



HAL
open science

Les représentations de la prescription de morphiniques chez les internes de médecine générale en fin de cursus à l'Université de Bordeaux

Marie-Hélène Ducoin-Pannunzio

► To cite this version:

Marie-Hélène Ducoin-Pannunzio. Les représentations de la prescription de morphiniques chez les internes de médecine générale en fin de cursus à l'Université de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02552934

HAL Id: dumas-02552934

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02552934v1>

Submitted on 23 Apr 2020

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

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

Université de Bordeaux
U. F. R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2018

Thèse n°162

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
le 30/10/2018 par

Marie-Hélène DUCOIN épouse PANNUNZIO
DES Médecine Générale
DESC Médecine de la Douleur et Médecine Palliative
Née le 01/03/1990 à Épernay

**Les représentations de la prescription de morphiniques chez les internes
de médecine générale en fin de cursus à l'université de Bordeaux**

Directrice de thèse
Madame le Docteur Fanny LAFAYE

Rapporteur de thèse
Monsieur le Professeur Fabrice BONNET

Membres du jury
Monsieur le Professeur Alain RAVAUD, Président
Monsieur le Professeur Fabrice BONNET, Juge
Monsieur le Professeur Benoît BURUCOA, Juge
Monsieur le Professeur François PETREGNE, Juge
Madame le Docteur Sophie GONNIN, Juge
Madame le Docteur Fanny LAFAYE, Juge

REMERCIEMENTS

A mon président de jury, Monsieur le Professeur Alain RAVAUD

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de l'accueil que vous m'avez réservé lors de mon premier semestre dans votre service ; j'y ai beaucoup appris.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon plus profond respect.

A mon rapporteur de thèse, Monsieur le Professeur Fabrice BONNET

Vous me faites l'honneur de juger et de rapporter ce travail. Je vous remercie d'avoir accepté cette fonction avec autant de spontanéité. Veuillez accepter mes plus sincères remerciements et soyez assuré, Monsieur, de ma gratitude.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Fanny LAFAYE,

Je te remercie d'avoir dirigé cette thèse avec bienveillance et rigueur. Le semestre passé à tes côtés m'a énormément appris tant sur le plan professionnel que personnel. Il m'a donné l'envie de faire des soins palliatifs. Accepte mes plus sincères remerciements et sois assurée de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Benoît BURUOCA, Juge

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie sincèrement de l'intérêt que vous portez à ce travail et de votre accueil dans l'unité d'accompagnement et de soins palliatifs où j'apprends tant chaque jour. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur François PETREGNE, Juge

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie d'avoir contribué à mon enseignement de médecine générale pendant deux semestres. Veuillez accepter mes plus sincères remerciements et soyez assuré, Monsieur, de ma gratitude.

A Madame le Docteur Sophie GONNIN, Juge

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie de contribuer à enrichir ce jury avec des connaissances spécifiques de pharmacienne. Veuillez trouver ici l'assurance de ma sincère reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A Maxime, mon merveilleux mari,

Je te remercie pour ton soutien inconditionnel, tes conseils toujours pertinents et tes relectures attentives. Tu as su me rassurer au quotidien et traverser à mes côtés toutes ces années dans les bons et les mauvais moments. Merci de croire en moi.

A mes parents,

Je vous remercie d'être ceux que vous êtes, de m'aimer inconditionnellement, je vous dois d'être la personne que je suis. Merci d'avoir toujours soutenu mes projets et d'être si présents.

A mes amis, Fanny, Anne-Charlotte, Nicolas, Romane, Benoît, Coriolan, Sophie, Annabel,

Je vous remercie pour votre présence, nos dîners bien arrosés et nos conversations animées. Merci d'être de si bons amis.

A mes frères, mes sœurs et mes belles-sœurs ; Guillaume, Thibaut, Marie-Sophie, Marie-Raphaëlle, Justine et Marie-Mathilde,

Je vous remercie pour vos plaisanteries et vos personnalités si affirmées qui animent la vie de famille et ont contribué à forger ma personnalité. Vous êtes toujours présents pour les moments importants, merci de votre soutien.

A ma belle-famille, je vous remercie de m'avoir accueillie telle que je suis.

A mes neveux et nièces : Enguerrand, Sybille, Virgile, Céleste, Benjamin et Maëlys,

Vous me donnez toujours le sourire,

A Camille, Amandine, Adèle, Carole, Rosa, Camille J, Maider, Marion, Perrine, toutes les infirmières, aides-soignantes et ASH et toute l'équipe de soins palliatifs pour leur gentillesse, leurs sourires et leur bienveillance. J'ai plaisir à venir travailler chaque jour avec vous.

Aux internes enquêtés qui ont acceptés de donner un peu de leur temps pour partager leurs expériences,

A mes co-internes pour tous les moments partagés,

A toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à rendre ce travail possible.

AVANT PROPOS

*« Puis je voir le malheur d'autrui
Et ne pas souffrir aussi ?
Puis je voir le chagrin d'autrui
Sans tâcher de l'adoucir ? »*

William Blake,
Sur la douleur d'autrui

Cette thèse est le fruit d'une réflexion que j'ai entamée il y a trois ans. Elle a été remaniée au fil du temps mais l'idée première a germé dès le début de mon internat suite au décès de mon grand-père. En effet, il a été hospitalisé pour une décompensation d'insuffisance cardiaque terminale dont l'issue s'est rapidement révélée défavorable. Lorsque son état s'est nettement dégradé, il a commencé à montrer des signes d'inconfort, de douleur puis à s'en plaindre. L'interne du service de cardiologie, démuni et peu habitué aux fins de vie, ne lui a prescrit que du Paracétamol, insuffisamment efficace. Devant mon insistance à introduire un traitement apte à le soulager, dont des morphiniques, il m'a expliqué ne pas y être opposé mais être en difficulté pour les prescrire. Il attendait que l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs lui vienne en aide. Finalement, lorsque mon grand-père est entré en phase pré agonique, l'interne a reçu du secours et a prescrit un pousse-seringue de morphine, bien tard m'a t'il semblé. Mon grand père est mort paisiblement. Mais la question des réticences de cet interne à prescrire des morphiniques est restée vive dans mon esprit. J'ai cherché des réponses dans la littérature médicale sans jamais trouver d'éléments satisfaisants. Alors je me suis demandé si je parviendrais modestement à avancer dans cette réflexion.

La définition de ma problématique a pris du temps et je me suis aperçu qu'au-delà d'un questionnement personnel, j'allais devoir adopter une démarche rigoureuse et scientifique.

J'ai donc, dans un premier temps, structuré tout mon travail autour d'une méthodologie quantitative, persuadée que le qualitatif n'était pas une méthode « scientifique ». J'avais tort et je rencontrais de nombreux obstacles à tenter de construire un questionnaire sur un objet de recherche plus exploratoire que bien défini.

Après deux semestres passés à travailler sur une méthode quantitative, j'ai finalement décidé de changer de méthode et de recommencer mon travail ! Je n'ai jamais regretté d'avoir changé mon fusil d'épaule. Cette méthode m'a enrichie par bien des manières.

Elle m'a permis d'aller à la rencontre des internes de ma promotion pour la réalisation des entretiens. J'ai pris plaisir à discuter avec eux de leur parcours personnel et professionnel, de leurs projets, de ce qui les avaient conduits là où ils en étaient. J'ai eu la surprise de m'apercevoir que nous n'avions pas tous fait ces études pour les mêmes raisons, les mêmes motivations. Les projets de chacun étaient très différents, imprégnés de leurs vécus, leurs espoirs, leurs visions de la vie. Peut-on dire cela de toutes les professions ?

La rédaction de cette thèse m'a aussi fait progresser dans la façon que j'avais de percevoir les autres, de questionner leurs pratiques professionnelles mais aussi les miennes. Et peut-on questionner ses pratiques professionnelles, sa façon de réfléchir, de créer sa pensée sans questionner sa personnalité, ses limites, ses failles ? Je ne pensais pas en commençant ce travail qu'il m'emmènerait aussi loin dans la remise en question. Cependant, c'était une démarche réflexive nécessaire à mon épanouissement dont je suis aujourd'hui très heureuse.

Mon parcours professionnel et personnel m'a conduit à entreprendre un DESC de médecine de la douleur et médecine palliative. Cette formation me passionne et trouve sa réalisation dans mon semestre actuel dans l'unité d'accompagnement et de soins palliatifs du CHU. Cela me permet de continuer cette démarche de réflexion sur le sens que l'on donne au soin et à me questionner sur le sens de nos pratiques professionnelles.

J'ai pris un grand plaisir à faire ce travail, à y revenir sans cesse, à l'améliorer, tenter de le perfectionner, afin que les propos des internes enquêtés soient au mieux analysés et que je puisse me dire : je sais !

A mon grand-père Robert...

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
AVANT PROPOS	4
TABLE DES MATIÈRES.....	6
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	8
ABRÉVIATIONS	9
LEXIQUE	10
INTRODUCTION	11
PRÉREQUIS.....	14
1. LA DOULEUR	14
1.1. Définition de la douleur	14
1.2. Différents types de douleur.....	14
1.3. Évaluation de la douleur	18
2. LES ANTALGIQUES	21
2.1. Définitions	21
2.2. Classifications des principales thérapeutiques antalgiques médicamenteuses.....	21
2.3. Co-antalgiques et autres antalgiques	25
3. LES OPIOÏDES FORTS.....	27
3.1. Définitions et principales molécules	27
3.2. Indications, modalités et règles de prescription	30
3.3. Effets indésirables, complications addictologiques et contre-indications	40
POPULATION ET MÉTHODE	45
1. Type d'étude et objectif de l'étude	45
2. Méthodes de sélection de la population et l'échantillon.....	45
2.1. Population cible	45
2.2. Population source	45
2.3. Échantillon.....	46
3. Méthodes de recueil et de traitement des données.....	47
3.1. Méthode de recueil des données	47
3.2. Méthode de traitement des données : analyse des verbatim	49
3.3. Recherche bibliographique et modalités légales	50

RÉSULTATS	51
1. Caractéristiques de la population et des entretiens	52
1.1. Sélection de l'échantillon	52
1.2. Caractéristiques de la population étudiée	53
1.3. Caractéristiques des entretiens	54
2. Analyse des entretiens	56
2.1. Résultat iconographique : le nuage de mots	56
2.2. Description littéraire des verbatim	57
2.3. Résultats inattendus.....	76
DISCUSSION.....	79
1. Forces et limites de l'étude	80
1.1. Choix du sujet	80
1.2. Choix de l'échantillon	81
1.3. Choix de la méthode.....	82
2. Discussion sur les résultats observés	84
2.1. Contexte de prescription des opioïdes forts : douleur, opioïdes et résistances	84
2.2. De la théorie universitaire à la pratique professionnelle : l'apprentissage du « savoir-faire » ou les enjeux de la séniorisation et du recours à l'EMSP.....	89
2.3. Lorsque la pratique professionnelle est confrontée à la réalité ; la mise en œuvre du « savoir agir contextualisé » par les internes.....	95
CONCLUSION	102
BIBLIOGRAPHIE	104
ANNEXES	111
1. <u>ANNEXE n°1</u> : Mail adressé aux internes tirés au sort	111
2. <u>ANNEXE n°2</u> : Grille de réflexion sur la question de recherche	112
3. <u>ANNEXE n°3</u> : Trame du guide d'entretien.....	113
4. <u>ANNEXE n°4</u> : Table pratique d'équianalgie des opioïdes forts.....	114
5. <u>ANNEXE n°5</u> : Marguerite des compétences du médecin généraliste selon le CNGE ..	116
SERMENT D'HIPPOCRATE	117

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLEAUX

Tableau 1 : Différences entre douleur aiguë et chronique <i>d'après A.Serrie</i>	17
Tableau 2 : Questionnaire DN4 <i>d'après Bouhassira D et al.</i>	20
Tableau 3 : Opioid Risk Tool	43
Tableau 4 : Caractéristiques démographiques et professionnelles de la population	53
Tableau 5 : Caractéristiques des entretiens	54

FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux	52
Figure 2 : Nuage de mots construit sur la fréquence des mots dans les verbatim	56
Figure 3 : Proportions selon les catégories préétablies du codage des verbatim	57

ABRÉVIATIONS

ADP : Accès Dououreux Paroxystiques

AFSOS : Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdiens

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPL : Comité Pédagogique Local

CPP : Comité de Protection des Personnes

DCNC : Douleurs Chroniques Non Cancéreuses

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DOP : Dépendance aux Opioides de Prescription

EN : Échelle Numérique

EVA : Échelle Visuelle Analogique

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

FR : Fréquence Respiratoire

FST : Formation de Spécialité Transversale

HAD : Hospitalisation À Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

IM : Intramusculaire

IMG : Interne de Médecine Générale

IV : Intraveineux

LI : Libération Immédiate

LISP : Lits Identifiés de Soins Palliatifs

LP : Libération Prolongée

MOP : Mésusage aux Opioides de Prescription

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PCA : Patient Controlled Analgesia

PO : Per os (par voie orale)

RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique

SC : Sous-Cutanée

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

SFETD : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SMR : Service Médical Rendu

TCEM : Troisième Cycle des Études Médicales

LEXIQUE

*Les mots suivis d'une astérisque * dans cette thèse sont répertoriés ici.*

A.

Allodynie : douleur induite par un stimulus non douloureux.

E.

Équianalgésie ou équiantalgie : dose de médicament nécessaire pour obtenir le même niveau d'analgésie qu'un autre produit.

H.

Hypoesthésie : diminution des divers modes de la sensibilité (tact, sensation au chaud et au froid...).

M.

MESH ou Medical Subject Headings : thésaurus international servant de base d'interrogation dans Medline (sur PubMed)

N.

Nociception : concept concernant l'ensemble des structures nerveuses et des mécanismes impliqués dans la détection, la transmission et le traitement de la douleur.

Neuropathique (douleur) : en relation avec une lésion du système nerveux, central ou périphérique

P.

Paresthésie : sensation subjective pénible, voire douloureuse, variée, comparée habituellement à des fourmillements, des picotements, des engourdissements, à type de constriction localisée ou de marche sur du coton, etc.

S.

Synergie : association de plusieurs médicaments dont les modes d'action différents se renforcent.

V.

Verbatim [*syn.* corpus de données] : compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales.

INTRODUCTION

À l'heure où l'Organisation des Nations Unies évoque « un fossé mondial de la douleur », l'ONG *Douleurs sans frontières* (1) appelle l'Assemblée Générale des Nations Unies à inscrire dans la Charte internationale des Droits de l'Homme le droit à la prise en charge de la douleur. Ce fossé de la douleur résulte du constat accablant qu'aux États-Unis et au Canada, une « épidémie » de décès liés à une surconsommation de médicaments opioïdes fait rage (2,3) pendant qu'ailleurs dans le monde, des milliards de personnes n'ont, au mieux, qu'un accès limité aux médicaments pour la prise en charge de la douleur.

Le constat n'est pas si alarmant en France ; depuis la loi française du 4 mars 2002 (4) toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur et celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. De plus, par souci d'éthique et de morale et respectant son serment d'Hippocrate, le médecin se doit de tout faire pour « soulager les souffrances ». La prévalence de la douleur en France reste cependant élevée. Elle a été récemment estimée à 8,6 millions d'adultes dans la population générale française adulte dont 59 % de douleur modérée et 27 % de douleur sévère (5).

Au-delà des aspects éthiques et juridiques l'importance de soulager la douleur se retrouve au travers de différentes études qui concernent son impact. Dans l'étude sur la douleur aiguë en médecine générale d'Autret-Leca et al. (6), il était démontré que l'importance du retentissement de la douleur sur les différents besoins fondamentaux de l'individu était étroitement corrélée à son intensité ($p < 0,001$), et variait considérablement en fonction de son siège. Cette étude montrait que la consultation motivée par une douleur intervenait pour des seuils d'intensité et des délais qui ne différaient pas statistiquement en fonction de la pathologie. Cela suggérait que le ressenti de la douleur ne devait pas être interprété par le médecin en fonction de sa connaissance de la gravité potentielle de la pathologie sous-jacente, mais qu'il devait apporter la même attention à soulager la douleur dans toutes les situations cliniques. En particulier, indépendamment de sa localisation, la douleur avait dans cette enquête un retentissement constant sur le sommeil, élément essentiel à l'équilibre psychique et physique du patient. Une prise en charge insuffisante de la douleur risquait d'induire des troubles du sommeil qui perdureraient au-delà de la résolution du phénomène douloureux. En somme, cette enquête mettait en évidence l'importance de la douleur, quelle que soit sa localisation, dans la vie quotidienne des patients, et la nécessité d'apporter un soulagement efficace et rapide, sans préjugé vis à vis de la bénignité éventuelle de la pathologie sous-jacente.

De façon similaire, l'étude de Breivik et al. (7), sur la prévalence et l'impact des douleurs chroniques en Europe, soulignait la nécessité que les douleurs chroniques soient traitées de façon rapide car elles entraînaient des conséquences multiples à long terme. On retrouvait majoritairement une profonde altération de la qualité de vie sociale et professionnelle des patients souffrant de douleurs chroniques. Ces données ont été renforcées en France par l'étude de 2013 sur l'impact sociétal de la douleur (8) qui concluait que la douleur non soulagée avait un impact économique majeur sur les systèmes de soins et constituait un problème de santé publique.

Ces éléments soulignent le rôle essentiel des acteurs de soins de premier recours, et notamment celui du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur. Cette prise en charge est globale mais passe souvent dans un premier temps par des thérapeutiques médicamenteuses : les antalgiques. Or, les antalgiques opioïdes forts ou morphiniques en sont une part non négligeable. Les morphiniques sont très efficaces pour les douleurs de forte intensité ; c'est actuellement le traitement de choix des douleurs intenses d'origine cancéreuse ou non par excès de nociception et rebelles aux autres antalgiques de niveau inférieur. Il semble pourtant que l'initiation d'une antalgie par des morphiniques soit source de difficultés pour nombre de médecins et plus spécifiquement d'internes en médecine générale (9-11). Les mythes et les représentations mentales négatives autour de ces produits sont encore fortement ancrés aujourd'hui. Dans l'inconscient collectif, la morphine est encore souvent associée à la fin de vie, avec l'idée d'une mort « in fine » (12). Les soignants, quant à eux, hésitent à la prescrire par peur du risque pour leurs patients, de dépendance, d'addiction ou de mésusage (13).

Ainsi, la plupart des internes de médecine générale à Bordeaux à qui la question est posée, déclarent sans détour ne pas être à l'aise avec la prescription des morphiniques. Cela concorde avec les observations de Victor Broch en 2014 dans sa thèse sur les difficultés rencontrées par les internes lillois, en médecine générale, sur la prise en charge du patient douloureux chronique (10). Il a mené pour cette thèse une étude qualitative en focus group dont les résultats concernant la prise en charge thérapeutique par opioïdes forts soulignent deux points forts : les modalités de prescription ne sont pas toujours connues des internes et certains préfèrent déléguer la prescription.

De même, Sarah Poincaux dans son article sur les compétences en soins palliatifs des internes de médecine générale (11) retrouve des éléments similaires sur les difficultés d'initiation de la

prescription des morphiniques par les internes. Elle relève des difficultés d'ordre technico-pratiques telles qu'une méconnaissance des méthodes d'évaluation de la douleur ou une méconnaissance de la prescription des morphiniques en termes de posologies, durée d'action, prescriptions qui y sont associées, etc. Elle relève également des difficultés liées à l'hétérogénéité, déclarée par les internes, de leur formation sur la douleur ainsi qu'à leur vécu clinique. Elle note également des aspects positifs avec des morphiniques prescrits plus facilement qu'auparavant, ce qui était également retrouvé par B. Fougère en 2012 (14).

Ainsi, on s'aperçoit que les éléments influençant la prescription des morphiniques par les internes de médecine générale sont multifactoriels. L'exploration des représentations de cette prescription par les internes de médecine générale semble intéressante, préférentiellement à la fin de leur cursus, lorsqu'ils ont eu l'occasion d'en prescrire.

Ce qui soulève la question de recherche suivante :

Quelles sont les représentations de la prescription de morphiniques chez les internes de médecine générale en fin de cursus ?

Ce type de question de recherche exploratoire incite à une méthode qualitative, que certains qualifient également de « démarche compréhensive ». La démarche compréhensive renvoie à l'étude des acteurs pensant, parlant et agissant ce qui signifie que l'explication donnée par le chercheur prend en compte les raisons d'agir données par les acteurs eux-mêmes (15).

C'est dans cette optique d'étude qualitative que des entretiens semi-dirigés avec des internes de médecine générale ont été réalisés afin de décrire et d'analyser leurs représentations de la prescription de morphiniques. Ces résultats donneront ensuite lieu à une discussion et à des préconisations.

PRÉREQUIS

Ces prérequis sont proposés aux lecteurs afin de clarifier l'objet « prescription de morphiniques » de la question de recherche. Ils se déclinent en 3 chapitres :

- Le premier chapitre traite de la douleur, de sa définition, des types de douleurs et des modes d'évaluation de celles-ci.

- Le second chapitre traite des antalgiques, de leurs classifications et de leurs indications théoriques ; il détaille les principales molécules de chaque classe d'antalgiques.

- Le troisième chapitre détaille spécifiquement les opioïdes forts dont les molécules concernées, leurs indications, leurs modalités de prescription, leurs effets indésirables, leurs contre-indications et détaille les complications addictologiques.

1. LA DOULEUR

1.1. Définition de la douleur

La douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » selon l'International Association for the Study of Pain (IASP) (16). On distingue la douleur aiguë de la douleur chronique.

1.2. Différents types de douleur

1.2.1. Douleur aiguë : « douleur symptôme »

La Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) propose la définition suivante (17) : « La douleur aiguë est liée à une atteinte tissulaire brutale (traumatisme, lésion inflammatoire, distension d'un viscère...). Elle est souvent associée à des manifestations neurovégétatives (tachycardie, sueurs, élévation de la pression artérielle) et à une anxiété.

C'est un signal d'alarme dont la « finalité » est d'informer l'organisme d'un danger pour son intégrité. Une fois son origine identifiée, sa prise en charge nécessite sa reconnaissance et un traitement essentiellement pharmacologique reposant sur les antalgiques avec un objectif curatif.

1.2.2. Douleur chronique : « douleur maladie »

La Haute Autorité de Santé définit la douleur chronique **(18)** comme « un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte ». Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- persistance ou récurrence, qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;
- réponse insuffisante au traitement ;
- détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

Lorsqu'elle devient chronique, la douleur perd sa « finalité » de signal d'alarme et elle devient une maladie en tant que telle, qu'elle que soit son origine.

La douleur chronique est fréquemment associée à des facteurs de renforcement qui participent à son entretien comme des manifestations psychopathologiques, une demande insistante par le patient de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à soulager, et/ou une difficulté du patient à s'adapter à la situation. La douleur chronique doit être appréhendée selon un modèle bio-psycho-social, sa prise en charge reposant d'abord sur une démarche évaluative puis sur un traitement, souvent multimodal, dont l'objectif est ré-adaptatif.

Il est possible de distinguer trois grands types de douleur chronique en fonction des mécanismes à l'origine de cette dernière.

➤ La douleur par excès de nociception (la plus fréquente)

La douleur nociceptive ou par excès de nociception* ou encore inflammatoire est une douleur due à une stimulation persistante et excessive des récepteurs périphériques de la douleur : les nocicepteurs. Ce type de douleur peut survenir dans un contexte de cancer mais également dans des contextes plus « bénins » comme la maladie arthrosique.

La douleur nociceptive répond aux antalgiques, cette approche pharmacologique devant être intégrée à une approche thérapeutique plus globale commune à toute douleur chronique.

➤ **La douleur neuropathique**

L'IASP définit la douleur neuropathique* comme une « douleur liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel » (16). L'atteinte du système somato-sensoriel peut survenir dans un contexte neurologique évident (douleur survenant après un zona, neuropathie diabétique douloureuse, etc.). Elle survient aussi fréquemment dans un contexte non neurologique comme les suites post-opératoires, la chirurgie étant souvent responsable de lésions nerveuses. Elle se caractérise par des douleurs à type de brûlures ou de décharges électriques avec à l'examen clinique une hypoesthésie* ou, au contraire, une allodynie*. Elle est souvent associée à des signes sensitifs non douloureux (paresthésies*, engourdissement, prurit).

Le dépistage de la douleur neuropathique est d'autant plus important qu'elle peut coexister avec une douleur nociceptive dans le cadre d'une douleur mixte.

Sur le plan pharmacologique, la douleur neuropathique répond mal aux antalgiques et elle justifie en première intention de certains antiépileptiques et/ou de certains antidépresseurs.

➤ **La douleur dysfonctionnelle**

Il s'agit d'une douleur liée à un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur sans lésion organique identifiée. Les douleurs dysfonctionnelles les plus fréquentes sont la fibromyalgie, la céphalée de tension, la colopathie fonctionnelle ou la cystite interstitielle.

En l'état des connaissances actuelles, la douleur dysfonctionnelle répond peu au traitement pharmacologique et sa prise en charge thérapeutique fait plus appel à des approches non-pharmacologiques.

Pour être complet, **la douleur procédurale** doit également être mentionnée ; elle correspond à la douleur induite par les soins (ponctions, pansements, prise de sang, mobilisation du patient). Sa prise en charge nécessite l'identification préalable des soins potentiellement douloureux et la mise en place de protocoles qui ont un objectif préventif (pose d'anesthésiant local avant ponction, prémédication avec un antalgique d'action rapide immédiatement avant la réalisation d'un soin douloureux...). La prise en charge de la douleur procédurale doit être une préoccupation constante de tout professionnel de santé et c'est un élément majeur de la qualité des soins.

1.2.3. Tableau de synthèse douleur aiguë/douleur chronique

	<i>Douleur aiguë :</i> « <i>douleur symptôme</i> »	<i>Douleur chronique :</i> « <i>douleur maladie</i> »
<i>Caractéristiques</i>	Signal d'alarme, utile, protectrice, oriente le diagnostic	Inutile, détruit physiquement psychologiquement et socialement
<i>Aspect évolutif</i>	Douleur transitoire	Douleur permanente, récurrente ou répétitive
<i>Mécanisme générateur</i>	Unifactoriel	Plurifactoriel
<i>Réactions végétatives</i>	Réactionnelles (tachycardie, polypnée, mydriase, sueurs)	Entretien (cercle vicieux)
<i>Retentissement psychologique</i>	Anxiété	Dépression
<i>Objectif thérapeutique</i>	Curatif	Pluridimensionnel (modèle bio-psycho-social)

Tableau 1 : Différences entre douleur aiguë et chronique d'après A.Serrie

Ces différentes définitions permettent déjà d'établir la pluralité qui se cache derrière le terme de douleur et de montrer que les traitements pharmacologiques de type antalgiques ne sont pas toujours indiqués en fonction du mécanisme physiopathologique.

Dans le cadre de cette thèse, nous allons essentiellement nous intéresser aux douleurs aiguës et chroniques par excès de nociception car ce sont celles pour lesquelles les opioïdes forts dont les morphiniques sont indiqués prioritairement.

1.3. Évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur est complexe. Elle peut se faire schématiquement de deux façons ;

- soit par auto-évaluation : évaluation par le patient, capable de communiquer de l'intensité ou des caractéristiques de sa douleur.

- soit par hétéro-évaluation : évaluation par un tiers, généralement un professionnel de santé, car le patient n'est pas en capacité de communiquer sur sa douleur.

L'évaluation de la douleur doit privilégier l'auto-évaluation chaque fois qu'elle est possible. Elle doit être répétée et faire l'objet d'une traçabilité dans le dossier patient.

Étant donné la spécificité et la manque de pertinence pour le propos de cette thèse, nous ne développerons pas l'évaluation de la douleur chez les enfants. De même, nous ne détaillerons que les outils d'évaluation de la douleur les plus connus et fréquemment utilisés.

1.3.1. Outils d'auto-évaluation de la douleur nociceptive

Les outils d'auto-évaluation sont basés sur le principe de l'évaluation par le patient capable de communiquer de l'intensité ou des caractéristiques de sa douleur, sans l'intervention d'une tierce personne (soignant, aidant, famille...). Ces outils s'appliquent aux adultes et aux enfants à partir de 6 ans (âge scolaire).

Les outils de base de l'évaluation de la douleur doivent comporter au moins une mesure d'intensité douloureuse (échelle unidimensionnelle). Les outils multidimensionnels s'adressent plutôt aux patients présentant une douleur chronique.

➤ Outils unidimensionnels d'auto-évaluation de la douleur

Les outils suivants sont les plus connus et les plus utilisés à l'heure actuelle pour l'évaluation de la douleur. Ils permettent une mesure de l'intensité de la douleur et du soulagement.

- *L'Échelle Verbale Simple* (EVS) permet une mesure de l'intensité douloureuse en qualifiant cette douleur par des adjectifs (faible, modérée, intense, extrême) auxquels sont attribués un score.

- *L'Échelle Numérique* (EN) permet une mesure numérique de l'intensité de tout type de douleur chez l'adulte en « notant » sa douleur entre 0 et 10.

- L'*Échelle Visuelle Analogique* (EVA) permet une mesure de l'intensité de tout type de douleur chez l'adulte grâce à l'utilisation d'une réglette en position horizontale.

A noter : par abus de langage, le terme EVA est souvent utilisé pour parler de l'EN.

- L'outil du *Schéma Corporel* permet une topographie de la douleur : le patient hachure sur un schéma la localisation et l'intensité de sa douleur.

➤ **Outils multidimensionnels d'auto-évaluation de la douleur**

Ceux-ci sont plus utilisés lors de douleurs chroniques donc un contexte plus spécialisé. On notera essentiellement :

- le *Questionnaire de Saint Antoine* (QDSA) permettant une description verbale de la douleur. Il se présente sous deux formes (abrégée et complète) et permet l'évaluation quantitative et qualitative de la composante sensorielle et affective de la douleur. Il correspond à la version française du McGill questionnaire (19). Son principal défaut est qu'il requiert une bonne maîtrise du langage et des subtilités des différents adjectifs proposés.

- l'*Hospital Anxiety and Depressive Scale* permet d'évaluer la composante anxieuse ou dépressive de la symptomatologie douloureuse chronique.

On peut noter aussi le Questionnaire de la Qualité de vie abrégé SF-12 et le Questionnaire Concis de la douleur.

1.3.2. Outils d'hétéro-évaluation de la douleur

Les outils d'hétéro-évaluation de la douleur chez l'adulte sont plus concis et encadrés par des recommandations professionnelles.

➤ **Outils d'hétéro-évaluation de la douleur aiguë**

La principale échelle d'hétéro-évaluation de la douleur aiguë est l'*Algoplus* (20) qui est une échelle comportementale destinée à l'évaluation de la douleur aiguë chez la personne âgée souffrant de troubles de la communication verbale.

➤ **Outils d'hétéro-évaluation de la douleur chronique**

C'est l'échelle *Doloplus* (21) qui représente la principale échelle d'évaluation de la douleur chronique chez la personne âgée présentant des difficultés d'expression, des troubles de la mémoire ou encore des troubles cognitifs.

1.3.3. Outils spécifiques

Sans entrer dans le détail, il faut mentionner les outils spécifiques à certaines douleurs/pathologies que proposent des groupes de travail spécialisés.

- Pour les douleurs neuropathiques : le *Questionnaire DN4* (cf. **tableau 2**) qui permet leur dépistage et le *Neuropathic Pain Symptom Inventory* qui en évalue les différents symptômes
- Pour les migraines et céphalées, on peut citer l'*Headache Impact Test*.
- Pour la fibromyalgie, on peut évoquer le *Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)*.

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

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

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

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

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

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

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



Tableau 2 : Questionnaire DN4 d'après Bouhassira D et al.

2. LES ANTALGIQUES

Dans cette partie sur les antalgiques, nous n'aborderons que les antalgiques médicamenteux afin de ne pas surcharger les prérequis mais il est certain que les thérapeutiques médicamenteuses ne sont qu'une seule composante d'une prise en charge bien plus globale de la douleur.

2.1. Définitions

Antalgique adj. : qualifie tout moyen physique ou médicamenteux capable de calmer la douleur. (22)

Antalgique n.m. (étym. gr. *anti* : en face ; *algos* : douleur), syn. Analgésique : substance capable d'abolir la perception des sensations douloureuses sans entraîner la perte de conscience.

Les objectifs de la prise en charge pharmacologique de la douleur sont de réduire la transmission nerveuse du message douloureux et de renforcer/diminuer les contrôles inhibiteurs/excitateurs de la douleur.

2.2. Classifications des principales thérapeutiques antalgiques médicamenteuses

L'Organisation Mondiale de la Santé préconise trois paliers de prescription des médicaments antalgiques (23) qui ne concernent que le traitement des douleurs par excès de nociception ;

- **Le palier 1** : antalgiques non opioïdes ; pour les douleurs faibles à modérées.
- **Le palier 2** : antalgiques opioïdes faibles ; pour les douleurs modérées à intenses.
- **Le palier 3** : antalgiques opioïdes forts ; pour les douleurs intenses à très intenses.

Cette classification est souvent critiquée puisqu'elle n'est en théorie applicable qu'aux douleurs par excès de nociception et qu'elle ne prend pas en compte les nouveaux antalgiques. Elle ne répond pas aux mécanismes physiopathologiques variés et aux expressions cliniques multiples des douleurs. Elle n'intègre pas les traitements neuropathiques. Elle induit également un schéma erroné qui serait « un palier correspond à une intensité de douleur ».

Une nouvelle classification a été récemment proposée par Pierre Beaulieu (24). Celle-ci intègre tous les médicaments, y compris ceux initialement développés dans d'autres indications. Elle évite la corrélation entre intensité douloureuse et classe d'antalgique, elle classe les médicaments en fonction de leur mécanisme d'action. Elle permet d'optimiser la prise en charge thérapeutique après analyse du mécanisme d'action de chaque douleur. C'est une classification évolutive permettant d'intégrer de nouvelles molécules.

Cependant, cette classification est trop complexe pour être développée ici et ne servirait pas le propos. Il est seulement nécessaire de retenir que cette classification est moins schématique que celle développée et donc plus utile cliniquement.

Pour développer cette partie, l'ancienne classification par palier est donc privilégiée et certains noms commerciaux seront cités afin de faciliter les repères du lecteur. Les informations nécessaires au développement de cette catégorisation sont principalement extraites du Vidal en ligne (25).

2.2.1. Palier I : les antalgiques non opioïdes (EVA/ EN < 4)

Ils sont à utiliser en l'absence de contre-indications pour traiter les douleurs faibles à modérées, ce que l'on considère être une **EVA ou EN entre 1 et 4**.

On y trouve :

- *le paracétamol* ; par voie orale et parentérale (ex : Doliprane®, Dafalgan®, Perfalgan®)
- *les AINS* ; les plus utilisés à visée antalgique sont le kétoprofène, l'ibuprofène, et le diclofénac (exemples respectifs : Profenid®, Advil®, Voltarène®). Ces trois molécules sont des dérivés de l'acide propionique. Les autres catégories d'AINS sont les oxycams, les coxibs, les dérivés de l'acide acétique et leurs apparentés, ...
- *l'aspirine ou acide acétylsalicylique* ; c'est également un AINS mais il possède une action antiagrégant plaquettaire à faibles doses (dès 50 mg/24 heures) qui lui confère un statut particulier. Son effet anti inflammatoire et donc antalgique n'est obtenu qu'à partir de un gramme. A visée antalgique, il est commercialisé sous le nom d'Aspirine du Rhône® ou Aspégic®.

Il est intéressant également de mentionner *le méthoxyflurane* (Penthrox®) dont l'usage en inhalation n'est qu'hospitalier et dont l'AMM est la suivante : soulagement d'urgence des douleurs modérées à sévères associées à un traumatisme chez des patients adultes conscients. On peut trouver des antalgiques non opioïdes seuls ou en association avec de la caféine, de la phytothérapie, de l'acide ascorbique, ...

Entre le palier 1 et le palier 2, on classe *le néfopam* (Acupan®) qui est un antalgique non opiacé d'action centrale que l'on utilise fréquemment aux urgences et en milieu hospitalier.

2.2.2. Palier II : les opioïdes faibles (EVA/ EN ≥ 4 ou < 7)

Les antalgiques du palier II sont indiqués dans des douleurs modérées à intenses ; ce qui correspond à une **EVA ou EN entre 4 et 7**.

On distingue plusieurs catégories dans les antalgiques de palier 2 :

➤ **Les opioïdes faibles agonistes seuls :**

- *le tramadol seul* (exemples : Topalgic®, Contramal®, Zamudol®, génériques...) : qui existe sous diverses galéniques dont la libération immédiate (LI) et la libération prolongée (LP), en solution buvable, en solution injectable.

- *la dihydrocodéine* (Dicodin®) : antalgique à libération prolongée.

➤ **Les opioïdes faibles agonistes en association :**

- *la codéine* en association : avec du paracétamol, de la caféine, des AINS, ... (exemples : Codoliprane®, Migralgine®, Antarene Codéiné®)

- *le tramadol* en association : avec du paracétamol ou des AINS (exemples : Ixprim®, Skudexum®)

- *la poudre d'opium* associée au paracétamol : Lamaline® et Izalgi® dont la principale différence est l'absence de caféine dans la deuxième association.

2.2.3. Palier III : les opioïdes forts (EVA/EN > 7)

Les antalgiques de palier III sont indiqués pour traiter les douleurs intenses à très intenses ; ce qui correspond à une **EVA ou EN > 7**. Ceux-ci se classent en deux catégories :

➤ **Les opioïdes forts agonistes :**

Étant le sujet principal de cette étude, les opioïdes forts agonistes sont développés dans un chapitre spécifique (cf. chapitre 3 Les opioïdes forts)

➤ **Les opioïdes agonistes-antagonistes et agonistes partiels :**

- la *nalbuphine* : disponible uniquement sous forme injectable, elle est encore fréquemment utilisée en pédiatrie. Son utilisation est en perte de vitesse depuis l'évaluation de SMR (Service Médical Rendu) jugé insuffisant par l'HAS en 2014 (26).

- la *buprénorphine* dont les formes encore commercialisées sont sublinguale et intraveineuse (Temgésic®).

A noter qu'en fonction des pharmacologues, ces molécules sont classées soit dans le palier 2, soit dans le palier 3. Ici, le choix a été fait de suivre la classification du Vidal.

2.3. Co-antalgiques et autres antalgiques

2.3.1. Co-antalgiques

Ce terme regroupe toutes les substances qui peuvent **potentialiser l'action des antalgiques** ou qui améliorent le confort du patient en agissant électivement sur certains symptômes associés.

On retrouve parmi ces substances :

- *les glucocorticoïdes* : ils réduisent l'inflammation et l'œdème dans les phénomènes de compression tumorale (Pancoast Tobias, sciatique, épидурite, lymphœdème, hypertension intra crânienne, ...).

- *les antispasmodiques* : ils sont utiles pour les coliques intestinales dues à un état sub-occlusif où sont présents des troubles du transit. Ils sont également utiles pour les spasmes vésicaux provoqués par une tumeur, une infection ou une sonde à demeure.

- *les antidépresseurs tricycliques* : co-antalgiques très utiles pour les douleurs neuropathiques permanentes. Ils ont en effet 3 modes d'action : potentialisation de l'antalgie induite par les opioïdes, activité antalgique directe (par inhibition de la recapture de la sérotonine ou de la noradrénaline) et amélioration de l'humeur.

- *les antiépileptiques* : principalement utilisés contre les élancements et les décharges électriques des douleurs neuropathiques paroxystiques.

- *les biphosphonates* : classiquement utiles pour les métastases osseuses lytiques (sein, prostate...) ; ils inhibent la résorption osseuse. Leur rôle antalgique n'est pas encore clairement démontré.

- *le dénosumab (Xgeva®)* : anticorps monoclonal humain qui dispose de propriétés anti ostéoclastiques permettant de s'opposer à la résorption et à la destruction osseuse induites par un cancer. Son AMM est large puisqu'elle couvre la prévention des complications osseuses dans toutes les tumeurs solides présentant des métastases osseuses.

2.3.2. Antalgiques spécifiques

La kétamine : anesthésique général présentant de puissantes propriétés anti-hyperalgésiques. L'hyperalgésie, qui se traduit par une augmentation de la sensibilité à la douleur, complique constamment la prise en charge de la douleur post-opératoire et est largement amplifiée par l'usage d'opioïdes forts au cours de l'intervention. A faible dose, son potentiel antalgique est modéré mais son action synergique* avec les morphiniques, conséquence de ce mécanisme d'action, permet d'en diminuer les doses.

Le ziconotide (Prialt®) : analgésique central non morphinique d'origine naturelle (extrait du venin d'un escargot marin), c'est un inhibiteur des canaux calciques agissant spécifiquement au niveau des terminaisons nerveuses nociceptives de la corne postérieure de la moelle épinière. Il est indiqué dans le traitement des douleurs intenses et chroniques chez les patients nécessitant une analgésie intrarachidienne.

La lidocaïne en emplâtre (Versatis®) : traitement symptomatique des douleurs neuropathiques post zostérienne et par extension d'autres types de douleurs neuropathiques périphériques.

La capsaïcine (Qutenza®) : il permet une désensibilisation des récepteurs nociceptifs à l'origine de l'effet antalgique. Cependant, la capsaïcine étant l'agent chimique responsable du « piquant » des plantes du capsicum (piments), elle exprime transitoirement des effets nociceptifs marqués (douleur, chaleur, rougeur). Ainsi sa prescription est très réglementée puisque son application présente une phase obligatoire d'irritation douloureuse pour obtenir un effet antalgique secondaire.

3. LES OPIOÏDES FORTS

3.1. Définitions et principales molécules

Morphinique n.m., *syn.* Analgésique morphinique : substance qui possède des analogies de structure avec celles de la morphine et souvent des analogies d'activités pharmacodynamiques et thérapeutiques, principalement des effets analgésiques centraux.

Opiïde n.m. : molécule naturelle ou synthétique, agoniste ou antagoniste des récepteurs morphiniques. On distingue les opioïdes faibles qui correspondent à un palier 2 de l'OMS (codéine, tramadol par ex.) et les opioïdes forts qui correspondent aux opiacés proprement dits et donc à un palier 3 de l'OMS.

Le terme morphinique est souvent utilisé pour signifier opioïdes forts même si les fentanyl et dérivés ne sont strictement des analogues structurels de la morphine. Les opioïdes forts regroupent principalement les molécules suivantes :

3.1.1. La morphine

La morphine est active sur les récepteurs μ mais aussi κ et δ avec une action préférentielle sur les récepteurs μ . Elle bloque les synapses dans le cheminement central de la douleur. Elle inhibe notamment les projections corticales et les relais thalamiques.

Elle exerce par ailleurs un effet dépresseur sur les centres respiratoires bulbaires (activité dépressive respiratoire, antitussive) et vasomoteurs (activité hypotensive). Elle stimule la chémoréceptrice trigger zone (action émétisante). Elle possède une activité histamino-libératrice, inhibe le péristaltisme intestinal (constipation) mais engendre une action spasmogène au niveau des voies biliaires, de l'uretère et des bronches.

La morphine est le plus souvent utilisée sous forme d'un sel, sulfate ou chlorhydrate de morphine, d'efficacité identique à la forme base. Elle se décline sous ses deux formes :

- *la morphine sulfate* : pour les formes per os ; buvable (Oramorph®), en comprimé ou gélule à libération immédiate (Actiskénan®, Sévrédol®) et à libération prolongée (Skénan LP®, Moscontin®)

- *la morphine chlorhydrate* pour les formes injectables ; intraveineuse (voie parentérale de référence), sous-cutanée, intra musculaire et intrathécale/péridurale.

3.1.2. L'oxycodone

L'oxycodone est un agoniste morphinique spécifique des récepteurs μ et κ , dérivé de la codéine. C'est une molécule alternative à la morphine qui s'inscrit dans le cadre de la rotation des opioïdes. L'oxycodone chlorhydrate se décline sous forme injectable et orale.

La forme orale est composée de gélules et/ou comprimés à libération immédiate et prolongée (respectivement Oxynorm®, Oxynormoro® et Oxycontin®).

La forme injectable peut être administrée en injection ou perfusion intraveineuse ou sous-cutanée (Oxynorm®). La forme injectable n'est pas disponible en pharmacie d'officine ni rétrocédable en pharmacies hospitalières sauf dans le cadre d'une prise en charge en soin palliatif.

3.1.3. Le fentanyl (et le sufentanyl)

Le fentanyl est un analgésique central morphinomimétique et agoniste pur. Ses principaux effets thérapeutiques sont des effets analgésiques et sédatifs. Le fentanyl est un dérivé opioïde très puissant puisque son rapport d'équianalgésie* intraveineux avec la morphine est d'environ 100. Les thérapeutiques à base de fentanyl sont indiqués dans le traitement des accès douloureux paroxystiques en complément d'un traitement de fond (morphine ou oxycodone) stabilisé ou s'inscrivent dans la rotation des opioïdes lorsque le traitement de fond est équilibré.

Il se décline sous deux formes principales ;

- *Le fentanyl chlorhydrate* en dispositif transdermique : Durogesic®, Matrifen® et génériques. Ces dispositifs transdermiques sont des patchs dont la posologie augmente avec la surface du patch (exemple : patch de 12 $\mu\text{g/h}$ d'environ 5 cm^2 vs patch de 100 $\mu\text{g/h}$ d'environ 40 cm^2). Ils sont mis en place pour 72 heures d'action continue mais le plateau d'effet n'est atteint qu'au bout de 12 à 24 heures.

- *Le fentanyl citrate* en dispositifs transmuqueux ; ceux-ci se déclinent sous deux types :

1. Les formes buccales (déclinées en nombreuses posologies) dont : l'Abstral® et le Recivit® en comprimés sublinguaux, l'Actiq® en comprimés transmuqueux fixés sur un bâtonnet en plastique à frotter sur la muqueuse de la joue, le Breakyl® en films orodispersibles et l'Effentora® en comprimés gingivaux.

2. Les formes nasales en solution pour pulvérisation nasale : Pecfent® et Instanyl®.

Le *sufentanil* doit également être mentionné ici. Le citrate de sufentanil se présente sous une seule forme à l'heure actuelle : le Zalviso®, comprimé sublingual dont l'utilisation nécessite un dispositif d'administration spécifique. Ce médicament est indiqué dans le traitement des douleurs aiguës post opératoires modérées à sévères.

Pour mémoire :

Le choix a été fait ici de ne pas développer certaines thérapeutiques.

- L'**hydromorphone** (Sophidone®) : agoniste morphinique spécifique des récepteurs μ . Il n'existe pas de présentation à libération immédiate.

- La **méthadone**, agoniste morphinique agissant principalement sur les récepteurs μ . Elle peut constituer une alternative dans la rotation des opioïdes dans certains cas mais est le plus souvent utilisé comme médicament de substitution dans les états de dépendance.

- La **péthidine** : morphinomimétique agoniste pur, analgésique central.

- La **buprénorphine** : agoniste-antagoniste morphinique se fixant sur les récepteurs μ et κ .

3.2. Indications, modalités et règles de prescription

3.2.1. Indications

Les antalgiques de palier III décrits ci-dessus sont indiqués pour traiter les douleurs intenses à très intenses ; ce qui correspond à une **EVA ou EN > 7**. La morphine est actuellement le traitement de choix des douleurs intenses d'origine cancéreuse ou non par excès de nociception et rebelles aux autres antalgiques de niveau inférieur. Les antalgiques morphiniques ne sont classiquement actifs que sur les douleurs par excès de nociception, c'est-à-dire par hyperstimulation des fibres nerveuses transmettant les influx douloureux nociceptifs. La reconnaissance du mécanisme physiopathologique de la douleur est indispensable pour une bonne adaptation du traitement à sa cause.

On peut schématiquement proposer plusieurs situations cliniques :

- les douleurs chroniques cancéreuses ;
- les accès douloureux paroxystiques ;
- les douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC) ;
- les douleurs aiguës ;
- les douleurs en soins palliatifs.

3.2.1.1. Les douleurs chroniques cancéreuses

Trois sociétés savantes, l'AFSOS (Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support), la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) et la SFETD (Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur), ont été à l'initiative de la création d'un groupe de travail dans le cadre de la réactualisation des Standards Options and Recommandations pour la prise en charge de la douleur due au cancer. Ces réactualisations ont eu lieu en 2016 pour l'oxycodone (**27**) et 2017 pour la morphine (**28**) dont la dernière version datait de 2002 (**29**).

Ce sont ces documents qui ont servi de support de références pour les éléments ci-après.

Les principes généraux de la prise en charge de la douleur du cancer reposent sur la mise en place d'un traitement par un opioïde fort après échec des antalgiques de palier I ou II ou

d'emblée en cas de douleurs très intenses, après titration de la molécule par voie orale et par la réévaluation régulière du ratio bénéfices/risques du traitement.

La stratégie pour la prise en charge de la douleur cancéreuse par excès de nociception est articulée autour de cinq principes essentiels :

- Prescription par voie orale ;
- Prescription à intervalles réguliers ;
- Prescription en respectant l'échelle de l'OMS à trois niveaux (cf. supra) ;
- Prescription personnalisée, écrite, détaillée et expliquée ;
- Prescription avec un constant souci du détail.

La prescription doit être écrite et expliquée, doit anticiper les accès douloureux spontanés ou provoqués et les effets indésirables, et être réévaluée régulièrement.

Il ne faut pas utiliser simultanément deux produits de la même classe pharmacologique ayant la même cinétique, par exemple deux opioïdes à libération prolongée.

➤ **La morphine**

Sauf situation particulière, la morphine orale est l'opioïde de niveau 3 OMS de première intention. L'utilisation de la morphine orale doit être précoce en cas de douleur résistante aux traitements de niveaux 1 et 2. La morphine doit être prescrite sous forme orale, soit en comprimés/gélules de sulfate de morphine à libération immédiate (LI), soit en comprimés/gélules de sulfate de morphine à libération prolongée (LP), soit en solution de chlorhydrate de morphine (Oramorph®).

Le recours à une forme à libération immédiate est indispensable pour le traitement des accès douloureux spontanés ou provoqués chez les malades ayant un traitement de fond par opioïdes. Un traitement par opioïdes (notamment par la morphine orale) ne doit jamais être interrompu brutalement. Aucun protocole précis pour diminuer le traitement n'a été validé.

➤ **L'oxycodone**

L'oxycodone est une autre alternative à la morphinothérapie orale dans le traitement des douleurs intenses d'origine cancéreuse ou en cas de résistance ou d'intolérance à la morphine. La dose initiale est à déterminer en fonction de l'équivalent de la dose quotidienne de morphine prise antérieurement.

À titre indicatif et en l'absence d'équivalence clairement établie, le rapport d'équianalgésie* est le suivant : 10 mg d'oxycodone par voie orale sont équivalents à 20 mg de morphine orale. La dose d'oxycodone sera donc environ la moitié de la dose de morphine administrée précédemment. À titre indicatif, le rapport d'équianalgésie oxycodone injectable/morphine injectable est en moyenne de 1:1. Ce ratio est donné à titre indicatif, la variabilité interindividuelle nécessitant de titrer prudemment jusqu'à obtention de la posologie appropriée.

➤ **Le fentanyl (transdermique)**

L'utilisation des patchs de fentanyl transdermique est une option thérapeutique dans l'initiation d'un traitement opioïde en cas de douleurs stables, c'est-à-dire sans paroxysme fréquent, sans douleur intense justifiant une voie injectable en raison de sa rapidité d'action, dans les situations suivantes : voie orale impossible dont nausées et vomissements rebelles au traitement, risque occlusif, malabsorption digestive, insuffisance rénale chronique modérée et polymédication orale gênante pour le malade.

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

➤ **La titration**

La titration initiale et ultérieure (réajustement posologique) des opioïdes de niveau 3 peut se faire, soit par une forme à libération prolongée associée à une forme à libération immédiate, soit par une forme à libération immédiate seule, notamment chez les malades « fragiles ».

Au moment de la titration initiale, une auto-évaluation (notamment à domicile) ou une hétéro-évaluation quotidienne voire pluriquotidienne de la douleur est nécessaire afin de juger de l'efficacité antalgique et de détecter les effets indésirables.

Les interdoses doivent être calculées en fonction de la dose journalière d'opioïdes. Chaque interdose d'opioïde à libération immédiate correspond à 1/10^{ème} ou 1/6^{ème} de la dose journalière d'opioïde à libération prolongée. En cas de douleurs mal soulagées, le malade peut prendre une interdose toutes les heures sans dépasser 4 prises successives en 4 heures avant d'en référer au médecin. Si le malade n'est pas soulagé après ces 4 prises successives, une réévaluation, éventuellement en hospitalisation, est nécessaire.

3.2.1.2. Les accès douloureux paroxystiques (ADP)

De même que pour la prise en charge des douleurs chroniques cancéreuses, une mise au point de l'utilisation du fentanyl transmuqueux a été proposée en 2011 (30) par un groupe d'experts issus des 3 sociétés savantes : la SFETD, la SFAP et l'AFSOS.

➤ La définition

Les ADP sont une exacerbation transitoire et de courte durée de la douleur, d'intensité modérée à sévère. Ils surviennent sur une douleur de fond contrôlée par un traitement opioïde fort efficace. Les patients sous traitement de fond opioïde sont définis comme prenant au moins 60 mg par jour d'équivalent morphine par voie orale, depuis au moins une semaine de traitement. Les ADP peuvent être spontanés et imprévisibles, survenant sans facteurs déclenchants identifiés ou avec des facteurs identifiés mais imprévisibles comme la toux, l'éternuement, les spasmes digestifs, vésicaux, les douleurs solaires, les céphalées... Ils peuvent aussi être prévisibles et survenir lors d'actions volontaires du patient (mouvement, alimentation, défécation, miction, déglutition, etc.), ou être provoqués par des soins (mobilisation, toilette, etc.) ou des actes médicaux à visée diagnostique ou thérapeutique.

Si la douleur de fond n'est pas bien contrôlée, il ne s'agit pas d'ADP. Il peut s'agir d'un traitement inadapté, de l'évolution de la maladie, d'un échappement thérapeutique, ...

Un patient peut avoir des douleurs de fin de dose et/ou un mauvais contrôle de la douleur de fond. Les accès douloureux de fin de dose ne sont pas des ADP et inciteront à réévaluer le traitement de fond : augmentation de dose notamment.

➤ Les traitements adaptés aux ADP

Les différentes formes de citrate de fentanyl absorbé par voie transmuqueuse sont indiquées pour le traitement des accès douloureux paroxystiques chez des patients adultes recevant déjà un traitement de fond opioïde pour des douleurs chroniques d'origine cancéreuse, quel que soit l'opioïde utilisé en traitement de fond.

Les différentes formes de fentanyl transmuqueux ne doivent pas être utilisées pour équilibrer ou traiter la douleur de fond.

➤ **La titration**

Il est nécessaire de réaliser une titration en commençant par la plus faible dose de fentanyl transmuqueux disponible pour la forme galénique prescrite. Il n'a pas été possible d'établir de corrélation entre la dose de fentanyl transmuqueux efficace et la dose du traitement opioïde de fond. La titration permet de déterminer la plus petite quantité de citrate de fentanyl efficace et bien tolérée pour un ADP et une forme galénique donnés. L'intensité de la douleur étant par définition très variable d'un ADP à l'autre, il est illusoire de croire que les ADP pourront être tous traités par une seule et même dose fixe. En revanche, rechercher la plus petite dose efficace bien tolérée, permet de limiter les effets indésirables pour une forme galénique donnée.

3.2.1.3. Les douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC)

La douleur non cancéreuse est probablement le contexte où les discussions sont les plus complexes concernant l'utilisation des opioïdes forts. C'est donc dans cette indication que la réflexion sur la balance bénéfices/risques du traitement, et notamment la question du risque d'addiction et du risque de mésusage, doit être menée avec précision.

Des recommandations de bonne pratique, datant de janvier 2016, sur l'utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse (31) guident les prescripteurs dans cette réflexion.

➤ **Le préalable nécessaire**

Il est recommandé d'introduire les opioïdes forts uniquement après :

- avoir établi un diagnostic précis de l'étiologie des douleurs chroniques non cancéreuses ;
- l'échec des traitements médicamenteux recommandés en première intention donnés aux doses maximum efficaces tolérées ;
- avoir proposé une prise en charge globale du patient comprenant au minimum une prise en charge psychologique chez les patients présentant une comorbidité dépressive ou anxieuse, une prise en charge sociale, professionnelle et rééducative pour les douleurs arthrosiques et les lombalgies chroniques ;
- avoir choisi des objectifs partagés avec le patient qui est informé des bénéfices attendus et des événements indésirables encourus devant s'intégrer dans un contrat de soins entre le médecin prescripteur et le patient.

➤ **Les indications**

Les opioïdes forts ont montré une efficacité modérée dans le soulagement des DCNC dans les étiologies suivantes :

- les douleurs arthrosiques des membres inférieurs ;
- les lombalgies chroniques réfractaires (discopathie dégénérative, spondylolisthésis, hernie discale ou canal lombaire étroit) ;
- les douleurs neuropathiques périphériques ou centrales.

Il est recommandé de ne pas dépasser 150 mg d'équivalent morphine orale par jour. Un avis spécialisé auprès d'un centre de prise en charge de la douleur chronique est recommandé au-delà. Tous les opioïdes forts semblent similaires en termes d'efficacité, quelle que soit l'indication. A ce jour, il n'est pas recommandé d'utiliser un opioïde fort plus qu'un autre. Toutefois le choix doit prendre en considération : la facilité de titration, le coût, les effets indésirables présentés par le patient, les données actuelles de la science, les AMM et le remboursement du traitement.

Il est recommandé de privilégier les formes à libération prolongée dans les DCNC. Les petites doses à libération immédiate sont indiquées en phase de titration, notamment chez les personnes âgées ou en cas d'insuffisance rénale ou respiratoire.

Il n'est pas recommandé de poursuivre un opioïde fort au-delà de 3 mois en l'absence de bénéfice sur au-moins un des aspects suivants : le soulagement de la douleur, l'amélioration de la fonction, l'amélioration de la qualité de vie.

➤ **Les « non-indications » et précautions**

Il est recommandé de ne pas utiliser d'opioïdes forts :

- dans le traitement des maladies dites dysfonctionnelles et notamment dans la fibromyalgie ;
- dans le traitement des céphalées primaires et notamment de la migraine.

Il est recommandé de ne pas utiliser les formes de fentanyl transmuqueux (libération rapide) dans la prise en charge des DCNC.

Il est fortement recommandé de rechercher des facteurs de risque de mésusage des opioïdes avant toute prescription d'opioïdes forts (cf. Partie sur les risques addictologiques)

3.2.1.4. Les douleurs aiguës

L'utilisation des opioïdes dans les douleurs aiguës pose moins de problème que dans la douleur chronique car leur traitement est de courte durée. Les recommandations dans les douleurs aiguës sont assez bien cadrées par les sociétés savantes. Sont notamment à disposition les recommandations de la SFMU réactualisées en 2010 sur la pratique de la sédation et/ou de l'analgésie en structure d'urgence (32).

D'une manière globale, l'utilisation des opioïdes forts dans la douleur aiguë non cancéreuse a l'intérêt de soulager le patient vite et bien et d'éviter d'entrer dans la chronicité. Dans cette indication, il faut donc savoir prescrire les opioïdes forts de façon justifiée, adaptée, sur une période courte et en réévaluant régulièrement l'efficacité et la tolérance du traitement.

Dans le contexte de douleurs aiguës, la voie de référence est la voie intraveineuse pour les douleurs de très fortes intensités. On peut utiliser du chlorhydrate de morphine ou de l'oxycodone en titration. Cela correspond à des injections itératives fractionnées de la posologie estimée par rapport au poids du patient (souvent 0,1 mg/kg). Des bolus sont administrés toutes les 3 à 5 minutes jusqu'à l'obtention d'une analgésie suffisante (EVA-EN<3).

En fonction de l'évolution des douleurs, un relais intraveineux par pompe PCA pourra être envisagé si une hospitalisation fait suite à la prise en charge aux urgences.

3.2.1.5. Les douleurs en soins palliatifs

Dans le cadre des soins palliatifs, le contexte est un peu différent en termes de bénéfices/risques, notamment depuis la loi Léonetti d'avril 2005 (33). Cette loi permet au médecin d'augmenter les doses d'opioïdes pour soulager son patient en phase terminale d'une affection grave ou incurable en prenant le risque de voir apparaître des effets indésirables, voire d'accélérer un processus naturel, ce risque étant connu et accepté par le patient (ou un proche).

En complément de cette loi, sont également disponibles au prescripteur les recommandations de bonne pratique de 2010 (34) qui récapitulent les modalités d'utilisation, notamment hors-AMM, de certains médicaments dans la prise en charge de douleurs rebelles en situation palliative avancée.

Ces indications étant très spécifiques et spécialisées, elles ne sont pas détaillées ici.

3.2.2. Modalités de prescription

3.2.2.1. Les posologies

En ce qui concerne les posologies, elles dépendent toujours de la sévérité de la douleur, de la réponse du patient, des traitements concomitants, des effets indésirables et de la voie d'administration.

Il est classique et habituel de débiter par des doses faibles (10 mg toutes les 4 heures soit 60 mg maximum par jour chez un adulte par voie orale) et d'augmenter progressivement la posologie par paliers successifs jusqu'à l'obtention du meilleur compromis efficacité/tolérance. Il n'y a pas de limite supérieure aux doses d'opioïdes agonistes purs tant que les effets indésirables peuvent être contrôlés.

3.2.2.2. La rotation des opioïdes

La rotation des opioïdes se définit par le changement d'un opioïde par un autre et se justifie lorsqu'il survient une diminution du ratio bénéfice/risque.

L'indication principale de la rotation des opioïdes est la survenue d'effets indésirables rebelles (en particulier : troubles des fonctions cognitives, hallucinations, myoclonies et nausées), malgré un traitement symptomatique adéquat (le plus souvent lors de fortes doses d'opioïdes).

L'autre indication de la rotation est la survenue, heureusement exceptionnelle, d'un phénomène de résistance aux opioïdes, défini par non seulement une absence d'efficacité de l'opioïde, mais également par une absence d'effets indésirables malgré une augmentation massive et rapide des doses de l'opioïde.

Il est possible de réaliser une rotation des opioïdes entre tous les agonistes purs : morphine, oxycodone, fentanyl et hydromorphone. Pour réaliser une rotation, il n'existe pas de critères de choix validés permettant de privilégier l'ordre ou le choix des opioïdes en dehors des précautions d'emploi et contre-indications de chacun. La survenue d'effets indésirables lors de l'augmentation des doses chez un malade n'implique pas systématiquement une rotation des opioïdes.

La rotation doit tenir compte des doses équianalgiques, mais il est toujours conseillé de privilégier la sécurité à la rapidité d'action en prenant la valeur la plus faible des coefficients de conversion.

3.2.2.3. L'équianalgésie ou équiantalgie

Lors d'une rotation d'opioïdes ou d'un changement de forme (per os, IV, sous cutané) il est impératif de viser l'obtention du même niveau d'analgésie avec la nouvelle molécule ou sa forme qu'avec l'ancienne : ce sont les rapports d'équianalgésie ou équiantalgie.

Chez un malade traité auparavant par un autre opioïde fort, la dose de départ de morphine doit être adaptée en tenant compte des coefficients de conversion de doses équiantalgiques.

Les rapports d'équianalgésie sont des rapports théoriques, il faut toujours tenir compte de la susceptibilité individuelle de chaque patient, importante avec les opioïdes. La SFAP propose une nouvelle table d'équiantalgie résumant toutes les conversions, jointe en **annexe 4**.

3.2.3. Règles de prescription

Selon le Code de la Santé Publique, des articles R. 5149 à R. 5222 : un stupéfiant doit toujours faire l'objet d'une prescription écrite. Les prescriptions doivent être rédigées en toutes lettres.

Le support obligatoire est l'ordonnance sécurisée en ambulatoire.

Les prescriptions de stupéfiants ont une durée limitée (dépend de la molécule et de la forme galénique) et ne sont pas renouvelables. Toutes les mentions légales doivent y figurer :

- nom, adresse et qualité du prescripteur ;
- nom, prénom, âge et sexe du patient ;
- date de prescription en toutes lettres ;
- dénomination, posologie en toutes lettres avec schéma d'administration ;
- quantité prescrite et/ou durée du traitement (en toutes lettres).

La signature du prescripteur est indispensable (valable pour toutes les ordonnances).

Il est également nécessaire de mentionner que sur les ordonnances sécurisées figurent un petit cadre en bas à droite dans laquelle doit être noté le nombre total de produits prescrits.

Par ailleurs, pour certains médicaments, la quantité d'unités thérapeutiques que le pharmacien peut dispenser en une seule fois ne permet pas de couvrir la durée maximale de prescription. Une mention « délivrance en une seule fois » peut être apposée par le prescripteur pour autoriser ce dépassement. Il doit cependant pouvoir justifier de cette décision. Par ailleurs l'ordonnance ne doit pas dater de plus de 72 heures pour pouvoir être honorée.

Toutes les formes orales de morphine et la plupart des opioïdes peuvent être prescrits pour une période maximale de 28 jours. Pour les formes injectables, la prescription est limitée à 7 jours ou à 28 jours en cas d'utilisation d'un « système actif de perfusion ».

À l'hôpital, la prescription ne nécessite pas obligatoirement une ordonnance sécurisée et dans la pratique elle peut varier en fonction du circuit du médicament adopté par chaque établissement.

En cas de vol ou de perte d'ordonnances sécurisées, il faut faire une déclaration au Conseil départemental de l'Ordre, à l'Inspection régionale de la pharmacie ainsi qu'au Commissariat de Police ou à la Gendarmerie du lieu d'exercice.

3.3. Effets indésirables, complications addictologiques et contre-indications

3.3.1. Effets indésirables et surdosage

Comme tout médicament, les opioïdes forts comportent des effets indésirables ; les différentes molécules partagent globalement toutes les mêmes effets indésirables. Il existe une grande variabilité inter et intra-individuelle des malades à la survenue de ces effets indésirables. La survenue d'effet indésirable n'est pas synonyme de surdosage.

Le myosis est un signe d'imprégnation morphinique ; ce n'est pas un signe de surdosage.

3.3.1.1. Les effets indésirables

Les principaux effets indésirables des morphiniques sont :

- *sur le plan digestif* : la constipation, les nausées et/ou vomissements ;
- *sur le plan cardiovasculaire* : l'hypotension artérielle et/ou orthostatique ;
- *sur le plan urinaire* : la dysurie et la rétention aigüe d'urines ;
- *sur le plan neuropsychiatrique* ; la somnolence, la confusion mentale, l'euphorie, les troubles de l'humeur ;
- *sur le plan ophtalmologique* : le myosis ;
- *sur le plan respiratoire* ; l'effet dépresseur respiratoire à fortes doses ;
- la sécheresse de la bouche.

La somnolence survient essentiellement lors de la phase de titration du traitement et disparaît en quelques jours. La persistance ou la réapparition d'une somnolence au-delà de quelques jours doit faire rechercher un trouble métabolique, une potentialisation par des traitements associés.

Si le traitement par morphine semble en cause, les options sont :

- une diminution de la posologie de la morphine orale (à privilégier en cas de bon contrôle de la douleur)
- ou un changement d'opioïde (rotation).

Mise à part la constipation, les autres effets indésirables tendent à disparaître dans les premiers jours ou premières semaines du traitement par morphine orale. Pour éviter la constipation, un traitement laxatif (qui peut associer plusieurs molécules) doit être prescrit pendant toute la durée du traitement associé à des mesures hygiéno-diététiques.

En cas d'apparition de nausées et vomissements en cours de traitement, il faut avant tout éliminer d'autres causes et prescrire un traitement antiémétique pendant quelques jours.

Lorsque la morphine orale entraîne des effets indésirables rebelles, les options sont le changement de mode d'administration ou le changement d'opioïde (cf. la rotation des opioïdes). L'existence de douleurs très instables et intenses oriente plutôt vers une voie intraveineuse ou sous-cutanée avec antalgie autocontrôlée. Dans les autres situations (douleurs stables et/ou modérées), la rotation et/ou la voie intraveineuse ou sous-cutanée avec antalgie autocontrôlée sont des possibilités.

3.3.1.2. Le surdosage

Le surdosage par morphine orale, et par opioïdes forts en général, est caractérisé principalement par une somnolence croissante. Celle-ci s'accompagne d'une insuffisance respiratoire caractérisée par une bradypnée (diminution de la fréquence respiratoire).

Le traitement de la dépression respiratoire sévère (fréquence respiratoire < 8/min) est assuré principalement par l'arrêt de l'opioïde, la stimulation du malade, une oxygénothérapie, l'injection de naloxone (NARCAN®). Le chlorhydrate de naloxone est un antagoniste pur, spécifique et compétitif des morphinomimétiques et des morphines endogènes. Il n'a pas d'activité pharmacologique propre, par contre, lorsque il est injecté à des sujets ayant reçu des morphinomimétiques, il antagonise leurs effets : dépression respiratoire, somnolence, myosis, bradycardie, hypotension et également analgésie. Une titration sera donc indispensable afin d'évaluer la posologie nécessaire.

Les risques de surdosage sont faibles chez un malade atteint de douleurs cancéreuses, régulièrement suivi et évalué et recevant de la morphine de façon continue et au long cours.

3.3.2. Risques addictologiques : mésusage, dépendance et syndrome de sevrage

Un article récent traitant spécifiquement du mésusage et de la dépendance aux opioïdes de prescription (35) a servi de référence à la rédaction de ce sous-chapitre. En effet, l'usage prolongé des opioïdes peut aboutir à deux principaux types de complications addictologiques ; le « mésusage » et la « dépendance ». Les comportements d'addiction exposent à d'importants risques de surdosage et de surmortalité, c'est pourquoi les patients à risques doivent être repérés et bénéficier d'une attention particulière.

Le terme de **mésusage aux opioïdes (MOP)** désigne un comportement d'utilisation inappropriée du médicament par le sujet, ce qui l'expose à des répercussions potentielles sur le plan social, psychologique ou physique. Par contraste, la « dépendance » ou « dépendance pharmacologique » désigne les processus de tolérance, c'est à dire l'accoutumance du cerveau et du reste de l'organisme envers le médicament, aboutissant à une perte progressive d'effet ou la nécessité d'augmenter les doses pour conserver les mêmes effets, avec secondairement un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou de réduction trop rapide de la substance. On parle de **dépendance aux opioïdes de prescription (DOP)**.

La prévention et le repérage des situations de MOP et/ou DOP sont deux phases indissociables dans la pratique clinique. Le repérage commence en effet avant la prescription, par l'individualisation de facteurs de risque spécifiques de MOP et par l'information du patient sur la possibilité de survenue de manifestation de DOP. Une prévention personnalisée devra systématiquement découler de la mise en évidence d'éventuels facteurs de risque lors de l'initiation du traitement.

Pour le dépistage des patients à risque, l'Opioid Risk Tool (ORT) est un outil utile. Il évalue rapidement, en cinq questions, le risque potentiel d'addiction. Sa rapidité de passation (moins de 1 minute) et de cotation en font potentiellement un outil particulièrement adapté à un usage en soins primaires. Cet outil permet notamment de discriminer les patients à haut risque de ceux à bas risque de mésusage. Il est présenté dans le **tableau 3** ci-dessous.

	Score si femme	Score si homme
1. Antécédents familiaux de troubles d'usage de substance(s)		
Alcool	1	3
Drogues illicites	2	3
Médicaments prescrits	4	4
2. Antécédents personnels de troubles d'usage de substance(s)		
Alcool	3	3
Drogues illicites	4	4
Médicaments prescrits	5	5
3. Âge entre 16 et 45 ans		
	1	1
4. Antécédent d'abus sexuel dans l'enfance		
	3	–
5. Trouble psychique		
TDAH, TOC, trouble bipolaire, ou schizophrénie	2	2
Dépression	1	1

Catégorie de risque de mésusage en fonction du score total : 0–3 : risque faible ; 4–7 : risque modéré ; ≥ 8 : risque élevé ; TDAH : trouble déficit de l'attention/hyperactivité ; TOC : trouble obsessionnel compulsif.

Tableau 3 : Opioid Risk Tool

Le MOP survient préférentiellement chez des sujets prédisposés : les sujets jeunes, avec des antécédents addictologiques et psychiatriques, en particulier des troubles anxio-dépressifs. La survenue d'un MOP expose à de nombreuses complications, en particulier un risque accru de décès par surdosage. La prévention d'un MOP démarre avant même l'initiation du traitement antalgique opioïde, par le repérage des facteurs de risque. Une surveillance planifiée et personnalisée doit être systématique, avec contractualisation de la prescription chez les patients à risque. Les principes fondamentaux du suivi incluent la reconsidération régulière de la prescription selon le bénéfice antalgique observé et les comportements de MOP éventuellement présents. Les situations potentielles de MOP doivent être orientées précocement vers un centre de la douleur et/ou un centre d'addictologie. La prise en charge d'un MOP repose sur des stratégies multidisciplinaires : réadaptation des médicaments antalgiques, arrêt progressif, mesures non-médicamenteuses contre la douleur, prise en charge des comorbidités psychiatriques, voire relais par buprénorphine ou méthadone.

Le syndrome de sevrage débute 12 heures après la dernière prise, atteint un maximum entre la 24^{ème} et la 48^{ème} heure et s'atténue en quelques jours. Les premiers signes en sont : bâillements, anxiété, mydriase, rhinorrhée, larmoiements, hypersudation, hypertension artérielle, tachycardie, crampes abdominales, vomissements, diarrhée, fièvre.

3.3.3. Contre-indications

Les principales contre-indications aux opioïdes forts sont communes.

➤ Contre-indications relatives

Les contre-indications relatives aux morphiniques sont nombreuses et demandent parfois des adaptations posologiques. Elles sont généralement évidentes ;

- Insuffisance respiratoire et asthme, insuffisance hépatocellulaire et rénale sévère, insuffisance surrénale et hypothyroïdie ;
- Épilepsie non contrôlée, convulsions, traumatismes crâniens et hypertension intracrânienne ;
- Troubles du rythme cardiaque ;
- Utilisateur de machine ou conducteur d'engin ;
- Derniers mois de la grossesse et allaitement ;
- Enfant de moins d'un mois en raison d'un risque important de dépression respiratoire ;
- Personnes âgées ;
- Sportifs : la morphine est une substance interdite dans les compétitions.

➤ Contre-indications absolues

Les contre-indications absolues sont très réduites ;

- Hypersensibilité à la morphine ;
- Association aux agonistes – antagonistes et aux agonistes partiels.

POPULATION ET MÉTHODE

Après avoir détaillé dans la première partie les notions nécessaires à une bonne compréhension de l'objet « prescription des morphiniques », nous allons détailler dans cette deuxième partie les méthodes de sélection de l'échantillon, de recueil et de traitements des données. A cette occasion, l'objet « représentations » sera explicité.

1. Type d'étude et objectif de l'étude

L'objectif principal de ce travail de recherche était de déterminer les représentations de la prescription de morphiniques chez les internes de médecine générale en fin de cursus à Bordeaux. Pour répondre à cette question de recherche exploratoire, une étude descriptive prospective monocentrique a été menée en utilisant une méthode qualitative.

2. Méthodes de sélection de la population et l'échantillon

2.1. Population cible

La population cible était constituée des internes ayant validé au moins quatre semestres de leur maquette de DES de médecine générale à Bordeaux. Cela correspondait, en 2017, à la dernière année d'internat selon une maquette classique et donc à la fin du cursus pour un interne de médecine générale. Les internes concernés étaient donc en 5ème ou 6ème semestre. Cela représentait 221 internes.

Les critères d'exclusion des répondants étaient la non validation d'au moins quatre semestres sur six et le refus de répondre aux entretiens semi-dirigés.

2.2. Population source

La population source correspondait aux internes inscrits pour la validation de leur module 5 (équivalent 5ème semestre) dans les groupes des quatre CPL (Comité Pédagogique Local) de Bordeaux. Les CPL sont les groupes de répartition de l'enseignement du DES de médecine générale.

Le listing des internes avec leur CPL d'affectation était disponible sur le site internet du Département de Médecine Générale de Bordeaux à la rubrique Enseignements (36). Seuls les internes des CPL de Bordeaux ont été retenus pour une question de facilité d'organisation et de faisabilité des entretiens semi-dirigés. Les internes dépendants des CPL de Bayonne, Pau, Agen, Périgueux et Dax/ Mont de Marsan n'étaient pas retenus d'office.

Cette population source correspondait à 132 internes dont 37 hommes et 95 femmes. Le sex ratio femme/homme était donc de 2,5. L'investigateur faisant partie de cette population source, il a été retiré de la liste. De même, une interne de médecine générale a été retirée d'emblée de la liste car trop connue de l'investigateur pour garantir une objectivité de l'entretien.

2.3. Échantillon

L'échantillon a été réalisé par tirage au sort sur la liste de la population source en respectant le sex ratio femme/homme de 2,5. Le nombre de sujets nécessaire ne pouvait pas être préalablement calculé puisqu'il est dicté par la saturation des données dans les études qualitatives. Au vu de la littérature, une moyenne prévisionnelle entre 10 et 15 entretiens individuels a été retenue pour l'obtention de la saturation des données.

30 personnes ont été tirées au sort dans le listing des 130 internes ; 9 hommes et 21 femmes. Il a été estimé que sur 30 personnes tirées au sort, entre un tiers et la moitié des personnes ferait la démarche de répondre. Le tirage au sort a été réalisé de façon informatisé sur un logiciel disponible en ligne (37).

Les 30 internes de médecine générale tirés au sort ont ensuite reçu un mail (**annexe n°1**) leur expliquant qu'ils avaient été tirés au sort pour participer à une étude qualitative et qu'ils pouvaient prendre contact avec l'investigateur pour la réalisation d'un entretien s'ils souhaitaient participer. Aucune rémunération n'était proposée. Le mail était envoyé via l'adresse mail du secrétariat du Département de Médecine Générale de Bordeaux (DMG).

Les relances ont été effectuées à titre personnel sur les adresses mail privées des internes par l'investigateur dans un second temps, en suivant la liste des internes tirés au sort.

3. Méthodes de recueil et de traitement des données

3.1. Méthode de recueil des données

3.1.1. Rédaction d'une grille de réflexion sur la question de recherche

Dans un premier temps, une grille de réflexion (**annexe n°2**) sur la question de recherche a été établie en décomposant de façon hiérarchisée et ordonnée l'objet de la recherche.

L'objet principal de l'étude, c'est à dire « les représentations des internes sur la prescription de morphiniques » se déclinait en trois dimensions identifiées ; les connaissances théoriques, le vécu/l'expérience et les croyances. Ce schéma de décomposition des représentations en trois dimensions est bien défini par Serge Moscovici (**38**). Il explique que grâce au concept de « représentation », on peut aborder les aspects cognitifs et sociaux de :

- la relation entre l'individu et le monde : cela correspond aux connaissances théoriques ;
- la relation entre l'individu et l'action (la sienne et celle des autres) : cela correspond au vécu et aux expériences ;
- la relation de l'individu avec lui-même : cela correspond aux croyances liées à la culture, au culte parfois, à l'environnement social, au modèle éducatif, ...

Chacune de ces 3 dimensions a donné lieu à l'identification de composantes, permettant elles-mêmes de définir des indicateurs. Ces indicateurs avaient pour but de guider précisément les termes de la recherche et de rédiger un guide ou trame d'entretien.

3.1.2. Rédaction d'un guide d'entretien à partir de la grille de réflexion

Dans un second temps, grâce à l'élaboration de la grille de réflexion, un guide d'entretien (**annexe n°3**) a pu être établi. Ce guide d'entretien était composé de deux parties.

La première partie, composée de cinq questions, avait pour but de collecter des données démographiques (sexe, âge) et de retracer le parcours professionnel de l'interne interrogé, ses éventuelles formations complémentaires et son expérience en douleurs et soins palliatifs à travers ses semestres.

La seconde partie du questionnaire, composée de quatre questions ouvertes dont trois avec des questions de relance si nécessaire, visait à répondre à la question de recherche à proprement

parler. Chaque question avait été établie en visant la réponse à un ou plusieurs indicateurs préalablement définis.

Le guide d'entretien a fait l'objet d'une relecture attentive d'une anthropologue et d'un praticien hospitalier avec une formation spécialisée complémentaire de soins palliatifs. À la suite de cette relecture, certaines questions du guide d'entretien ont été remaniées. Le guide d'entretien a été testé lors d'un « entretien test » avec une interne de médecine générale répondant aux critères de la population cible mais ne faisant pas partie de l'échantillonnage. Cet « entretien test » a été réalisé afin d'évaluer la faisabilité, la pertinence et la durée du guide d'entretien. Les données de cet entretien n'ont pas été incluses aux résultats et l'enregistrement a été supprimé. Les questions préétablies avaient pour but de guider l'investigateur mais elles pouvaient être reformulées ou amenées différemment en fonction des réponses préalables du répondant.

3.1.3. Réalisation des entretiens avec le support du guide d'entretien

Les entretiens avaient lieu dans des espaces fermés et calmes, sans possibilité d'interruption extérieure. Des rafraîchissements étaient mis à disposition du répondant (thé, café) dès lors que cela était possible.

Les entretiens étaient enregistrés avec un dispositif d'enregistrement (Voicetracer 860 Philips® avec microphone intégré). Ce dispositif était placé en évidence entre l'investigateur et le répondant sur la table.

L'entretien suivait la trame du guide d'entretien mais les questions, reformulations et relances pouvaient être adaptées en fonction des réponses de l'interne répondant. En effet, les questions étaient susceptibles d'évoluer afin de répondre au mieux à l'exploration des représentations de l'interne enquêté sur la prescription de morphiniques. L'entretien commençait systématiquement par un court monologue de présentation de l'investigateur, du sujet de recherche et des modalités de l'entretien sans « bonne ou mauvaise réponse ». L'accord verbal de l'enquêté pour l'enregistrement audio de l'entretien était recueilli à ce moment-là.

L'investigateur s'est efforcé de mettre en œuvre les principes d'un entretien de qualité, qui sont les suivants :

- la « congruence » qui signifie rester soi-même dans la relation tout en étant ouvert et réceptif au point de vue de l'autre. Cela implique un rapport avec l'autre sur une modalité non défensive et authentique ;

- l'attention positive, qui exige d'accepter les opinions d'autrui sans les évaluer, ni les juger ;

- l'empathie, pour pouvoir positionner autrui dans son cadre de référence, saisir son cadre d'interprétation qui explique ce qu'il communique et comment il le communique. Cela exige une « décentration » de soi-même, de son propre point de vue pour accepter d'autres idées, d'autres formes de points de vue.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données.

3.2. Méthode de traitement des données : analyse des verbatim

3.2.1. Transcription des entretiens

Chaque entretien était ensuite transcrit en intégralité, mot à mot, en précisant les expressions non verbales ; cela correspondant à un verbatim*. Cette transcription était réalisée sur un logiciel de traitement de texte standard (logiciel Word).

Chaque interne répondant était associé à un identifiant ; IMG X afin de respecter l'anonymat des internes enquêtés. IMG signifiait Interne de Médecine Générale. Le X correspondait à un nombre attribué en fonction du numéro de l'entretien réalisé ; ainsi le premier interne enregistré est devenu IMG1 et le second IMG2, et ainsi de suite.

Lors de la transcription, le texte correspondant aux paroles de l'investigateur était coloré en bleu et celui correspondant aux paroles de l'interrogé en vert. Cela permettait qu'on puisse immédiatement différencier les propos de l'un et de l'autre et ainsi éviter les confusions lors de l'analyse du contenu.

3.2.2. Analyse des verbatim

L'analyse du contenu des données a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo version 11 pour Mac. Les verbatim étaient implémentés dans le logiciel pour les différentes étapes de l'analyse. L'analyse des verbatim relevait de la théorisation ancrée **(15)** c'est à dire que la théorie et donc les conclusions émergent des données elles-mêmes.

Cette analyse se décomposait en 3 grandes étapes schématiques :

- dans un premier temps, les verbatim étaient méticuleusement découpés en unité de sens auxquelles on associait une phrase en expliquant l'essence : cela constituait l'étape du codage ;

- dans un second temps, en réduisant le code (unité de sens dont on a expliqué l'essence) en un mot ou une étiquette ; cela constituait l'étape du naming ;

- dans un troisième temps, en réduisant le nombre d'étiquettes pour identifier quelques concepts centraux et on recherchait des relations entre ces concepts ; c'est l'étape du codage axial. Cette étape suggère une interprétation, elle constitue la rédaction de la discussion.

3.3. Recherche bibliographique et modalités légales

3.3.1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique s'est effectuée principalement sur les bases de données dans le domaine des sciences biologiques dont PubMed, la Cochrane Library et Embase. Certaines bases de données en sciences sociales dont Cairn ont été consultées. Les catalogues SUDOC et Elsevier-Masson ont également été consultés. Des sites de sociétés savantes ont été consultés tels que le site internet de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), le site de l'Association Française de Soins Oncologiques de Support (AFSOS) ou encore le site de la Société Française de d'Accompagnement de Soins Palliatifs (SFAP).

Les principaux mots clés/terme MESH* utilisés sont : analgesics, opioid, therapeutic use, drug prescriptions, mental models, general practice...

Le traitement des données bibliographiques était effectué avec le logiciel Zotero selon les normes de Vancouver.

3.3.2. Modalités légales

Selon le décret d'application de la loi Jardé (39), les recherches reposant sur des questionnaires et entretiens auprès des professionnels de santé n'entrent pas dans le champ d'application de la loi Jardé. Ainsi le CPP (Comité de Protection des Personnes) n'a pas été sollicité. Aucune déclaration à la CNIL n'a été nécessaire.

RÉSULTATS

Les résultats se déclinent en 2 grandes parties ;

- la première partie présente les caractéristiques de la population et des entretiens ;
- la seconde partie présente l'analyse des entretiens en 3 parties : une présentation iconographique des résultats, une description littéraire des verbatim et une partie « résultats inattendus ».

La deuxième partie, description littéraire des verbatim, est présentée selon les 3 dimensions établies dans la grille de réflexion, préalable à la trame d'entretien. Ainsi seront présentées successivement :

- la place des connaissances théoriques des internes enquêtés dans leurs représentations de la prescription de morphiniques ;
- la place des vécus et des expériences des internes enquêtés dans leurs représentations de la prescription de morphiniques ;
- la place des croyances des internes enquêtés dans leurs représentations de la prescription de morphiniques.

1. Caractéristiques de la population et des entretiens

1.1. Sélection de l'échantillon

La sélection de l'échantillon s'est faite selon les méthodes exposées au chapitre précédent (**figure 1**). Douze entretiens ont été réalisés avec 12 internes de médecine générale en fin de cursus, appartenant à une des quatre CPL de Bordeaux.

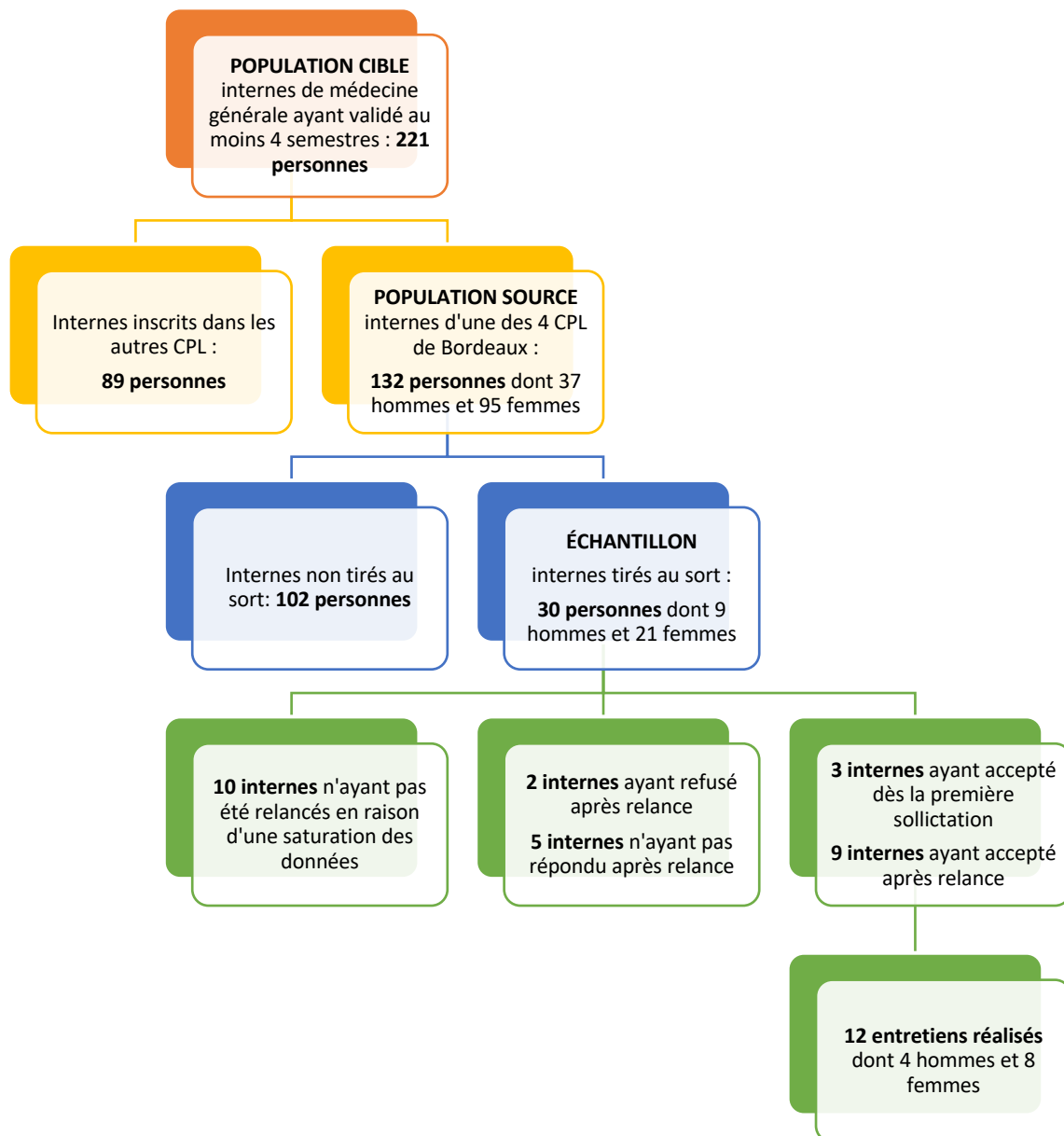


Figure 1 : Diagramme de flux

1.2. Caractéristiques de la population étudiée

Sur les 12 internes interrogés ; seuls 3 internes ont répondu spontanément et favorablement au mail et 9 internes ont répondu favorablement après relance individuelle sur les réseaux sociaux. Aucun interne ne s'est proposé spontanément.

Internes	Age	Sexe	Nb semestres validés	Validation médecine adulte	Validation CHU	Validation gynéco-pédiatrie	Validation stage praticien	Validation urgences	Formation douleurs/SP*	Stage en douleur/SP*	Travail en lien avec EMSP
IMG 1	26	F	5	x	x	x	x				x
IMG 2	26	F	4	x	x	x	x				x
IMG 3	26	H	4	x	x		x	x	x	x	x
IMG 4	26	F	4	x	x	x	x				x
IMG 5	26	F	4	x		x	x			x	
IMG 6	27	F	4	x	x	x	x				x
IMG 7	27	F	4	x		x	x			x	x
IMG 8	27	H	4	x	x	x	x			x	x
IMG 9	26	H	4	x		x	x			x	x
IMG10	27	F	4	x		x	x				x
IMG11	28	H	4	x	x						x
IMG12	27	F	4	x	x	x	x	x	x	x	x

Tableau 4 : Caractéristiques démographiques et professionnelles de la population

* Soins Palliatifs

Le **tableau 4**, ci-dessus, résume les caractéristiques de la population.

La moyenne d'âge des internes répondants était de 26,5 ans. Le sex ratio femme/homme était de 2 (approchant de celui de la promotion à 2,5); 8 femmes interrogées pour 4 hommes.

Seule une interne interrogée avait validé 5 semestres en raison d'une maquette de DES décalée.

La totalité des internes interrogés avaient validé leur semestre de médecine adulte.

Le reste des semestres obligatoires étaient validés comme suit : 11 internes avaient validé leur semestre aux urgences, 8 internes avaient validé leur semestre au CHU, 6 internes avaient validé leur semestre chez le praticien et 4 avaient validé leur semestre en gynéco-pédiatrie.

Deux internes étaient inscrits à une formation douleur et/ou soins palliatifs ; un interne en DU (Diplôme Universitaire) et une interne en DESC (Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires).

Six internes avaient effectué un semestre dans un service avec une orientation douleur et/ou soins palliatifs (ce qui inclut les LISP dans les services de médecine et les services de neurologie avec une orientation douleur). Onze internes avaient travaillé avec une EMSP (Équipe Mobile de Soins Palliatifs) de façon répétée pendant un ou plusieurs de leurs semestres.

1.3. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 2 novembre 2017 et le 2 mars 2018.

Neuf entretiens ont eu lieu au domicile de l'investigateur. Du café et du thé étaient offerts.

Deux entretiens se sont déroulés dans les locaux de la faculté et un entretien s'est déroulé chez un des répondants.

Les dates, lieux et durées des entretiens sont regroupés dans le **tableau 5**, ci-dessous.

	Durée	Date	Lieu
Entretien IMG1	00:09:46	10 nov. 2017	Domicile de l'IMG1
Entretien IMG2	00:09:39	17 nov. 2017	Domicile de l'investigateur
Entretien IMG3	00:10:18	23 nov. 2017	Domicile de l'investigateur
Entretien IMG4	00:09:39	27 nov. 2017	Domicile de l'investigateur
Entretien IMG5	00:09:39	27 nov. 2017	Domicile de l'investigateur
Entretien IMG6	00:11:32	30 nov. 2017	Salle de cours de la faculté
Entretien IMG7	00:08:08	8 déc. 2017	Domicile de l'investigateur
Entretien IMG8	00:09:05	8 déc. 2017	Domicile de l'investigateur
Entretien IMG9	00:15:16	19 déc. 2017	Domicile de l'investigateur
Entretien IMG10	00:09:44	22 janv. 2018	Domicile de l'investigateur
Entretien IMG11	00:11:02	22 janv. 2018	Domicile de l'investigateur
Entretien IMG12	00:17:16	2 mar.2018	Salle de cours de la faculté

Tableau 5 : Caractéristiques des entretiens

La durée des entretiens « formels » était en moyenne de onze minutes mais la rencontre entre l'investigateur et l'interne interrogé se déroulait généralement sur au moins une heure.

Lors de ces entretiens, la plupart des internes étaient en demande de réassurance vis à vis de leurs réponses et de leurs connaissances théoriques. Beaucoup précisait ne pas avoir « réviser » avant de venir à l'entretien malgré les nombreuses mises en confiance de l'investigateur quant à l'absence de bonne ou mauvaise réponse. Ces éléments sont développés dans la partie Résultats Inattendus.

Par ailleurs, ces entretiens étaient longs en raison de nombreuses questions des internes interrogés sur la méthodologie qualitative, assez peu connue. La méthodologie qualitative suscitait généralement une réaction de défiance chez les internes, craignant un « manque de rigueur scientifique » et un mauvais accueil de la part des enseignants ou du jury.

2. Analyse des entretiens

La présentation des résultats est mixte ; il semblait complémentaire de présenter les résultats sous forme littéraire et iconographique. Ces deux aspects de la description donnent un aperçu plus complet des données dans le cadre d'une démarche compréhensive.

2.1. Résultat iconographique : le nuage de mots

L'iconographie augmente le contenu de la description littéraire tout en opérant une réduction et propose un autre type d'information. Le choix a été fait de débiter la présentation par le nuage de mots suivant (**figure 2**). Grâce au logiciel NVivo, ce nuage de mot a pu être établi en fonction de la fréquence des mots dans les verbatim, en ignorant les mots de conjonction de coordination et de subordination et les déterminants.



Figure 2 : Nuage de mots construit sur la fréquence des mots dans les verbatim

2.2. Description littéraire des verbatim

La description est au cœur de la recherche qualitative parce que la description est un enjeu de recherche en elle-même et qu'il n'y a pas de bonne théorie sans bonne description.

La présentation des résultats de manière descriptive a été faite selon les trois dimensions préalablement établies dans la grille de réflexion (**annexe n°2**) ; la place des connaissances théoriques puis du vécu et des expériences, et enfin des croyances dans les représentations de la prescription de morphiniques chez les internes enquêtés.

La répartition proportionnelle de chacune des trois dimensions évoquées ci-dessus, dans le codage des verbatim, est présentée dans la **figure 3**.

Répartition du codage des verbatim

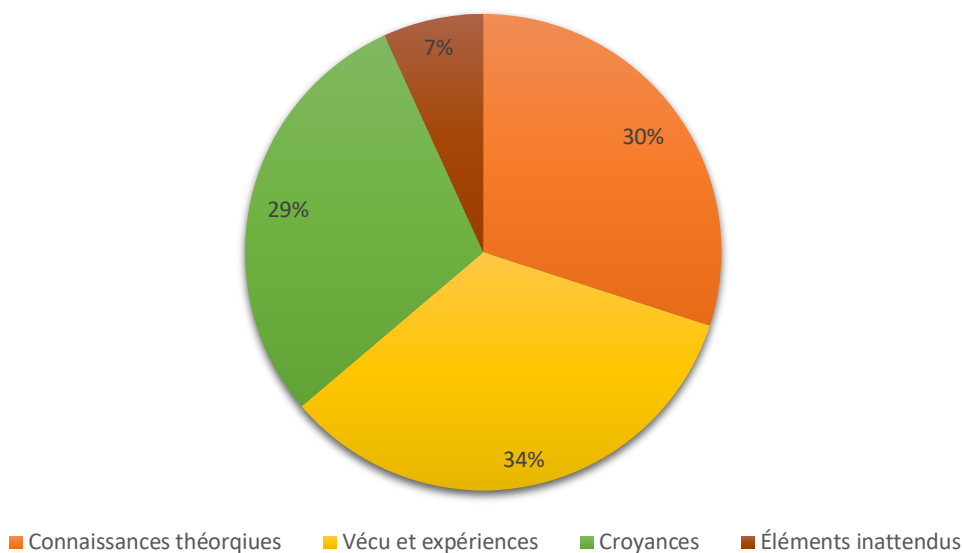


Figure 3 : Proportions selon les catégories préétablies du codage des verbatim

Dans les résultats suivants, des citations brutes extraites des verbatim illustrent l'idée développée pour chaque sous-section. Tous les extraits en lien avec chaque idée n'ont pas pu être soumis au risque d'alourdir le propos. Seuls les extraits les plus parlants ont été proposés. Des encadrés de conclusion sont proposés à la fin de chaque sous-partie pour résumer les principaux résultats par catégories.

2.2.1. Place des connaissances théoriques des internes enquêtés dans leurs représentations de la prescription de morphiniques

➤ L'évaluation de la douleur

Spontanément, les internes enquêtés évoquaient peu l'évaluation de la douleur. Lorsqu'ils l'évoquaient, c'était essentiellement pour remettre en cause son intérêt ou la nuancer. Souvent, les éléments énoncés révélaient un mauvais usage des échelles d'évaluation :

« Je sais que si l'EVA est supérieure à je sais plus combien... 5 ou 6... c'est directement les morphiniques normalement mais bon j'aurais tendance quand même à d'abord utiliser des paliers 2 et après voir » IMG 5 ;

« l'EVA c'est bien ou l'échelle numérique mais c'est à lier avec d'autres... un peu plus...enfin à mesurer [...] des EVA à 8 avec des enfants souriants, on en a quand même tous les jours » IMG 9 ;

« [...] problèmes d'évaluation de la douleur pas du tout adaptée dans certains cas. Notamment les personnes âgées, moi ça me... ils ne comprennent pas ce que ça signifie "est ce vous avez mal entre 0 et 10 ?" (reprend son souffle) "0 c'est rien" et 10 moi je leur dis que c'est : "imaginez on vous arrache le bras" mais on ne peut même pas s'imaginer la douleur de s'arracher un bras quoi... » IMG 12.

Certains concédaient qu'ils laissaient leur jugement personnel interférer dans cette évaluation :

« j'avais peut-être une mauvaise perception de la douleur ressentie par le patient aussi » IMG 6.

Un lien était également établi entre l'intensité de la douleur évaluée et le diagnostic, conduisant souvent l'interne à croire ou non le patient en fonction du diagnostic et à le traiter différemment :

« une douleur à 7/10 je ne vais pas la traiter pareille si c'est une douleur osseuse ou une douleur abdominale » IMG 5.

➤ Les indications des morphiniques

Les indications étaient globalement toutes citées sur tous les entretiens confondus mais aucun n'était en mesure d'en citer plusieurs. Étaient évoquées les indications pour :

- les douleurs cancéreuses : « pour les patients qui sont atteints d'un cancer avec des fortes douleurs que ça soit des cancers en situation curative ou palliative » IMG 1 ;

- les douleurs aiguës, le contexte d'urgence : « Dans un premier temps euh... ça m'évoquait l'urgence et la titration morphinique aux urgences sur les douleurs aiguës » IMG 3 ;

- la fin de vie : « Pour la fin de vie mais aussi pour des choses quand même beaucoup plus bénignes entre guillemets ; des tableaux douloureux qui éventuellement ne passent pas genre les lombalgies hyperalgiques, des choses comme ça » IMG 7 ;

- les échecs des autres paliers : « on les met soit si c'était une douleur intense d'entrée soit après échec des autres paliers : palier 1, palier 2 » IMG 8 ;

- les douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC) : « j'ai pas trop réfléchi à la question, mais c'est surtout pour des douleurs chroniques, c'est le premier truc qui me vient à l'idée en fait : douleurs chroniques voilà...ouais » IMG 10.

On mettait en évidence une vraie facilité à prescrire des morphiniques dans un contexte de douleurs cancéreuses par rapport à d'autres indications :

« je te dis, c'est les patients qui sont porteurs de cancer, qui ont des douleurs... pour moi là, ça a toute sa place. Et après, le reste, si on peut l'éviter... » IMG 10 ;

« par exemple sur des méta ou sur des trucs comme ça ? Bah là je pense qu'il ne faut pas hésiter parce que de toute façon si on est dans du palliatif, c'est le confort du patient qui prime donc là j'aurais moins d'hésitation je pense » IMG 11.

➤ Les modalités de prescription

Les posologies et voies d'administration donnaient lieu à des difficultés, des approximations.

La question des posologies semblait particulièrement complexe :

« Il n'y a pas de dose efficace... enfin il n'y a pas une dose pour chacun. Il n'y a pas vraiment de dose à dépasser non plus j'ai envie de dire » IMG 4 ;

« les posologies (rires nerveux)... il faut réfléchir à chaque fois, c'est un peu plus long que de mettre un gramme de Paracétamol » IMG 6 ;

« quand tu mets de... je sais pas l'ACTISKENAN par exemple, tu commences à des doses...tu commences à des petites doses et puis après tu augmentes par... tu augmentes au fur et à mesure. Et puis voilà c'est le B.A.-BA quoi je pense, au final... » IMG 10.

Les voies d'administration étaient peu évoquées :

« Dans ma représentation, peut-être le per os plus facilement que par le patch parce que le patch parfois est plus difficilement adaptable, enfin moi en tout cas dans mon idée » IMG 9 ;

Cependant, nombreux étaient les internes à faire référence à leur tableau d'équianalgie, ce qui montrait l'importance d'un tel outil :

« j'ai ma petite feuille... ma petite feuille de rencardé quoi. Pour voir la différence entre sous cut- IV, IV et oral, même entre les différents... les différents types de morphine [...] même pour faire du relais IVSE-oral.. franchement sans le truc je saurais pas le faire » IMG 4 ;

« j'avais une... un petit tableau avec tous les équivalents donc ça, ça facilitait bien les choses » IMG 8.

Le choix par rapport à d'autres molécules suscitait des réflexions variées :

- préférence des paliers 2 par rapport aux opioïdes forts : *« sauf si ça concerne les opioïdes palier 2, où là ça me pose aucun problème » IMG 9 ;*

- préférence des morphiniques aux paliers 2 : « je trouve que je préfère mettre des morphiniques que des paliers 2 » IMG 2 ;

« quand j'étais aux urgences, souvent au début je commençais par des paliers 2 même les gens qui avaient des douleurs assez importantes et puis au final on leur met du TRAMADOL ou de l'ACUPAN, ils ne sont pas soulagés et en plus ils vomissent. En prenant plus d'expérience, je n'hésitais pas à faire directement une titration en morphine » IMG 11.

Les modalités légales et pratiques semblaient globalement acquises :

« Une prescription sécurisée avec une délivrance que pour certains jours... enfin une durée de 1 mois, enfin de... 21 à 28 jours maximum » IMG 1 ;

« ordonnance sécurisée toutes en lettres, enfin clairement inscrit avec le petit carré en tout... avec le petit nombre de substances prescrites... et donc les 7,14 ou 28 jours... » IMG 9.

Un élément plus surprenant était que la mise en place de protocole standardisé pouvait nuire à l'apprentissage et donc aux compétences de l'interne :

« au tout début, titration morphinique, on disait ça et il y avait un protocole qui était sorti du service donc on avait même pas besoin de donner les posologies etc.... moi ça m'a un peu perturbé parce que du coup j'avais l'impression de pas savoir faire une titration morphinique » IMG 12.

➤ **Les effets indésirables**

Les effets indésirables et leur prise en charge n'étaient quasiment pas développés, même avec les relances de l'investigateur. Seule l'existence d'effets indésirables, spectre négatif de la prescription, était évoquée :

« Enfin moi c'est pas une prescription que je fais facilement en fait parce que je sais que ça implique énormément d'effets indésirables » IMG 6 ;

« les antalgiques les plus forts, ceux aussi sans doute qui ont les effets secondaires les plus importants » IMG 11;

« Notamment la fameuse détresse respiratoire en cas de surdosage ou des choses comme ça parce que pour moi au final, chaque... chaque organisme est différent même si ok il y a le poids et cetera à prendre en compte. je pense qu'on a tous des organismes différents avec des absorptions plus ou moins rapides et cetera, que ça personne ne peut vraiment juger au préalable » IMG 12.

➤ **Les prescriptions associées**

Dans l'esprit des internes enquêtés, les prescriptions associées étaient rapidement réduites aux traitements symptomatiques préventifs des effets indésirables des morphiniques. Les co-antalgiques n'étaient presque jamais évoqués :

« je sais qu'il faut qu'il y ait un palier 1, qu'il y ait un laxatif, ça je le sais » IMG 6 ;

« il faut mettre des laxatifs » IMG 2 ;

« il y avait toujours le DOLIPRANE mais sinon...sinon bah ça dépendait aussi de ce dont souffrait les patients. Ceux qui avaient des cancers du côlon bah ils mettaient quand même des antispasmodiques » IMG 7 ;

« on peut mettre... faire une co-analgésie avec du... du Paracétamol, palier 1, truc comme ça... » IMG 8.

Un interne enquêté faisait également référence aux difficultés de compréhension de l'équipe paramédicale de l'intérêt des prescriptions associées dont notamment la co-analgésie palier 1-palier 3 :

« Notamment la prescription palier 1 - palier 3 pour potentialiser un peu l'effet... euh ça ils ne comprennent pas non plus donc à partir du moment où on met de la morphine, on peut être quasiment sûr que la prescription de paracétamol en systématique elle est arrêtée quoi... » IMG 12.

Conclusion de cette sous-partie

Les internes enquêtés présentaient des degrés divers et très hétérogènes de connaissances théoriques et de modalités technico-pratiques de prescriptions des morphiniques. L'évaluation de la douleur était insuffisamment maîtrisée des internes et elle était soumise à un jugement personnel de leur part. Une facilité à prescrire des morphiniques pour des douleurs cancéreuses était mise en évidence. Les indications et modalités de prescription des morphiniques étaient peu maîtrisées mais les internes avaient facilement recours à des outils tels que le tableau d'équianalgie. En revanche, les protocoles de prescription des morphiniques pouvaient être délétère pour l'apprentissage de la prescription. Les effets indésirables étaient peu connus mais engendraient néanmoins des réticences à les prescrire. Les prescriptions associées et la prescription en co-analgésie étaient réduites aux traitements symptomatiques préventifs des effets indésirables des morphiniques.

2.2.2. Place du vécu et des expériences des internes enquêtés dans leurs représentations de la prescription de morphiniques

Cette partie des résultats est la plus riche et la plus développée en raison de l'intérêt suscité par les internes enquêtés sur ces questions de vécu, d'expériences. Les réponses ont été nombreuses, plusieurs points intéressants ont été mis en évidence.

➤ L'importance de l'encadrement médical, de la séniorisation

Il apparaissait clairement dans les réponses que l'encadrement, la séniorisation était un facteur essentiel et déterminant d'une expérience clinique. Et cela, les internes en étaient bien conscients :

« je pense qu'il faut être guidé dans la première prescription » IMG 3 ;

« c'est les stages, la pratique, l'expérience de certains médecins qu'on côtoie qui nous disent "bah moi voilà c'est peut-être pas recommandé de faire ça mais quand je suis en manque de proposition, que j'ai déjà tout essayé avant, j'essaye ça et ça marche" » IMG 12 ;

Les expériences cliniques étaient quasiment toujours vécues comme positives lorsque l'encadrement était adapté.

« On ne m'a pas mis en difficulté. Au début on m'a bien expliqué et puis... non j'ai jamais été mise en difficulté là-dessus » IMG 5 ;

« Je suis pas hyper doué pour les morphiniques, tu vois. Par exemple pour les fins de vie ou les sédations, les trucs comme ça, j'aime bien qu'il y ait quelqu'un quand même pour avoir un avis sur ce que... sur les doses que je peux mettre. Mais je peux les utiliser » IMG 7.

En revanche, elles étaient très souvent vécues comme négatives lorsqu'il y avait des problèmes d'encadrement :

« Aux urgences ils n'ont pas... personne n'a été capable de m'expliquer » IMG 3 ;

« En premier semestre aux urgences à Bayonne, il y avait un patient qui avait de la morphine en chronique pour un kyste pancréatique hyper douloureux qu'il devait se faire enlever qui grossissait à chaque contrôle scannographique. Et donc là il arrive, il avait hyper mal, il était complètement imprégné par ses morphiniques en chronique et du coup bah moi j'avais commencé naïvement par lui remettre des morphiniques. Et puis là ça marchait pas je faisais mes titrations, on était monté jusqu'à 20 mg et là ça marchait toujours pas, je me dis "putain" et l'infirmière me dit "il faut lui mettre une pompe". C'était mon troisième mois, premier semestre : une pompe. D'accord... Je vais chercher les chefs mais manque de pot il y avait une gangrène de Fournier dans le box à côté donc ben tout le monde était affairé là. Le patient hurlait à la mort, j'étais toute seule avec ma pompe à morphine, j'avais jamais vu ça. Et du coup on avait un petit livret d'accueil et je revois le tableau avec les périodes réfractaires et je comprenais rien du tout. Et je vais voir le seul senior qui traînait par là et qui me dit "Pfff... j'en sais rien j'ai jamais prescrit ça" et finalement je me suis retrouvée à faire un truc approximatif... » IMG 6 ;

« Moi j'avais des chefs qui parfois jouaient un peu les cowboys, ils disaient "ah bah tiens on va augmenter..." » IMG 7.

Cela pouvait être majoré par les réticences personnelles des médecins seniors à mettre des morphiniques, attitudes que les internes assimilaient souvent à des problèmes générationnels :

« Mes médecins freinaient un peu avant d'en mettre et que moi je devais me battre pour dire bah "non mais là ça va pas" euh... et donc j'en mettais » IMG 2 ;

« Je pense que mes seniors ne savaient... enfin... peut être qu'ils savaient quelque part mais ils ne pensaient pas à le faire spontanément quoi » IMG 3;

« j'ai beaucoup eu de refus de mes chefs de faire une titration morphinique alors qu'au final, elle était justifiée et... j'ai pas compris pourquoi et je pense qu'il y a une appréhension quand même de l'ancienne génération entre guillemets » IMG 12.

Ces expériences négatives pouvaient aussi être liées à des conflits entre médecins seniors sur l'orientation d'une prise en charge. Ci-dessous, un interne explique confusément les conflits entre médecins seniors d'un service dans lequel cohabitait des lits de maladies infectieuses et

des lits identifiés de soins palliatifs, et dont l'approche médicale et la « culture palliative » étaient radicalement opposées.

« Et en fait, on avait des infectiologues qui était plus... pas trop soins pall. Enfin en gros, mais vraiment c'est ça, prise en charge plutôt active jusqu'au bout enfin tu vois ce que je veux dire ? Et en fait, on était soins palliatifs juste à côté du coup, en fait et euh... C'était un patient qui était suivi juste avant par une infectiologue et après il était passé sur nos LISP et donc forcément ça se croisait un peu et donc nous on avait mis de la morphine peut être... Effectivement c'était peut-être un peu surdosé mais rien de catastrophique non plus, enfin voilà... Et du coup elle avait mis NALOXONE mais mon chef de soins pall ne l'aurait pas fait. Donc elle l'a complètement antagonisé et donc il s'est retrouvé à nouveau avec des grosses grosses douleurs sur lesquelles il a fallu remettre de la morphine enfin voilà...oui c'est ça...oui situation un peu compliquée [...] malheureusement c'est des querelles entre médecins "Ah moi j'aurais fait comme ça ! Moi j'aurais pas fait comme ça ! Ah non c'est n'importe quoi" ! Je pense que parfois il y avait un peu ça dans ce service. C'était quand même des praticiens... je pense qu'il y avait quand même une histoire de génération aussi [...] effectivement morphine-hypnovel est associée comme, un peu, un abandon par certains médecins alors que c'est pas forcément le cas c'est juste une suite. Et voilà donc pour certains c'était compliqué !» IMG 9.

➤ **Le recours à l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) : vraie ressource des internes**

L'intervention et la présence d'une EMSP était un élément inattendu mais très souvent cité par les internes enquêtés qui y voyaient une ressource et une aide précieuse :

« J'ai commencé à mettre un peu de morphine per os et j'ai demandé aux soins palliatifs de passer en disant "là ça va vraiment pas, j'ai vraiment besoin de votre aide", ils sont passés » IMG 2 ;

« On les initiait si tu veux mais quand on voyait qu'on n'était pas très efficace ou qu'on ne savait pas trop où on allait sur les doses, on appelait les soins palliatifs pour qu'il viennent nous filer un coup de main » IMG 7 ;

« À partir du moment où on se retrouve confronté à “j’ai fait une titration morphinique, je veux la transformer en traitement continu ; qu’est-ce que je dois faire ? etc...” moi ça je l’ai appris en stage avec le contact de l’équipe mobile de la douleur » IMG 12.

« Au cours moi de mes stages j’ai pu être encadré par des spécialistes de la douleur ou des soins palliatifs qui ont l’habitude d’utiliser ces produits » IMG 1 ;

« On peut essayer comme ça et si on voit que c’est mal toléré ou qu’on n’arrive pas du tout, on n’arrive pas à pallier la douleur là oui je pense qu’il faudra passer par un spécialiste » IMG 10 ;

« Après pour les utiliser sur du long terme, je pense que...voilà c’est bien de se faire aider par quelqu’un de plus spécialisé quoi [...] Enfin, s’il reste douloureux, je préférerais me faire aider avant de prolonger » IMG 11.

➤ **Les expériences positives**

Les expériences positives sont moins nombreuses que les négatives en raison d’un moins fort impact dans la vie de l’interne :

« après quand ça se passe bien ben on ne retient pas forcément tu vois.. » IMG 3 ;

« j’ai pas de souvenirs marquants, ça veut dire que j’ai pas eu de trucs qui m’ont choqué » IMG 9.

Le soulagement du patient n’était pas l’élément essentiel qui caractérisait une expérience positive de prescription de morphiniques mais c’était plutôt l’absence d’effets indésirables ou d’addiction :

« je pense qu’on prescrit toujours parce qu’il y en a besoin mais soit des personnes âgées, soit des gens cancéreux, soit des personnes en fin de vie... enfin j’ai pas eu de jeunes ou... enfin j’ai pas eu d’accro à la morphine » IMG 5 ;

« C’est quelque chose qui s’utilise je trouve d’une façon quand même assez...pas facile mais...je trouve pas trop... on n’a pas vraiment de frein enfin moi j’ai pas vraiment de frein à

utiliser des morphiniques [...] enfin j'ai jamais eu de surdosage ou de choses assez graves donc euh... La plupart du temps ça s'est déroulé sans trop d'accrocs. J'ai pas eu vraiment de fait marquant si tu veux » IMG 7 ;

« quelque chose qui m'avait marqué c'était pendant le service... enfin pendant le stage au CHU en gériatrie. Il y avait une patiente qui était...enfin vraiment...vraiment pas bien quand elle est arrivée... enfin détresse respi, on avait fait un ECG je crois que ça sous-décalait enfin il y avait un truc... et donc on en avait parlé avec la famille et on s'était dit, c'est quasiment... enfin c'est quasiment la fin. On avait parlé, il y avait des directives anticipées, la famille était d'accord et du coup on avait mis pour la soulager un PSE de morphine... Et au bout de 48 heures, alors qu'on s'est dit qu'elle allait probablement mourir... enfin le... et beh on a pu arrêter la morphine et tout parce qu'elle a passé le cap aigu et ensuite elle allait plutôt bien quoi ! Elle a pu ressortir. [...] Ouais c'est ça, elle a pu ressortir, elle a pu passer la phase aiguë et après hop ressortir » IMG 8.

➤ **Les expériences négatives**

Elles sont plus nombreuses *« alors j'ai plus d'expériences négatives je pense que des expériences positives » IMG 4* et se recourent souvent par des récits de patients peu ou pas soulagés ou par des problèmes d'effets indésirables et d'addiction. Cette partie se recoupe également avec les défauts de séniorisation :

« Ah bah du coup aux urgences de Saint-André un monsieur qui venait pour une agitation... qui avait un néo de la prostate, je crois multi métastatique et en fait il venait pour une agitation et en fait il s'avère que.. qu'il était en myosis...qu'il prenait des morphiniques mais qu'il prenait n'importe comment parce qu'il était vieux...il était agité... qu'il ne devait plus rien comprendre, voilà. Et du coup je pense que ça n'aurait pas changé grand-chose voilà il a fait un surdosage... » IMG 4 ;

« une fois aux urgences de Blaye en fin de garde, j'ai vu un patient... alors tu vois je me lève le matin après avoir dormi une ou deux heures, vers 8 heures quoi. Il y a un patient qui arrive, plié en deux de douleurs, il était étranger donc je ne comprenais pas grand-chose à ce qu'il avait. Enfin bon, il hurlait dans le service, bon il avait un ventre souple et il se tordait de

douleur donc je lui mets de la morphine et après en l'interrogeant lui et puis les gens autour de lui qui parlaient français, j'ai vu que c'était un héroïnomanie en fait qui était en train d'être sevré et comme il avait une gastro, il avait vomi son SUBUTEX, du coup, bon bah il était en crise de... enfin de manque quoi » IMG 11.

Le manque d'expérience pratique des internes est parfois également mentionné : *« c'est surtout aux urgences où je maîtrisais pas encore tout ça... où vraiment on faisait des titrations mais euh... et ben que ça marchait pas et qu'on titrait, on titrait et on comprenait pas...et je savais... enfin maintenant avec le recul je sais que je faisais pas les choses correctement quoi [...] je faisais que des titrations par bolus mais je mettais pas de dose de fond » IMG 3.*

➤ **La prescription de morphiniques en cabinet de médecine générale**

Ce point ne faisait pas spécifiquement partie du champ de la recherche mais il a été abordé spontanément à plusieurs reprises par les internes. Ils évoquaient plus de difficulté à prescrire des morphiniques en ville : *« ah c'est plus en ville où je suis un peu plus frileuse surtout pour les plus jeunes » IMG 2 ;*

« Bon en ville voilà... faut le faire, il faut revoir le patient souvent et faire palier par palies donc faut faire une titration quand même. A faire petit à petit. Donc voilà je trouve que c'est plus difficile à initier chez le médecin généraliste qu'à l'hôpital ça c'est clair... » IMG 9 ;

« là, actuellement vu que je suis en stage chez le médecin généraliste, là j'ai été confronté à la prescription de morphine en ambulatoire sans surveillance continue et c'est vrai que du coup... ça reste quand même, enfin ça fait peur ! [...] c'est rassurant aux urgences, prescription de morphine enfin titration morphinique tout le monde est là, à l'affût, on est avec des médecins urgentistes donc ils savent gérer l'urgence même s'il arrive vraiment quelque chose, quelqu'un est là » IMG 12.

Conclusion de cette sous-partie

L'exploration des expériences et du vécu des internes était la partie qui suscitait le plus d'intérêt chez les internes enquêtés. La séniorisation était un facteur essentiel et déterminant d'une expérience clinique. Cette séniorisation conditionnait le sentiment de l'interne : positif si l'encadrement était de qualité et négatif s'il ne l'était pas. Ce sentiment était majoré par les réticences personnelles des médecins séniors à prescrire des morphiniques, attitudes que les internes assimilaient souvent à des problèmes générationnels. Le recours à l'EMSP était une vraie ressource pour les internes qui l'évoquaient spontanément. Le soulagement du patient n'était pas l'élément essentiel qui caractérisait une expérience positive de prescription de morphiniques pour les internes enquêtés mais c'était plutôt l'absence d'effets indésirables ou d'addiction. Les expériences positives étaient moins nombreuses que les négatives en raison d'un moins fort impact dans la vie de l'interne. Enfin, ils évoquaient spontanément plus de difficulté à prescrire des morphiniques en ville qu'en hospitalier.

2.2.3. Place des croyances des internes enquêtés dans leurs représentations de la prescription de morphiniques

Cette partie des résultats n'est pas aussi schématique qu'on aurait pu le penser de prime abord. Il convient de préciser que même dans les résultats précédents, les croyances (sociales, culturelles, culturelles, éducatives...) sont omniprésentes, en partie dans la façon dont s'exprime les internes enquêtés. De même, cette partie ne peut pas traiter des représentations des internes en termes de croyances seules car ils rapportent également ce qu'ils ont ressenti comme croyances chez les autres.

➤ Les évocations spontanées des internes sur la prescription de morphine

Spontanément, à la première question: « que t'évoque la prescription de morphiniques ? », les réponses des internes enquêtés étaient variées mais les expressions « antalgique puissant » et « dernier recours » IMG 6 étaient les plus fréquentes :

« C'est pas un médicament anodin [...] Ça évoque, oui forcément, la fin de vie, le soin palliatif [...] quand on utilise les produits morphiniques c'est que vraiment on arrive pas tellement à contrôler sa douleur, son corps et euh... c'est puissant et euh... et on contrôle pas quoi » IMG 1 ;

« gestion de la douleur, fin de vie » IMG 4 ;

« assez difficilement premier recours » IMG 9 ;

« c'est un traitement antalgique fort [...] des douleurs intenses à calmer » IMG 8.

Certains internes faisaient un rapprochement spontané entre leur enseignement théorique sur les morphiniques et leurs constats cliniques :

« Ça doit être un peu le dernier recours pour moi [...] Clairement, c'est l'antalgique le plus efficace donc ça c'est... enfin on l'apprend dans les bouquins mais bon, on s'en rend compte en réalité aussi » IMG 11;

« Mais quoi qu'il en soit la morphine pour moi c'est l'antalgique le plus puissant... enfin on nous l'a appris comme ça, l'antalgique le plus puissant qu'on utilise un peu en dernier recours » IMG 12.

➤ **Les aspects positifs de la prescription évoqués par les internes enquêtés**

Il y avait, à de nombreuses reprises dans ces entretiens, une ambivalence des internes vis à vis de la prescription de morphiniques avec tout de même, un certain nombre d'éléments positifs soulevés dont :

- une efficacité sur les symptômes aigus : « Ben oui, sur la douleur et la détresse respi c'est... c'est miraculeux quand même... (Silence réflexif) Miraculeux c'est quand même peut être un peu exagéré mais... ça j'ai jamais eu de questionnements parce que... ouais je pense qu'on a passé un peu les a priori » IMG 2;

« pour moi c'est un antalgique donc euh... on a fait ce métier aussi pour soigner donc ça non, ça j'ai pas du tout de problème » IMG 9 ;

« c'est un antalgique quand même qui, sur certaines douleurs, je pense, change la vie des patients » IMG 10;

- une indication dans la gestion de l'inconfort global en fin de vie : : « des morphiniques dans, dans une fin de vie, ça n'a pas d'aspect négatif, c'est quelque chose de plutôt positif je pense que même...tu vois... [...] pour mes parents, dans un truc de fin de vie ou quoi je serai pas, ça me fera de la peine tu vois mais je ne serai pas dans 'non on la met pas ou oui on la met' ... tu vois... » IMG 4;

« je pense qu'il faut pas les diaboliser quoi, il ne faut pas hésiter à les utiliser quand c'est nécessaire. par exemple sur des méta ou sur des trucs comme ça ? Bah là je pense qu'ils ne faut pas hésiter parce que de toute façon si on est dans du palliatif, c'est le confort du patient qui prime donc là j'aurai moins d'hésitation je pense.» IMG 11.

- une absence de réticences à le prescrire : *C'est une prescription comme une autre je pense... [...] Ouais, ça m'évoque pas de difficultés particulières... [...] c'est sûr il faut être vigilant mais... non c'est un besoin comme un autre, un médicament qu'il faut utiliser avec prudence mais sans en avoir peur » IMG 5.*

➤ **Les réticences et difficultés des internes enquêtés : les risques addictologiques**

Les éléments que l'on retrouvait dans les principales réticences ou difficultés des internes à prescrire des morphiniques se recoupaient avec leurs expériences négatives : la peur des addictions :

« Je suis un peu plus frileuse surtout pour les plus jeunes, pour pas que... pour pas qu'il y ait d'abus... » IMG 2 ;

« C'est pas anodin quand même les morphiniques et c'est vrai qu'on m'a reproché de ne pas être passé au palier 3 plus... plus rapidement en fait » IMG 6 ;

« C'est marrant alors je sais pas dans les proportions dans lesquelles c'est prescrit en fin de vie et pour les autres patients mais moi ce qui me marque le plus c'est plutôt la dérive qu'il y a liée aux morphiniques » IMG 10 ;

« Parce que... (rires gênés), je sais qu'il y a un risque d'accoutumance qui est quand même faible mais bon...ça... enfin ça reste des traitements pas anodins... » IMG 11 ;

Un interne expliquait sa crainte du « double effet » mais cela semblait à tel point le perturber que son embarras est perceptible : *« Il y a peut-être un peu le double effet quand même sur... sur cet effet... sur le double effet. [...] La possibilité effectivement d'abréger la vie sans vouloir, sans vouloir le faire. Enfin, dans le but premier de vouloir le faire enfin... dans le but premier de soulager les douleurs mais ayant avec... ayant pour effets secondaires possiblement d'abréger quand même, du fait des propriétés du médicament, la vie hein voilà !! Mais pas dans un but premier bien sûr » IMG 9 ;*

➤ **Les réticences et difficultés du personnel paramédical, perçues par les internes**

Ce point a été abordé à plusieurs reprises par certains internes, tel un constat, dans une tentative de compréhension des réticences des patients et des autres acteurs de soins. On y retrouve des éléments forts.

Un interne exprime son sentiment de subir une pression paramédicale dans l'exigence d'un soulagement immédiat du patient : *« surtout aux urgences je trouve parce que parfois même on met un palier 2 et 20 minutes après l'infirmière te dit "ah, il a encore mal" mais bon, il faut peut-être attendre un peu quoi. Mais ils veulent que... enfin certains infirmiers, ils réévaluent le patient tout de suite après, ils veulent qu'ils soient soulagés tout de suite... ils te mettent la pression... » IMG 3 ;*

Un autre interne explique que, dans la pratique, la prescription des morphiniques est souvent perçue comme une source de travail supplémentaire par les équipes infirmières : *« par exemple, quand j'étais à Blaye au dernier semestre, j'ai fait monter un patient des urgences avec une... une... ouais j'avais fait une titration morphinique quoi et donc j'avais prescrit sur informatique la morphine si besoin et l'infirmière m'a rappelé en râlant parce qu'elle était toute seule dans le service et que pour elle, ce n'était pas faisable » IMG 11 ;*

Une interne, enfin, relève des préjugés du personnel paramédical sur l'intensité d'une douleur, qui la gêne dans sa prise en charge. Elle explique avoir senti la désapprobation de l'équipe vis à vis de sa prise en charge, même après qu'un diagnostic compatible avec douleur de forte intensité ait été posé. *« C'était un monsieur, un jeune hein je crois qu'il avait une trentaine d'années, d'origine maghrébine ou africaine je sais pas, qui venait et qui se tordait de douleur pour des maux de ventre donc moi on m'appelle parce que il se tord de douleurs, il a des maux de ventre et tout de suite j'ai senti déjà qu'il y avait une espèce d'appréhension du personnel paramédical... enfin pas une appréhension mais un... un jugement sur le fait que du coup comme c'était une personne méditerranéenne entre guillemets, il en rajoutait, "c'est pas possible qu'il ait aussi mal" machin et tout... Donc je leur dis de lancer direct une titration morphinique et ils commencent et du coup en même temps je commence mon examen clinique et en fait il avait un ventre de bois, un truc vraiment comme dans les livres, une vraie planche de bois quoi ! Il a fallu qu'on prescrive, qu'on aille jusqu'à 10-12 mg de morphine vraiment*

espacés de 2-3 minutes et il avait un soulagement partiel mais il avait toujours mal et il s'avère qu'en fait à l'imagerie il avait perforé un ulcère et qu'il avait une péritonite et que il avait des bonnes raisons d'avoir mal et que qu'il avait de bonnes raisons de recevoir des morphiniques alors qu'il y avait eu un espèce de jugement du personnel paramédical que j'avais ressenti quoi !! [...] Après on est revenu vers moi et on m'a dit "mais tu crois pas que c'est un peu surjoué parce que quand on ne le regarde pas ou qu'on ne le touche pas, il est plutôt calme et tout"»
IMG 12.

➤ **Les réticences des patients perçues par les internes enquêtés**

On retrouvait également des réticences des patients à recevoir des morphiniques : « *Après parfois les patients, faut quand même les convaincre [...] en soins palliatifs je suis tombé sur une situation très complexe où justement c'était un ancien médecin de l'ancienne génération du coup qui avait des douleurs atroces... je crois que c'était un... c'était un cancer du pancréas euh... métastatique... un syndrome solaire mais euh... carabiné et du coup elle refusait tout traitement antalgique, surtout les morphiniques parce que du coup elle avait cet a priori que... "la morphine c'est quand on va mourir... ça va me tuer"... voilà* » IMG 3, ou alors l'idée que les patients seraient réticents : « *Même pour les patients tu vois... leur faire dire qu'ils vont prendre de la morphine eux ça leur... ça leur provoque un aspect plutôt négatif, non ?* » IMG 4.

Conclusion de cette sous-partie

Les internes évoquaient spontanément un « antalgique puissant », un médicament de « dernier recours ». Ils percevaient la prescription de morphiniques en prise en charge globale de fin de vie ou en gestion d'une douleur aiguë comme un élément positif. Les réticences à la prescription provenaient plus d'une crainte des risques de mésusage et d'addiction.

Enfin, les croyances des patients ou du personnel paramédical influençaient également la perception que pouvaient avoir les internes enquêtés de leurs prescriptions de morphiniques, et ce de façon plutôt négative.

2.3. Résultats inattendus

Comme l'indique le titre de ce sous-chapitre, des éléments inattendus lors des entretiens ont été relevés. La durée de la rencontre entre l'investigateur et les internes enquêtés était bien plus longue que la partie de l'entretien enregistré et cadré par le guide d'entretien. Cela résultait de nombreux questionnements et des inquiétudes des internes enquêtés, souvent verbalisés avant de pouvoir commencer « l'entretien formel ». Nous appellerons la partie non enregistrée des rencontres : « l'entretien informel ». Il apparaît que des éléments de l'entretien informel sont également très intéressants et méritent d'être développés aussi ; ils sont donc présentés dans une première section. Dans une deuxième section sont présentées les inquiétudes des internes vis à vis de leurs réponses et dans la troisième et dernière section sont présentées les références des internes à leur formation.

2.3.1. Éléments notables des « entretiens informels »

Lorsque la plupart des internes se présentaient pour les entretiens, leurs attitudes non verbales révélaient une anxiété importante. Certains expliquaient d'emblée, ou lorsque sollicités sur les raisons de ce stress, ne pas « avoir révisé », espérer que les « questions ne seraient pas trop dures ». L'investigateur ne manquait pas de leur rappeler que cela n'était pas une évaluation de leurs connaissances mais une tentative d'identification de leurs représentations. Certains n'en étaient pas rassurés pour autant. Il fallait généralement discuter environ vingt minutes de la méthodologie et de la question de recherche pour les mettre en confiance et pouvoir débiter avec moins d'appréhension l'entretien formel.

A cette occasion, de nombreuses questions sur la méthodologie qualitative, assez peu connue des internes enquêtés surgissaient. La plupart des internes indiquaient ne pas savoir en quoi elle consistait. Elle suscitait généralement une réaction de défiance chez les internes, craignant un « manque de rigueur scientifique » et un mauvais accueil de la part des enseignants ou du jury. Finalement, le fait de ne pas parvenir à un chiffre, un pourcentage, un élément biostatistique pur et dur était gage d'un mauvais travail selon eux.

Dans un troisième temps, après « l'entretien formel », les internes demandaient régulièrement à savoir ce que les autres avaient répondu. Ils exprimaient un besoin de comparaison aux autres

dans le but de s'évaluer. Ils parlaient assez spontanément de leurs projets de sujet de thèse et évoquaient leurs parcours d'interne, leurs difficultés, leurs souhaits pour leur avenir personnel et professionnel.

2.3.2. Inquiétude des internes vis à vis du niveau de la justesse de leurs réponses

Cette peur du jugement de l'interne enquêté sur son niveau de connaissance et évoqué dans la section précédente, se retrouvait également lors des « entretiens formels ». Une interne était soulagée de voir l'entretien se terminer : *« Ah mais tu as peu de questions en fin de compte (soupir de soulagement) » IMG 2 ;*

D'autres internes cherchaient à relancer l'investigateur par des questions rhétoriques :

« Même pour les patients tu vois... leur faire dire qu'ils vont prendre de la morphine eux ça leur... ça leur provoque un aspect plutôt négatif. non ? enfin je sais pas ? » IMG 4 ;

« Euh... Qu'est-ce que ça m'évoque d'autre ? (soupirs) » IMG 8 ;

Enfin, certains cherchaient une réassurance auprès de l'investigateur :

« Je ne sais pas trop la longueur des réponses que tu attends [...] Non, c'est pas un thème sur lequel je suis hyper à l'aise à l'aise » IMG 6 ;

« Je ne sais pas si j'ai bien répondu » IMG 10 ;

2.3.3. Références à la formation, l'enseignement par les internes enquêtés

L'autre élément inattendu de cette enquête, c'est la part importante qu'accordait les internes enquêtés à leur formation, l'enseignement reçu sur de la douleur et des morphiniques.

Une interne expliquait avoir gardé une fiche « technique » de prescription des opioïdes : *« Je sais plus, je pense que c'est un truc qui me reste de l'externat en plus. Une nana qui nous avait donné une fiche et du coup je l'ai gardée » IMG 4 ;*

Une autre expliquait son regret de ne pas s'y être plus intéressée lors de ses études, cela n'étant pas sa priorité pour le concours de l'internat : *« on avait un conférencier qui s'attachait beaucoup à ça, il disait "vous verrez quand vous serez internes ce sera votre problème" donc il nous expliquait à chaque conf... il nous expliquait de donner un sixième, machin tout ça, donc euh... mais c'est vrai que pour le coup, pour l'ECN c'était pas notre souci principal... Oui, avant on avait eu quelques cours théoriques avec quelques tips pour la pratique quoi mais c'est vrai que quand tu es tout seul c'est pas pareil quoi »* IMG 6 ;

Un interne pensait qu'il y avait un lien entre l'enseignement actuel et la diminution des réticences à la prescription des morphiniques : *« Je pense que nous on nous a tellement, dans nos études on nous a quand même bien cadrés sur les morphiniques, enfin je sais pas toi, mais... dans notre cursus... premier niveau externe et interne... je pense qu'il y a des représentations qui sont quand même plus, plus chez les anciens chefs »* IMG 9 ;

A contrario, une interne trouvait que le niveau de la formation théorique était insuffisant pour une prescription en pratique : *« enfin dans ma pratique je me suis rendu compte qu'en théorique on nous apprend quasi rien du tout »* IMG 12.

Conclusion des résultats inattendus

Les résultats inattendus montrent que les internes sont anxieux vis à vis de leurs connaissances et donc plutôt dans une attitude de remise en question de leurs pratiques. Les réflexions concernant la formation montrent à quel point celle-ci leur semble centrale dans leurs sentiments de compétence à prescrire ou non des morphiniques.

DISCUSSION

Nous avons vu dans la partie Résultats que les représentations de la prescription de morphiniques chez les internes enquêtés pouvaient se décliner en trois dimensions ; la place des connaissances, la place du vécu et des expériences et enfin la place des croyances dans laquelle pouvait s'inclure les résultats inattendus dont notamment la peur des internes du jugement de leurs niveaux de connaissances. La place du vécu et des expériences était dominante dans les verbatim avec 34 % d'évocation. C'est le sujet sur lequel les internes étaient le plus éloquents.

Dans un premier temps, nous discuterons les forces et les limites de cette étude en commentant le choix du sujet, celui de l'échantillon sélectionné et celui de la méthode.

Dans un second temps, plus important, nous discuterons plus précisément les résultats obtenus à la lecture des verbatim en les confrontant à la littérature ayant servi de base à l'introduction et à l'élaboration de la question de recherche et en y apportant des nuances.

Cette seconde partie sera déclinée, au vu des résultats, en 3 grandes sous parties ;

- une première sous-partie développera la question du contexte actuel de prescription des opioïdes forts, conditionnée par les difficultés d'évaluation de la douleur et des résistances inhérentes à l'opiophobie historique et à l'actualité américaine ;

- une seconde sous-partie abordera la question de la formation des internes : de la théorie universitaire à la pratique hospitalière. Cette question sera abordée par le prisme de la séniorisation et du recours aux EMSP ;

- une troisième et dernière sous-partie abordera la question du « savoir agir contextualisé » c'est à dire de l'influence des autres acteurs de soins et des patients dans une décision de prescription, des compétences attendues de l'interne en prise en charge de la douleur et de la nécessaire réflexivité des internes vis à vis de leurs pratiques. Cette dernière sous-partie se termine par quelques préconisations.

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Choix du sujet

Le choix du sujet de cette thèse a soulevé une interrogation chez un enseignant du Département de Médecine Générale, qui estimait que la prescription de morphiniques restait rare en médecine générale.

Pourtant, la prescription de morphiniques n'est pas rare comme le montre plusieurs thèses de médecine générale (40–43) retrouvant une fréquence de prescription d'opioïdes forts pour tout type de douleurs à environ 42 %. Cette question a également intéressé la Société Française de Médecine Générale qui, en 2010, a réalisé une étude nationale en ligne sur les freins et obstacles à l'initiation d'un traitement antalgique de palier 3 par les médecins généralistes (44). Les résultats de cette étude montraient que, d'une part, 40 % des consultations de médecine générale relevées par l'Observatoire de Médecine Générale comportaient une plainte douloureuse et que, d'autre part, dans les quinze jours précédant l'enquête, 44 % des médecins généralistes avaient initié un traitement par opioïdes forts. Ces éléments sont plutôt en faveur d'une prescription courante en médecine générale et vont dans le sens de la nécessité d'une l'identification des représentations de la prescription des morphiniques chez les internes de médecine générale, futurs praticiens.

Par ailleurs, les internes enquêtés ont mentionné spontanément et à plusieurs reprises les réticences qu'ils auraient à prescrire des morphiniques en cabinet de médecine générale donc il est intéressant de se pencher sur le sujet.

Il apparaît qu'au-delà de la prescription des morphiniques en elle-même, c'est également la question de la douleur, de son évaluation et de sa prise en charge par les internes de médecine générale qui se pose. Par exemple, nous avons vu dans les résultats que la question de l'évaluation de la douleur était un point d'imprécision chez les internes, en raison d'une méconnaissance des outils d'évaluation et d'un rapport assez subjectif à cette évaluation.

Ainsi, le choix du sujet de notre étude se justifie par l'importance de déterminer les freins à une prise en charge de la douleur adaptée tant en hospitalier qu'en ambulatoire.

1.2. Choix de l'échantillon

1.2.1. L'intérêt du choix d'internes de médecine générale

Le choix a été fait de cibler les étudiants en fin de cursus c'est à dire en dernière année de diplôme de DES de médecine générale afin d'avoir une population d'internes ayant déjà effectué un maximum de stages (hospitaliers ou libéraux) et donc d'avoir été témoins ou d'avoir participé à des prises en charge de douleurs aiguës ou chroniques.

Le choix de la population de médecins en fin de formation répondait à la volonté d'interroger des personnes à une période clef de leur formation avec à la fois un regard frais sur leur formation d'interne et une pratique débutante en médecine générale. Par ailleurs, les médecins généralistes sont les acteurs de premier recours et ils sont également au premier plan dans la coordination ville-hôpital. Toutefois, cette étude aurait également été très intéressante avec des internes d'autres spécialités et il aurait sûrement été intéressant de comparer les spécialités médicales et chirurgicales. L'ensemble des soignants, quelle que soit leur spécialité, devrait être sensibilisé à la prise en charge de la douleur. Dans le cadre de cette étude, nous aurions donc pu nous intéresser à l'ensemble des internes toutes spécialités confondues mais cette population aurait été très hétérogène en termes d'expérience et de formation médicale initiale.

1.2.2. Les biais de sélection

Le tirage au sort des internes et le retrait de la liste des internes connus de l'investigateur limitent les biais de recrutement. Néanmoins, plusieurs biais de sélection sont à souligner. L'étude était monocentrique et limitée aux internes dépendants des CPL de Bordeaux pour le semestre de novembre 2017 à avril 2018. Les répondants, même tirés au sort, devaient faire la démarche de répondre et se présenter à l'entretien : seuls les internes intéressés par le sujet de la thèse ou sensibilisés par leurs semestres étaient susceptibles de répondre.

1.2.3. Les caractéristiques de l'échantillon étudié

Dans l'échantillon étudié, il y avait deux tiers de femmes interrogées. Cette prépondérance féminine est assez représentative de la démographie médicale actuelle et de la féminisation de la profession. En France, les femmes représentaient en 2010 plus de 60% des internes en

formation selon l'INSEE (45) et cette tendance va croissante. La moyenne d'âge de 26,5 ans est cohérente et compatible avec des internes en fin de cursus.

Dans le parcours de internes, il est intéressant de noter que la moitié des internes ont réalisé un semestre dans un service avec une orientation douleur et soins palliatifs, ce qui est encourageant quant à la diffusion de la démarche palliative dont la prise en charge de la douleur. Par ailleurs, plus de 90 % avaient déjà eu recours ou travaillé avec une Équipe Mobile de Soins Palliatifs. Cela est comparable aux chiffres retrouvés par C. Lutz en 2017 dans sa thèse sur le sentiment de compétence des internes à prendre en charge des patients en fin de vie (46).

1.3. Choix de la méthode

1.3.1. Force de la méthode

Le choix d'une méthode qualitative était plus approprié à cette question de recherche car elle permettait d'explorer le vécu des internes, et de faire émerger des données inattendues, par la réalisation d'entretiens individuels. Le sujet aborde une réalité complexe donc la méthode qualitative par entretien individuel était la plus pertinente.

L'expression « recherche qualitative » est la plus couramment utilisée mais l'expression « recherche compréhensive » lui est supérieure dans la mesure où elle décrit mieux ce dont il est question dans ce type de démarche. En effet, démarche compréhensive renvoie à l'étude des répondants pensant, parlant et agissant (autrement dit, l'explication donnée par le chercheur prend en compte les raisons d'agir données par les répondants eux-mêmes). (15)

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement. Cette approche est utilisée depuis plusieurs années dans la recherche en médecine générale, mais sa progression est lente. Les applications en sont très concrètes, plus particulièrement pour les aspects relationnels des soins. La démarche fait référence aux modèles culturels et à la culture vécue.

Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure ». Cette méthode permet aussi d'explorer les émotions, les sentiments des internes, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à

la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins.

1.3.2. Limite de la méthode

On peut se poser la question de la validité interne de cette étude. En effet, une seule méthode de recueil de données a été utilisée et, si la triangulation des chercheurs (un médecin exerçant sur des LISP et une anthropologue, en plus de l'investigateur) a été présente au moment de l'élaboration des grilles d'entretiens semi-directifs et de la discussion des résultats, les entretiens et les premières analyses des verbatim ont été effectués par un seul chercheur ; l'investigateur. Par ailleurs, les résultats de l'analyse n'ont pas été soumis aux acteurs qui ont participé à la recherche pour les corroborer mais ils ont été confrontés aux données de la littérature qui avaient sous-tendu l'élaboration des premières hypothèses (cf. partie suivante). En revanche, on peut considérer que l'échantillon utilisé est ciblé et représentatif de la problématique et que la validité externe qui consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres objets (en l'occurrence aux internes de médecine générale), est maintenue.

1.3.3. Qualité des entretiens individuels semi-dirigés

Douze entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés, ce qui correspondait à la saturation des données. Ce chiffre de douze entretiens est comparable à ce que l'on peut retrouver pour d'autres études qualitatives par entretien semi-dirigés.

La moyenne de durée des entretiens enregistrés d'environ onze minutes peut paraître courte, pourtant les entretiens étaient riches. Cette moyenne de durée est à nuancer par la durée totale de la rencontre entre l'investigateur et l'interne enquêté d'environ une heure, qui a permis d'établir des résultats inattendus. Par ailleurs, la peur du jugement des internes sur leur niveaux de connaissances a pu entrer en jeu dans la courte durée des entretiens.

Enfin, le manque d'expérience de l'investigateur malgré les recherches sur la méthode et l'entretien test, ont pu affecter la durée de l'entretien par manque de relance.

2. Discussion sur les résultats observés

2.1. Contexte de prescription des opioïdes forts : douleur, opioïdes et résistances

Comme nous l'avons vu dès l'introduction, la prescription d'opioïdes forts s'effectue dans un contexte particulier ; d'une part, l'exigence toujours plus pressante de prendre en charge la douleur efficacement, et d'autre part, des résistances historiques exacerbés par une « épidémie » de décès liés à la surconsommation d'oxycodone aux États-Unis. Ainsi, dans cette première sous-partie, nous verrons dans quel contexte les résultats peuvent s'inscrire : en termes d'évaluation de la douleur, de prescription des opioïdes et de résistances à cette prescription.

2.1.1. Une évaluation de la douleur qui reste trop subjective

Les résultats montraient que l'évaluation de la douleur était insuffisamment maîtrisée par les internes de médecine générale enquêtés avec une évocation des échelles d'auto-évaluation peu élaborée, l'interférence de jugements personnels dans cette évaluation et un lien établi entre la pathologie et l'intensité supposée de la douleur.

V. Broch (10) dans sa thèse retrouve des éléments similaires : « une faible utilisation et une méconnaissance des différents outils de diagnostic et d'évaluation de la douleur par les internes ressortaient des entretiens. [...] Il est apparu que l'évaluation se faisait par l'appréciation subjective du médecin ». De même, dans un article de 2012 sur les représentations mentales et les comportements précédant la prescription d'opioïdes forts, N. Missassi (12) relève que « pour l'évaluation de l'intensité de la douleur, les spécialistes indiquent utiliser régulièrement une échelle validée, alors que moins d'un médecin généraliste sur deux utilise cet outil. » Il conclut d'ailleurs son article en préconisant : « un travail de formation à l'intérêt de l'utilisation régulière de ces outils permettrait d'optimiser la prescription des opioïdes forts. »

Cependant, il est plus problématique que les internes enquêtés puissent laisser leur jugement personnel interférer dans l'évaluation de la douleur que leur méconnaissance des outils d'évaluation. Cette idée est renforcée par A. Dutier (47) qui explique : « Le processus d'objectivation et de rationalisation à l'œuvre dans l'utilisation de ces échelles d'évaluation reste une réduction qui ne doit pas conduire les soignants à se soustraire à l'engagement

d'appréhender la plainte douloureuse dans sa globalité. Les difficultés structurelles d'exprimer et de quantifier sa douleur ne doivent pas être occultées au profit d'un mode d'évaluation et de communication opératoire. Sans remettre en question l'intérêt clinique de ces échelles, il faut admettre que si l'on fait l'économie de l'accompagnement humain qu'elles impliquent, elles peuvent vite constituer des barrages et des écrans à la relation de soin. »

Malgré une société plus tournée vers une meilleure prise en charge de la douleur, l'évaluation de celle-ci reste encore pour les internes enquêtés un point d'amélioration. Or cette évaluation de la douleur a un impact direct sur l'indication de l'antalgique approprié à la situation clinique et d'une prescription éventuelle d'opioïdes forts.

2.1.2. Des difficultés persistantes à prescrire des opioïdes forts

Les modalités de prescription dont les voies d'administrations et posologies étaient problématiques pour les internes enquêtés. Les prescriptions associées et la prescription en co-analgésie étaient réduites aux traitements symptomatiques préventifs des effets indésirables des morphiniques. Ces éléments sont concordants avec ceux de l'article sur les compétences des internes en soins palliatifs (11). Cependant, deux points nouveaux sont à relever :

- d'une part, les internes enquêtés avaient facilement recours à des outils d'aide tels que le tableau d'équianalgésie, ce qui est un élément positif qui révèle une facilité de l'interne à aller chercher la connaissance qui lui manque ;

- et d'autre part, l'existence d'un protocole de prescription des morphiniques, comme aux urgences, se révélait être un frein à l'apprentissage de la prescription en supprimant la démarche réflexive de la prescription dont la connaissance des posologies.

De nombreux internes évoquaient avoir plus de facilité à prescrire des morphiniques pour des douleurs cancéreuses que non cancéreuses. Et si les indications de prescription d'opioïdes forts étaient, dans l'ensemble, toutes évoquées, les réponses n'étaient pas spontanées.

Cela peut paraître surprenant au regard des recommandations récentes et régulières concernant les opioïdes forts (28–32,34). Pourtant, J-M. Gautier (48) explique que les recommandations de bonne pratique, censées guider des professionnels de santé et tout particulièrement des médecins, peinent à trouver une large audience. « Le rôle des sociétés savantes est particulièrement important pour augmenter l'adhésion des professionnels aux

recommandations. En premier lieu, il convient d'améliorer la diffusion de ces recommandations professionnelles par le biais des sites internet de chaque société. [...] Une deuxième piste de réflexion concerne l'élaboration en elle-même des recommandations afin d'accroître leur légitimité [...] en faisant évoluer la nature des recommandations afin de concilier rigueur scientifique et simplicité d'utilisation. Enfin, il conviendrait de favoriser, dans le cadre de la formation continue, le développement de formations interprofessionnelles pour faciliter l'appropriation des recommandations par les professionnels et la réflexion collective sur les pratiques. »

Même si les modalités technico-pratique de prescription des morphiniques n'étaient que peu maîtrisées des internes enquêtés, elles font l'objet d'un apprentissage essentiellement clinique. C'est donc le compagnonnage pour l'apprentissage de ces prescriptions qui pourrait être interrogé. Cette question est développée par la suite.

2.1.3. Les résistances : poids de l'opiophobie historique et de l'actualité américaine

Les entretiens montraient que les effets indésirables et les risques de mésusage et d'addiction étaient sources de craintes et de réticences à la prescription de morphiniques par les internes enquêtés. Les effets indésirables étaient peu connus mais néanmoins pourvoyeurs de réticences à les prescrire. Ce qui est regrettable, c'est que cela conditionnait le sentiment de l'interne ; une expérience négative de prescription était une prescription suivie d'effets indésirables ou de troubles addictologiques. A contrario, une expérience positive de prescription était une absence d'effets néfastes plutôt qu'un soulagement de la douleur. Ces résultats sont comparables avec ceux de A.Visu dans sa thèse (40).

De même, E. Serra et al. (49) ont étudié le point de vue des médecins généralistes sur les risques de survenue d'une dépendance lors de la prescription d'opioïdes forts. Ils expliquent que la perception du risque de dépendance freine la prescription d'opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse pour un tiers des médecins généralistes, alors que cela n'est pas le cas dans la douleur cancéreuse (2%). Cela concorde également avec nos résultats : les internes

trouvent la prescription d'opioïdes forts plus adaptée en cas de douleurs cancéreuses. Ils tiennent moins compte de l'évaluation de la douleur que du diagnostic étiologique de celle-ci. Dans l'article sus-cité, il était supposé que la valorisation de ce risque par les médecins généralistes interrogés faisait écho au phénomène de tolérance : obligation d'augmenter la dose au fil du temps pour obtenir le même effet thérapeutique. Cependant, des auteurs comme Andriaensen et al. (50) considèrent que l'utilisation au long cours des opioïdes forts n'entraîne pas forcément de problèmes de tolérance, de dépendance physique ou d'addiction. Enfin, dans cet article, la durée du traitement, la co-prescription de psychotropes et une dose élevée de l'opioïde, étaient perçues comme les principaux facteurs de risques addictologiques des traitements. Cependant seul un tiers des médecins généralistes déclaraient systématiquement rechercher la survenue d'une dépendance. Dans nos entretiens, aucun interne enquêté n'a mentionné le moindre facteur ou outil de recherche de dépendance ou de mésusage. Cela laisse à penser que ces craintes sont plus fondées sur un sentiment de l'ordre de la croyance que documenté par un risque réel.

Et ce sentiment peut s'expliquer par deux facteurs distincts ;

- l'histoire de l'utilisation des morphiniques et l'opiophobie latente qui en a découlé,
- et l'actualité récente aux États-Unis de décès liés à la consommation d'opioïdes forts.

Comme l'explique Karen Forbes dans « Opioids: Beliefs and Myths » (51) et Annica Rhodin dans « The Rise of Opiophobia: Is History a Barrier to Prescribing ? » (52), un frein important à la prescription d'opioïdes forts est la peur d'induire une conduite abusive ou addictive. Elles expliquent que pour comprendre les freins culturels et législatifs autour de la prescription d'opioïdes forts (ou opiophobie), il faut comprendre l'historique de son utilisation et de son mésusage. L'utilisation de pavot, dont l'opium est issu, remonterait à l'Homme de Neandertal selon certains archéologues (53). Son utilisation émaille l'Histoire de tout temps mais c'est à partir du XVIIIème siècle que des modes de consommation sortant du cadre de la prescription médicale commencent à être rapportés. Des consommations excessives et répétées sont de plus en plus fréquentes au XIXème siècle. Ce mésusage est le point de départ de nombreuses régulations et législations dont The Poisons and Pharmacy Act en Grande-Bretagne en 1908 and the Harrison Act aux Etats-Unis in 1914. C'est le point de basculement entre une utilisation libérale des opioïdes forts et une utilisation extrêmement restrictive et contrôlée déclenchant

une peur des opioïdes : l'opiophobie. L'utilisation d'opioïdes forts balance depuis entre prohibition, usage médical et usage récréatif.

La peur de risques de mésusage des internes enquêtés peut être aussi renforcée par l'actualité aux États-Unis où de nombreux décès sont liés à une surconsommation d'oxycodone (3). Il est toutefois délicat de transposer les données américaines à ce qui peut exister en France ou en Europe. Aux États-Unis, les prescriptions d'oxycodone et de morphine sont largement plus fréquentes que dans les pays européens (54).

Ainsi, on peut conclure que les réticences des internes à prescrire des opioïdes forts en raison d'un risque de survenue de mésusage et/ou d'effets indésirables est en partie justifiée. Cependant, ces réticences proviennent plus du contexte latent mentionné ci-dessus que de craintes fondées sur une pratique quotidienne. En effet, les effets indésirables sont peu connus des internes enquêtés et les outils de dépistage des risques de mésusage jamais mentionnés.

Cette sous-partie peut se conclure sur une note plus optimiste en relevant tout de même que les internes enquêtés nuançaient positivement et spontanément leurs propos ; le terme de « puissance » en référence aux opioïdes forts était souvent employé et plusieurs évocations positives en termes de soulagement de patient émaillaient les entretiens. Ils percevaient la prescription de morphiniques en prise en charge globale de fin de vie ou gestion de la douleur aiguë comme un élément positif.

2.2. De la théorie universitaire à la pratique professionnelle : l'apprentissage du « savoir-faire » ou les enjeux de la séniorisation et du recours à l'EMSP

Après s'être intéressé au contexte de prescription d'opioïdes forts, nous développerons dans cette sous-partie les enjeux de la formation universitaire et hospitalière par le prisme de la séniorisation et du recours à l'EMSP, sujets massivement abordés par les internes. En effet, l'exploration des expériences et du vécu des internes était la partie qui suscitait le plus d'intérêt et de réponses chez les internes enquêtés.

2.2.1. Qualité de la formation universitaire

Nous avons vu dans les résultats inattendus que les internes étaient anxieux vis à vis de leurs connaissances et donc plutôt dans une attitude de remise en question de leurs pratiques. Il apparaissait que les internes enquêtés présentaient des degrés divers et très hétérogènes de connaissances théoriques de prescription des morphiniques. Les réflexions spontanées concernant la formation montraient à quel point celle-ci leur semblait centrale dans leur sentiment de compétence à prescrire ou non des morphiniques. Ces résultats sont également concordants avec l'article de S. Poinceaux (11).

Une remarque intéressante était apportée par l'IMG 6 qui soulignait qu'elle n'avait pas donné la priorité à la prise en charge de la douleur en préparant le concours de l'internat. La prise en charge de la douleur n'est-elle pas un pilier de la formation médicale universitaire ?

Il a été stipulé dès 1997, le caractère obligatoire au même titre que les autres disciplines, médicales, de l'enseignement des soins palliatifs et du traitement de la douleur, au cours du deuxième cycle des études (55). Pourtant, le rapport Sicard (56) a souligné en décembre 2012 le fait que l'enseignement dans le domaine restait très hétérogène au niveau national et variait en fonction des différentes facultés. Cette hétérogénéité d'enseignement en douleur et soins palliatifs a été mise en évidence malgré l'instauration d'un module spécifique dès 2000, avec précision en 2007, des objectifs généraux de ce « Module 6 » aussi nommé « Douleur, soins palliatifs, accompagnement » (57).

Le rapport Sicard recommandait d'ailleurs à la conférence des doyens, dès 2013 :

1. de créer dans chaque université une filière universitaire spécifiquement destinée aux soins palliatifs.

2. de repenser en profondeur l'enseignement des études médicales afin que les attitudes curatives ne confisquent pas la totalité de l'enseignement en :

- rendant obligatoire un enseignement de soins palliatifs
- développant la **formation au bon usage des opiacés** et des médicaments sédatifs
- suscitant un enseignement universitaire et en formation continue sur ce que l'on entend par « obstination déraisonnable »

- apportant tout au long de leur cursus une formation aux étudiants en médecine à l'exigence de la relation humaine dans les situations de fin de vie et les amener à une réflexion sur les excès de la médicalisation

- rendant obligatoire pour les étudiants, généralistes et spécialistes principalement concernés par les maladies graves, un stage en soins palliatifs durant leur internat.

3. et d'exiger qu'un des programmes de formation annuelle suivi par un médecin en activité, au moins une fois tous les trois ans, porte sur les soins palliatifs et sur les attitudes à adopter face à une personne malade en fin de vie.

Certains des items du rapport Sicard ont été repris également dans le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie (58) rédigé par le ministère de la santé. On pourra ainsi citer certaines mesures :

- favoriser pour chaque étudiant, en filière médicale et paramédicale, la réalisation d'au moins un stage dans un dispositif spécialisé en soins palliatifs ;

- mettre en place dans le troisième cycle des études médicales une formation spécialisée en soins palliatifs et en médecine de la douleur.

Pourtant, en ce qui concerne l'enseignement des soins palliatifs et de la douleur au cours du troisième cycle, seuls les diplômes universitaires, interuniversitaires, capacités et diplômes d'études spécialisées complémentaires ont été développés. Ainsi, aucune obligation officielle n'existe pour que cet enseignement s'intègre systématiquement au cursus des internes de médecine générale ou des autres spécialités. Cela crée de fait une hétérogénéité de formation et de niveau (11,46). Cependant, avec la nouvelle réforme du troisième cycle des études médicales, la disparition des DESC et la création de FST, les lignes sont en train de bouger. On

peut espérer que le contenu de l'enseignement de la formation universitaire de troisième cycle développera une formation obligatoire en douleurs et soins palliatifs de qualité.

En somme, il existe une nette intrication entre les connaissances théoriques et technico-pratiques des internes et la qualité de la formation universitaire. Les attentes hypothétiques des rapports et plans triennaux sont parfois loin de la réalité. Par exemple, les terrains de stage en soins palliatifs ne sont pas suffisants. Seule la moitié des internes enquêtés dans cette étude avaient effectué un stage dans un service avec une orientation douleur et/ou soins palliatifs. Il est certain que la formation universitaire est nécessaire mais non suffisante pour l'apprentissage de la prescription des opioïdes forts. Ainsi, le véritable enjeu se situe dans la pratique professionnelle et le compagnonnage qui l'accompagne.

2.2.2. Séniorisation de qualité : le besoin d'encadrement et de « feed-back »

Nous avons clairement mis en évidence dans les résultats que la séniorisation était un facteur essentiel et déterminant d'une expérience clinique. Une séniorisation de qualité avec un accompagnement dans la prescription et des explications claires étaient des éléments positifs pour l'interne. A contrario, une absence de réponse adaptée ou de réassurance et le vécu de sentiment d'abandon étaient des éléments négatifs.

La définition de la séniorisation est complexe et assez peu fournie dans la littérature médicale. C'est dans un article d'une plateforme d'appui de gestion des événements indésirables de Nouvelle-Aquitaine (PRAGE) (59) que certains éléments ont pu être trouvés. Cela interpelle sur les conditions dans lesquelles la relation sénior-interne peut être questionnée.

La séniorisation peut s'apparenter à un tutorat, un compagnonnage. Elle peut être définie comme un dispositif d'accompagnement assuré par un pair, respectueux de l'éthique (bienveillance, respect de l'autonomie et de la singularité). Elle s'adapte au parcours professionnel, au secteur d'activité, et à l'expérience de l'interne. Elle a l'avantage de rassurer l'interne, en répondant aux besoins d'information, de développement de ses compétences, en favorisant une ambiance et des conditions de travail propices à des soins de qualité et de

sécurité. De plus, le compagnonnage « technique » permet de traiter les différentes difficultés très précises en termes de soins techniques mais aussi relationnelles.

La séniorisation doit devenir un processus actif d'échanges bénéficiant autant à l'ancien qu'au plus jeune. En effet, le soignant en cours de formation ou commençant sa carrière peut faire profiter son collègue plus âgé de ses connaissances théoriques plus récentes. Le sénior n'a pas forcément toutes les connaissances que doit maîtriser l'interne au terme de sa formation mais se doit de guider l'apprentissage. De même, le sénior ne travaille pas continuellement avec l'interne, ce qui lui permet une supervision et donc une évaluation distanciée réalisée lors d'échanges sur des situations de soins significatives. Or, dans les cursus de formation, la notion de tutorat ou séniorisation est souvent **confondue avec la délégation**. Pourtant, le Code de la Santé Publique (articles R6153-2 et R6153-3) précise que l'interne est un praticien en formation spécialisée qui n'exerce ses fonctions que « par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève ». Il faut donc rester vigilant à ne pas confondre séniorisation et délégation car la confusion des concepts engendre un glissement de tâche. Le sénior doit donc transmettre les savoirs et les valeurs du terrain et aider à la construction de l'identité professionnelle de l'interne. Il va permettre à l'interne d'analyser son activité professionnelle et donc d'apprendre en situation de travail.

Ce sujet a intéressé T.Viard qui, en 2015, a réalisé une thèse intitulée « Séniorisation aux urgences, autonomisation des internes et juste distance d'encadrement » (60). Il y conclut que le sentiment de mauvaise séniorisation des internes relève d'un accompagnement insuffisant du raisonnement médical de l'interne et d'un manque de clarté des responsabilités de l'interne. Cela plaide, au minimum, en faveur d'une plus grande communication internes-séniors tout au long du stage, voire d'une sensibilisation institutionnelle à l'encadrement des internes, et aux techniques simples d'optimisation de la séniorisation, comme le concept du feedback (61). La relation de séniorisation est réellement un prérequis pour la pratique du feedback ou n'importe quelle autre méthode pédagogique. Cette relation repose autant sur le senior que sur l'étudiant. Un feedback clair et constructif reste incontournable pour une séniorisation de qualité. Mulo-Baussière et al (62), en 2016, en arrivent aux mêmes conclusions : en ce qui concerne la formation sur les lieux de stage, le compagnonnage, le « débriefing » et le « feed-back » sont plébiscités.

Par ailleurs, une vigilance particulière doit être apportée à la définition du cadre et des règles de séniorisation dans les services et des responsabilités respectives, clarification indispensable

aux yeux des internes et des séniors, mais insuffisamment réalisée d'après les internes, pour lesquels la problématique de la responsabilité est omniprésente.

Dans sa thèse en 2016, E. Léger (63) a cherché à définir les freins et moteurs de la collaboration entre médecins généralistes au sein d'une maison de santé. Elle y conclut que les principaux freins à cette collaboration sont la méconnaissance de l'autre et la mauvaise communication favorisées par une méconnaissance des outils de communication et d'informations. Les principaux moteurs sont l'envie de travailler ensemble, le partage de valeurs de travail communes, le dynamisme entraînant d'un ou plusieurs leaders et la présence d'un coordinateur.

Il est donc bien question de collaboration par un compagnonnage efficace dans leur relation. Et c'est la mise en œuvre de ce compagnonnage bienveillant avec tous les éléments qui la composent qui créent une séniorisation de qualité.

2.2.3. Recours aux Équipes Mobiles de Soins Palliatifs : un complément de formation pratique indispensable

De façon assez surprenante, dans le nuage de mots présenté dans la partie résultats iconographiques, c'est le mot « L'ÉQUIPE » qui ressort alors qu'il n'avait pas particulièrement interpellé l'investigateur lors de l'analyse textuelle des verbatim. Pourtant si ce mot est fréquemment utilisé lors des entretiens, cela doit faire sens dans l'interprétation des résultats.

Le recours aux EMSP et les réponses qui pouvaient être apportées aux internes était une vraie ressource qu'ils évoquaient spontanément. Dans cette étude, 90 % des internes interrogés avait déjà eu recours ou travaillé en collaboration avec une EMSP. C. Lutz (46) évoque également l'importance de l'EMSP dans le soutien de la prise en charge de patients douloureux, souvent dans un contexte de fin de vie.

L'EMSP doit jouer un rôle dans la diffusion des soins palliatifs et **l'amélioration des pratiques**. Cela fait partie de ses missions d'après la Circulaire de 2002 (64). Cette circulaire détermine la démarche palliative comme une « dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants ». Cette démarche participative suppose des actions, auprès des

soignants de l'équipe, d'écoute, de **compagnonnage**, afin de diminuer la souffrance et permettre de donner du sens à leur travail. En ce sens, l'EMSP participe d'une certaine séniorisation auprès des internes et cela contribue à ce qu'ils l'évoquent spontanément comme une ressource bienvenue. Elle permet aussi de sensibiliser l'interne au travail d'interdisciplinarité car les EMSP sont multidisciplinaires ; composées généralement de médecins, d'infirmiers mais également de psychologues ou encore de psychomotriciens.

Ces éléments sont également développés par F. Lafaye dans sa thèse sur les représentations du travail en binôme par les membres de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Bordeaux (65). Elle y développe la notion d'interdisciplinarité mise en jeu dans le travail en EMSP ; « l'interdisciplinarité trouvera tout son sens en étant à la fois une ligne directrice d'enseignant mais également en permettant aux étudiants de s'ouvrir à la réflexion. [...] La cohésion, la cohérence, la confiance, le vivre ensemble, la mise en relation ne pourront se faire que si chacun accepte de s'ouvrir à l'autre et aux compétences de chacun. »

Par ailleurs, l'EMSP suppose des actions de **formation** nécessaire à chaque membre, et auprès de l'institution pour créer un lien inter-service mais également une **complémentarité ville-hôpital**. Et cela mérite d'être souligné en raison des difficultés spontanément évoquées des internes à prescrire des morphiniques en ville. Ils évoquent également la nécessité d'une aide pour une évaluation et une poursuite des traitements en ambulatoire. La question du recours aux structures douleurs et soins palliatifs depuis la ville est un véritable enjeu, sujet d'une thèse en cours pour en identifier les freins et les moteurs.

B. Fougère s'y est d'ailleurs intéressé en 2016 (14) et note que la majorité des médecins généralistes ont déjà travaillé avec un référent en douleur ou en soins palliatifs mais que les besoins exprimés par les médecins généralistes sont par ordre décroissant : améliorer le contact avec les référents hospitaliers, faciliter l'inclusion en HAD, augmenter les formations et les consultations douleurs ou soins palliatifs et améliorer le réseau ville - hôpital.

Cela montre bien que la mise en œuvre de l'apprentissage du « savoir-faire » est à favoriser et à développer dans une culture générale de pratiques et d'enseignements, et ce dès l'internat, voire dès le deuxième cycle des études médicales, afin que cela semble naturel aux futurs praticiens.

2.3. Lorsque la pratique professionnelle est confrontée à la réalité ; la mise en œuvre du « savoir agir contextualisé » par les internes

Même avec une formation théorique solide et un compagnonnage de qualité, la pratique professionnelle quotidienne se confronte aux réticences générales et individuelles des acteurs de soins et des acteurs soignés. Cela engendre une difficulté supplémentaire pour les internes en formation qui apprennent alors comment travailler dans un contexte donné.

Dans cette dernière sous-partie, il sera donc question de l'impact des croyances des acteurs de soins et des patients sur la pratique professionnelle des internes, du niveau de compétence attendue en prise en charge de la douleur et des préconisations que l'on peut formuler pour la mise en œuvre de ce « savoir agir contextualisé ».

2.3.1. Poids des croyances des acteurs de soins et des patients sur la pratique professionnelle des internes

Il n'est pas surprenant de trouver des craintes et des réticences chez les médecins seniors, les personnels paramédicaux et surtout les patients. Ce qui est plus marquant c'est que les internes expriment nettement l'impact de ces croyances sur leurs prescriptions.

Comme nous l'avons dit plus tôt, la séniorisation conditionnait le sentiment de l'interne. Ce sentiment était majoré par les réticences personnelles des médecins seniors à prescrire des morphiniques, attitudes que les internes assimilaient souvent à des problèmes générationnels. Et en cela ils n'ont pas tort puisqu'on constate qu'il y a de moins en moins de réticences à prescrire des morphiniques chez les praticiens plus jeunes (14).

De même, les réticences du personnel paramédical influençaient la prescription des internes enquêtés. Cependant, ces réticences avaient plus trait à une lourdeur technique, surtout pour les infirmières qu'à des réticences fondées sur un risque de mésusage par exemple. On retrouvait aussi un problème d'évaluation de la douleur qui divergeait entre les infirmiers et les internes. Les freins à la prescription d'opioïdes forts en lien avec des réticences avec les médecins seniors ou le personnel paramédical sont moins documentés dans la littérature médicale mais ils ne semblent pas négligeables dans le discours des internes enquêtés. Ils pourraient faire l'objet

d'un sujet de recherche à part entière. On y trouverait probablement une même opiophobie, héritage d'une longue histoire de l'utilisation des opioïdes et d'une médiatisation du mésusage et des décès liés à une surconsommation d'oxycodone aux États-Unis. Il est finalement probable que les freins soient exactement les mêmes que ceux identifiés pour les internes enquêtés.

D'autre part, on notait que les croyances des patients pouvaient influencer négativement sur la prescription de morphiniques chez les internes. Si un patient était plus demandeur d'un antalgique de palier 2 alors qu'un antalgique de palier 3 était plus adapté, l'interne avait tendance à préférer suivre le souhait du patient plutôt que de chercher à lui expliquer les raisons de sa prescription.

Dans l'étude menée par la SFMG en 2010 (44) sur les freins et obstacles à la prescription de morphiniques par les médecins généralistes ; plusieurs points sont similaires et démontrent les idées reçues à ce sujet. Dans les résultats de cette étude, 74 % des médecins généralistes interrogés estiment que les effets indésirables des médicaments sont, aux yeux des patients, un frein à la prescription de morphiniques. De même, 70 % estiment que les représentations socio-culturelles des patients sont pour ces derniers un frein à la prescription de morphiniques. Parmi les items de ces « représentations socio-culturelles », on retrouve : le dernier recours, la gravité et l'incurabilité de la pathologie, la fin de vie, le soin palliatif, la mort proche, le patient drogué et dépendant... Or, la conclusion de cette étude est la suivante : même si les freins et obstacles à la prescription d'opioïdes forts émanent de leurs patients, elles impactent directement leurs prescriptions.

Cela est comparable aux résultats de L. Dany et al. (66) pour qui la représentation que les internes attribuent aux patients vis à vis des morphiniques est marquée par une forte composante anxiogène (mort, angoisse, souffrance). Cette forme composante serait également un frein à cette prescription. Il existe d'ailleurs un outil clinique « the barriers questionnaire II - BQ II » (67) qui explore les croyances des patients qui peuvent contribuer à ce que la prise en charge de la douleur ne soit pas optimale.

Notons tout de même qu'aucun interne enquêté n'évoquait la question de la communication qu'ils pourraient donner à leurs patients ou collègues pour faire changer leurs points de vue ou apporter une certaine réassurance. Cela est regrettable car c'est probablement la meilleure façon de lutter contre les croyances.

2.3.2. Niveau de compétence attendu d'un interne de médecine générale en prise en charge de la douleur

Si la communication avec les autres acteurs de soins et les patients fait partie des capacités que l'interne de médecine générale devrait développer, on se questionne plus généralement au vu des résultats, sur le niveau de compétence attendu pour un interne de médecine générale en prise en charge de la douleur. Nous avons vu que l'aspect technico-pratique de la prescription des morphiniques était assez peu maîtrisée avec un problème d'évaluation de la douleur et des modalités de prescription partiellement acquises. On peut se demander dans quelle mesure cette compétence est attendue dans la formation du médecin généraliste.

Précisons que la médecine de la douleur et la médecine des soins palliatifs sont difficilement dissociables et que les références aux compétences, à la formation et aux difficultés rencontrées font autant référence à l'une qu'à l'autre.

Dans la thèse de C. Lutz (46), 71 % des internes enquêtés se sentent compétents en prescription de morphiniques. Pourtant, il nuance radicalement ces résultats dans sa discussion en les comparant à ceux de S. Poinceaux (11). Nos résultats sont en faveur de ceux de S. Poinceaux ; elle retrouve des lacunes technico-pratiques dans la prescription des morphiniques. D'ailleurs, une interne enquêtée (IMG 7) lors des entretiens soulignait ; « Je suis pas hyper douée pour les morphiniques ». Cette appréhension ou absence de sentiment de compétence ressortait des entretiens pour presque tous les internes enquêtés et contribuait à leur crainte d'être jugé sur leur niveau de connaissance. Cela conduit également à se poser la question du niveau de compétence attendue d'un interne de médecine générale ou d'un médecin généraliste en prise en charge de la douleur.

Depuis 1974 et la définition de Leeuwenhorst, les médecins généralistes ont réfléchi sur le contenu de leur spécialité et les compétences requises pour exercer leur métier (68). Le Collège National des Généralistes Enseignants (69) propose la définition d'une compétence de la manière suivante : « un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations ». Les compétences professionnelles médicales relèvent de trois catégories : les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être. Ainsi on peut les définir comme une association de savoirs menant à un savoir agir contextualisé qui n'est pas un processus stéréotypé mais au

contraire un processus très « adaptable ». Ces compétences mettent en jeu des processus cognitifs de niveaux différents et dans des champs également différents (biomédical, psychoaffectif, social, éthique, juridique), qui nécessitent de nombreuses connaissances, habiletés, procédures et comportements.

Ainsi, il apparaît que les connaissances technico-pratiques et théoriques ou « savoirs » ne sont qu'une des composantes de la compétence de l'interne de médecine générale puis du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur. On peut penser que le « savoir-faire » acquis par l'expérience clinique et la séniorisation, ainsi que le « savoir-être » qui serait de chercher les connaissances qu'il lui manque, pourrait conduire l'interne à combler son manque de connaissances théoriques.

La prise en charge de la douleur n'est pas une compétence spécifique attendue d'un interne puis médecin généraliste mais elle fait partie de quatre des huit axes de compétences des médecins généralistes que l'on retrouve dans la marguerite des compétences (**cf. annexe 5**).

On peut citer le 4 axes suivants qui sont mis en jeu dans une compétence de prise en charge de la douleur :

- les soins primaires et la gestion de l'urgence ;
- le raisonnement spécifique ;
- la prise en charge globale : approche holistique et ouverte de systèmes complexes ;
- et la compétence clinique.

Une prise en charge optimale de la douleur par un interne de médecine générale sera donc une mise en œuvre de son « savoir agir contextualisé » en s'appuyant sur un savoir solide acquis lors de sa formation théorique universitaire et sur un savoir-faire de qualité acquis lors de sa formation pratique auprès de médecins séniors dans un compagnonnage bienveillant.

2.3.3. Une nécessaire réflexivité des internes sur leurs pratiques : perspectives et préconisations

Enfin, on peut postuler que si l'interne de médecine générale entame une certaine démarche réflexive sur ses pratiques et les freins qui peuvent survenir à sa prescription de morphiniques, il pourra mieux les appréhender et les gérer. C'est dans cette optique que le changement de paradigme d'un « paradigme d'enseignement » à un « paradigme d'apprentissage » se met en place en pédagogie depuis quinze ans (70). Cela passe entre autres à l'Université de Bordeaux, par la rédaction de récit de situation complexe et authentique (RSCA) dans un portfolio pour développer les capacités d'analyse et d'auto-formation.

Donald Schön définit le praticien réflexif (71) comme « une personne qui utilise la réflexion comme un outil lui permettant de relire ses expériences afin d'en tirer des enseignements et ainsi d'aborder différemment les situations complexes inhérentes à sa pratique ». L'adoption d'une posture réflexive impose au soignant d'articuler la réflexion menée dans l'action et la réflexion engagée sur l'action passée. La première est immédiate alors que la seconde est réalisée rétrospectivement. La réflexivité peut aussi être définie comme une démarche de conscientisation de ses motivations, de son état psychoaffectif et de son agir en situation. Elle soutient le processus de transformation, d'évolution et d'adaptation de son action. Elle enrichit la pratique par la réflexion, en temps réel et a posteriori. La réflexivité nécessite une lucidité sur soi-même, sur l'organisation et les contraintes du système. (72)

Fort de ces éléments de discussion, nous nous proposons d'élaborer quelques pistes de réflexion ou préconisations.

➤ Proposer une courte formation à la méthodologie qualitative en TCEM

On peut souligner que dans les résultats nous avons constaté une méconnaissance de la méthode qualitative chez les internes de médecine générale, ce qui est regrettable car celle-ci est très adaptée à la recherche en médecine générale (73). Cette méthodologie est à la croisée des chemins entre la médecine et la sociologie, l'anthropologie, les sciences humaines et sociales. Une courte formation des internes de médecine générale sur cette méthodologie lors des sessions de recherche bibliographique en début de troisième cycle de DES de Médecine Générale favoriserait la promotion de thèses et travaux qualitatifs.

➤ **Optimiser la formation en médecine de la douleur par des méthodes innovantes : les « serious games » à l’assaut de la pédagogie médicale**

C’est le chercheur américain Clark Abt qui évoque le premier le terme de “serious game ” en 1970. Selon lui, un serious game est un logiciel qui utilise les ressorts ludiques du jeu vidéo dans un objectif non ludique c’est-à-dire « pédagogique, éducatif, informatif, de communication, d’entraînement, de recrutement, etc ». En d’autres termes, le serious game serait une activité ludique qui n’aurait pas qu’une dimension autotélique, mais également d’apprentissage.(74)

En France, avec les méthodes d’enseignement et d’évaluation actuelles, Steichen et al. (75) montrent que les étudiants français présentent des lacunes importantes de « savoir-faire » avant la prise de fonction comme interne. Certains gestes et notions de sémiologie élémentaires ne sont maîtrisés que par une minorité. Les auteurs concluent : « la formation initiale peut être mise en cause, avec des cours facultaires trop théoriques et des supports pédagogiques peu adaptés à des compétences cliniques. Il est maintenant bien démontré que le savoir théorique est le socle de l’acquisition des compétences mais ne saurait constituer un objectif suffisant dans le cadre d’une formation professionnelle. Pourtant, l’enseignement magistral théorique est rarement supplémente par des enseignements dirigés d’examen clinique simulé sur des camarades ou des mannequins ». Par conséquent, la HAS encourage au développement de la simulation à toutes les étapes du cursus médical.

La simulation en santé tend à se développer. C’est un outil pédagogique qui a fait ses preuves mais sous certaines conditions. Sa valeur ajoutée pédagogique, son intérêt éthique et didactique en font un outil innovant et performant, se déclinant en plusieurs sous-catégories (simulation humaine, synthétique, virtuelle). Néanmoins, il n’est en aucun cas le gold standard de la pédagogie médicale et son utilisation doit être contextualisée. Son intérêt pédagogique réside dans le choix d’un simulateur adapté, la mise en place d’objectifs pédagogiques préalablement définis, la réalisation d’une rétroaction sous forme de débriefing afin d’amener l’apprenant à une démarche réflexive intentionnelle (76).

➤ **Développer la formation des médecins à la séniorisation pour en améliorer sa qualité**

C'est un sujet délicat que celui de formuler le vœu d'améliorer la formation des médecins séniors à la pédagogie et à la formation des internes. En effet, très peu des médecins exerçant une fonction de « séniorisation » sont formés à la pédagogie. Dans le cursus de formation, il n'est pas appris au médecin à apprendre aux autres. Certains sont naturellement plus enclins à une certaine pédagogie dans leur approche. Ce constat ne vaut pas que pour les médecins séniors. Les chefs de cliniques, assistants spécialisés et même les internes sont confrontés à des externes pour lesquels ils ne sont pas toujours en capacité pédagogique de les former et les aider dans leur apprentissage.

Il n'y a pas de méthode miracle à proposer mais une sensibilisation à la communication si ce n'est à la pédagogie serait bienvenue. Ce travail sur la communication et la pédagogie pourrait profiter à tous pour une meilleure guidance. En effet, dans le milieu médical, on est presque toujours l'apprenant de quelqu'un et l'enseignant de quelqu'un d'autre.

Cette formation à la pédagogie médicale tendra à se développer grâce à la promotion de la recherche en éducation médicale en France (77). Les canadiens sont plus en avance que nous et réfléchissent déjà à des démarches de remédiation des lacunes du raisonnement clinique chez les étudiants en médecine. (78)

➤ **Poursuivre la diffusion de la culture palliative aux professionnels de santé et au grand public**

Enfin, on ne peut pas terminer ces préconisations sans reprendre un des objectif prioritaire de la SFAP (79) : la diffusion de la culture palliative aux professionnels de santé et au grand public. C'est également ce qui est sous-tendu dans le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie (58).

Au niveau de la formation pratique de deuxième et troisième cycle, l'augmentation du nombre de stages en soins palliatifs ou avec orientation douleurs et soins palliatifs pourrait être intéressante ou à défaut, la proposition de réaliser des « mini-stages » de découverte d'une semaine serait enrichissante. La démarche palliative est encore méconnue, même chez les professionnels de santé.

CONCLUSION

Cette étude venait questionner le contexte et l'évolution de la prise en charge de la douleur en France chez les jeunes professionnels de santé. Ce travail de recherche nous a permis de répondre à notre objectif principal ; déterminer les représentations de la prescription des morphiniques chez les internes de médecine générale en fin de cursus à Bordeaux. La prescription de morphiniques par les internes de médecine générale en fin de cursus génère moins de réticences qu'auparavant mais elle met en exergue plusieurs points de tension.

Elle soulève la question de la prise en charge de la douleur dans notre société, en constante évolution pour son amélioration mais freinée par une opiophobie historique et une actualité américaine déroutante qui confronte au mésusage et à la dérive. Les réticences persistantes des internes enquêtés à cette prescription sont principalement la crainte de cette dérive et l'absence de maîtrise des effets indésirables malgré une paradoxale méconnaissance des outils de dépistage du mésusage. Cela correspond également à des difficultés de prescription technico-pratiques trop peu palliées par un apprentissage pratique de qualité.

Les résultats soulèvent aussi la question de la formation à la douleur et de la place réservée à la culture palliative dans l'enseignement universitaire théorique et dans la formation pratique. Elle montre à quel point la séniorisation et le compagnonnage sous toutes ses formes, même par le recours à d'autres structures dont l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs, influent sur le parcours de l'interne et sa pratique professionnelle future.

Enfin, elle interroge sur les compétences de l'interne de médecine générale et l'orientation donnée à la pédagogie médicale française pour faire d'un interne non pas un savant mais un sachant agir dans un contexte donné avec toutes les difficultés techniques et les réticences sociétales auxquelles il peut faire face.

La poursuite de la diffusion de la culture palliative, la mise en œuvre de formation à la communication et à la pédagogie auprès des médecins seniors pour optimiser le compagnonnage et la mise en œuvre de méthodes pédagogiques innovantes telles que les serious games sont des éléments qui pourraient améliorer les représentations de la prescription d'opioïdes forts chez les internes de médecine générale. Cette prescription est tout de même en évolution avec un changement positif des mentalités vers une prescription plus adaptée, justifiée et raisonnée.

Il pourrait être intéressant de prolonger ce travail de recherche auprès d'autres internes dont des internes de spécialité médicales et chirurgicales et de les comparer pour voir si les résultats sont les mêmes et quelles peuvent être les attentes en termes de compétence de prise en charge antalgique dans ces spécialités.

*« Lorsqu'on me demande si je suis pessimiste ou optimiste,
je réponds qu'en moi la connaissance est pessimiste,
mais le vouloir et l'espoir sont optimistes. »*

Albert Schweitzer (1875-1965)

Prix Nobel de la Paix en 1952

Médecin, missionnaire et philosophe

BIBLIOGRAPHIE

1. Douleurs Sans Frontières. Drogues : l'ONU s'inquiète du «fossé mondial de la douleur» [Internet]. [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.douleurs.org/drogues-lonu-sinquiete-du-fosse-mondial-de-la-douleur-liberation/>
2. Adam F. Mauvais usage des morphiniques en analgésie. *Prat Anest Reanim.* févr 2017;21(1):36-40.
3. Dart RC, Surratt HL, Cicero TJ, Parrino MW, Severtson SG, Bucher-Bartelson B, et al. Trends in opioid analgesic abuse and mortality in the United States. *N Engl J Med.* janv 2015;372(3):241-8.
4. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
5. Eschalier A, Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Langley P, et al. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15000 personnes adultes. *Douleurs.* févr 2013;14(1):4-15.
6. Autret-Leca E, Bertin P, Boulu P, Buhler M, Nourrain F, Allaert F-A. La douleur aiguë de l'adulte en médecine générale. *Rev Prat Med Gen.* 2002;16(572):648-52.
7. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 2006;10(4):287-287.
8. Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Eschalier A, Langley P, et al. Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes. *Douleurs.* avr 2013;14(2):57-66.
9. Martin D. État des lieux de la douleur en médecine générale : étude menée par les internes en stage chez le praticien en Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2011.
10. Broch V. Les internes de médecine générale lillois et la prise en charge du patient douloureux chronique : leurs difficultés rencontrées en pratique et leurs attentes concernant leur formation initiale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Lille II Droit et Santé; 2014.
11. Poinceaux S, Texier G. Internes de médecine générale : quelles compétences en soins palliatifs ? *Med Palliat.* 2016;15(1):15-26.
12. Mimassi N, Marchand F, Ganry H. Représentations mentales et comportements précédant la prescription d'opioïdes forts. Une enquête réalisée dans le département du Finistère

- auprès de 114 médecins généralistes et spécialistes. *Douleur Analg.* 2012;25(2):93-100.
13. Jacquemin D, Broucker D de. *Manuel de soins palliatifs*. Paris: Dunod; 2014.
 14. Fougère B, Mytych I, Baudemont C, Gautier-Roques E, Montaz L. Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. *Med Palliat.* avr 2012;11(2):90-7.
 15. Dumez H. *Méthodologie de la recherche qualitative: les 10 questions clés de la démarche compréhensive*. 2016.
 16. IASP. International Association for the Study of Pain. [Internet]. [cité 17 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.iasp-pain.org/index.aspx>
 17. SFETD. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. [Internet]. [cité 17 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/>
 18. Haute Autorité de Santé. Chronic pain: Recognizing chronic pain syndrome to evaluate and orient the patient [Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient : Consensus formalisé]. *Douleur Analg.* 2009;22(1):51-68.
 19. Boureau F, Luu M, Doubrère JF. Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. *Pain.* 1992;50(1):59-65.
 20. Ratl P, Jouvel E, Pickeringl G, Donnarell L, Nguyenl L, Michell M, et al. Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus®. *Eur J Pain.* 2011;15(2):198.e1-198.e10.
 21. Wary B. Doloplus-2, a scale for pain measurement. *Soins Gerontol.* 1999;(19):25-7.
 22. Garnier M, Delamare J, éditeurs. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 30. éd. Paris: Maloine; 2009. 1048 p.
 23. World Health Organization. WHO's cancer pain ladder for adults [Internet]. [cité 4 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
 24. Beaulieu P. *La douleur: guide pharmacologique et thérapeutique*. Maloine. 2014.
 25. VIDAL : Base de données médicamenteuse pour les prescripteurs libéraux [Internet]. [cité 8 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
 26. HAS. Haute Autorité de Santé - SMR Nalbuphine [Internet]. 2014 [cité 18 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1735606/fr/nalbuphine-mylan
 27. Delorme T, Ammar D, Collin E, Michenot N, Faure S, Hubault P, et al. L'oxycodone dans le cadre du changement d'opioïde en oncologie. *Douleur Analg.* déc 2016;29(4):241-9.
 28. Michenot N, Rostaing S, Baron L, Faure S, Jovenin N, Hubault P, et al. La morphine dans le cadre du changement d'opioïde ou de voie d'administration, chez l'adulte avec une

douleur due au cancer. Bull Cancer. 2017;

29. Rostaing S, Rousselot H, Krakowski I, Theobald S, Collin E, Vuillemin N, et al. Standards, options et recommandations pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte. Bull Cancer. 2003;90(8):795-806.
30. Poulain P, Michenot N, Ammar D, Delorme C, Delorme T, Diquet B, et al. Mise au point sur l'utilisation du fentanyl transmuqueux chez le patient présentant des douleurs d'origine cancéreuse. Douleurs. févr 2012;13(1):34-9.
31. Moisset X, Trouvin A-P, Tran V-T, Authier N, Vergne-Salle P, Piano V, et al. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations françaises de bonne pratique clinique par consensus formalisé (SFETD). Douleurs. 2016;17(3):145-60.
32. Vivien B, Adnet F, Bounes V, Chéron G, Combes X, David J-S, et al. Recommandations formalisées d'experts 2010: sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). Ann Fr Médecine Urgence. janv 2011;1(1):57-71.
33. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
34. SFAP. Recommandations de bonne pratique : douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte. Med Palliat. avr 2011;10(2):90-105.
35. Rolland B, Bouhassira D, Authier N, Auriacombe M, Martinez V, Polomeni P, et al. Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. Rev Med Int. août 2017;38(8):539-46.
36. Collège Santé de l'Université de Bordeaux. Enseignements - Département de Médecine Générale [Internet]. [cité 31 oct 2017]. Disponible sur: <http://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Tout-sur-vos-etudes/Medecine/DES-de-Medecine-generale/Enseignements>
37. Dcode. Tirage au Sort - Générateur de Hasard - Logiciel en Ligne [Internet]. [cité 25 oct 2017]. Disponible sur: [//www.dcode.fr/tirage-au-sort-nombre-aleatoire](http://www.dcode.fr/tirage-au-sort-nombre-aleatoire)
38. Serge Moscovici. La psychanalyse, son image et son public. Presses Universitaires de France; 2004.
39. Deplanque D, Sénéchal-Cohen S, Lemaire F, Bertoye P-H, Bureau S, Callies I, et al. Loi Jardé et règlement européen sur les essais de médicaments : harmonisation et mise en œuvre des nouvelles réglementations. Thérapie. févr 2017;72(1):63-71.
40. Visu D-A. Analyse de prescription des morphiniques auprès des médecins généralistes du Val de Marne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Paris-Val-de-Marne; 2008.

41. Cornu P. Evaluation de l'utilisation des morphiniques par les médecins généralistes en libéral [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
42. Chane Woon Ming K. La morphine, le médecin généraliste et les douleurs chroniques non cancéreuses: à propos d'une étude auprès des Maîtres de stage de la Gironde [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2011.
43. Calais N. Prescription des opioïdes forts en médecine générale: état des lieux en Seine-Maritime [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2015.
44. Arnould M, Raineri F. Freins et obstacles à l'initiation d'un traitement antalgique de palier 3 en médecine générale. In Nice - Congrès de Médecine Générale de la SFMG; 2010.
45. INSEE. Institut national de la statistique et des études économiques [Internet]. [cité 13 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/accueil>
46. Lutz C. Les internes de médecine générale, en fin de cursus, se sentent-ils compétents pour prendre en charge des patients en fin de vie ? Auto-évaluation par questionnaire auprès de 340 internes des facultés de Strasbourg, Lyon et Marseille. [Thèse d'exercice]. [France]: Claude Bernard Lyon 1; 2017.
47. Dutier A. Éléments de réflexion éthique sur l'utilisation des outils d'auto-évaluation de la douleur. *Med Palliat*. sept 2013;12(2):90-4.
48. Gautier J-M. Recommandations professionnelles et douleur. *Douleurs*. avr 2016;17(2):86-90.
49. Serra É, Marchand F, Mimassi N, Ganry H. Point de vue des médecins généralistes sur les risques de survenue d'une dépendance lors de la prescription d'opioïdes forts. *Ann Med Psychol*. juin 2014;172(4):323-9.
50. Adriaensen H, Vissers K, Noorduyn H, Meert T. Opioid tolerance and dependence: An inevitable consequence of chronic treatment? *Acta Anaesthesiol Belg*. févr 2003;54.
51. Forbes K. Opioids: Beliefs and Myths. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. janv 2006;20(3):33-5.
52. Rhodin A. The Rise of Opiophobia. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. juill 2006;20(3):31-2.
53. Deleporte P. Opiacés et médecine : revue de littérature historique de l'utilisation de l'opium et ses dérivés, à la naissance de l'addictologie et à l'apparition des traitements de substitution aux opiacés [Thèse d'exercice]. [France]: Université Lille II Droit et Santé;
54. Martinez V. Point sur la crise des opioïdes. *Rev Med Int* [Internet]. 4 avr 2018 [cité 15

août 2018]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/1207305/resultatrecherche/7>

55. Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000565003&categorieLien=id>

56. Sicard D, Ameisen J-C, Aubry R, Bacqué M-F, Cordier A, Deschamps C, et al. Penser solidairement la fin de vie: rapport au président de la République. Paris: Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes; 2012 déc.

57. Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 10 mai 2007 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. 2007.

58. Touraine M. Plan national 2015 - 2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie [Internet]. Paris: Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes; 2015 [cité 1 août 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/le-plan-national-soins-palliatifs-2015-2018>

59. Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine. La séniorisation et le tutorat. Plateforme régionale d'appui à la gestion des événements indésirables Aquitaine - PRAGE. ARS Aquitaine. 2013;

60. Viard T. Séniorisation aux urgences, autonomisation des internes et juste distance d'encadrement: enquête auprès des internes et des urgentistes d'Aquitaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2015.

61. Srinivasan M, Hauer KE, Der-Martirosian C, Wilkes M, Gesundheit N. Does feedback matter? Practice-based learning for medical students after a multi-institutional clinical performance examination. *Med Educ.* sept 2007;41(9):857-65.

62. Mulot-Bausière M, Gallé-Gaudin C, Montaz L, Burucoa B, Mallet D, Denis-Delpierre N. Formation des internes en médecine de la douleur et médecine palliative: bilan et suggestions des étudiants. *Med Palliat.* juin 2016;15(3):143-50.

63. Léger E. Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Descartes; 2016.

64. Direction générale de la santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS-O 2-DGS-SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477

du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

65. Lafaye F. Les représentations du travail en binôme par les membres de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Bordeaux [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2013.
66. Dany L, Rousset M-C, Salas S, Duffaud F, Favre R. Les internes et les soins palliatifs : attitudes, représentations et pratiques. *Med Palliat.* oct 2009;8(5):238-50.
67. Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, Voge C, Ward S. Patient-related barriers to pain management: the barriers questionnaire II (BQ-II): *Pain.* oct 2002;99(3):385-96.
68. Frappé P, Attali C, Matillon Y. Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale. *Exercer.* 2010;21(91):41-6.
69. CNGE. Collège National des Généralistes Enseignants [Internet]. [cité 15 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.cnge.fr/>
70. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale.* août 2003;4(3):163-75.
71. Schon DA, De Sanctis V. The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. *J Contin High Educ.* juill 1986;34(3):29-30.
72. SFAP. Référentiel APCI (Approche Par Compétence Intégrée) [Internet]. 2016 [cité 15 août 2018]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/actualite/referentiel-apci-approche-par-competence-integree>
73. Cogneau J, Huas C, Renoux C. Priorités de recherche qualitative en médecine générale. *Exercer.* 2013;24(105):205-15.
74. Nhan M, Bouisson V, Gonin V, Jeunesse C, Moncayo S. Simulation, serious game et apprentissage. *Soins Cadres.* nov 2017;26(103):28-30.
75. Steichen O, Georgin-Lavialle S, Grateau G, Ranque B. Évaluation du savoir-faire en sémiologie clinique des étudiants en fin de deuxième cycle des études médicales. *Rev Med Int.* mai 2015;36(5):312-8.
76. Galland J, Abbara S, Terrier B, Samson M, Tesnières A, Fournier JP, et al. Simulation en santé et médecine interne : quel avenir ? *Rev Med Int.* mars 2018;
77. Pelaccia T, Dory V, Deneff J-F. La recherche en éducation médicale : état des lieux, perspectives et rôle de la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM). *Pédagogie Médicale.* avr 2011;12(3):139-48.
78. Audétat M-C, Faguy A, Jacques A, Blais J-G, Charlin B. Étude exploratoire des perceptions et pratiques de médecins cliniciens enseignants engagés dans une démarche de

diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*. févr 2011;12(1):7-16.

79. SFAP. Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs [Internet]. [cité 29 août 2017]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/>

ANNEXES

1. ANNEXE n°1 : Mail adressé aux internes tirés au sort

Bonjour,

Je voudrais vous solliciter pour m'aider à réaliser un travail de recherche qui me tient à cœur, celui de ma thèse.

Le sujet de celle-ci porte sur les représentations de la prescription des morphiniques par les internes de médecine générale en fin de cursus à Bordeaux.

Pour ce faire, je réalise des entretiens semi-dirigés avec des internes de médecine générale qui sont en fin de cursus (validation d'au moins 4 semestres).

Ces entretiens seront enregistrés mais bien entendu anonymes et non diffusés. Ils ne serviront qu'à une transcription rigoureuse pour une analyse de verbatim. Ils ont pour but d'analyser vos représentations en vous posant quelques questions ouvertes ; c'est donc vos impressions et votre spontanéité qui sont nécessaires et pas des connaissances spécifiques.

Si vous recevez ce mail, c'est que vous avez été tirés au sort parmi les internes ayant déjà validés 4 semestre et que vous dépendez d'une des CPL de Bordeaux pour ce nouveau semestre (pour faciliter l'organisation pratique).

Idéalement, ces entretiens seront réalisés lors d'une rencontre de 15-20 minutes entre le 2 novembre 2017 et le 31 janvier 2018. Les lieux et dates sont à définir en fonction de vos disponibilités. Si les rencontres sont trop compliquées à organiser, un entretien téléphonique peut être envisagé mais cela reste la situation la moins souhaitable.

Merci par avance de me **faire un retour par mail ou téléphone (appel, SMS) que vous soyez d'accord ou non pour participer**, afin que je puisse m'organiser et poursuivre si besoin mon recrutement.

Je compte sur vous.

Bonne journée et bon semestre.

Marie-Hélène DUCOIN

Interne de Médecine Générale, 5^{ème}
semestre

2. ANNEXE n°2 : Grille de réflexion sur la question de recherche

OBJET	DIMENSIONS	COMPOSANTES	INDICATEURS	
<p align="center"> REPRÉSENTATION De la PRESCRIPTION DE MORPHINIQUES Par L'INTERNE DE MÉDECINE GÉNÉRALE </p>	<p align="center">CONNAISSANCES</p>	<p align="center">Cliniques</p>	Indications des morphiniques	
			Évaluation de la douleur	
			Gestion des effets indésirables	
	<p align="center">VÉCU et EXPÉRIENCES</p>	<p align="center">Technico-pratiques</p>	Modalités de prescription	
			Équiantalgie	
			<p align="center">Positives</p>	En terme clinique
				En terme pratique
				En terme éthique
			<p align="center">Négatives</p>	En terme clinique
	En terme pratique			
	En terme éthique			
	<p align="center">CROYANCES</p>	<p align="center">Morales</p>	Lien avec soins palliatifs	
			Morphine = mort	
		<p align="center">Sociales</p>	Addiction	
			Fin de vie	
<p align="center">Religieuses</p>		Maladie épreuve		
		Maladie punition		
Souffrance nécessaire				

3. ANNEXE n°3 : Trame du guide d'entretien

Bonjour,

Je m'appelle Marie-Hélène, je suis interne en 5ème semestre. Je réalise un travail de recherche sur les représentations de la prescription de morphine par les internes de médecine générale en fin de cursus à Bordeaux.

Nous sommes ensemble pour un entretien qu'on dit semi-dirigé parce que j'ai un guide d'entretien avec des questions préétablies mais saches que tes réponses sont totalement libres. Il n'y a pas de mauvaise réponse, pas de sujet à ne pas aborder. Tu peux parler de tout ce que t'évoques les questions que je pose.

Je vais régulièrement utiliser le terme de morphiniques dans mes questions, cela regroupe tous les antalgiques morphiniques, quelle que soit leur voie d'administration.

Cette entretien sera enregistré si tu es d'accord pour que je puisse le transcrire mais il sera anonyme et ne sera pas diffusé.

1ère partie :

Je vais te poser une première série de questions courtes qui concerne tes caractéristiques propres et ta formation.

Q1. Quel âge as-tu ?

Q2. Combien de semestre as-tu déjà validé hormis celui en cours ?

Q3. Quels semestres obligatoires as-tu déjà réalisés (c'est à dire médecine adulte, urgences, CHU, pédiatrie, praticien) ?

Q4. Es- tu inscrit à une formation complémentaire (exemple DU, DIU ou DESC) en lien avec la douleur et/ou les soins palliatifs ? Si oui, laquelle ?

Q5. As-tu effectué un de tes semestres dans un service avec une orientation douleur et/ou soins palliatifs ? Si oui, lequel ?

2ème partie :

Maintenant, nous pouvons passer à la partie de l'entretien qui concerne la question de recherche à proprement parler.

Q6. Que t'évoque la prescription de morphiniques en tant qu'interne ?

Q7. En terme de connaissances médicales, que t'évoque une prescription de morphiniques ?

R1. Connais-tu les indications, les méthodes d'évaluation de la douleur, la gestion des effets indésirables ?

R2. Connais-tu les modalités de prescription, la notion d'équianalgie ?

Q8. Quelles expériences avec une prescription de morphiniques t'ont marquées ?

R1. Était-ce en lien avec un aspect clinique ?

R2. Était-ce en lien avec un aspect pratique ?

R3. Était-ce en lien avec un aspect éthique ?

Q9. Que t'évoque à titre personnel la prescription de morphiniques ?

R1. Cela t'évoque t'il la mort, la fin de vie ?

R2. Cela t'évoque t'il les addictions et dérives ?

C'est terminé, merci beaucoup de ta participation. **As-tu quelque chose à ajouter ?**

4. ANNEXE n°4 : Table pratique d'équianalgie des opioïdes forts

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain : evidence based recommendations from the European association for palliative care. A. Caraceni, G. Hanks, S. Kaasa et al. *Lancet oncol* 2012;13:e58-68.
2. FNCLCC (Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer). Standard, Options, Recommandations (SOR) pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte. 2002, en cours de réactualisation 2015-2016.
3. Opioides forts et douleurs liées au cancer : quelles galéniques et quelles équianalgésies ? N. Bezuard, J.M. Pellat, M.L. Villard, K. Liebrand, G. Laval, *Médecine* 2009;8:27-34.
4. Mise au point sur l'utilisation du fentanyl transmuqueux chez le patient présentant des douleurs d'origine cancéreuse (version longue). P. Poullin, N. Michenot, D. Ammar et al. *Douleur analgésie* 2012;DOI:10.1007/s11724-0287-7.
5. Recommandations pour l'utilisation de l'Oxycodone (chlorhydrate d'oxycodone). « Dossier produit » - 2002.
6. Recommandation pour l'utilisation de la Sophidone® (chlorhydrate d'hydromorphone). « Dossier produit » - 1999.
7. Bon usage des dispositifs transdermiques de fentanyl. Groupe de travail de la SFAP - SFETD 2009. www.sfap.org
8. Commission européenne. « Résumé des caractéristiques du produit » : Actiq® 2002, Abstral® 2008, Efferon® 2009, Instanyl® 2010, PecFent® 2010, Brealyk® 2011.

Réactualisation :
Dr A. KANTCHEFF - Dr M. FABRE - Pr G. LAVAL
 Clinique de Soins Palliatifs et de Coordination en Soins de Support
 CHU de Grenoble



Avec le soutien de la
Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
www.sfap.org

PRINCIPAUX OPIOIDES FORTS ET DURÉE MAXIMALE DE PRESCRIPTION

Spécialités concentrées	Formes	Durée maximale
<ul style="list-style-type: none"> Chlorhydrate et sulfate de morphine injectable : amp. 10 - 20 - 50 - 100 - 200 - 400 - 500 mg Oxycodone solution injectable : amp. 10 - 20 - 50 - 100 - 200 mg Oxycodone amp. 10 - 20 - 50 - 100 - 200 mg Morphine solution buvable, fiocons préparés en officine (concentration adaptable) Sulfate de morphine ACTIVION® cp sécable 10 - 20 mg ACTISKENAN® gel 5 - 10 - 20 - 30 mg ORAMORPH® soluté en récipients unidoses, 10 - 30 - 100 mg/5 ml ORAMORPH® solution buvable 20 mg/ml (1 goutte = 1,25 mg) Chlorhydrate d'oxycodone OXYNORM® solution buvable 10 mg/ml (1 goutte = 0,5 mg) OXYNORM® gel 5 - 10 - 20 mg OXYNORM® cp orodispersibles 5 - 10 - 20 mg Sulfate de morphine MUSCINTIN® cp 10 - 30 - 60 - 100 - 200 mg SKENAN® gel 10 - 30 - 60 - 100 - 200 mg Chlorhydrate d'oxycodone OXYCONTIN® cp 5 - 10 - 15 - 20 - 30 - 40 - 60 - 80 - 120 mg Chlorhydrate d'hydromorphone SOPHIDONE® gel 4 - 8 - 16 - 24 mg Sulfate de morphine KAPANOL® gel 20 - 50 - 100 mg Fentanyl ABSTRAL® cp sublingual 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg ACTIQ® cp pour application buccale transmuqueuse 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg BREALYK® film orodispersible 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 µg EFFERON® cp gongaux 100 - 200 - 400 - 600 - 800 µg RECVIT® cp sublingual 133 - 267 - 400 - 533 - 800 µg INSTANYL® sol pour pulvérisation nasale 50 - 100 - 200 µg PECFENT® spray nasal 100 - 400 µg Fentanyl (non exhaustif) DURAGESIC® patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µg/h FENTANYL RATIOPHARM® patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µg/h FENTANYL SANDOZ® patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µg/h FENTANYL WINTHROP® patch 25 - 50 - 75 - 100 µg/h MATRIEEN® patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µg/h 	<p>Amoules injectables administrées :</p> <ul style="list-style-type: none"> soins système soins de support avec système actif (PSE, PCA) <p>Formes orales à libération immédiate (LI)</p> <p>Formes orales à libération prolongée (LP)/12h</p> <p>Formes orales à libération prolongée (LP)/24h</p> <p>Formes transmuqueuses à libération immédiate (LI)</p> <p>Dispositifs transdermiques à libération prolongée (LP)/72h</p>	<p>7 jours</p> <p>28 jours</p> <p>28 jours</p> <p>7 jours</p> <p>14 jours</p>

FÉDÉRATION DES ACTIVITÉS DE SOINS PALLIATIFS ET DE SOINS DE SUPPORT DU CHU DE GRENOBLE-ALPES

TABLE PRATIQUE D'ÉQUIANALGIE DES OPIOIDES FORTS DANS LA DOULEUR CANCÉREUSE PAR EXCÈS DE NOCICEPTION



CLINIQUE DE SOINS PALLIATIFS ET DE COORDINATION EN SOINS DE SUPPORT

B. P. 217 - CS 10217
 38043 GRENOBLE Cedex 9
 Tél. 04 76 76 97 - 04 76 76 56 67
coordination.support@chu-grenoble.fr
soinspalliatifs@chu-grenoble.fr

PSE : Pousse seringue électrique PCA : Analgésie contrôlée par le patient.

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

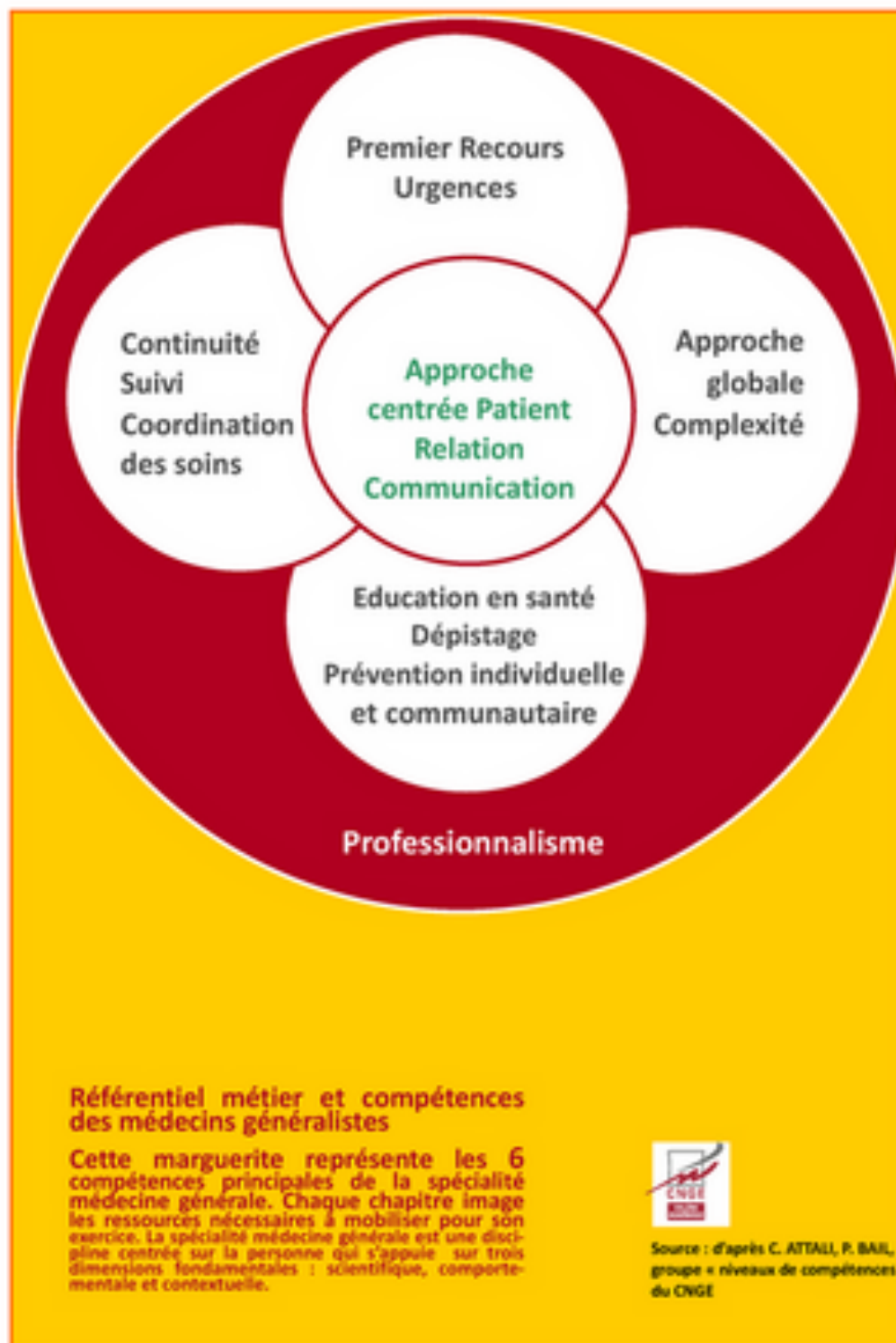
Version B - Octobre 2016
Fédération soins de support - soins palliatifs - CHU de Grenoble-Alpes (38) coordonnateursupport@chu-grenoble.fr - soinspaliatifs@chu-grenoble.fr

Morphine en mg			Oxycodone en mg			Hydromorphone en mg		Fentanyl en µg	
Dose / 24h	PO	SC	IV	PO	SC - IV	PO	PO	Transdermique	Transmuqueux
	Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose / 24h	Dose / 72h	Dose du bolus
	Dose par 24 heures		Dose par 24 heures		Dose par 24 heures				
Mascontin cp LP	Actiskenan gel LI 5 - 10 - 20 - 30 mg	Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg	Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg	OxyNorm cp LP 5 - 10 - 15 - 20 30 - 40 - 60 - 80 120 mg	OxyNorm sol inj amp 10 - 20 50 - 200 mg	OxyNorm gel LI 5 - 10 - 20 mg OxyNormORO cp orodispersible LI 5 - 10 - 20 mg OxyNorm solution buvable 10 mg/ml	Sophidone gel LP 4 - 8 - 16 - 24 mg	Durogésic Fentanyl Flatiotharm Fentanyl Sandoz Fentanyl Winthrop patch 12 - 25 - 50 75 - 100 µg/h	Austral cp sublingual 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg Actiq appl. buccale 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg
Skénen gel LP 10 - 30 - 60 100 - 200 mg	1/10 1/6	1/10 1/6	1/10 1/6	1/10 1/6	1/10 1/6	1/10 1/6			Breakly film orodispersible 200 - 400 - 600 800 - 1200 µg Efferzana cp gingival 100 - 200 - 400 - 600 - 800 µg Pévalit cp sublingual 133 - 267 400 - 533 - 800 µg Instanyl sol. nasale 50 - 100 - 200 µg Pechent spray nasal 100 - 400 µg
20	2 3,5 5	1 1,5 2,5	0,5 1 1,5	1 1,5 2,5	1 1,5 2,5	1 1,5 2,5			
30	3 5	1,5 2,5	1 1,5	1,5 2,5	1 1,5	1,5 2,5		12	
60	6 10 30 3	3 5 20 2	2 3 3	3 30 3	2 3 3	3 5 20 2	8	25	
90	9 15	4,5 7,5	3 5	4,5 7,5	3 5	7,5 10 30 3	16	37	
120	12 20 60 6	6 10 40 4	4 7	6 10 40 4	4 7	10 13 40 4 7	16	50	
160	16 27	8 13	5 9	8 13	5 9	13 15 17 10 11			
180	18 30	9 15	6 10	9 15	6 10	15 17 10 11	24	75	
200	20 33	10 17	7 11	10 17	7 11	17 10 11			
240	24 40	12 20 8	8 13	12 20 8	8 13	20 23 25 10 11	32	100	
280	28 47	14 23	9 16	14 23	9 16	23 25 10 11			
300	30 50	15 25	10 17	15 25	10 17	25 10 11	40	125	
360	36 60	18 30 120 18	12 20 12	18 30 120 18	12 20 12	30 33 33 13 22	48	150	
400	40 67	20 33	13 22	20 33	13 22	33 40 45 18 30			
480	48 80	24 40	16 27	24 40	16 27	40 45 18 30	64	200	
540	54 90	27 45	18 30	27 45	18 30	45 18 30	72	225	
600	60 100	30 30 50 200 30	20 33 33	30 30 50 200 30	20 33 33	50 50 200 20 33	80	250	
720	72 120	36 60	24 40	36 60	24 40	60 75 300 30 50	96	300	
900	90 150	45 75	30 50	45 75	30 50	75 83 333 33 56	120	375	
1000	100 167	50 83	33 56	50 83	33 56			412	

Pas de règles entre la dose du bolus et celle du traitement opioïde de fond. La dose initiale doit être le plus faible dosage avec augmentation de la posologie, si nécessaire, jusqu'à l'obtention de la dose procurant une antalgie efficace avec une seule unité par accès douloureux paroxystique (Cf. AMM).

** Dose du supplément = 1/6 à 1/10 de la dose totale par 24 heures par la même voie. LP = Libération prolongée = durée d'action 12 h. LI = Libération immédiate = durée d'action 4 à 6h.

5. ANNEXE n°5 : Marguerite des compétences du médecin généraliste selon le CNGE



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.

Admis(e) 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.