



HAL
open science

Prescription des opioïdes forts dans la douleur chronique : perceptions et difficultés en médecine générale

Adrien Kuntzmann

► **To cite this version:**

Adrien Kuntzmann. Prescription des opioïdes forts dans la douleur chronique : perceptions et difficultés en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01956343

HAL Id: dumas-01956343

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01956343>

Submitted on 15 Dec 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE**

**PRESCRIPTION DES OPIOIDES FORTS DANS LA
DOULEUR CHRONIQUE : PERCEPTIONS ET
DIFFICULTÉS EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

**THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE
DISCIPLINE : MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine de Nice
Le 20 septembre 2018

Par
KUNTZMANN Adrien
Né le 11 juin 1989 à Strasbourg (Bas-Rhin)

JURY :

Président du jury
Monsieur le Professeur HOFLIGER Philippe

Assesseurs
Madame le Docteur CAPRIZ Françoise
Monsieur le Professeur GARDON Gilles
Monsieur le Professeur RAUCOULES-AIMÉ Marc

Directrice de thèse
Madame le Docteur MAILLAND-PUTEGNAT Véronique

**UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE**

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Vice-Doyen

Assesseurs

M. BAQUÉ Patrick

M. BOILEAU Pascal

M. ESNAULT Vincent

M. DELLAMONICA Jean

Mme BREUIL Véronique

M. MARTY Pierre

Conservateur de la bibliothèque

Directrice administrative des services

Doyens Honoraires

Mme AMSELLE Danièle

Mme CALLEA Isabelle

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc

M. BALAS Daniel

M. BATT Michel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. CANIVET Bertrand

M. CASSUTO Jill-patrice

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

Mme CRENESSE Dominique

M. DARCOURT Guy

M. DELLAMONICA Pierre

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DESNUELLE Claude

M. DOLISI Claude

M. FRANCO Alain

M. FREYCHET Pierre

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. GRIMAUD Dominique

M. HARTER Michel

M. INGLESAKIS Jean-André

M. JOURDAN Jacques

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE FICHOUX Yves

Mme LEBRETON Elisabeth

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. ORTONNE Jean-Paul

M. PRINGUEY Dominique

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. SCHNEIDER Maurice

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M. VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. PHILIP Patrick
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHELIS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)

Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
 Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
 M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
 Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
 M. BRONSARD Nicolas Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
 Mme BUREL-VANDEBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
 M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
 M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
 M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
 M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
 M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
 Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
 Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
 M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
 Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
 Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
 Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
 Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
 Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
 Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
 M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
 Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
 Mme SEITZ-POLSKI Barbara Immunologie (47.03)
 M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
 M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
 M. ILIE Marius Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
 Mme HURST Samia Thérapeutique (48.04)

M. PAPA Michel Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M. BALDIN Jean-Luc Médecine Générale (53.03)

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François

Médecine Interne

M. BROCKER Patrice

Médecine Interne Option Gériatrie

M. CHEVALLIER Daniel

Urologie

Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella

Médecine Physique et Réadaptation

M. JAMBOU Patrick

Coordination prélèvements d'organes

M. ODIN Guillaume

Chirurgie maxilo-faciale

M. PEYRADE Frédéric

Onco-Hématologie

M. PICCARD Bertrand

Psychiatrie

M. QUARANTA Jean-François

Santé Publique

REMERCIEMENTS

Au Professeur Hofliger pour me faire l'honneur de présider mon jury et pour ses corrections et son expertise ayant permis la synthèse de la rédaction, et ainsi de mettre en valeur mon travail de recherche

Au Professeur Gardon, au professeur Raucoules-Aimé, et au Docteur Capriz pour avoir porté intérêt à mon sujet et avoir accepté de juger mon travail

Au Dr Mailland-Putegnat, pour sa disponibilité, sa patience tout au long de la direction de ce travail ainsi que pour son soutien et sa confiance permanente.

Au Docteur Tetart pour son aide précieuse et ses conseils méthodologiques

Au Docteur Prate pour ses conseils à l'organisation et à la rédaction

Aux médecins qui ont participé à mon étude, qui m'ont accordé sans hésiter de leur temps de travail

Aux médecins rencontrés tout au long de ma formation et qui ont façonné mon approche de la médecine générale, mais aussi aux amitiés créées lors de mon parcours médical

A Robin, avec lequel j'ai emprunté cette bonne direction

A mes parents, pour leur soutien toutes ces années et leur amour indéfectible

A Marc, Laurent, Stéphane, Raphael, Ruben, Thomas, Clément, Mike, Dorian, Quentin et les autres pour tous les instants de décompression et de passion partagée

A Hélène, ma plus belle rencontre, pour chaque instant partagé, mais aussi pour tes nombreuses relectures et ton soutien dans ce travail. Merci de me donner du courage, de l'énergie et le sourire au quotidien.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	10
II.	MATERIEL ET METHODE.....	12
	A. Les objectifs de l'étude	12
	B. Le choix de la méthodologie et sa justification.....	12
	1. Type d'étude : la recherche qualitative	12
	2. L'entretien individuel semi-dirigé	12
	3. La Saturation des données	13
	4. L'Analyse	13
	C. La méthode en pratique	13
	1. La recherche documentaire	13
	2. L'élaboration du guide d'entretien	14
	3. L'échantillon.....	14
	4. Le déroulement des entretiens	15
	5. La retranscription et l'analyse des données	15
III.	RESULTATS	16
	A. Approche quantitative de l'échantillon	16
	1. Le recrutement	16
	2. La réalisation des entretiens.....	16
	3. Les caractéristiques des médecins inclus	16
	B. Situations cliniques évoquées.....	16
	C. La perception des opioïdes forts par les médecins	17
	1. Une classe très utile mais imposant une attention permanente	17
	2. Multiplicité des spécialités et des galéniques disponibles	18
	3. Des risques limités	18
	4. Une sous-utilisation des opioïdes forts	18
	5. Des représentations anciennes parfois ancrées	19
	D. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes	19
	1. Déterminer l'indication.....	19
	2. Le maniement.....	19
	3. L'information au patient et ses représentations.....	20
	a) Représentations générales	20
	b) Représentations selon différents profils de patients	20
	4. Le mésusage et la toxicomanie	21
	5. Evaluation de la douleur	21
	E. Les freins à la prescription des opioïdes forts	21
	1. Les effets indésirables	21
	2. La dépendance.....	22
	3. Le grand âge.....	23
	4. Les contraintes organisationnelles	23
	5. La réglementation de la prescription.....	23
	F. Les différences de perception selon l'origine cancéreuse ou non des douleurs	24
	1. La douleur liée au cancer	24
	a) La douleur cancéreuse, un symptôme prioritaire pour le médecin généraliste ..	24
	b) Absence de certains freins dans la douleur cancéreuse	24
	c) La collaboration avec le cancérologue	25
	2. La douleur non cancéreuse.....	25
	a) Des alternatives thérapeutiques plus nombreuses	25

b)	La douleur chronique non cancéreuse : concept plus abstrait	25
c)	Un profil de patients différent	26
d)	Une préoccupation liée aux prescriptions de long cours	26
3.	Des modalités de prescription différentes	27
G.	Les perspectives d'évolution proposées par les médecins	27
1.	Une meilleure communication entre les acteurs du système de soins	27
2.	Des outils adaptés à la pratique	28
3.	La formation à la douleur et les recommandations	28
4.	L'évaluation de la douleur	28
IV.	DISCUSSION	29
	BIBLIOGRAPHIE	37
	LISTE DES ABREVIATIONS	39
	ANNEXES	40

I. INTRODUCTION

La douleur aiguë joue un rôle d'alarme qui va permettre à l'organisme de réagir et de se protéger. Lorsque la douleur évolue depuis plus de trois à six mois, elle est définie comme chronique et devient une maladie à part entière. Elle intègre alors des composantes sensorielles, mais aussi psychologiques, comportementales et socioculturelles, et altère la qualité de vie des patients. Le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental depuis la loi du 4 mars 2002 ⁽¹⁾ et quatre plans nationaux successifs ont permis l'amélioration de sa prise en charge.

La douleur chronique touche un adulte sur cinq ⁽²⁾⁽³⁾. Les médecins généralistes sont en première ligne, avec près d'une consultation sur deux qui fait apparaître une plainte douloureuse ⁽⁴⁾⁽⁵⁾, ce qui en fait l'un des principaux motifs de recours. La prise en charge de la douleur est en grande majorité assurée par les généralistes ⁽²⁾, et c'est eux également qui prescrivent les opioïdes forts pour trois quarts des patients qui bénéficient de ces traitements ⁽⁶⁾.

La prise en charge de la douleur nociceptive est articulée selon la classification des antalgiques à trois paliers élaborée en 1986 par l'OMS ⁽⁷⁾. Le troisième palier, composé des opioïdes forts, que nous abrègerons « OF », a été considérablement étoffé avec la multiplication des galéniques et des spécialités disponibles en France. Les indications de ces OF, initialement utilisés dans la prise en charge des douleurs cancéreuses, ont été progressivement élargies aux douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC). Cette évolution des AMM et des remboursements s'appuie sur des recommandations successives dont les premières, élaborées en 1999, visaient à améliorer la prise en charge des patients douloureux chroniques en rhumatologie (Recommandations de Limoges) ⁽⁸⁾.

Il existe des freins à la prescription des OF, à la fois pour les médecins et pour les patients. Pour les médecins, les principaux obstacles sont les effets indésirables, les appréhensions liées à la dépendance, et une connaissance insuffisante de ces médicaments ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾. Les patients redoutent eux aussi les effets indésirables et sont souvent marqués par des représentations de fin de vie, dépendance et gravité liées aux OF ⁽¹¹⁾. Plusieurs études suggéraient que les médecins avaient des réticences plus importantes à prescrire des opioïdes forts pour les DCNC que pour des douleurs cancéreuses, sans expliquer cette différence ⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾.

L'utilisation des OF progresse en France. Une étude a relevé une augmentation de 75% entre 2004 et 2015 avec une nette progression des prescriptions pour les douleurs chroniques non cancéreuses ⁽¹³⁾. L'AFSSAPS avait déjà publié en 2004 une mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans la DCNC ⁽¹⁴⁾, rappelant que tous les syndromes douloureux chroniques ne doivent pas être pris en charge par OF et invitant les prescripteurs à la prudence et à une réflexion approfondie. En 2018 est publiée une analyse sur 10 ans de l'évolution de l'utilisation des antalgiques en France, retrouvant l'oxycodone et le fentanyl en très forte progression ⁽¹⁵⁾.

Les données récentes font état d'une explosion des prescriptions d'OF outre-Atlantique, associée à une large augmentation des cas de mésusage et de décès ⁽¹⁶⁾. La presse grand public américaine et internationale s'est emparée de ce « scandale » des OF et plusieurs états américains ont attaqué en justice le promoteur de l'oxycodone qui a plaidé coupable d'une promotion agressive et a été condamné. L'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) a ajusté sa position en affirmant le caractère indispensable des OF dans la douleur aiguë et en fin de vie, mais mettant en garde contre la prescription dans la douleur chronique. Elle laissait toutefois une place pour les OF à faible doses chez des patients chroniques soigneusement sélectionnés ⁽¹⁷⁾.

La Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) a élaboré en février 2016 les recommandations nationales les plus récentes ⁽¹⁸⁾ en réaction à la controverse relancée sur l'utilisation des opioïdes forts dans la DCNC par la situation aux Etats-Unis. Elles consacrent une part importante au mésusage ainsi qu'aux outils permettant de le dépister.

Souhaitant pratiquer la médecine générale en exercice libéral, je serai concerné au premier rang par la prise en charge des patients douloureux chroniques et la prescription des OF. Suite à mes expériences de remplacement en ville et de travail en EHPAD, j'ai souhaité réaliser cette étude ciblée sur les représentations et le vécu des médecins généralistes, en rencontrant ceux qui exercent dans les Alpes-Maritimes.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Les objectifs de l'étude

L'objectif principal est de recueillir les perceptions et difficultés ressenties par les médecins généralistes quant à la prescription d'opioïdes forts dans la douleur chronique.

L'objectif secondaire est d'identifier si la prescription est perçue différemment selon l'origine cancéreuse ou non de la douleur.

B. Le choix de la méthodologie et sa justification

1. Type d'étude : la recherche qualitative

L'étude s'inscrit dans la démarche de la recherche qualitative dont l'objectif est la compréhension et l'interprétation des phénomènes dans leur milieu naturel. Cette technique permet de mettre en lumière, à travers les expériences et représentations personnelles, les processus conscients et inconscients qui guident les comportements professionnels. A la différence des études quantitatives, la méthode qualitative recherche la signification plutôt que la fréquence. Elle ne s'appuie pas sur des données statistiquement significatives, mais sur la richesse des données et la production de théories ⁽¹⁹⁾.

2. L'entretien individuel semi-dirigé

La technique de l'entretien produit un discours qui permet d'accéder aux représentations des interviewés et aux déterminants de leurs comportements, en lien avec leur expérience. « L'entretien révèle la logique d'une action, son principe de fonctionnement » ⁽²⁰⁾. Le choix s'est porté sur des entretiens individuels au détriment des entretiens collectifs, dans l'objectif de faciliter l'expression des ressentis personnels et d'atteindre plus de profondeur, mais également de permettre une organisation plus souple pour les participants.

L'entretien semi-dirigé permet de structurer le discours sans le diriger en définissant les thèmes à aborder, tout en laissant la possibilité d'évoquer des concepts non attendus par l'enquêteur. Le recueil de données est alors riche et fidèle aux perceptions du sujet interrogé.

3. La Saturation des données

Lorsqu'un certain nombre d'entretiens ont été réalisés, les informations recueillies apparaissent redondantes et semblent n'apporter plus rien de nouveau. En prenant soin d'avoir recherché un maximum de diversification dans l'échantillon, on peut alors juger qu'un point de redondance est atteint et mettre un terme à la série d'entretien ⁽²⁰⁾.

4. L'Analyse

La méthodologie qualitative implique une analyse inductive, réalisée à partir des retranscriptions des entretiens. La lecture répétée de ces retranscriptions permet une analyse thématique, par codage des idées sans catégorisation préétablie (modèle de la théorisation ancrée). Au fur et à mesure, les multiples étapes d'analyse permettent de réorganiser le codage thématique, en affinant l'interprétation des discours.

C. La méthode en pratique

1. La recherche documentaire

La recherche documentaire a été menée à l'aide de Pubmed, Cismef et Google Scholar en utilisant les mots clés suivants : « morphine », « opioïdes forts », « douleur chronique » « médecine générale », « soins primaires », et leurs équivalents anglais. Une première sélection d'articles a été réalisée, puis enrichie par les publications issues des références bibliographiques de ces articles et par les recommandations existantes.

La recherche des travaux universitaires traitant des opioïdes forts, menée avec le concours des documentalistes de la BU de Nice, n'a pas mis en évidence de travaux similaires mettant en relation la prescription dans les douleurs cancéreuses et non cancéreuses.

2. L'élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien est le fil rouge permettant la réalisation des entretiens semi-dirigés. Élaboré à l'aide de questions ouvertes, il permet d'aborder les différents thèmes souhaités, tout en évitant d'induire ou de restreindre les réponses. En parallèle de ces questions ouvertes, des questions de relance sont prévues afin d'approfondir certains thèmes et pour faire préciser les concepts émergents. Ce guide d'entretien, présenté en annexe, est constitué de quatre parties :

- 1) Une première partie, narrative, a pour objectif d'amorcer le discours et la réflexion sur une expérience de prescription, puis d'aborder les différences ressenties entre la prise en charge d'une douleur cancéreuse et celle d'une douleur non cancéreuse.
- 2) Les difficultés et les freins des médecins sont recherchés ensuite, parfois retrouvés à travers des situations marquantes.
- 3) Puis le ressenti global sur la prescription est évoqué, permettant de recueillir la perception des médecins concernant les opioïdes forts, constituant pour partie une synthèse des différentes idées abordées et permettant d'ouvrir sur les perspectives d'amélioration.
- 4) Enfin, sont recueillies les données permettant de caractériser l'échantillon et de lui garantir une diversité suffisante. Ces données sont présentées sous forme de tableau en annexe.

Ce guide a été soumis à l'expertise du Dr Yohann Tetart, membre de la cellule recherche qualitative de la faculté de médecine de Nice, dont les conseils ont permis d'affiner sa réalisation. Deux entretiens tests ont été réalisés afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions et d'évaluer le temps nécessaire à la réalisation de chaque entretien.

3. L'échantillon

L' inclusion est basée sur un critère élémentaire, l'exercice de la médecine générale libérale dans les Alpes Maritimes. La participation à l'étude était entièrement basée sur le volontariat et soumise au consentement des médecins à l'enregistrement, la retranscription, et à l'utilisation anonyme de citations (le formulaire de consentement figure en annexe).

Les médecins ont été recrutés selon la méthode indirecte de proche en proche ou « échantillonnage selon la technique de la boule-de-neige »⁽²¹⁾. Après un premier entretien, chaque médecin était appelé à proposer de potentiels confrères susceptibles de participer.

Un soin particulier à été apporté à l'obtention d'un échantillon raisonné, en recherche de variation maximale, c'est-à-dire avec un maximum de diversité sur l'expérience, la formation, les conditions et le lieu d'exercice des médecins, afin de recueillir des points de vue différents.

4. Le déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés aux cabinets des médecins interrogés, en dehors de leurs plages habituelles de consultation, en limitant les potentiels éléments perturbateurs. Une durée moyenne d'une demi-heure était annoncée lors de la prise des rendez-vous. Après une installation en face-à-face, une brève présentation des principes de la méthodologie qualitative, et de l'étude elle-même, l'enregistrement était mis en route.

Tout en gardant à l'esprit le fil du guide d'entretien, les thèmes étaient abordés librement par le sujet interrogé, ne respectant pas toujours l'ordre préétabli des questions du guide. L'utilisation de reformulations permettait de faire valider la bonne compréhension des concepts énoncés, mais également de susciter des explicitations complémentaires.

5. La retranscription et l'analyse des données

A partir des enregistrements audio, les entretiens ont été intégralement retranscrits après leur réalisation avec un logiciel de traitement de texte, mot pour mot, assurant la fidélité au discours des médecins interrogés. La lettre « E » pour Entretien et un chiffre correspondant à l'ordre de ces derniers ont été attribués afin de respecter l'anonymat des participants.

L'analyse a débuté au cours de la campagne d'entretiens puis s'est poursuivie tout au long de celle-ci, à l'aide du logiciel informatique N'ViVo 11. A la lecture des retranscriptions, les concepts pertinents ont été sélectionnés, puis regroupés en catégories thématiques, puis en sous catégories, réalisant ainsi une arborescence d'idées. Le logiciel N'ViVo permet de faciliter l'organisation de ces concepts afin d'assurer une analyse horizontale plus efficace du corpus. Ce codage par thème est pour partie calqué sur le guide d'entretien, afin de permettre l'analyse finale. L'analyse a été conduite en plusieurs étapes, mêlant analyse verticale entretien par entretien et analyse thématique horizontale du corpus.

III. RESULTATS

A. Approche quantitative de l'échantillon

1. Le recrutement

22 médecins ont été contactés, quatre médecins n'ont pas donné suite (considérés comme des refus). L'étude porte sur 18 entretiens réalisés entre le 15 novembre 2017 et le 16 avril 2018.

2. La réalisation des entretiens

La durée moyenne d'un entretien était de 28 minutes et 40 secondes. L'entretien le plus court a duré 17 minutes, le plus long 53 minutes. La saturation des données a été observée à partir du 16^{ème} entretien. Les deux derniers entretiens ont permis de confirmer cette saturation.

3. Les caractéristiques des médecins inclus

L'échantillon est composé de 6 femmes et 12 hommes exerçant dans les Alpes Maritimes. 50% étaient installés en milieu urbain, 33% en milieu semi-urbain et 17% en milieu rural. Cinq médecins exerçaient seuls dans leur cabinet, neuf avaient un associé et quatre médecins avaient deux associés ou plus.

La durée moyenne d'installation en médecine générale libérale était de 14 ans, avec un minimum de 5 ans et un maximum de 38 ans. 50% des médecins étaient installés depuis moins de 10 ans, 28% depuis 10 à 19 ans et 22% depuis plus de 20 ans.

Sept participants à l'étude étaient maîtres de stage pour les internes de médecine générale.

Enfin, concernant la formation à la prise en charge de la douleur, 14 médecins n'avaient aucune formation spécifique. Trois médecins avaient suivi une formation sur la douleur de la personne âgée, à travers la capacité de gériatrie ou le DU de médecin coordonnateur. Enfin, un médecin avait suivi un programme de formation médicale continue dédié à la douleur.

L'ensemble de ces caractéristiques est présenté dans un tableau en annexe.

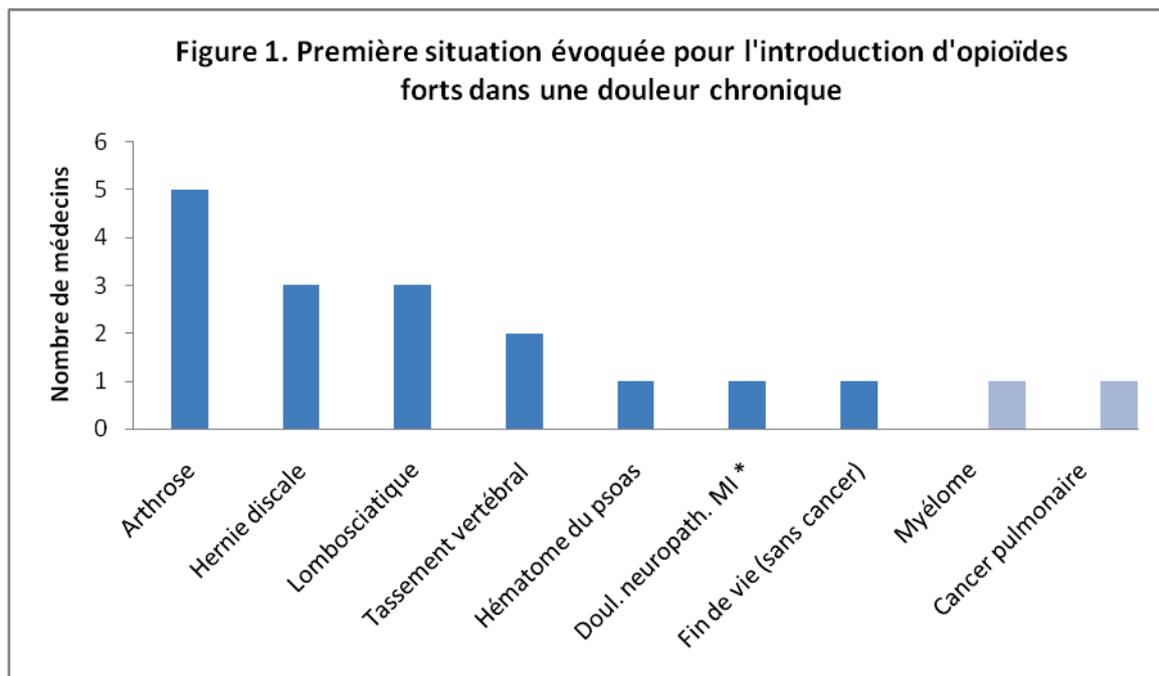
B. Situations cliniques évoquées

Chaque entretien débutait en invitant le médecin à évoquer la dernière situation où il avait

introduit des opioïdes forts (abrévés « OF ») dans une douleur chronique. La quasi-totalité des médecins a décrit une situation de douleur non cancéreuse, parmi lesquelles les pathologies ostéo-articulaires étaient au premier plan.

L'arthrose évoluée a été la pathologie la plus représentée. Suivaient les hernies discales, et les lombosciatiques, puis les tassements vertébraux. L'ensemble de ces situations cliniques apparaît dans la figure 1.

Quelques rares médecins ont décrit une situation de douleur cancéreuse.



*douleurs neuropathiques des membres inférieurs liées à un diabète

C. La perception des opioïdes forts par les médecins

1. Une classe très utile mais imposant une attention permanente

« C'est un outil primordial, très utile, heureusement qu'on l'a et heureusement qu'on a la confiance du corps médical et des patients pour l'utiliser [...] Si on ne l'avait pas, on serait vraiment démuni. » (E18)

Certains médecins ont précisé rapidement que les OF devaient cependant être manipulés avec attention, être prescrits à bon escient.

« Après, je pense qu'il faut les manipuler avec beaucoup de précautions, plus que d'autres

catégories médicamenteuses. » (E12)

Des inquiétudes ont été exprimées concernant l'augmentation des prescriptions d'OF.

« Si on s'habitue à prescrire des morphiniques pour des douleurs chroniques, est ce qu'il ne risque pas d'y avoir des dérapages, il y en a toujours avec ce type de produits. [...] Il ne faut pas banaliser la prescription de morphine, très honnêtement. » (E2)

2. Multiplicité des spécialités et des galéniques disponibles

Plusieurs médecins ont avancé les aspects pratiques de cette classe décrite comme variée.

« Il existe quand même plusieurs types de molécules avec des prises et des galéniques différentes. [...] Dans certaines situations c'est quand même très pratique ! » (E3)

Les formes LP et en particulier les patchs étaient perçues comme pratiques, favorisant l'observance. L'introduction des OF permettait parfois une simplification du traitement en réduisant le nombre de prises et de molécules utilisées.

« Ca permet une simplification des prises. Le patch aussi, pour le soignant qui vient le faire, on a la bonne observance. [...] C'était le coté pratique d'avoir une seule molécule, d'enlever tous les paliers 2 [...] Simplifier, être plus efficace. » (E3)

3. Des risques limités

Pour certains médecins, les risques semblaient limités dans le cadre d'une utilisation prudente.

« En pratique on n'en a pas beaucoup, des risques. Si on respecte bien les règles d'utilisation, c'est comme tout. » (E17)

4. Une sous-utilisation des opioïdes forts

De nombreux médecins avaient le sentiment que les antalgiques de palier 3 étaient encore insuffisamment prescrits.

« Mon sentiment, concernant l'utilisation des morphiniques : qu'ils devraient être plus utilisés, on freine globalement trop pour les utiliser. » (E1)

« Probablement qu'on ne les utilise pas suffisamment peut être. Justement en dehors des douleurs cancéreuses, ça reste encore un peu compliqué. » (E8)

5. Des représentations anciennes parfois ancrées

Plusieurs médecins étaient marqués par une image des morphiniques datant de leur formation initiale ou de leur début d'exercice.

« Pour les patients très âgés, on nous a toujours dit : faites attention aux opioïdes forts [...] et on a gardé ça depuis 20 ans dans la tête. » (E8)

« Avant, la prescription de morphine c'était quand même réservé aux soins palliatifs. » (E2)

D. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes

1. Déterminer l'indication

La décision d'introduire est vécue comme une étape cruciale, un cap difficile à franchir.

« La décision, le moment de le mettre, c'est ça ! Quand est-ce qu'on peut y aller. » (E13)

Poser l'indication d'un antalgique de palier 3 dans une douleur chronique est pour certains une étape complexe qui remet en question la stratégie de prise en charge de la douleur.

« Dès qu'on passe à la morphine, on se dit : est ce qu'il n'y a pas une autre possibilité, qu'on s'était gardé de côté pour les paliers 2. [...] Si la douleur est sévère, il y a d'autres thérapeutiques, enfin d'autres alternatives qui s'ouvrent. » (E17)

La crainte de faire l'impasse sur un potentiel traitement étiologique a aussi été évoquée, remettant en cause le bilan diagnostique de la douleur.

« Ma crainte principale ce serait de mettre un traitement par morphine sur une douleur qui relèverait peut être d'un traitement spécifique, passer à côté de quelque chose. » (E6)

2. Le maniement

Le choix de la posologie et en particulier des doses d'OF adaptées à chaque situation, lors de l'introduction, puis des réévaluations n'est pas sans difficultés pour les médecins.

« Evaluer la dose de départ, ça c'est le plus difficile pour moi. » (E10)

S'astreindre à une titration progressive lors de l'introduction pouvait s'avérer difficile, en raison de la volonté d'apporter une solution efficace rapidement.

« Trouver la bonne dose, en sachant que c'est très variable selon les patients. [...] Si le patient développe des effets secondaires, il risque de ne plus vouloir prendre le morphinique et finalement on n'aura plus tellement d'armes en tant qu'antalgiques. Je crois qu'on a toujours envie d'essayer de les soulager vite, c'est peut-être ça qui est difficile, de ne pas vouloir soulager trop vite. » (E14)

3. L'information au patient et ses représentations

a) Représentations générales

Les explications délivrées et la communication au moment de l'introduction représentaient pour quelques médecins l'étape difficile et chronophage de la prise en charge.

« Il faut vraiment prendre le temps de discuter avec le patient, pour savoir son vécu sur les OF [...], expliquer les effets secondaires mais aussi l'efficacité. » (E18)

Dans les difficultés évoquées, apparaissent également les représentations des OF par les patients. Pour certains, la morphine déclenche des craintes et renvoie à une image de gravité, de soins palliatifs ou de fin de vie.

« Ils ne comprenaient pas pourquoi : ça veut dire que c'est grave parce qu'il y a de la morphine » (E4)

« Ils ont l'image : morphine égale fin de vie. Pour beaucoup. » (E13)

b) Représentations selon différents profils de patients

Le positionnement du médecin, vis-à-vis des OF, face aux différents types de patients pouvait être perçu comme difficile. Certaines situations nécessitaient de convaincre pour introduire, parfois le discours était plus mesuré, voire dissuasif.

« C'est très ambivalent. A nous de gérer ce qu'il faut mettre au premier plan. En fonction du patient, en fonction de sa maladie et du pronostic... C'est compliqué, le temps qu'on prend et le positionnement qu'on a. » (E18)

Deux profils de patients se dessinaient, d'une part des patients atteints de cancers, souvent plus âgés, qui avaient des réticences importantes à l'introduction et qui nécessitaient d'argumenter pour faire accepter les OF. Un deuxième profil de patients, présentant des douleurs non cancéreuses, peu ou pas réticents vis-à-vis des OF, voire même demandeurs.

« C'est eux qui sont en demande, qui nous expliquent qu'ils sont douloureux malgré le traitement, donc le terrain est déjà prêt, propice, on arrive avec la solution ! » (E4)

4. Le mésusage et la toxicomanie

Parmi les difficultés décrites, apparaissaient pour plusieurs médecins des situations de demandes de renouvellement par des patients pour lesquels ils n'étaient pas à l'origine de la prescription. C'était des cas où la prescription ne leur semblait pas justifiée, dans lesquels ils suspectaient un mésusage ou exprimaient clairement une toxicomanie. Quelques rares médecins ont évoqué des cas de falsification d'ordonnance. Ces situations ne semblaient pas influencer sur les pratiques de prescriptions des OF à destination de leurs patients.

L'utilisation d'outils ou de questionnaires concernant le mésusage n'a pas été décrite par les médecins mais le profil du patient était pris en compte lors des choix thérapeutiques.

« Il y a un type de patients, on sait qu'on va faire attention avec ce qu'on va leur donner. [...] On essaye de trouver ceux chez qui on sait que ça va poser problème. » (E17)

Le repérage des situations de mésusage n'était pas exprimé comme une difficulté,

« C'est plus des patients de passage. Quand c'est des patients qu'on connaît, je ne pense pas qu'il y ait tellement de risques de mésusage. En tout cas on sait les repérer. » (E14)

Un médecin précisait la possibilité de vérifier à l'aide de la carte vitale l'historique des remboursements.

« J'ai vérifié sur Améli qu'il n'était pas multi consommateur de médecins et d'opioïdes, parce qu'on peut vérifier, ... il faut vérifier ! » (E15)

5. Evaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur chronique a également été identifiée comme une difficulté. Plusieurs médecins jugeaient cette évaluation complexe, notamment face à certains profils psychologiques ou en cas de superposition avec une plainte anxieuse.

E. Les freins à la prescription des opioïdes forts

1. Les effets indésirables

Un grand nombre de médecins ont décrit des freins liés aux effets adverses des OF.

« Ca dépend du cas, mais la crainte des effets indésirables est toujours présente, quel que soit le profil du patient. » (E18)

Les effets indésirables qui limitaient la prescription étaient principalement les troubles de la vigilance, problématiques dans une large palette de situations.

« Le premier effet secondaire qui est évoqué par quelqu'un d'actif c'est les troubles de la vigilance. » (E1)

« Ce qui n'est pas évident à gérer notamment en soins palliatifs, c'est la somnolence et la perte de contact avec l'entourage. » (E18)

Les médecins ont évoqué l'altération de la vigilance mais aussi ses complications potentielles avec le risque de chute et celui de la conduite automobile.

« Ce qui me pose problème chez les patients âgés, c'est qu'on peut induire une mauvaise chute, et là on est pas très fiers, parce que quelque part on est un peu responsable. » (E15)

« Dans certaines situations on pense moins aux morphiniques, à cause des effets indésirables et de la somnolence. C'est parfois des gens qui sont en activité ou qui peuvent conduire » (E9)

Les troubles digestifs étaient évoqués comme fréquents mais leur gestion n'était pas problématique. La confusion et les hallucinations, retrouvés chez de rares patients ne limitaient pas la prescription.

Pour certains médecins, les effets indésirables n'étaient pas des freins. Ils étaient alors décrits comme transitoires, réversibles, non systématiques et dose dépendants, donc accessibles à des ajustements posologiques.

2. La dépendance

Un faible nombre de médecins a évoqué la dépendance comme un frein, parfois en référence à des expériences marquantes (impossibilité de réduire ou d'arrêter une prescription de long cours, syndrome de sevrage,...)

« Il y a toujours cette réticence, avec la dépendance ; on a toujours peur de ne pas réussir à s'en sortir. Le frein, il est vraiment là, parce que sinon mes prescriptions seraient plus fréquentes. C'est évident ! » (E8)

3. Le grand âge

Quelques rares médecins ont exprimé une appréhension dans le cas de patients particulièrement âgés, concernant l'introduction ou l'augmentation des doses.

« Moi j'y suis allée à reculons, pour lui mettre. Elle a 94 ans. [...] Là j'ai eu peur, le grand âge me fait peur. Je n'ai pas osé. » (E2)

4. Les contraintes organisationnelles

De nombreux médecins ont insisté sur le caractère chronophage des prises en charges faisant appel aux OF, avec des réévaluations nécessaires imposant parfois de multiples visites au domicile, et un temps important dédié à l'information au patient.

« Ca va nous demander pas mal de temps, parce qu'on va réévaluer régulièrement les doses. [...] Il faut être disponible sinon on ne fera pas un bon job. [...] Ca peut être limitant pour certains médecins qui n'ont pas le temps de se déplacer, ou qui sont saturés. » (E4)

« Ca n'est pas toujours évident niveau organisation. [...] Il y a des freins de temps. » (E13)

Plusieurs médecins ont souligné l'importance du travail en équipe et du réseau d'intervenants paramédicaux nécessaire aux réévaluations et à une bonne remontée d'informations.

5. La réglementation de la prescription

Les médecins ont globalement exprimé que la prescription sécurisée ne constituait pas un frein. La limitation à 28 jours (pour la voie orale) était un élément plus clivant. Elle pouvait être exprimée comme un point positif, constituant un cadre pour revoir le patient et réévaluer la prescription, tandis que d'autres la remettaient en cause, notamment dans des indications cancéreuses.

« La sécurisation me paraît logique. La limitation dans le temps, déjà moins, on nous prend pour des idiots. Quand vous avez quelqu'un qui a un myélome, avec des douleurs osseuses, on sait que l'on ne va pas arrêter la morphine dans les cinq minutes. Cette contrainte, je ne suis pas très sûr qu'elle soit très utile. » (E5)

F. Les différences de perception selon l'origine cancéreuse ou non des douleurs

Plusieurs médecins ont initialement exprimé l'absence de différence entre la prise en charge d'une douleur cancéreuse et celle d'une douleur non cancéreuse. Au décours des entretiens, nombre d'entre eux ont tout de même évoqué des particularités divergentes, concernant le profil des patients, les caractéristiques des douleurs, la cinétique de la prescription, le ressenti négatif vis-à-vis du patient douloureux chronique, ou encore l'impuissance face au versant étiologique dans le cancer. Ces éléments sont tous détaillés dans l'analyse thématique qui suit.

1. La douleur liée au cancer

a) La douleur cancéreuse, un symptôme prioritaire pour le médecin généraliste

Dans la douleur cancéreuse, le traitement étiologique était perçu par les médecins généralistes comme plus difficile, moins efficace sur les douleurs. Se sentant impuissants sur le versant étiologique, ils expliquaient axer leurs efforts sur la prise en charge symptomatique et donc celle de la douleur.

« Face au cancer, nous, les médecins généralistes, on est souvent assez impuissants. Donc pour proposer quelque chose, on se propose d'être dans le confort, dans l'accompagnement du patient. » (E18)

« On ne sait pas toujours si le traitement étiologique va avoir une bonne balance bénéfice risque, par contre l'action antalgique elle est rapide, immédiate, elle soulage tout le monde, l'entourage, le patient... et le médecin ! » (E3)

La douleur cancéreuse avait pour certains médecins une image particulière, plus sévère.

« Les douleurs peuvent apparaître plus rapidement et être plus fortes » E14

« On sait que la douleur cancéreuse est quand même une douleur, il me semble, extrêmement forte, extrêmement violente. » (E9)

b) Absence de certains freins dans la douleur cancéreuse

La majorité des médecins reconnaissait penser plus facilement aux OF et y avoir recours plus rapidement dans les situations de douleurs cancéreuses, d'autant plus que la pathologie était

évoluée, et qu'apparaissait la notion de fin de vie. L'accoutumance et la dépendance ne limitaient alors plus la prescription.

« Dans un cancer surtout si c'est métastasé et qu'on sait qu'il a peut être pas de chances de guérir, le fait d'avoir une dépendance c'est un moindre mal. » (E10)

L'altération de la vigilance était également vue comme moins problématique dans ces situations.

c) La collaboration avec le cancérologue

Pour les patients cancéreux, l'introduction des OF était souvent réalisée en milieu hospitalier, par le cancérologue.

« Les patients cancéreux sous morphiniques, ils ont été vus par l'oncologue ou l'algologue qui a démarré. Souvent en cancérologie une partie du travail est déjà faite en amont. » (E10)

Lors du suivi de ces patients, les médecins se sentaient également mieux entourés.

« La différence c'est que les patients qui ont un cancer ils sont régulièrement vus par l'oncologue, qui gère quand même souvent tous ces soins de support. » (E14)

2. La douleur non cancéreuse

a) Des alternatives thérapeutiques plus nombreuses

Dans les douleurs non cancéreuses, les médecins exprimaient avoir plus d'options concernant la prise en charge de la douleur, à la fois médicamenteuses et non-médicamenteuses.

« Peut être qu'on va se sentir moins impuissants aussi, on a encore d'autres pistes à explorer, ça n'est pas tout à fait pareil. » (E18)

« Dans les autres douleurs on a quand même d'autres armes. » (E2)

b) La douleur chronique non cancéreuse : concept plus abstrait

La prise en charge des douleurs non cancéreuses imposait une réflexion plus complexe, dans la démarche diagnostique, puis dans la démarche thérapeutique. La perspective d'un traitement OF au long cours pouvait être un frein pour les médecins dans ces situations.

« Dans les pathologies non cancéreuses, on est moins face à quelque chose d'étiqueté, donc y va plus prudemment, plus progressivement. Il y a toujours un questionnement parce que ces pathologies sont moins définies, et qu'elles ont souvent moins de finalité. » (E18)

A contrario, l'étiquette « cancer » permettait selon un médecin de libérer les prescripteurs d'un certain nombre de questionnements.

« L'avantage c'est que le diagnostic il est posé, ça permet de ne pas remettre en cause la démarche : il est cancéreux donc on peut y aller ! » (E3)

c) Un profil de patients différent

Le profil des patients douloureux chroniques non cancéreux laissait une place plus large à la composante psychologique de la douleur maladie, avec une mise en échec du médecin.

« Tout le monde n'arrive pas aux morphiniques pour des douleurs de maladie chronique, c'est quand même des gens dans la dépression, dans la demande sans arrêt, donc à un moment, on va répondre comme ça, parce qu'on ne sait pas trop comment répondre. » (E10)

Ce profil du patient douloureux chronique non cancéreux était perçu comme lié à une prise en charge difficile et épuisante.

« Le douloureux chronique, c'est un patient chez qui on a un ressenti un peu négatif. Enfin il y en a qui se sentent à l'aise là dedans, ... Mais pour nous c'est quelque chose qui pompe de l'énergie... incommensurable. » (E17)

d) Une préoccupation liée aux prescriptions de long cours

De nombreux médecins n'avaient pas d'appréhensions concernant la prescription à long terme, dès lors que l'indication semblait justifiée. Plusieurs médecins ont cependant exprimé qu'une telle prescription devait être remise en cause.

« Est-ce que je ne devrais pas proposer autre chose ? Pour les pathologies non cancéreuses notamment, on se dit : est ce que cette solution là n'est pas la solution de facilité, renouveler toujours ce traitement opioïde fort ? » (E18)

Un médecin a précisé réserver ces traitements longs aux douleurs dont le traitement étiologique n'était pas possible.

« Des douleurs invalidantes, chroniques, dont la cause ne peut pas être traitée [...] donc ça ne retarde pas une autre prise en charge. » (E3)

Pour les médecins, le principal problème soulevé par une prescription très prolongée était la dépendance, suivie des effets secondaires.

3. Des modalités de prescription différentes

La plus grande partie des médecins n'ont pas exprimé de différences dans les doses ou les molécules utilisées selon la nature cancéreuse ou non de la douleur. Peu ont cependant énoncé l'adaptation du traitement en fonction de l'intensité évaluée de la douleur. Très peu utilisaient par ailleurs des échelles d'évaluation de l'intensité douloureuse.

Certains médecins ont expliqué qu'ils hésitaient à augmenter les doses hors cancer.

« Dans les maladies chroniques j'essaie de rester au Durogésic 25, Skénan à 10, pas plus. Et pour le cancer, je vous avoue que tant que les gens ont mal j'augmente. » (E10)

« Cancer j'aurai plus tendance à augmenter. D'autres douleurs moins, je ne sais pas si j'ai raison ou pas, je suis moins à l'aise peut être. » (E13)

Les OF étaient parfois introduits avec des doses plus fortes d'emblée pour les douleurs cancéreuses.

G. Les perspectives d'évolution proposées par les médecins

1. Une meilleure communication entre les acteurs du système de soins

En dehors de l'amélioration de la communication entre généralistes, spécialistes et paramédicaux, évoquée par plusieurs médecins, plusieurs propositions concrètes concernaient la communication avec les pharmaciens :

- La télétransmission des ordonnances d'OF.

« On pourrait prescrire et télétransmettre en même temps notre prescription... à mon avis c'est ce qu'on fera bientôt. » (E10)

- Un système de messagerie sécurisée

« J'aurai imaginé plus de communication entre les médecins et les pharmaciens. On parle de messagerie sécurisée pour les laboratoires, mais avec les pharmacies, il n'y a pas de système qui marche. [...] On ne communique pas assez. » (E18)

- Et une filière de retour des OF délivrés mais non utilisés

« Il faudrait plus que les pharmaciens les récupèrent, pas que ça reste dans la nature. [...] et les pharmaciens n'acceptent pas de les récupérer ! » (E18)

2. Des outils adaptés à la pratique

Différents outils ont été proposés :

- un outil informatique permettant une évaluation globale de la douleur, permettant la réévaluation de la prise en charge

« On peut imaginer une évaluation plus globale de la douleur. Le diagnostic, le temps d'utilisation, le temps d'évolution des symptômes, l'intensité, différents types d'échelles. Une feuille de route ! [...] Ca permet de s'ajuster à l'évolution et ça offre aussi une porte de sortie au patient qui veut revenir en arrière et qui trouve qu'il en a eu un usage abusif. » (E3)

- une application d'aide à la décision thérapeutique a également été proposé.

Mais pour plusieurs médecins, les outils étaient perçus comme incompatibles avec leur pratique, pour des raisons temporelles ou d'inadaptation à la complexité des situations rencontrées.

Plusieurs médecins étaient en demande d'un support d'aide au maniement des OF, réunissant plus particulièrement les équivalences entre les antalgiques de palier 2 et les morphiniques.

« Il y a des problèmes techniques bien évidents qui sont les problèmes de titrage, de passage d'une molécule à l'autre, du per os à l'injectable, ça peut être utile. » (E3)

3. La formation à la douleur et les recommandations

Les médecins expliquaient ne pas avoir eu de formation initiale spécifique à la prise en charge de la douleur. Un médecin envisageait une formation ciblée selon le profil des patients.

« Pourquoi ne pas faire une formation spécifique sur tel type de patient : patient cancéreux, patient douloureux chronique plus jeune, patient douloureux chronique âgé. » (E4)

Concernant les recommandations, les médecins qui les ont évoquées les jugeaient insuffisamment diffusées et concises.

« Ces publications là, quand on est en cabinet, on ne peut pas les lire toutes. [...] Des recommandations claires et concises c'est rarissime ! » (E2)

4. L'évaluation de la douleur

Enfin, pour quelques médecins, une perspective d'amélioration était une évaluation plus systématique de la douleur, et une meilleure formation des médecins à cette évaluation.

IV. DISCUSSION

La principale notion mise en avant par les médecins interrogés sur leur perception de la classe médicamenteuse des OF était son **caractère essentiel dans l'arsenal antalgique**. Si ce constat n'est pas surprenant, il démontre une représentation positive de cette classe retrouvée par d'autres études. 114 médecins interrogés en 2012 dans le Finistère avaient associé prioritairement aux OF les termes d' « efficacité antalgique » et d' « amélioration de la qualité de vie », les auteurs concluant à une régression de la notion d'opioïdophobie ⁽²²⁾.

La **multiplicité des spécialités** avec **différentes galéniques** disponibles permettent une facilité d'utilisation des OF régulièrement exprimée dans notre étude.

Si la quasi totalité des médecins se déclaraient à l'aise dans leurs prescriptions, ils précisaient la **nécessité de manipuler les OF avec précaution**, avec une vigilance permanente, mettant en lumière la notion perçue de risques associés à cette classe. Ces risques étaient cependant décrits comme limités.

Bien qu'ils décrivent la place essentielle des OF, de nombreux médecins ont exprimé le sentiment qu'ils **restent sous-utilisés**, ce que nous pouvons mettre en lien avec les freins et les difficultés qu'ils éprouvent. Cette notion, attendue au regard des freins retrouvés dans la littérature, était l'une des raisons ayant motivé la réalisation de ce travail. Il est intéressant d'observer qu'elle est partagée par les médecins généralistes, et correspond à une réalité à l'échelle nationale. En effet, l'ANSM a publié en 2018, au décours de la réalisation de ce travail, une analyse sur 10 ans de l'évolution des ventes d'antalgiques en France en la comparant à ses voisins européens. Cette étude plaçait la France en dernière position pour la consommation d'OF parmi les sept pays analysés ⁽¹⁵⁾.

Les **difficultés ressenties** par les médecins étaient centrées sur les **indications** et le **maniement** des OF. De ce constat découle une nécessité de formation et plus particulièrement de diffusion des recommandations concernant les indications des OF, a fortiori dans la DCNC, où les interrogations des médecins se font plus nombreuses. Les difficultés décrites pour le maniement, le rythme de la titration et la détermination des doses,

appellent également un complément de formation des médecins, que l'on peut concevoir par la diffusion de plaquettes spécifiques au maniement des OF. Certaines difficultés décrites par les médecins correspondaient par ailleurs à des situations spécifiques justifiant le recours à un spécialiste, détaillées dans les recommandations de la SFETD ⁽¹⁸⁾.

La poursuite du traitement et la **prescription d'OF au long cours** représentent également une difficulté pour les médecins. Plusieurs médecins ont évoqué des expériences marquantes de prescriptions à long terme qu'ils jugeaient injustifiées, sans pour autant réussir à en organiser la réduction et l'arrêt, pouvant survenir notamment sur des terrains psychologiques particuliers. Une étude qualitative anglaise s'intéressant aux déterminants de la prescription d'OF à long terme dans la douleur chronique non cancéreuse ⁽²³⁾, retrouvait parmi les principales difficultés des MG l'absence d'objectifs thérapeutiques bien définis. Cette étude relevait également que les situations problématiques survenaient lorsque les MG n'arrivaient pas à négocier des approches alternatives à un traitement médicamenteux. Le contrat pré-thérapeutique, introduit et largement détaillé dans la mise au point de l'AFSSAPS en 2004 concernant les DCNC ⁽¹⁴⁾, n'a pas été évoqué par les participants. Ce contrat permet de définir les objectifs thérapeutiques, les conditions de la poursuite ou de l'arrêt du traitement, mais également d'inscrire l'antalgique dans une prise en charge globale. Il constitue donc un des moyens permettant de limiter l'évolution vers une prescription à long terme vécue comme une impasse.

Les **freins** à la prescription mettent en lumière une autre facette de la perception des OF par les médecins. Ils sont entendus comme les éléments qui les retiennent de prescrire. Nous les avons analysés et présentés dans les résultats, séparément des difficultés définies par les étapes et situations dans lesquelles les médecins prescrivent mais qui exigent des efforts importants, ou pour lesquelles ils étaient moins à l'aise.

Le principal frein décrit par les médecins était les **effets indésirables**, en cohérence avec des études menées par questionnaire sur les obstacles à la prescription des OF ⁽⁹⁾⁽²⁴⁾. Notre étude permet d'aborder plus en détail les effets indésirables qui constituent réellement un frein pour les médecins. Ces derniers mentionnaient alors les troubles de la vigilance, le risque de chute et celui de la conduite automobile. Malgré la fréquence des troubles digestifs et plus particulièrement de la constipation ⁽¹⁸⁾, les médecins ne les décrivaient pas comme un obstacle, puisqu'ils assuraient les gérer de manière efficace.

Les freins liés à l'**organisation des soins** et à la **gestion du temps**, retrouvés dans notre travail (prise en charge à domicile, multiplication des consultations) étaient également décrits dans l'étude de la SFMG où ils concernaient 23% des médecins ⁽⁹⁾.

La **dépendance**, apparaissant dans notre étude comme un frein pour un faible nombre des médecins était retrouvée comme un obstacle marginal dans l'étude de la SFMG mais concernait 25% des médecins dans une étude menée dans le Finistère ⁽²⁴⁾. Pouvant préoccuper certains médecins, l'addiction est une situation qui doit justifier le recours à un spécialiste. Selon un accord fort des recommandations de la SFETD ⁽¹⁸⁾, la suspicion d'une addiction ou d'un mésusage doit faire orienter le patient vers un addictologue, un centre d'évaluation et de traitement de la douleur ou un psychiatre. Avant même l'introduction, la présence de facteurs de risques de mésusage justifient par ailleurs un avis spécialisé (Opioid Risk Tool).

D'**autres freins** décrits par des enquêtes françaises n'ont pas été retrouvés dans notre étude. Dans l'enquête menée auprès de 114 médecins du Finistère ⁽²⁴⁾, les participants devaient sélectionner parmi une liste de 25 items ceux qui répondaient pour eux à la question « Quels sont, selon vous, les obstacles à l'utilisation des OF ? ». 42% ont retenu la dépression respiratoire, qui n'a jamais été évoquée dans notre étude. Constituant un signe de surdosage rarissime en cas d'utilisation raisonnée des OF, elle ne doit pas constituer un frein à la prescription. La composition de notre échantillon, comprenant des médecins en moyenne plus jeunes que pour l'étude bretonne, peut être à l'origine de cette divergence et s'expliquer par l'apparition de modules spécifiques à prise en charge de la douleur lors de leur cursus. Les caractéristiques du patient algique, souvent poly-pathologique et poly-médiqué, représentaient un frein pour 53% des médecins dans l'étude de la SFMG, tandis qu'à l'exception d'appréhensions liées au grand âge retrouvées chez un faible nombre de médecins, elles ne nous ont pas été citées.

Certains freins retrouvés dans d'autres études correspondent à des éléments analysés comme des difficultés dans ce travail. Dans les deux enquêtes précitées ⁽⁹⁾⁽²⁴⁾, près d'un tiers des médecins ont répondu rencontrer des obstacles liés à leur manque de connaissance des OF, des méthodes de titration ou des équivalences. Ces éléments également évoqués dans notre étude sont regroupés dans les difficultés des MG relevant du maniement des OF, puisque ces derniers ont exprimé que ces problématiques ne les retenaient pas de prescrire.

Enfin, dans l'étude d'Arnould et Raineri compilant les questionnaires retournés par près de 500 MG ⁽⁹⁾, 58% ne déclaraient aucun frein à l'initiation du traitement. Dans notre étude, si certains médecins exprimaient initialement l'absence de freins, leur discours laissait ensuite apparaître des obstacles et des appréhensions qui ont été inclus dans l'analyse. Seul un faible nombre de médecins n'a finalement exprimé aucun frein. Cette différence de proportion des freins, s'explique en partie par la plus grande profondeur d'exploration permise par la méthodologie qualitative.

Notre étude avait également pour objectif d'analyser les **différences de perception** de la prescription **selon l'origine cancéreuse ou non de la douleur**. Nous avons pu observer que **les médecins introduisent et prescrivent plus facilement les OF pour les douleurs cancéreuses**. Les douleurs chroniques non cancéreuses sont perçues comme moins bien définies, plus abstraites, avec un profil de patient différent et une part psychologique plus prégnante. On note que tous les médecins de l'étude étaient prescripteurs d'opioïdes forts, à la fois pour des douleurs cancéreuses et des DCNC, contrairement à ce qui a pu être observé dans des travaux plus anciens ⁽²⁵⁾.

Les médecins ont exprimé le ressenti de **profils de patients différents** selon l'origine des douleurs. Les patients cancéreux étaient décrits comme plus réticents à l'utilisation des OF tandis que les patients présentant des DCNC étaient demandeurs et présentaient des aspects psychologiques, notamment anxio-dépressifs plus marqués, avec des demandes nombreuses et une mise en échec du soignant. Les médecins approchaient ici la notion de douleur chronique au sens de maladie à part entière. Ce syndrome douloureux chronique, multidimensionnel, « douleur maladie », largement décrit par la littérature et ayant fait l'objet de recommandations par la HAS en 2008 ⁽²⁶⁾ était dans notre étude plus marqué et plus fréquemment décrit pour les patients présentant des DCNC. Ce syndrome est caractérisé par un ensemble de changements provoqués par la douleur chronique sur l'individu, tant sur le plan psycho-comportemental, que socio-relationnel et professionnel. Les patients se distinguent par une difficulté d'adaptation à leur situation et reconnaissent souvent peu la part psychologique de leur douleur. Ce profil de patient a été décrit comme lié à une prise en charge difficile et épuisante par les MG, avec parfois un a priori négatif face à ces patients. La douleur devient pour le patient, et par conséquent pour le médecin, un combat qui mobilise une énergie qui ne sera pas utilisée à d'autres fins.

Une autre divergence entre une douleur cancéreuse et une DCNC, est la **durée potentielle d'évolution** de la pathologie douloureuse. Dans une pathologie cancéreuse, l'évolution peut se faire vers une rémission ou au contraire une aggravation et le décès dans un temps relativement déterminé. Tandis que dans certaines pathologies chroniques douloureuses non cancéreuses, il n'y a pas cette notion de finalité. Si les médecins n'ont pas exprimé spontanément cette divergence, elle était parfois sous-entendue. Ils ont par ailleurs clairement fait part de leurs réticences à introduire dans des situations pouvant aboutir à une prescription de long terme et des préoccupations qu'ils avaient alors. Cet élément peut donc constituer une explication supplémentaire de la prescription moins aisée dans les DCNC, et a été présenté dans la section correspondante des résultats.

Alors que les principales difficultés retrouvées concernaient l'introduction des OF, Les médecins ont admis que la mise en route du traitement était régulièrement réalisée en milieu hospitalier pour les patients cancéreux. Cette difficulté retirée contribue à une prise en charge moins complexe et moins pourvoyeuse de questionnements et de préoccupations dans les douleurs cancéreuses pour les MG.

Les **prescriptions** d'antalgiques étaient parfois **orientées en fonction de la pathologie** et de sa gravité plus que selon l'intensité de la douleur. La plus grande facilité de recours aux OF dans le cancer, l'absence de certains freins et la priorité accordée à la gestion de la douleur pour les patients cancéreux, mais également la représentation particulière de la douleur cancéreuse pour certains médecins sont autant d'éléments qui étayaient cette hypothèse. Ce modèle de prise en charge de la douleur basé sur la maladie et non sur le symptôme a déjà été décrit par certains auteurs ⁽²⁷⁾, le niveau de l'intervention thérapeutique étant alors en rapport avec le pronostic plutôt qu'avec la sévérité de la douleur. La composante émotionnelle et les représentations du cancer comme une pathologie grave voire mortelle, entraînent alors une modification des comportements de prescription. Ce modèle est régulièrement associé au constat d'une insuffisance d'évaluation du symptôme qu'est la douleur, une impression ressentie également suite à la réalisation de notre étude. Ces deux éléments entravent une prise en charge optimale de la douleur.

Concernant les **perspectives d'évolution**, nous discuterons ici les propositions faites par les médecins, ainsi que les éléments d'amélioration mis en lumière par cette étude.

Le ressenti d'une **formation** insuffisante à la prise en charge de la douleur a été décrit par les médecins. Leurs difficultés principales sont centrées sur les indications et le maniement des OF. Un complément de formation apparaît donc souhaitable, plus particulièrement concernant l'utilisation des OF dans les douleurs chroniques non cancéreuses, pour lesquelles les difficultés des médecins sont plus présentes.

Les **recommandations** existantes semblaient très peu connues des MG. La diffusion des dernières recommandations, élaborées par la SFETD en 2016 ⁽¹⁸⁾, et destinées à « tous les praticiens, quelle que soit leur spécialité, exerçant en ambulatoire et/ou en milieu hospitalier » apparaît comme importante. Elle permettrait de répondre aux questionnements des médecins concernant les indications, mais aussi de les former sur les précautions à prendre lors de l'utilisation des opioïdes forts, dans la prise en charge des DCNC.

Les difficultés rencontrées par les médecins justifient l'utilisation d'un **support global d'aide au maniement des OF**. De tels supports existent déjà et regroupent les modalités de titration, les équivalences entre les différents opioïdes forts mais aussi les équivalences avec les antalgiques de paliers 2, régulièrement demandées par les médecins (un tableau d'équi-analgésie regroupant toutes ces conversions est présenté en annexe). Il faut travailler à la diffusion de ces outils.

Un vecteur d'amélioration était pour quelques médecins l'utilisation d'un **outil d'aide à la prescription**. Un tel outil se présenterait comme un système d'aide à la décision médicale (SADM) et a déjà été élaboré aux Etats Unis à destination des MG pour la prise en charge des DCNC par opioïdes forts, avec la participation de l'université de Stanford ⁽²⁸⁾. Cet outil n'a pas été diffusé.

La problématique du mésusage restait une préoccupation pour certains médecins dans notre étude. Les dernières recommandations émanant de la SFETD invitent à une vigilance particulière à l'égard du mésusage, en amont et au cours des prescriptions d'OF. Dans cette démarche les praticiens peuvent s'appuyer sur l'**Opioid Risk Tool** ⁽²⁹⁾ : un outil validé et de passation rapide (cinq questions) qui permet le dépistage des patients à risque d'addiction.

Plusieurs médecins ont exprimé au cours de l'étude qu'ils jugeaient les outils incompatibles avec leur pratique, ils étaient parfois perçus comme chronophages ou inadaptés à la complexité des situations rencontrées. Sans vouloir imposer une utilisation systématique de ces outils ou leur multiplication en soins primaires, leur connaissance semble néanmoins importante et permet de résoudre des questionnements ponctuels et d'alerter les praticiens sur des situations à risques.

Plusieurs médecins ont évoqué la **télétransmission des ordonnances** directement aux pharmacies. Cette mesure, permettant principalement la lutte contre le mésusage, est déjà en place aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne⁽³⁰⁾ et apparaît donc techniquement réalisable.

Enfin, l'**évaluation de la douleur** est apparue comme un thème récurrent dans le discours des médecins. Plusieurs ont exprimé des difficultés dans cette étape, ce qui appelle à la diffusion des outils existants auprès des MG, et justifie la réalisation de travaux spécifiques.

La principale **force de cette étude** est l'analyse des facteurs qui expliquent que les médecins sont plus à l'aise lorsqu'ils prescrivent des OF dans les douleurs cancéreuses. Si ce constat était pressenti, au regard de la bibliographie⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾, ses déterminants n'étaient pas décrits dans d'autres travaux. En effet, de nombreuses études ciblaient soit la douleur cancéreuse, soit la DCNC, mais les deux avaient rarement été confrontées.

Une autre force de cette étude est son **inscription dans l'actualité**. Suite à l'envolée de la consommation d'OF, mais aussi du mésusage et des décès aux Etats Unis⁽¹⁶⁾, la justice et les médias s'emparent de cette problématique. L'actualité scientifique a également été marquée par l'élaboration de nouvelles recommandations qu'on peut qualifier de plus prudentes, notamment par la SFETD. A l'échelle nationale, l'ANSM publie en 2018 une étude menée sur 10 ans, retrouvant en forte hausse l'oxycodone et le fentanyl⁽¹⁵⁾. Les médias s'emparent du sujet en France avec une série d'articles publiés en juillet 2018, alertant sur la progression de la consommation d'opioïdes⁽³¹⁾⁽³²⁾.

Le thème de notre étude a fortement intéressé les médecins généralistes qui ont sans exception accepté de participer. Ils ont été nombreux à demander l'envoi des résultats.

Cette étude, réalisée dans les Alpes Maritimes, selon la méthodologie qualitative permet d'explorer en profondeur les expériences et les représentations liées aux OF, mais ne peut faire l'objet d'une généralisation à l'ensemble de la population des MG. On peut cependant apprécier la diversification de l'échantillon, dont les caractéristiques sont en cohérence avec l'atlas démographique produit par le Conseil National de l'Ordre des Médecins⁽³³⁾.

Les biais potentiels sont inhérents à la méthodologie qualitative. En premier lieu, apparaît le biais de sélection lié à la méthode de proche en proche. Un biais de mesure peut intervenir lors des entretiens, la richesse du recueil étant dépendante de l'expérience du chercheur. Enfin un possible biais d'interprétation peut survenir lors de l'analyse, le risque étant de détourner les propos du sens initialement revêtu.

Cette étude nous a permis de recueillir la perception des OF par les médecins généralistes dans la douleur chronique. Ils ont avant tout exprimé la place essentielle de cette classe dans l'arsenal antalgique, mais aussi la nécessité de la manipuler avec précaution. Les participants ont tous mis en avant leurs représentations positives des OF, cependant de nombreux médecins avaient le sentiment qu'ils étaient encore sous utilisés.

Leurs difficultés, concernant principalement les indications et le maniement de ces traitements, justifient une meilleure diffusion des recommandations et des outils existants à la médecine générale.

Nous avons également pour objectif d'identifier si la prescription était perçue différemment selon l'origine cancéreuse ou non de la douleur. Les médecins introduisaient et prescrivaient plus facilement les OF pour les patients atteints de cancers. La douleur devenait alors leur priorité, certains freins s'effaçaient, et ils se sentaient mieux entourés au sein des prises en charge conjointes avec les oncologues. Les douleurs chroniques non cancéreuses, quant à elles, étaient perçues comme plus abstraites, appelant à une réflexion complexe, avec un profil de patient différent et une part psychologique plus marquée.

Nous pouvons conclure en rappelant qu'en raison de son caractère multidimensionnel, la douleur chronique justifie toujours une prise en charge multimodale, incluant les antalgiques mais aussi le traitement étiologique, les thérapeutiques non médicamenteuses et la prise en charge psycho-sociale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à l'amélioration du système de santé. Disponible en ligne : www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte =JORFTEXT000000227015 (consulté le 15.08.2018).
2. Breivik H, Collet B, Ventafrida V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287-333.
3. Bouhassira D, Lanteri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population *Pain*. 2006;136:380-7.
4. Tajfel P, Guerche S, Huas D. La douleur en médecine générale : Point de vue du médecin de la douleur. *Doul. et Analg*. 2002;15(1):71-79
5. Martin D. Etat des lieux de la douleur en médecine générale. Thèse d'exercice de médecine générale. Rouen. 2011
6. Emery C, Georges B, Gomas JM, Delfieu D, Mimaud V, Guillon P, et al. Prise en charge de la douleur en médecine générale : l'étude EPIDOL. *Douleurs*. 2005;6(6):366-73.
7. World Health Organisation. Cancer pain relief. Geneva: World Health Organisation, 1986
8. Perrot S, Bannwarth B, Bertin P, Javier RM, Glowinski J, Le Bars M, et al. Utilisation de la morphine dans les douleurs rhumatologiques non cancéreuse : les recommandations de Limoges *Rev. Rhum [Ed. Fr]* 1999;66(11):651-57
9. Arnoud M, Raineri F. Freins et Obstacles des médecins généralistes à l'initiation d'un traitement antalgique de palier 3. 4^{ème} Congrès de Nice. Société française de médecins générale. 2010.
10. Blake H, Leighton P, Van der Walt G, Ravenscroft A. Prescribing opioid analgesics for chronic non-malignant pain in general practice – a survey of attitudes and practice. *Br J Pain*. 2015;9(4):225–32.
11. Arnoud 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 ? 4^{ème} Congrès de Nice. Société française de médecins générale. 2010.
12. Seamark D, Seamark C, Greaves C, Blake S. GPs prescribing of strong opioid drugs for chronic non-cancer pain : a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2013;63(617):821-28
13. Chenaf C, Kaboré JL, Delorme J, Eschalié A, Delage N, Authier N. Usage et mésusage des antalgiques opioïdes en France entre 2004 et 2015. *Rev épidémiol*. 2016;64:303-4
14. AFSSAPS. Mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses. Agence Française pour la Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. 2004
15. Hider-Mlynarz K, Cavalié P, Maison P. Trends in analgesic consumption in France over the last 10 years and comparison of patterns across Europe. *Br J Clin Pharmacol*. 2018;84(6):1324-34
16. Dart RC, Surratt HL, Cicero TJ, Parrino MW, Geoff Severtson S, Bucher-Bartelson B, et al. Trends in Opioid Analgesic Abuse and Mortality in the United States. *N Engl J Med*. 2015;372:241-48

17. IASP Statement on Opioids. International Association for the Study of Pain. 2018. Disponible en ligne : www.iasp-pain.org/Advocacy/Content.aspx?ItemNumber=7194 (consulté le 15.08.2018).
18. SFETD. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte Recommandations de bonne pratique clinique par consensus formalisé, Société Française d'Evaluation et de Traitement de la Douleur. 2016.
19. Glaser BG, Strauss AL. La production de la théorie à partir des données - Extrait de The Discovery of Grounded Theory. Enquête. 1995;183-95.
20. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Armand Colin. 1992.
21. Létrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exercer. 2009;87:74-9.
22. Mimassi.M, Marchand.F, Ganry.H. Représentations mentales et comportement précédant la prescription d'opioïdes forts. Enquête réalisée auprès de 114 médecins généralistes du Finistère. Douleur analg. 2012;25:93-100.
23. McCrorie C, Closs SJ, House A, Petty D, Ziegler L, Glidexell L, et al. Understanding long-term opioid prescribing for non cancer pain in primary care : a qualitative study. BMC Fam Pract. 2015;16:121
24. Mimassi.M, Marchand.F, Ganry.H. Critères cliniques et thérapeutiques pris en compte lors de la prescription d'opioïdes forts : enquête dans le département du Finistère auprès de 114 médecins généralistes et spécialistes. Douleur analg. 2013;26:250-60.
25. Visu Rouscoulet, Doïna. Analyse de prescription des morphiniques auprès des médecins généralistes du Val de Marne. Thèse : Médecine générale : Créteil, Paris XII : 2008
26. HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, consensus formalisé. HAS. 2008.
27. Maltoni M. Opioids, pain, and fear. Annals of Oncology. 2008;19:5-7
28. Trafton J, Martins S, Michel M, Lewis E, Wang D,Combs A et al. Evaluation of the acceptability and usability of a decision support system to encourage safe and effective use of opioid therapy for chronic, noncancer pain by primary care providers. Pain Med. 2010;11:575-85
29. Webster LR, Webster RM. ORT – Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients : preliminary validation of the Opioid Risk Tool. Pain Med. 2005;6:432-42
30. Renaud-Salis JL, Lagouarde P, Darmoni S, Comble PH. Etude des systèmes d'aide à la décision médicale (commanditée par la HAS). 2010
31. Montaron S. Les français accros aux antidouleurs opioïdes. Dernières Nouvelles d'Alsace. Edition du 7 juillet 2018
32. Montaron S. Les français trop accros aux anti-douleurs opioïdes. Le Progrès. Edition du 7 juillet 2018
33. Le Breton-Lerouvillois G, Rault JF. La démographie médicale En Région PACA Situation en 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (devenue l'ANSM)

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

ANSM : Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé

AMM : Autorisation de mise sur le marché

BU : Bibliothèque universitaire

DC : douleur chronique

DCNC : Douleur chronique non cancéreuse

DU : Diplôme universitaire

DCNC : Douleur chronique non cancéreuse

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EN : Echelle numérique

EVA : Echelle visuelle analogique

EVS : Echelle verbale simple

FMC : Formation médicale continue

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

IASP : International association for the study of pain

LI : Libération immédiate

LP : Libération prolongée

MG : Médecin généraliste

OF : Opioides forts

OMS : Organisation mondiale de la Santé

RPC : Recommandations de pratique clinique

SFETD : Société française d'étude et de traitement de la douleur

SFMG : Société française de Médecine Générale

ANNEXES

Annexe 1 : guide d'entretien

Présentation, anonymisation et confidentialité (fiche de consentement).

• Depuis combien de temps exercez-vous et quel est votre parcours ?

Caractérisation de l'échantillon : sexe, durée d'exercice, seul/groupe, rural/urbain, formation douleur, exercice en maison de retraite

• Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez introduit un opioïde fort (pour une douleur chronique) ?

Jamais d'introduction ? Pourquoi ? Freins/perception/renouvellements...

Indication : cancer ou non ? Quel parcours thérapeutique au préalable (paliers) ?

Qu'est ce qui a motivé le changement de pallier ? Inefficacité (posologie), tolérance ?

Nouvelles molécules / est-ce une molécule que vous utilisez souvent ?

Comment présentez vous le traitement au patient ??

Avez-vous mis en place une surveillance spécifique ? (IDE?) Réévaluations/suivi

Est-ce que vous vous sentiez à l'aise dans cette prescription ?

Aviez-vous des craintes ?

Comment cela s'est passé ensuite ? Quels ajustements ont été apportés ?

• Si la situation avait été celle d'une douleur (non) cancéreuse, qu'est ce qui aurait été différent pour vous ? Dérouler le cas inverse (Cancer/DCNC)

Indication(s) si douleur non cancéreuse

Cinétique de l'évolution par paliers. Auriez vous eu recours plus/moins vite aux OF ?

Molécules/posologies différentes ? Rythme d'adaptation, du suivi

Vous sentez vous plus/moins à l'aise dans la prescription face à une douleur C/DCNC ?

Pourquoi ? Ressentez vous des difficultés supplémentaires ? D'autres craintes ?

Préoccupations concernant l'utilisation au très long cours ?

Préoccupations concernant le remboursement (indication DCNC) ?

• Avez-vous été marqué par des situations qui ont modifié votre perception des traitements morphiniques ? Qui ont fait évoluer votre pratique ?

Expériences d'échecs, difficultés d'arrêt, effets indésirables ingérables

Confrontation à des situations de mésusage, d'addiction

Avez-vous déjà eu le sentiment de vous faire forcer la main ?

• Lorsque vous prescrivez un morphinique, qu'est ce qui vous semble (le plus) difficile ?

Pertinence de l'indication, contraintes techniques de la prescription, prise en charge chronophage, gestion des effets indésirables, inexpérience dans le maniement des opioïdes,

pour les équivalences et les relais, risques légaux, réticences des patients (peur de dépendance, synonyme de fin de vie, dernier recours donc pas d'alternative après,...)
En 3 catégories : décision d'introduction/gestion du traitement/convaincre le patient

• Plus généralement, quel est votre ressenti sur l'utilisation des opioïdes forts ?

Réintroduire si besoin la distinction douleur cancéreuse / non cancéreuse

Vous sentez vous à l'aise dans vos prescriptions ?

Quelle est votre opinion concernant les risques ?

(effets indésirables, tolérance, addiction, mésusage)

Comment percevez-vous le rôle du généraliste dans cette prise en charge ? (vs spé)

Quelles sont pour vous les priorités de formation (initiale et continue) ?

Annexe 2 : formulaire de consentement

Prescription des opioïdes forts dans la douleur chronique : perceptions et difficultés en médecine générale

RECHERCHE QUALITATIVE

Introduction: La douleur chronique concerne près d'un français sur trois, tous les médecins généralistes y sont régulièrement confrontés. C'est une priorité de santé publique depuis deux décennies avec plusieurs plans nationaux qui visent l'amélioration de sa prise en charge. Son traitement, sur le plan médicamenteux, s'articule du paracétamol aux antalgiques de pallier III, les opioïdes forts, qui sont utilisés dans les douleurs liées aux cancers mais aussi dans les douleurs chroniques non cancéreuses.

Les objectifs de ce projet sont :

D'explorer les perceptions et difficultés ressenties par les médecins généralistes quant à la prescription d'opioïdes forts dans la douleur chronique.

D'identifier si la prescription est perçue différemment selon que la douleur soit d'origine cancéreuse ou non.

La finalité est de déterminer les actions que l'on peut mettre en œuvre pour permettre aux médecins généralistes d'être plus à l'aise dans la prescription des opioïdes forts.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par Adrien KUNTZMANN suivant vos disponibilités, dans votre lieu d'exercice.

Il durera de 30 à 60 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant vos pratiques de prescriptions d'opioïdes forts dans la douleur chronique.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Adrien KUNTZMANN.

Les résultats seront utilisés dans le cadre d'une thèse de médecine générale et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de cocher chaque case :

- Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
- Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis et de sortir de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à fournir de raison.
- Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
- Je donne mon consentement à l'utilisation totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
- Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Nom (participant) :	Nom (investigateur) :
Date :	Date :
Signature :	Signature :

Annexe 3 : Tableau résumant les caractéristiques sociodémographiques des médecins inclus dans l'étude

Sexe	Ville	Cadre	Nombre d'associés	Expérience (années)	Formation Douleur	EHPAD	Maitre de stage
F	Nice	Urbain	1	18	Non	Très peu	Oui
M	La Trinité	Semi urbain	3	8	Capacité gériatrie	Oui	Oui
F	Valdeblore	Rural	1	6	Non	Très peu	Oui
F	La Trinité	Semi Urbain	1	7	Non	Très peu	Oui
M	Antibes	Urbain	2	8	Non	Oui	Non
F	Nice	Urbain	0	16	Non	Très peu	Non
M	Valdeblore	Rural	1	6	Non	Très peu	Oui
M	Cagnes sur Mer	Urbain	0	30	Non	Oui	Non
M	La Trinité	Semi urbain	3	6,5	Med. Coordonateur	Oui	Non
F	Nice	Urbain	1	5	Non	Oui	Non
M	Nice	Urbain	0	20	Non	Oui	Non
M	Nice	Urbain	1	38	Non	Non	Non
M	Beaulieu	Semi urbain	0	10	Non	Non	Non
M	Vence	Semi urbain	1	8	Non	Oui	Oui
F	La Trinité	Semi urbain	3	13	Non	Très peu	Oui
M	Nice	Urbain	1	9	Non	Oui	Non
M	Nice	Urbain	1	27	Capacité gériatrie	Peu	Non
M	St Martin Var	Rural	0	18	Oui	Oui	Non

Note : l'ordre de présentation des médecins a été modifié par rapport à la numérotation des entretiens afin de garantir la confidentialité de leurs propos.

Annexe 4 : Table pratique de conversion des antalgiques de palier II et des opioïdes forts

Dénomination commune	Facteur de conversion *	Equivalence de la dose de morphine orale
Poudre d'opium	1/10	25 mg de poudre d'opium = 2.5 mg de morphine
Codéine	1/6	60 mg de codéine = 10 mg morphine
Tramadol oral	1/5	50 mg de tramadol = 10 mg de morphine
Dihydrocodéine	1/3	60 mg de dihydrocodéine = 20 mg de morphine
Morphine orale	1	Opioïde de référence
Morphine sous-cutanée	2	5 mg de morphine SC = 10 mg de morphine orale
Morphine intraveineuse	3	3,33 mg de morphine IV = 10 mg de morphine orale
Nalbuphine sous-cutanée	2	5 mg de nalbuphine SC = 10 mg de morphine orale
Oxycodone orale	1,5 à 2	5 mg d'oxycodone orale => 7,5 à 10 mg de morphine 10 mg de morphine => 5 mg d'oxycodone orale
Oxycodone sous-cutanée et intraveineuse	1,5 à 2	1 mg d'oxycodone SC ou IV = 2 mg de morphine orale
Hydromorphone	7,5	4 mg d'hydromorphone = 30 mg de morphine orale
Buprénorphine sublingual	30	0,2 mg de buprénorphine = 6 mg de morphine orale
Fentanyl transdermique	100 (d'après Donner)	25µg/h de fentanyl transdermique = 600 µg/j = 60 mg de morphine orale/j
Fentanyl transmuqueux	Pas d'équianalgésie = titration obligatoire si introduction ou si changement de spécialité	

* Facteur de conversion = dose de morphine orale/dose de l'opioïde

Source : Sallerin B, Cantagrel L, Olivier M. Comité de lutte contre la douleur. Hôpitaux de Toulouse. Référence CLUD12 v6 (date de diffusion : 2016)

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 les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

RESUMÉ

La prescription des opioïdes forts est en progression en France avec la multiplication des spécialités existantes et l'élargissement progressif de leur remboursement aux douleurs chroniques non cancéreuses. Pourtant, des freins à leur introduction persistent chez les médecins et les dernières recommandations incitent à la prudence en réaction à l'augmentation alarmante du mésusage et des décès liés aux opioïdes forts aux Etats-Unis.

Nous avons conduit une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés entre novembre 2017 et avril 2018. Dans un premier temps, nous avons recueilli les perceptions et difficultés de 18 médecins généralistes libéraux des Alpes Maritimes concernant la prescription des opioïdes forts dans la douleur chronique. Dans un deuxième temps nous avons cherché à identifier s'ils percevaient la prescription différemment selon l'origine cancéreuse ou non de la douleur.

Les médecins ont, avant tout, exprimé la place essentielle des opioïdes forts dans l'arsenal antalgique. Ils ont cependant mis en avant la nécessité de les manipuler avec précaution. Leurs difficultés étaient centrées sur l'introduction du traitement et concernaient principalement les indications et le maniement de cette classe thérapeutique. Comme l'ont suggéré d'autres études, les médecins introduisaient et prescrivaient plus facilement les opioïdes forts pour les douleurs cancéreuses. Enfin ils avaient le sentiment qu'ils étaient toujours insuffisamment prescrits, la France restant à ce titre l'un des pays européens où l'utilisation des opioïdes forts est la plus faible.

Ce travail a mis en évidence la nécessité de formations et de diffusion des recommandations auprès des médecins généralistes, qui sont en demande d'outils d'aide à la prescription et d'une meilleure communication avec les pharmaciens. Il ouvre également la réflexion sur la prise en charge globale de la douleur chronique et la question de l'évaluation de la douleur.

Mots Clés : opioïdes forts, morphine, douleur chronique, médecine générale, étude qualitative