Parce que j'essaie de voir là qui c'est qui en a, là, par exemple, en ce moment... Je vois personne sous Codéine là en ce moment. Mais la Codéine ça va être peut être chez quelqu'un d'âge ça va peut être sur une crise d'arthrose ou... Oui, non c'est tout... »

M : « Les rares fois où vous en mettez, que dites vous à vos patients de plus de 75 ans ? »

Dr 5 : « Ah ben en général, je lui répète 4 fois que les effets secondaires c'est nausées vomissements, constipation, somnolence et confusion.

Donc les gens âgés je leur dis qu'ils risquent de chuter donc je leur dis avant de leur prescrire pour voir comment ils sentent l'affaire aussi.

Quand c'est en EHPAD, c'est différent parce que je vais plutôt prévenir l'équipe mais bon il y a moins le problème de... voilà, ils sont beaucoup plus surveillés qu'à la maison .

Et quand il y a un entourage à la maison, j'en parle aussi et je teste un peu. Parce que quand ils commencent à voir les pots de géraniums qui volent, tout le monde s'affole, donc voilà ça dépend.

Et puis après, ça dépend aussi si les gens en ont déjà pris, parce que voilà ceux qui ont déjà pris de la Codéine et qui ont pas toléré, si on leur dit Codéine en général ils s'en rappellent donc refusent.

Et puis de toute façon on surveillera ! »

M : « Et au niveau surveillance, vous faites comment ? »

Dr 5 : « La surveillance, bien en général c'est toujours pareil.... Le transit, l'orientation, la vigilance... Et après c'est toujours pareil EHPAD ou pas EHPAD. Alors souvent, quand il y a des équipes infirmières, je leur dis à elles aussi.

En général, je suis joignable au téléphone, en particulier les 48 premières heures et souvent, si il y a un problème douloureux on va revenir ou moi ou un de mes associés dans les 48H.

Et souvent, en fait de toute façon, quand c'est de la Codéine, je fais une espèce de cuisine aussi, après selon l'expérience du patient, enfin s'il en a déjà pris ou pas, je fais des demis Paracétamol, des Codéines tout seuls ou des demis, enfin voilà. Pour essayer de commencer tout doucement et voir comment ça réagit en fait. Pour ensuite augmenter un tout petit peu si c'est pas efficace. Voilà.

Ouais donc une réévaluation à 48H et puis vigilance, transit, alimentation et surtout vérifier qu'il y a pas de confusion. Et bien sûr que ce soit efficace. »

M : « Donc les effets indésirables que vous craignez tout particulièrement, c'est tous ceux que vous m'avez déjà dit, ce qui est digestif, confusion... ? »

Dr 5 : « Oui, c'est vrai que je préviens jamais l'arrêt respiratoire, non. *Rires* Non, oui, c'est ceux là, ouais. »

M : « Vous avez noté un ressenti particulier vis-à-vis des paliers II de la part de vos patients, des familles, ou encore de vous même ? »

Dr 5 : « Ben, en général, ils aiment pas être constipés, ils aiment pas avoir envie de vomir mais ils réagissent très différemment donc souvent, moi, je leur donne la liste et puis je leur dis que c'est pas tout le monde parce que évidemment quand on leur dit les effets indésirables ils veulent plus prendre le traitement. Et non, ben rien de... je sais pas, j'ai pas l'impression qu'il y ait de représentation. Enfin, si, ceux qui ont pas supporté, ben ils supportent pas, voilà. Quand ça les a rendus dingos, ils ont l'impression que c'est des drogues... mais voilà, sinon, la plupart des gens.... C'est un médicament plus fort pour la douleur quoi.

Et puis ben moi, c'est un médicament qui est pas très maniable donc... voilà... mais...

Voilà, c'est pareil après, c'est un dérivé de la Morphine donc... je parle de la Codéine parce que c'est celui que j'utilise... donc je sais que ça va être plus efficace mais avec plus d'effets secondaires donc j'aime pas

trop en donner parce que j'ai peur que les gens se cassent la binette, surtout quand ils ont 80 balais. Mais quand ils ont mal de toute façon, il y a que ça...

Donc je suis entre les bénéfiques et les risques. Je suis jamais très confortable. C'est-à-dire que je me dis « aïe aïe aïe, qu'est-ce qu'il va se passer ? », sauf quand c'est des gens qui en ont déjà pris et dans ce cas là ça roule quoi

En tout cas quand ils sont intolérants je leur redonnerai vraiment pas !

Après c'est pareil, le Tramadol ça donne des hypo (*hypoglycémies*) et souvent les petits vieux ils sont diabétiques, alors là je peux pas leur donner non plus !

Donc oui, si les gens ils ont, si les gens ils sont douloureux douloureux et que même si c'est une gonarthrose et que je sais pas, je le sens pas, je sais pas, qu'ils ont une intolérance, qu'ils sont diabétiques, je vais peut être directement passer à de la Morphine.

Après, sur des douleurs cancéreuses, je vais peut être même plus facilement shunter le palier II aussi.

Et puis ça dépend de la représentation des patients sur la Morphine. Parce que c'est plus là surtout, souvent, la Morphine ça leur paraît le bout du monde sauf que, en fait, quand ils prennent de la Codéine c'est pareil donc... Et donc, voilà ça va dépendre aussi de eux, leur ressenti par rapport à ça quoi. C'est-à-dire que je vais peut être plus mettre du palier II quand je sens que la Morphine pour eux ça veut dire fin de vie ou agonie ou je sais pas quoi... J'essaie de leur expliquer que c'est pas vrai mais bon, les petits vieux des fois... ils ont des idées bien arrêtées. Voilà, ça va être plus sur leurs représentations que sur les miennes parce que finalement moi je me dis que c'est kif-kif sauf que c'est plus maniable en palier III... »

M : « Selon vous, y a-t-il d'autres obstacles ou freins à la prescription d'un palier II chez la personne âgée ? »

Dr 5 : « Euh non... enfin si, après il faut faire gaffe aux insuffisances rénales... Après oui, c'est compliqué je pense de comprendre nos micmacs d'association d'un Paracétamol-Codéine avec un Paracétamol normal mais celui à 500, attention pas celui à 1g... ça doit pas mal les embrouiller... ça c'est facile si c'est pas eux qui préparent les médicaments ou si quelqu'un peut surveiller. »

M : « Ok. On va passer aux paliers III. Que pouvez-vous me dire de vos prescriptions d'antalgiques de palier III chez les personnes âgées de plus de 75 ans ? »

Dr 5 : « Alors, je vais essayer pas parler en DCI parce que...

Morphine injectable, et puis per os avec le SKENAN®, ACTISKENAN®.

J'ai découvert il y a pas longtemps l'Oxycodone : OXYCONTIN®, OXYNORM®.

Le Fentanyl avec le DUROGESIC® ; et puis je l'ai vu passer en.... J'avais jamais vu ça... c'était comment qu'elle le prenait... en sublingual. J'avais entendu parler des sucettes mais là c'était encore un autre truc, un lyoc ou je sais pas quoi...

Euh... qu'est-ce que j'oublie... bon ben voilà, ça ira.

Et qu'est-ce que j'utilise le plus souvent ? Ben... le SKENAN® et l'ACTISKENAN®. »

M : « D'accord. Pourquoi par rapport aux autres ? »

Dr 5 : « Ben parce que, en fait, j'ai appris à travailler avec celui là. Mais après, j'ai aussi des patients sous Oxycodone parce qu'ils sont arrivés avec ça ou parce que le SKENAN® n'était plus efficace alors on a essayé de changer de paliers III. Et le DUROGESIC®, ça va être plutôt en palliatif, bof non pas forcément finalement... enfin voilà, on les utilise pas mal aussi. »

M : « Vous venez d'évoquer, l'utilisation des paliers III en palliatif, y a-t-il d'autres indications selon vous à ces molécules ? »

Dr 5 : « Oui... la douleur en général. Je sais pas, si je refais le point, en ce moment là, ça peut être des douleurs rhumato, des arthroses ou des Chez les gens âgés, ou des poussées inflammatoires arthrosiques ou rhumatismales chez des patients qui ont des maladies inflammatoires, Ça peut être... Qui est-ce que j'ai... qui à quoi?

Ben là j'ai une dame qui a des douleurs partout, plutôt dans un tableau soi-disant à type de fibromyalgie.

En plus de 75 ans,... euh... qui est-ce qui a de la Morphine?

Après voilà, j'ai pas mal de gens qui ont des cancers, qui sont à la maison.

Ça peut être chez des déments qui ont été agités, chez qui on a fait des échelles de douleur et on sait pas trop où ils ont mal donc à ce moment là on va plutôt mettre des trucs style DUROGESIC® sauf si c'est que aux soins par exemple, où, dans ce cas, on met de l'ACTISKENAN® juste avant la toilette par exemple.

Voilà, pour des pansements. J'ai un patient qui a été amputé, enfin ça va mieux mais voilà...

Globalement quand il y a une plainte douloureuse... ben je sais pas, en même temps, il y a une démarche diagnostique mais on commence avec du Paracétamol et s'il est pas soulagé, le patient, si la cause elle est pas soulagée, si ça va être arthrosique je peux faire des cures, alors peut être pas d'AINS mais de Prednisone, je le fais souvent. Mais des fois ça suffit pas ou ça revient dès qu'on arrête et je vais pas les laisser tout le temps sous corticoïdes. Et dans ce cas là, on met en place un antalgique plus fort.

Donc, ou on passe par la Codéine ou pas, selon le rythme de la douleur ça va aider rapidement et après on va mettre un traitement, enfin une libération prolongée adaptée.

Mais en général, voilà, ça va être par rapport à la plainte et au soulagement sur le traitement proposé qu'on met en place.

Le plus souvent, c'est plutôt sur du chronique que je mets un palier III mais ça peut être aussi sur des choses un peu aiguës. Par exemple après une fracture du bassin. »

M : « D'accord. En terme de niveau de la douleur ? vous disiez que des fois vous shuntiez le palier II... »

Dr 5 : « S'ils sont pas soulagés, en fait en général, bon après c'est toujours pareil, le monsieur à qui on fait des pansements qui a une artérite je crois qu'on n'a pas trop... même il a du arriver avec de la Morphine de l'hôpital. On n'a pas fait d'abord le Paracétamol et tout ça. »

M : « Vous pensez utiliser plus souvent les paliers III que les paliers II ? »

Dr 5 : « bof... Je dirais que je les utilise toutes les 2 semaines. En fait, c'est sûrement un petit peu plus fréquent, peut être tous les 10 jours et l'autre toutes les 3 semaines mais bon... Mais oui j'ai plus de gens sous opioïdes forts. »

M : « Lors de la mise en place de ce traitement, quelles informations pensez-vous devoir donner au patient et/ou l'entourage ? »

Dr 5 : « Ben la même chose. »

M : « La même chose ? Il y a rien qui se rajoute par rapport au palier II ? »

Dr5 : « Non, mais en général, par contre il y a des prescriptions hyper détaillées. Par exemple, sur le laps de temps entre 2 inter-doses, enfin voilà. Après sur les patches, je leur dis de faire hyper attention pour les jeter. Je leur dis toujours que de toute façon si ils ont mal, ils sont pas en surdose. Enfin si quelqu'un pose la question. Non je dis pas grand-chose de plus.

Et puis après ça dépend du contexte, si on est dans le cadre palliatif, j'ai envie qu'il soit confortable quand même... en général ça se passe mieux d'ailleurs.

Et puis ben... on réévalue... ben pareil à 48H, après selon, ça peut être toutes les semaines si il faut adapter le traitement, même 2 fois par semaine.

Et puis après, si c'est un traitement chronique, moi j'ai une dame que j'essaye d'aller voir que tous les 28 jours même si des fois elle me fait revenir au milieu, mais parce que après, quand c'est quelque chose de chronique qui est mis en place, c'est comme un autre traitement quoi.

Donc voilà, au début oui. Au début en général, enfin de toute façon quand il y a une plainte douloureuse, on est réactif...

Alors peut être plus si il y a un médicament qui fait des effets secondaires que si il y a pas mais... entre les effets secondaires et la douleur je sais pas ce que l'on va réévaluer d'abord mais les 2 donc. Mais pour répondre bien, je surveille de la même façon... après tout les paliers III donnent les même effets indésirables que les paliers II, donc comme pour les paliers II je leur dis de faire attention au transit, à la confusion, la vigilance ; je leur dis de m'appeler si ça va pas et en général là aussi on fait un point sur la douleur à , ben...48h. » »

M : « Au niveau du ressenti, de l'acceptation des paliers III vous avez noté quelque chose de particulier chez vos patients, leur entourage ? »

Dr 5 : « Ouais souvent, enfin certains quand on dit Morphine, ils ont l'impression que c'est le truc de la fin de vie ou qu'ils vont mourir, ou que c'est quand on a vraiment très très très mal, du coup ils disent « ah non

mais j'en suis pas là ! ».

Donc voilà, ça dépend de qui c'est et tout ça mais on essaye de dédramatiser, de dire que c'est un traitement comme les autres.

Voilà, après si ils ont une expérience malheureuse avec les paliers II, du coup on n'a pas trop le choix. Sinon, ben... dans ce cas là, on peut passer aux paliers II en disant « oui mais attention, peut être que ça va pas être... Les effets seront les mêmes et peut être même pires » parce qu'on va moins bien gérer les histoires de métabolisme... Bon enfin, je dis jamais que les effets seront pires mais... *rire*

Non mais voilà, ça dépend, on discute et puis après c'est toujours pareil, ça dépend de qui on a en face, de si on discute avec l'infirmière, c'est pas pareil que si on discute avec le patient. L'infirmière de l'EHPAD, on va lui dire que... on va lui expliquer de manière un peu plus, en général elles sont au courant mais ça peut arriver, ou une infirmière libérale à qui il faille expliquer que c'est plus maniable et lalalalala...

Si c'est le patient, on va s'adapter aussi par rapport à ses représentations. Mais je trouve que c'est de moins en moins ; ils ont sûrement été confrontés par le passé à la Morphine soit pour eux soit pour leur entourage et c'était pas toujours pour attendre de mourir !

Voilà euh... ouais c'est tout...

Et puis j'imagine que tu vas me parler de mon ressenti à moi encore? C'est juste plus contraignant sur les prescriptions. *-rire-* C'est des ordonnances un peu contraignantes à rédiger mais rien de dramatique. C'est toujours pareil, je préfère que les gens en aient pas besoin mais quand on a trouvé un équilibre et qu'ils sont confortables et qu'ils vomissent pas et qu'ils sont pas constipés, c'est bien. Moi après ça me gêne pas. Après je pensais... Oui y a quelques patients qui sont contents d'avoir de la Morphine aussi. Enfin, je pense à une dame. C'est presque une reconnaissance. En tout cas, dans son cas à elle, c'est sûr. C'est assez drôle. Je me demande même si elle prend tout tellement... mais bon c'est comme ça. Il y a vraiment aussi ce truc là, de la reconnaissance de la douleur. C'est quand même exceptionnel mais voilà, ça existe. Et mon ressenti, pas plus ni moins qu'un autre médicament. Enfin je préfère faire de l'ACTISKENAN® chez un petit vieux que du BI-PROFENID® par exemple. Voilà, ça c'est clair. Je vais être plus confortable à prescrire ça que si on me demande du BI-PROFENID® ou Ketoprofène que je prescrirais, enfin que je prescris une fois par an et encore sous pression quoi, chez la personne âgée j'entends ! »

M : « D'accord. Est-ce qu'il y a des cas qui vont faire que vous n'allez pas prescrire la Morphine ? Qui vous empêcheraient de la prescrire ? »

Dr 5 : «alors.... Oui forcément, il y a des fois où j'en ai pas prescrit, où je suis pas très confortable parce que je reste qu'au Paracétamol, c'est quand les gens, ils veulent pas ou quand ils ont été extrêmement intolérants et qu'il y a une pression de l'entourage pour qu'ils en reprennent pas par exemple... parce qu'ils ont vu des éléphants roses ou parce qu'ils ont été en occlusion ou je sais pas. Euh... Voilà...et dans ce cas là, il y a un petit décalage entre la plainte du patient, notre propre ressenti et celui de l'entourage. C'est là où on se dit « est-ce que », bon après ça dure pas des mois mais il peut y avoir des situations où je me dis « je prescrirais bien quelque chose pour qu'il soit soulagé » mais finalement dans l'interaction avec le patient ou son entourage, on sent que ça va pas et j'ai pas trop d'alternatives.. Mais quand il y a vraiment eu une intolérance ou par exemple un patient tout seul à la maison, je vais pas lui... voilà, ça c'est typiquement une situation où je pourrais donner de la Morphine dans d'autres circonstances et où je vais pas lui donner. Parce qu'il y a pas de surveillance et donc on va différer ou ça se passera plutôt en milieu hospitalier donc dans ce cas là, on va bidouiller pour que ça se passe...

Quelles autres situations?

Oui, après un problème aigu où je sais pas ce qu'il se passe. Bon après voilà, si il y a une fracture, on va faire une injection le temps qu'il parte... mais enfin ça m'est arrivé rarement et encore moins chez un patient de plus de 75 ans mais...

Voilà, il y en a quand même des situations, oui.

Mais à part les effets secondaires, l'isolement, l'impossibilité de surveiller, pas trop ! Et c'est la même chose pour les paliers II ! »

M : « Très bien ! Merci pour ces réponses. Si vous êtes d'accord je vais passer à des questions vous concernant plus directement ? »

Dr 5 : « Oui, vas-y. »

M : « Juste pour l'enregistrement, vous êtes une femme. Est-ce que je peux vous demander votre âge, votre année d'obtention de thèse et votre année d'installation ? »

Dr 5 : « Oui, et j'ai 38 ans, ma thèse c'était en 2007 et mon installation en 2007. »

M : « D'accord. Vous travaillez en groupe ? »

Dr 5 : « Oui. »

M : « Avec une activité urbaine ? »

Dr 5 : « Oui. »

M : « Je vois que votre cabinet est informatisé ? »

Dr 5 : « Oui. »

M : « Est-ce que vous utilisez un logiciel d'aide à la prescription ? »

Dr 5 : « Ben, oui et non, on a fait notre propre base de données directement reliée au logiciel HELLODOC®. »

M : « Vous-même ? Par rapport à votre expérience et aux médicaments que vous utilisez ? »

Dr 5 : « Oui, pour ne plus avoir ni THERATIQUE® ni VIDAL®. »

M : « D'accord. Et du coup, vous avez votre base de données, mais vous avez aussi toutes les interactions, les posologies... ? »

Dr 5 : « Ah non non non, on n'a pas les interactions. »

M : « Mais c'est que des médicaments que vous connaissez ? »

Dr 5 : « Oui. »

M : « Est-ce que vous avez des formations complémentaires ? Des DU ? »

Dr 5 : « J'ai passé un DU de gynéco et voilà. »

M : « Ok. Est-ce que vous participez à des groupes de Formation Médicale Continue (FMC) ? »

Dr 5 : « Alors je ne suis plus en Groupe de Pairs® mais des FMC, ouais. »

M : « Vous avez arrêté les Groupes de Pairs® pourquoi ? »

Dr 5 : « Euh... parce que ça ne me convenait pas comment ça se passait... Surtout depuis que j'étais très occupée. »

M : « D'accord. Est-ce que vous êtes abonnée à des revues médicales ? »

Dr 5 : « Oui, PRESCRIRE® et PRATIQUES®. »

M : « Recevez-vous des visiteurs médicaux ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? »

Dr 5 : « Jamais reçu. Parce que j'ai trop de travail. »

M : « Ok. On va passer à vous et la prise en charge des douleurs des patients de plus de 75 ans. Connaissez-vous la proportion de patients de plus de 75 ans dans votre patientèle ? »

Dr 5 : « Ouf, non. C'est quand même pas mal parce que je fais beaucoup de visites à domicile de gens très âgés. Je sais pas, je vais dire un truc qui est peut être complètement faux, 20% ou 25. Je sais pas. »

M : « Ok. Avez-vous une formation en gériatrie ? »

Dr 5 : « Non. Bon après j'ai fait de la FMC sur certains points mais... non. »

M : « Vous sentez-vous à l'aise avec cette partie de la population ? »

Dr 5 : « Oui. »

M : « Au fur et à mesure de votre pratique ou déjà dès le départ ? »

Dr 5 : « Je crois depuis toujours, ouais. C'est facile d'être à l'aise avec eux je trouve ! »

M : « D'accord. Avez-vous une formation particulière à la prise en charge de la douleur ? »

Dr5 : « Non, enfin j'ai fait une FMC sur les soins palliatifs donc je sais pas si ça peut... Et après une expérience dans la mesure où on travaille beaucoup avec l'HAD donc ça permet quand même des échanges, enfin voilà avec Santé Services sur des maintiens à domicile donc c'est vrai qu'il y a eu des fois, sur des prises en charge très spécifiques d'antalgies, les médecins co (*coordonateurs de l'HAD*) nous ont aussi transmis des choses que l'on n'utilisait plus, ou pas ou que l'on ne savait pas. Mais je n'ai pas de DU ou de Capacité sur ça. »

M : « Est-ce que vous vous sentez à l'aise avec la prise en charge de la douleur ? »

Dr 5 : « La prise en charge oui... avec la situation, pas toujours. Oui enfin voilà, c'est pas quelque chose qui me... A l'aise ? Je dirais que plutôt oui même si on est jamais très à l'aise, sinon c'est qu'il y a un truc qui cloche. »

M : « Est-ce que vous utilisez des outils d'évaluation de la douleur ? Si oui, lesquels et dans quels cas ? Si non, pourquoi ? »

Dr 5 : « Si c'est moi toute seule, je vais utiliser l'EVA soit avec la réglette, soit avec le décompte de 0 à 10 selon la situation.

Après en général sur des problèmes de douleurs aux pansements, en général, il y a une équipe infirmière et en général il y a Santé Service, j'utilise leur grille de douleur. Je sais même pas comment elle s'appelle. Alors, en fait ça dépend du patient, s'il parle ou pas mais elles ont les grilles dans les classeurs de l'HAD. Je me repose pas mal là-dessus. Voilà, ils ont les grilles en fonction. Quand ils parlent pas, ça va être uniquement sur des mimiques, après je regarde leur score, leur interprétation et en général, il y a des réunions de coordination donc... Mais je ne saurais absolument pas mettre ça en place toute seule. »

M : « D'accord. Prenez-vous en charge les plaintes algiques de vos patients vous-même ou vous arrive-t-il de les adresser à des spécialistes ? »

Dr 5 : « Ils vont être adressés à un spécialiste si je suspecte une cause que je peux pas régler moi-même. Si j'ai quelqu'un qui est gêné par une sciatique, qui est pas bien soulagé, je vais peut être l'envoyer au neurochir et/ou au radiologue pour une infiltration. Dans ce cadre là, oui.

Après le centre anti douleur, si c'est la question, en général, c'est vraiment des patients avec des parcours particuliers... Je crois que ça m'est jamais arrivé... ah si, Une ! Une patiente de plus de 75 ans que j'ai voulu adresser au centre anti douleur parce qu'elle avait déjà un parcours... elle les avait déjà tous écumés... Mais en général, c'est plus des patients qui ont des diagnostics de tableaux « fibromyalgiques » ou de douleurs chroniques que je vais adresser ou pour un bilan ou pour une aide à la prise en charge anti douleur. Mais c'est quand même plus rare dans la population de gériatrie. »

M : « D'accord. C'est plus sur une population plus jeune ? »

Dr 5 : « Ouais, enfin moi, ceux que j'ai rencontrés qui relevaient du centre anti douleur, enfin qui relevaient j'en sais rien, que moi, j'adressais au centre anti douleur parce que j'étais un peu en bout de course, ou que j'avais besoin d'une équipe, c'était plutôt des gens jeunes. Mais il y a une dame de plus de 80 ans, qui est dans des douleurs chroniques, probablement depuis longtemps, ça fait pas longtemps que je la suis et à qui j'ai proposé ça. Sauf que non, elle les connaissait déjà et... »

Après par contre, je peux demander des avis, mais, surtout sur une population de gériatrie, selon de qui il s'agit et du contexte, ça dépend si on est sur la prise en charge d'une maladie cancéreuse en palliatif, ça va être différent d'une sciatique invalidante, mais voilà, je vais beaucoup échanger avec, on peut dire que c'est des spécialistes, avec les médecins co de l'HAD, si je suis coincée. Souvent si je suis coincée, c'est souvent sur des malades comme ça, qui relèvent de l'HAD et ça fait aussi partie de leurs fonctions. Donc voilà, c'est eux, plus mes interlocuteurs, quand j'ai besoin. Souvent c'est vers eux que je me suis tournée. »

M : « D'accord. Est-ce que vous prenez en charge différemment la douleur des patients de plus de 75 ans de celle de vos autres patients ? »

Dr 5 : « Globalement, je dirais que c'est la même prise en charge sauf que comme ils ont plus de contre indications.... Voilà, sur le plan thérapeutique c'est ça qui va changer. Par exemple, j'aime pas trop donner d'AINS globalement mais c'est vrai que après 75 ans, si j'en donne c'est de manière exceptionnelle. Je donne plutôt des corticoïdes si il y a besoin de ce type de médicaments. Je vais quand même être beaucoup

plus prudente sur les morphiniques et sur les opioïdes faibles. Et puis je vérifie qu'ils soient pas en insuffisance rénale mais quand bien même, en général je leur explique toujours et/ou à l'entourage, le risque de chute, de confusion. Donc voilà, je vais le mettre moins facilement, être plus prudente, je vais diminuer les doses, je vais faire plus un peu de la cuisine que j'invente, pour commencer tout doucement. Après globalement non, c'est pas la prise en charge en elle-même, elle va être pareille, sauf que la prescription, elle, sera encore plus restreinte. »

M : « Parfait ! J'ai bientôt fini de vous embêter avec mes questions... Vous vous pensez assez formée sur le sujet des antalgiques de paliers II et III chez la personne âgée ? »

Dr 5 : « ... C'est toujours dur de dire oui parce que... On n'est jamais assez formé... Mais je me sens à l'aise avec ma pratique. »

M : « Est-ce que vous seriez intéressée par des formations complémentaires sur le sujet ? »

Dr 5 : « Oui... mais moins que plein d'autres en fait !!!! J'ai besoin de me former à plein d'autres trucs avant ça...ouais. D'autant plus que j'ai de la ressource, c'est-à-dire que par exemple sur les seringues électriques, voilà quand il y a des trucs, j'y pompe plus rien, je sais pas calculer, ben là je vais demander aux médecins de l'HAD qui sont hyper bons en gestion de la douleur ! Et je peux leur demander même quand c'est des cas bien moins complexes ! Je sais à qui demander et je sais que les gens qui vont me répondre, j'ai une confiance absolue en eux donc bon. Ils m'ont donné leur tableau et après ils m'aident et me disent ce que je dois écrire et puis voilà. » *rire*

M : « D'accord. Et si vous preniez une formation ce serait plutôt quel type de formation ? »

Dr 5 : « Sur la douleur?... Pas sur la prescription je pense. Si vraiment, la demande.... C'est difficile... j'ai vu passer un questionnaire sur la douleur et je crois que franchement sur la prescription, j'avais toutes les réponses dans PRESCRIRE®. Et même sur les douleurs neurogènes et tout... Je sais pas... Franchement, peut être sûr de la sémio, mais je sais pas ce que ça changerait en fait. »

M : « Vous n'auriez pas besoin d'un outil d'aide à la prescription autre du coup vu que vous les avez enlevés ? Sur les antalgiques de palier II et III? »

Dr 5 : « Ah tiens d'ailleurs, j'ai pas pensé à parler des psychotropes mais bon c'est rare chez les plus de 75 ans. Mais ça aussi ça peut être un frein. Ça m'est arrivé il y a pas longtemps mais elle a moins de 75 ans, une dame avec un traitement psy de malade et son psy voulait pas que je mette de la Morphine, il voulait que je mette de la Codéine... donc je me suis disputée, et j'ai vu que c'était compliqué, bon. Mais elle avait moins de 75 ans. Et ouais les psychotropes là, quand ils ont du Lithium, je sais pas combien de thymorégulateurs et des neuroleptiques et je sais pas quoi.... Je me dis « oh lala!!! quel.... » Mais bon. Voilà donc ça c'est un frein.

Non, après je sais que quand je me retape le truc des interactions je vois tous les cytochromes P « machin » je me dis « oh lala je les ai pas tous ». Mais j'ai un logiciel d'aide à la prescription en HAD parce qu'on a des tablettes numériques et je trouve pas ça très aidant, à chaque fois il me sort les mêmes trucs...Je supporte pas en fait ces machines là.

Donc non, j'ai pas l'impression qu'un logiciel, je pense que si ...voilà, si je devais me former à la douleur, voilà, si, ce que je maîtrise pas bien du tout et que j'aimerais mieux maîtriser c'est tout ce qui est évaluation, voilà les fameuses grilles. Je délègue en fait.

Voilà peut être que ce serait le plus, ce dont j'aurais le plus besoin. C'est-à-dire que voilà pour le moment c'est d'autres gens qui le font à ma place mais voilà si je voulais être complète, c'est peut être ça que je ferais. »

M : « D'accord, parfait. Merci beaucoup Dr 5 pour le temps que vous m'avez accordé. »

Annexe 8 : Exemple entretien 8 :

M : « Bonjour Dr 8. Merci de me recevoir dans votre cabinet. Je vous rappelle brièvement que l'entretien va porter sur vos prescriptions d'antalgiques de paliers II et III chez la personne âgée de plus de 75 ans. Avant de commencer, cela vous dérange-t-il si j'enregistre notre conversation ? »

Dr 8 : « Oh non, vous pouvez... Mais je vais peut-être dire des bêtises ! » *Rire*

M : « Merci, on va donc pouvoir commencer. Comment vivez vous la différence de prescription entre les paliers II et les paliers III chez la personne âgée de plus de 75 ans ? »

Dr 8 : « Oh et bien plutôt très bien. Je ne prescris que très peu de paliers II, et alors chez la personne âgée ça doit se compter sur les doigts d'une main, le nombre de fois où je l'ai donné. Je fais très vite du palier III. Le palier II, soit l'efficacité est incertaine pour la Codéine, soit on a le Tramadol qui, pour moi, n'est pas très bien supporté dans mon expérience ; et en plus avec un nombre d'interactions tellement important que je m'en passe...

Je préfère donner de la Morphine à petite dose ! Chez la personne âgée je ne peux pas donner d'AINS, alors on commence par le Paracétamol mais après si la douleur est importante je passe au palier III. »

M : « Alors j'ai bien compris que c'était très très rare mais est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus sur vos prescriptions de palier II ? »

Dr 8 : « Oui, mais bon, encore une fois c'est très très rare. Si la douleur dépasse 6/10 je propose de très faibles doses de Morphine et pour les douleurs plus faibles je donne du Paracétamol. Exceptionnellement, je vais peut-être mettre un Paracétamol-Codéiné mais c'est très exceptionnel.

Si je le fais, ça sera plutôt sur des problèmes articulaires, des radiculalgies, une chondrocalcinose ou de l'arthrose ; mais, je me répète, c'est très rare, sur des toutes petites périodes et chez des gens qui ont été plus jeunes à prendre de la Codéine et chez qui ça marchait très bien.

J'en ai aucun qui prend tous les jours, enfin en chronique un palier II.

Si je leur donne je leur dis de faire très attention aux nausées, à la constipation, aux troubles du comportements, et aux troubles de la mémoire... et puis aux chutes aussi, ça chez la personne âgée...

De toute façon je suis joignable si besoin, mais je préfère, dans les jours qui suivent, les appeler... Déjà pour savoir si ça va mieux... Et surtout si c'est bien toléré ! Enfin, je fais ça que chez les personnes âgées ! Les jeunes, ils se débrouillent... ils savent utiliser le téléphone pour m'appeler ! »

M : « Est-ce que vous avez noté un ressenti particulier vis-à-vis de la prescription de paliers II, de la part de vos patients et de leur entourage ? »

Dr 8 : « Ben... la Codéine est parfois rapportée comme inefficace, malgré des fortes doses, sur des douleurs intermédiaires... Et puis ben... le Tramadol, j'ai eu que des mauvaises expériences, alors je ne l'utilise plus... donc maintenant je n'en ai plus le moindre retour... J'avais que des patients qui avaient des vertiges, des malaises lipothymiques...

En fait, c'est aussi influencé par mon ressenti personnel maintenant !

Il y a un article qui est fondateur pour moi dans PRESCRIRE®. J'avais arrêté d'en donner avant de le lire, mais depuis les paliers II, c'est vraiment fini ! Il m'a conforté sur mon impression personnelle. Si tu veux je te le sortirais plus tard ? »

M : « Ah oui je pense savoir duquel vous parlez ! Mais oui, merci. » - *Pour mémoire, l'article est sorti de la revue Prescrire, de novembre 2015, intitulé « Les antalgiques opioïdes dits faibles » (tome 35 n°385 p831-p838)-* « Très bien, est-ce que maintenant, vous pouvez me parler un peu plus de vos prescriptions

d'antalgiques de palier III ? »

Dr 8 : « Ah ben là... je vais avoir plus de choses à dire !

J'utilise de préférence l'Oxycodone... même si je crois, y a pas d'indication hors cancérologie, mais c'est pas grave, je l'utilise quand même

Là encore, c'est personnel, mais je trouve que la Morphine, c'est à dire le SKENAN® ou l'ACTISKENAN®, constipe toujours beaucoup plus que l'Oxycodone.

J'aime pas les patchs non plus, pour des problèmes de titration et pour des problèmes de passage plasmatique très variable en fonction des gens. Je trouve que c'est pas maniable.

Après, en sédation terminale, il m'arrive d'utiliser les voies IV et sous-cutanées. Et là encore je préfère l'Oxycodone, pour les mêmes raisons.

Pour la cancéro, les problèmes articulaires, euh voyons... ah et le zona, je préfère l'Oxycodone en per os. Avec les opioïdes forts, je les mets aussi bien sur des cures courtes qu'en chronique. Euh voilà... qu'est que vous voulez savoir de plus ? »

M : « Vous avez une idée de votre fréquence d'utilisation des paliers III ? »

Dr 8 : « Oh, j'en initie pas tous les jours non plus... loin de là... Mais je dois en mettre 2 à 3 fois par mois. Par contre, je fais des renouvellements morphiniques plusieurs fois par semaine pour des patients qui prennent ces molécules au long cours. »

M : « Vous m'avez confié, que lors de la prescription de paliers II, vous préveniez vos patients des possibles effets indésirables et que vous rappeliez les patients âgés ; faites vous la même chose lors de la prescription de paliers III ? »

Dr 8 : « Bien-sûr, je leur parle des effets secondaires, comme pour n'importe quel traitement d'ailleurs. Pour le coup, je crains les mêmes choses que pour les paliers II. Je me méfie surtout des troubles du comportement. J'ai des patients qui ont complètement déconnecté même à très faible dose... Donc je fais attention. Mais bon, le nombre de patients qui l'ont mal supporté est bien moins important qu'avec le Tramadol. Et oui, comme pour les palier II, si la personne est âgée, j'appelle la famille, le lendemain, le surlendemain... et si tout se passe bien, qu'il y a pas d'effet particulier, si l'efficacité est correcte, on se revoit 28 jours après. »

M : « Y a-t-il des cas où vous ne prescrieriez pas les antalgiques de paliers III, alors que la situation le nécessiterait ? »

Dr 8 : « Si j'évalue la douleur comme pas assez importante pour nécessiter un palier III, je ne le mettrais pas; mais si le patient me déclare une EVA supérieure à 6, y a pas de raison que je ne l'utilise pas. Ah si, sauf si la personne vit seule, parce que j'ai pas de moyens d'avoir un retour si ça se passe mal! Du coup là c'est peut être plus hospit ! »

M : « Et est-ce que vous pouvez me parler du ressenti de vos patients vis-à-vis des paliers III ? »

Dr 8 : « Non, mais en fait moi je leur explique que prendre un opioïde fort à faible dose par rapport à un palier II à forte dose et bien c'est probablement plus efficace et un peu mieux supporté. Moi je préfère car je suis au moins sûr d'être efficace ; j'ai pas à me casser les pieds avec les interactions médicamenteuses. Après, moi je trouve que c'est pas les patients qui tiquent le plus sur les prescriptions de Morphine... Euh je devrais pas dire ça en étant enregistré ! Je vais me taire. »

M : « Ne vous inquiétez pas... les enregistrements sont juste pour bien analyser vos propos. Je les anonymise moi-même, il n'y a que moi qui réécoute, que moi qui sais qui a dit quoi... »

Dr 8 : « Bon ... Je citerais pas de nom... Moi j'ai déjà eu un pharmacien qui a refusé de délivrer des morphiniques car il trouvait que c'était trop fort pour le ou la patiente... J'ai eu le problème avec ma maman même ! Elle avait un problème aigu qui entraînait de très grosses douleurs, je lui ai donc prescrit du Paracétamol en systématique et fait une titration avec de l'Oxycodone, mais le pharmacien a refusé de lui délivrer car ça aller la rendre malade... du coup il lui a donné de l'IXPRIM® à la place sans ordo et sans prendre mon avis et elle l'a très mal supporté... Alors si ils font à chaque fois ça...

Pareil, il m'est arrivé souvent de devoir longuement me justifier auprès des infirmières sur mon choix car elles osaient pas donner les inter-doses...

Je dirais que le mauvais retour et le blocage, dans mon expérience, vient plus des para-médicaux qui

entourent le patient... »

M : « Très bien, je vous remercie d'avoir osé le dire, c'est une information non négligeable ! Si vous êtes d'accord je vais maintenant vous poser des questions un peu plus fermées pour vous connaître mieux ! »

Dr 8 : « Si c'est trop indiscret je répondrai pas ! » *Rire*

M : « Sans problème ! Donc pour l'enregistrement, vous êtes un homme. Est-ce que je peux vous demandez votre âge ? »

Dr 8 : « 55. »

M : « En quelle année avez vous passé votre thèse, et en quelle année vous êtes vous installé ? »

Dr 8 : « Thèse en 1995 et installation en 1997. »

M : « Vous travaillez seul ? »

Dr 8 : « Oui. On était 2, mais malheureusement je me retrouve seul depuis 3ans, après le départ à la retraite de mon associé. »

M : « Vous avez une activité plutôt rurale ? »

Dr 8 : « Oh oui ! »

M : « Je vois que votre cabinet est informatisé. Utilisez vous un logiciel d'aide à la prescription ? »

Dr 8 : « Non. J'ai effectivement un ordinateur où je classe dans le disque dur les courriers et les ordos de mes patients. Mais je n'ai pas de logiciel médical. J'ai horreur des cases à cocher... Donc tous les programmes où il faut cocher 1 matin, 1 midi, 1 soir... c'est pas pour moi ! C'est aussi par flemme d'adaptation de ma part... j'ai pas envie... c'est plus simple pour moi de faire un copier-coller sur un logiciel traitement de texte ! Ça va plus vite.

Et puis surtout, je préfère réfléchir aux interactions et pas me fier à un truc automatique ! Y a tellement d'interactions qui clignotent rouge avec ces logiciels ! Si j'ai un doute, je regarde le VIDAL® ou Le Guide Des Interactions de PRESCRIRE®.

M : « Très bien. Avez-vous des formations complémentaires ? Des DU ? »

Dr 8 : « Non. »

M : « Participez-vous à des formations médicales continues ? »

Dr 8 : « Oui. Mais les deux dernières, c'était plus dans des projets de recherche en médecine générale avec l'IRMG -*Institut de Recherche en Médecine Générale*- »

M : « Faites-vous partie d'un groupe de Pairs® »

Dr 8 : « Oui. j'y participe une fois par mois. »

M : « Êtes-vous abonné à des revues médicales ? »

Dr 8 : « Oui, à PRESCRIRE®. Et c'est tout. »

M : « Recevez-vous des visiteurs médicaux, et pourquoi ? »

Dr 8 : « Non. Ça ne m'apporte rien. Ça me ferait perdre du temps et en plus j'aurais peur d'être influencé ! »

M : « OK. On va passer à des questions portant à nouveau un peu plus sur votre prise en charge du patient de plus de 75 ans douloureux. Est-ce que vous connaissez la proportion de plus de 75 ans dans votre patientèle. »

Dr 8 : « Alors j'ai plus le chiffre exact en tête. Mais c'était sur mon SNIR. C'est beaucoup, plus de 30 %. »

M : « Avez-vous une formation en gériatrie, des stages ? »

Dr 8 : « Non. »

M : « Est-ce une population avec laquelle vous vous sentez à l'aise ? »

Dr 8 : « Oui... Pas de suite mais oui, avec le temps et l'expérience. »

M : « Vous n'avez pas non plus de formation à la douleur ? Peut-être avez-vous fait des stages lors de votre cursus initial ? »

Dr 8 : « Non plus. »

M : « Êtes-vous à l'aise avec la prise en charge de cette plainte ? »

Dr 8 : « Ouais ! Ça a infusé lentement ; mais au fur et à mesure je me suis fait une bonne expérience sur les plaintes algiques. » *Rire*

M : « Utilisez vous des outils pour l'évaluation de la douleur ? »

Dr 8 : « Oui, à chaque fois que ça devient chronique. Mais j'utilise des choses simples : l'échelle verbale : « Donnez moi le niveau de votre douleur entre 0 et 10 ?! ». J'ai pas la réglette pour l'EVA. Quand c'est chronique, ça me permet de réévaluer mon traitement. En aigu je l'utilise pas vraiment, même pas du tout en fait ! »

M : « Vous arrive-t-il d'adresser vos patients douloureux ? »

Dr 8 : « Oui, et pas forcément que chez les personnes âgées. J'ai quelques patients qui vont consulter au centre anti-douleur... comme les lombalgiques chroniques. Eux, ils peuvent aussi finir en neuro ou en neurochir si ils ont besoin d'une infiltration pour soulager leur douleur. Euh, voilà. »

M : « Très bien, j'ai presque fini avec toutes mes questions ! Vous pensez-vous assez formé sur la prise en charge de la douleur des sujets âgés ? »

Dr 8 : « On n'est jamais assez formé, mais ce que je sais me suffit dans ma pratique de tous les jours ! »

M : « Seriez-vous intéressé par une formation complémentaire sur le sujet ? »

Dr 8 : « Volontiers oui ! Un petit séminaire de 2 jours pour remettre mes idées en place, et échanger avec un spécialiste de la douleur ça serait pas mal. »

M : « Auriez-vous besoin d'un outil d'aide à la prescription ? »

Dr 8 : « Non, je préfère continuer à lire PRESCRIRE® et réfléchir sur le moment par moi même ! »

M « Et bien j'ai fini. Merci pour vos réponses et votre temps »

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

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

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

La prescription d'antalgiques de palier II et III par le médecin de premier recours, chez les personnes âgées, vivant au Pays Basque.

Résumé

Introduction : La douleur est une plainte essentielle en médecine générale. A l'heure actuelle les paliers de l'OMS, essuient de plus en plus de critiques et la place des paliers II semble de plus en plus discutable. Il est alors intéressant de chercher à connaître la place que les médecins généralistes leur donnent dans la pharmacopée antalgique chez le sujet âgé.

Objectif : Mettre en évidence l'existence ou l'absence d'une démarche unifiée, standardisée dans la prescription des opioïdes chez les personnes de plus de 75 ans, en médecine générale.

Matériel et méthode : Étude qualitative par entretien semi-dirigé auprès de médecins généralistes du Pays Basque, entre avril et décembre 2016.

Résultats : Au total onze entretiens ont été menés. Il n'est pas retrouvé de stratégie unifiée pour la prescription des opioïdes chez la personne âgée, par le médecin traitant. Pour justifier leurs pratiques et le choix des molécules utilisées, les médecins s'appuient tous sur leur expérience personnelle et pour certains sur des formations (DU) ou lecture de revues tertiaires. Le principal frein retrouvé dans notre étude à ces prescriptions d'opioïdes est l'existence d'effets secondaires de cette classe antalgique.

Conclusion : Notre étude met en avant 3 profils de prescripteurs d'opioïdes chez le sujet âgé :

- les médecins respectant systématiquement l'escalade des paliers de l'OMS pour la prescription des antalgiques ;
- les médecins suivant les paliers de l'OMS le plus souvent possible mais préférant une faible dose de paliers III à un palier II chez les sujets âgés fragiles ;
- les médecins préférant systématiquement la mise en place d'un palier III à un palier II.

Mot-clés : médecins généralistes, opioïdes, paliers II, paliers III, personnes âgées.

The prescription of painkillers of step II and III, by the doctor of first resort, in the elderly, living in the Basque Country.
Summary

Introduction : Pain is an essential complaint in general practice. At present, the WHO analgesic ladder are increasingly being scrutinized and the efficacy of the steps seems increasingly debatable. It is therefore interesting to investigate the importance that general practitioners place on analgesic pharmacopoeia in the elderly.

Objective : To demonstrate the existence or absence of a standardized approach to prescribing opioids in people over 75 years of age, in general practice.

Material and method: Qualitative study by semi-directed interview with general practitioners of Basque Country, between April and December 2016.

Results : A total of eleven interviews were conducted. There is no unified strategy for the prescription of opioids in the elderly by the attending physicians. To justify their practices and their choice of molecules used, doctors all rely on their personal experience and for some on training (University degrees) or reading of tertiary journals. The main limitation in our study to these prescriptions is the side effects of this analgesic class.

Conclusion : Our study highlights 3 profiles of opioid prescribers in the elderly:

- physicians systematically observing the escalation of WHO analgesic ladder for the prescription of analgesics;
- physicians monitoring the WHO levels as often as possible and who prefer a low dose of step III to a step II in the frail elderly;
- physician preferring systematically the usage of a step III to a step II.

Keywords : general practitioners, opioids, step II, step III, elderly.

Discipline : Médecine Générale

Intitulé et adresse de l'U.F.R : 146 rue Léo Saignat, case 148, 33076 Bordeaux, CEDEX

La prescription d'antalgiques de palier II et III par le médecin de premier recours, chez les personnes âgées, vivant au Pays Basque.

Résumé

Introduction : La douleur est une plainte essentielle en médecine générale. Actuellement les paliers de l'OMS essuient de nombreuses critiques et la place des paliers II semble de plus en plus discutable. Il est alors intéressant de connaître la façon dont les médecins généralistes l'utilisent chez le sujet âgé.

Objectif : Mettre en évidence l'existence ou l'absence d'une démarche unifiée, standardisée dans la prescription des opioïdes chez les personnes de plus de 75 ans, en médecine générale.

Matériel et méthode : Étude qualitative par entretiens auprès de médecins généralistes du Pays Basque, entre avril et décembre 2016.

Résultats : Onze entretiens ont été menés. Il n'a pas été retrouvé de stratégie unifiée pour la prescription des opioïdes chez la personne âgée, par le médecin traitant. Pour justifier leurs pratiques et le choix des molécules utilisées, les médecins s'appuyaient tous sur leur expérience personnelle et pour certains sur des formations (DU) ou lecture de revues tertiaires. Le principal frein retrouvé dans notre étude à ces prescriptions d'opioïdes était l'existence d'effets secondaires de cette classe antalgique.

Conclusion : Notre étude mettait pas en avant de démarche unifiée mais 3 profils de prescripteurs :

- ceux respectant l'escalade des paliers de l'OMS ;
- ceux suivant les paliers de l'OMS si possible mais préférant une faible dose de paliers III à un palier II chez les sujets âgés fragiles ;
- ceux préférant systématiquement la mise en place d'un palier III à un palier II.

Mot-clés : médecins généralistes, opioïdes, paliers II, paliers III, personnes âgées.

The prescription of painkillers of step II and III, by the doctor of first resort, in the elderly, living in the Basque Country.

Summary

Introduction : Pain is an essential complaint in general practice. At present, the WHO analgesic ladder are increasingly being scrutinized and the efficacy of the steps seems increasingly debatable. It is therefore interesting to investigate the importance that general practitioners place on analgesic pharmacopoeia in the elderly.

Objective : To demonstrate the existence or absence of a standardized approach to prescribing opioids in people over 75 years of age, in general practice.

Material and method: Qualitative study by semi-directed interview with general practitioners of Basque Country, between April and December 2016.

Results : A total of eleven interviews were conducted. There was no unified strategy for the prescription of opioids in the elderly by the attending physicians. To justify their practices and their choice of molecules used, doctors all relied on their personal experience and for some on training (University degrees) or reading of tertiary journals. The main limitation in our study to these prescriptions was the side effects of this analgesic class.

Conclusion : Our study highlighted 3 profiles of opioid prescribers in the elderly:

- physicians systematically observing the escalation of WHO analgesic ladder for the prescription of analgesics;
- physicians monitoring the WHO levels as often as possible and who prefer a low dose of step III to a step II in the frail elderly;
- physician preferring systematically the usage of a step III to a step II.

Keywords : general practitioners, opioids, step II, step III, elderly.

Discipline : Médecine Générale

Intitulé et adresse de l'U.F.R : 146 rue Léo Saignat, case 148, 33076 Bordeaux, CEDEX
