

Évaluation des freins à la prescription des opioïdes dans les douleurs chroniques d'origine cancéreuses : étude auprès de 128 médecins généralistes du Gard

Marc-Olivier Panaud

► **To cite this version:**

Marc-Olivier Panaud. Évaluation des freins à la prescription des opioïdes dans les douleurs chroniques d'origine cancéreuses : étude auprès de 128 médecins généralistes du Gard. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03019839

HAL Id: dumas-03019839

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03019839>

Submitted on 23 Nov 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.



UNIVERSITE DE MONTPELLIER FACULTE DE MEDECINE
MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marc-Olivier PANAUD

le 20 Septembre 2018

Évaluation des freins à la prescription des opioïdes dans les douleurs chroniques d'origine cancéreuses. Étude auprès de 128 médecins généralistes du Gard

Directeur de thèse : Docteur BREDEAU Olivier

JURY

Président : Pr LAMBERT Philippe, *professeur Emérite des Universités de médecine générale*

Assesseurs :

Dr LOGNOS Béatrice, *maître de conférence des Universités de médecine générale*

Dr REBOUL Marie Catherine, *maître de conférence des Universités de médecine générale*

Dr BREDEAU Olivier, *docteur en médecine.*

UNIVERSITE DE MONTPELLIER FACULTE DE MEDECINE
MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marc-Olivier PANAUD

le 21 Septembre 2018

Évaluation des freins à la prescription des opioïdes dans les douleurs chroniques d'origine cancéreuses. Étude auprès de 128 médecins généralistes du Gard

Directeur de thèse : Docteur BREDEAU Olivier

JURY

Président : Pr LAMBERT Philippe, *professeur Emérite des Universités de médecine générale*

Assesseurs :

Dr LOGNOS Béatrice, *maître de conférence des Universités de médecine générale*

Dr REBOUL Marie Catherine, *maître de conférence des Universités de médecine générale*

Dr BREDEAU Olivier, *docteur en médecine.*

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain
DU CAILLAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORiot Jean
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT
Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Héléne
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel

SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
 BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
 BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
 CAMU William-Neurologie
 CANOVAS François-Anatomie
 CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
 CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
 CORBEAU Pierre-Immunologie
 COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
 CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
 DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
 DAUVILLIERS Yves-Physiologie
 DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
 DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
 DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
 DROUPY Stéphane -Urologie
 DUCROS Anne-Neurologie -
 FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
 KOENIG Michel-Génétique moléculaire
 LABAUGE Pierre- Neurologie
 LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
 LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
 LECLERCQ Florence-Cardiologie
 LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
 LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
 MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
 MATECKI Stéfan -Physiologie
 MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
 MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
 MORIN Denis-Pédiatrie
 NAVARRO Francis-Chirurgie générale
 PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
 PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
 PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
 PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
 QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
 SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 TOUITOU Isabelle-Génétique
 TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
 VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 CAPTIER Guillaume-Anatomie
 CAYLA Guillaume-Cardiologie
 CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
 DAIEN Vincent-Ophtalmologie
 DE VOS John-Cytologie et histologie
 DORANDEU Anne-Médecine légale -
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
 GENEVIEVE David-Génétique
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
 GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
 GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
 HAYOT Maurice-Physiologie
 HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
 KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
 LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 LUKAS Cédric-Rhumatologie
 MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
 MORANNE Olivier-Néphrologie
 MOREL Jacques -Rhumatologie
 NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
 NOCCA David-Chirurgie digestive
 PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
 PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
 PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
 PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
 POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 PRUDHOMME Michel-Anatomie
 RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 RIVIER François-Pédiatrie
 ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
 ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
 ROUBILLE François-Cardiologie
 SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
 SEGARBIEUX François-Neurochirurgie
 SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
 SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
 SULTAN Ariane-Nutrition
 THOUVENOT Éric-Neurologie
 THURET Rodolphe-Urologie
 VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
 VILLAIN Max-Ophtalmologie
 VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 VINCENT Thierry-Immunologie
 WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

A mon président de jury, Monsieur le professeur Philippe LAMBERT, professeur des universités.

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse.

Aux membres du jury,

Docteur LOGNOS Béatrice, *Maître de conférence des Universités*

Merci d'avoir accepté de juger mon travail

Docteur REBOUL Marie Catherine, *Maître de conférence des Universités*

Merci d'avoir accepté de juger mon travail

A mon directeur de thèse, **Docteur BREDEAU Olivier**.

Merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail et de l'avoir mis en perspective. Cette idée me tenait à cœur depuis mon passage en soins palliatifs, l'idée était un peu vague, vous avez su orienter mon travail. Merci pour votre relecture et votre analyse très pertinente des résultats ainsi que vos références bibliographiques de qualité.

Avant tout,

A ma mère qui aurait aimé être là. Le choix de ce sujet de thèse n'est peut-être pas un hasard. Ton courage face à la maladie reste un exemple. Ces longs moments de souffrance me hantent encore aujourd'hui et je m'efforce dans mon activité professionnelle de ne jamais laisser souffrir quelqu'un. A nos moments heureux et ce sont cela qui comptent et qui restent. Nous nous retrouverons un jour.

A mon père avec qui j'ai vécu les plus beaux jours de ma vie et les plus sombres. Nous sommes unis à jamais, si l'un tombe, on tombe. Quoi qu'il en soit, tu n'aurais pas pu mieux faire. Merci de m'avoir soutenu matériellement et moralement pendant ces longues années.

Quoi qu'il nous reste à vivre, vivons le pleinement.

A Dominique et Christiane, merci pour votre amitié sans faille dans les meilleurs comme dans les pires moments. Nos routes se sont séparées mais je ne vous oublie pas.

A ma famille, que je vois trop peu à mon goût. Mon oncle Olivier et ses enfants, Zélia, Clara, Zacharie et Nina, sans oublier Marie. A ma tante Isabelle et mes cousins Jules et Camille. A ma grand-mère Monique.

A Manue, qui est là aujourd'hui et qui m'a vu grandir.

A ceux qui sont passés du côté obscur et qui se prélassent dans la médiocrité, l'obscurité vous va si bien, restez-y.

A mes amis et connaissances,

Dans l'ordre chronologique,

Aziz tu es le premier de la liste. On ne devait pas s'en sortir initialement, voués à l'échec dans cette banlieue de merde, mais on a fait notre truc sans faire chier personne. J'ai plus de souvenirs de fou rires que de souvenirs en classe, ce qui en soit est un bon signe. Aux entraînements de Jujitsu, aux apremis à Belle Ep, à place d'Italie ou à zoner chez toi, ça reste des bons souvenirs. A toi et à ta petite famille, à ta maman que je n'oublie pas et qui m'a toujours accueilli comme son deuxième fils, à ta sœur et à Fred partis trop vite.

Thomas, j'aurais voulu écrire plus de choses, j'ai l'impression que le meilleur est derrière nous, ce qui m'attriste profondément.

Sébastien, entre nos parties de GTA III en mangeant un gratin de pâtes et le dernier apéro au sommet du Pic Saint Loup, 17 ans se sont écoulés. Le temps passe mais ne change rien, il y a des choses comme ça que rien n'altère. Merci pour ta gentillesse, ta

simplicité et ta joie de vivre malgré certains moments de vie très difficiles. En général je commence à me marrer avant qu'on se voit et je continue après en repensant aux conneries qu'on a pu dire. A très vite.

A mes copains de fac,

A Dewi et Guillaume. Le trio de choc. La crème de la crème, on aura rigolé pour deux vies entières. Merci pour toutes ces années de bonheur, les cuites mémorables, les AR à Rennes, le popers, les cheveux de Dewi, votre réconforts dans les moments difficiles, le ski, les patinettes, et j'en oublie tellement.

A toi Guillaume et à ta petite famille, on se voit trop peu souvent, tachons d'y remédier.

A toi Dewi, futur PH, futur papa, qu'est-ce que je suis fier de toi mon ami. A Benjamine évidemment, pour nos fous rires et à la coupole que je finirais bien par faire un jour alors que personne s'y attendra.

A Romain, Charles, Philippe et Greg, la team AMERICA. Les souvenirs ne manquent pas, au Mali avec Philippe, à la frontière américaine avec un noir un chinois et un espagnol dans la voiture, aux cheesecakes, aux soirées outre Atlantique, à la pelouse du Capitol, à la République Dominicaine. Merci pour tous ces moments, nous nous revoyons depuis peu, rien n'a changé, la simplicité est de mise, restez comme vous êtes. Leila, merci pour ta gentillesse et ta bonne humeur immuables.

A Aurélien, normalement j'aurais dû attaquer une page vierge pour avoir de la place. D'ailleurs je vais peut-être écrire un bouquin sur tes anecdotes, du service consommateur de Nestlé aux essais Bison 6 en passant par l'infirmière malentendante, y'a sûrement un petit billet à se faire.

A Clément, « quoi encore ». Votre sœur Mr Boulard, votre propre mère..., j'en ai refusé plus du double... Merci pour tous ces bons moments, on oublierait presque que t'as été acteur, au métro de Bangkok, aux urgences de Phnom Penh, à la Full moon, au ski où malheureusement je suis plus fort que toi, au AK47 avec chargeur additionnel et viseur holographique et à tout ce qui nous reste à vivre en rigolant. A Camille qui finira bien par sauver la planète et à votre fils Jules.

A Claire et à notre coloc intestable.

A Alexandre Marill, Guillaume Allet, Guillaume Guimbretière, Margot Paille, Léa Delbos, Zoé, Clothilde, et encore bien d'autres que j'oublie certainement.

Aux collègues de l'internat et amis

A Cyrielle, première co interne et fidèle au poste. A tous ces moments de doute Perpignanais, aux micros siestes entre midi et deux, aux extra-terrestres de men in black (j'espère que t'as pas oublié), à la DENTE de Jean Marco. Tu as souvent l'air de douter de toi mais tu es devenu un brillant médecin, et je pèse mes mots.

A Perpignan, la liste et longue, finalement le colocathlon c'était une bonne idée. A Lulu et Aurélien, Sarah, Caro, Thibault, Valérie, Violaine, Floflo, Marion, Adrienne, Hélène, Géraldine et Laurent, Anne Flore et Jérémie, Jérémy et tout le reste de la bande.

A mes co interne de gastro, LuLu et Antoine. Mes petits bisus qui vont devenir des références dans leur spécialité. A tous ces Lundi matin où tu changeais pour le secteur 1 et que là, croyez-moi c'était l'ENFER. Bravo pour le chemin parcouru, ça rend humble.

A mes châtelains, à mon gang : Maeva, Manu, Laura, Eli, Rémi, Cyrielle et Mélanie. Merci pour cette année, je pourrais dire plus tard que j'ai vécu dans un château, un vrai. Mélanie toujours très stylée quel que soit la situation, Maeva qui commençait déjà à travailler sa thèse, nous étions en 2014, nous sommes en 2018, cherchez l'erreur. Rémi pour son amour de la table et du PARMIGIANO, Eli sans qui clairement on serait toujours à la bourre A TABLE. A Laura qui nous manque désespérément pour sa joie de vivre et ses anecdotes, reviens vite.

A D'arcy et Marin avec qui on a eu un aperçu très significatif du réchauffement climatique ce dernier été à Perpignan. 15 rue du Petit saint Christophe ou le « four » pour les initiés. Merci pour cette coloc qui partait de rien et qui nous a permis de tenir le coup. Aux tartes saumon poireau, à Einstein, au vert pomme, aux soirées intergalactiques de l'internat, à ton vélo Darcy !!!!

A Manu, mon ami. Par où commencer ? Par cette très longue portion de 1400 mètres de nage à Engadin dans une eau à 10° qu'on a finis dans le brouillard. Ce jour-là malgré un petit moment de flottement je me suis dit ce mec, c'est du solide. Et puis je me suis revu témoin à ton mariage, j'ai repensé aux bières à Québec, aux séries de marche de la mairie, à notre amour pour la bonne bouffe et les bons produits, à tous ces km qu'on a fait l'un derrière l'autre en courant ou en nageant. A cette amitié qui tabasse comme un couplet de Lino, merci d'être là.

A Maëva, qui me supporte malgré elle depuis quelques années déjà. Aux douches du badminton, à cette immense fatigue qui reste un mystère pour la science et ta bonne humeur. Tant de bons moments passés en si peu de temps reste un privilège, merci.

A votre future nana, si elle pense bouffer des BN devant la télé le Mercredi aprem dites-lui que ça va être serré, déjà parce qu'il n'y a pas de télé, et puis Mercredi c'est fractionné !

A Maelys, Jérôme et bien sûr à Ines qui est de loin ma préférée dans le gang des moins de 80 cm. Je suis le plus heureux du monde que vous soyez tous les trois en bonne santé.

A Sarah et Fabich, de découverte trop tardive à mon goût. L'avantage avec Fabich c'est qu'on sait déjà comment on va finir, à se faire dévorer par un grand blanc dans une de ces eaux « shark free ». On vous entend encore dire : « oui il n'y a pas de requins dans la méditerranée ».... Sauf que nous on connaît les stats, hein Fabich? Bref avant de mourir on a encore pas mal de trucs à faire.

A mes pote du vélo,

A Thibault avec qui j'ai passé d'innombrables heures derrière la caméra et l'ordinateur mais toujours dans la bonne humeur. Cette passion pour le sport et l'image reste intacte. Bon courage pour ta future vie professionnelle et tes futurs tournages, si tu veux je vends un Tupperware étanche pour les cartes mémoires et les batteries !

A ceux qui ont joué le jeu ces dernières années face à la caméra et qui font partie des meilleurs pilotes de la planète

Pierre Charles George, Rémi Thirion, Antoine Bizet, Antoine Dubourgnon, Richard Fert, Pierre Edouard Ferry, Thomas Genon, Simon Pagès, Thomas Estaque et Amaury Pierron qui vient de gagner le général de la coupe du monde.

Au Lyonnais qui malgré leur talent m'ont toujours accueilli avec simplicité et sympathie : Louis Reboul, Tony Rocci, Nicolas Terrier et les autres.

A Mehdi Gani tout particulièrement, à ta patience pendant les tournages et à ton talent hors du commun sur un vélo, tu resteras pour moi un des meilleurs slopestylers de ta génération. Pour avoir vécu Whistler à tes côtés, peu de gens peuvent imaginer l'énormité de l'engagement physique et psychologique que ça implique, encore bravo. Le flip whip sur le hip fallait y aller !!! Bonne continuation à toi, j'espère qu'on se reverra.

A mes maîtres de stage,

Le Dr Perello Olga du service pneumologie de Perpignan. Seul navire encore à flot dans la tempête de ce premier semestre. Merci de m'avoir écouté dans ces moments de doute, j'ai fait ce que j'ai pu.

Les Dr Bain Philippa, Dr Mouroux Hervé du service des urgences de Carcassonne. Merci pour votre accueil et votre gentillesse malgré mon faible niveau de performance. J'ai beaucoup appris pendant ces six mois.

Les Dr Obled, Dr Phouthasang, Dr Bories et Dr Bourdaux du service de gastro entérologie du CHU de Nîmes. Merci de votre confiance et de votre soutien durant ces

six mois « chargés » dans tous les sens du terme. On aura pas chômé comme dirait l'autre.

Les Dr Nogrel, Mohr et Lecamp pour leur accueil durant les six mois de stage au sein de leur cabinet.

Aux médecins des urgences pédiatriques du CHU de Lapeyronie et tout particulièrement au Dr Maestracci, Dr Blanc et le Dr Guyon pour leur accueil et leur enseignement de très grande qualité. Malgré tout ce que l'on peut dire, vous faites un travail remarquable.

Au service de l'équipe mobile de soins palliatifs et tout particulièrement au Dr Barone. Merci de m'avoir accueilli dans votre équipe et de m'avoir fait confiance. Merci Jean Luc pour ta clairvoyance et ta sérénité à toute épreuve. La question la plus importante est « mais qu'est-ce que le patient veut ? Pour qui fait-on tout ça ? ». Merci au reste de l'équipe, Sylvie, Carole et Siddi bien sûr je garde un excellent souvenir de vous.

A mes collègues,

A toute l'équipe de SOS médecin Nîmes pour votre travail formidable. Vous êtes tous des médecins que j'admire, de jour comme de nuit, chez les pauvres et les riches, qu'il pleuve ou qu'il vente, chez ceux que personne ne veut ou peut aller voir, avec toujours la même constance et le souci de bien faire. A Aline pour ta sympathie et ta patience quand la salle d'attente déborde

A mes nouveaux collègues du CAPS, Vadek, Romain, Sof, Alice, Renaud et Sébastien et aux infirmiers et manip du service, j'ai rarement travaillé dans des conditions aussi agréables

Aux urgentistes du millénaire et de St Roch, très sympathiques.

Aux différents cabinets dans lesquels je suis passé. Plus particulièrement à Uzes et à Montpellier où le sérieux du travail faisait plaisir à voir.

Et enfin,

A Lucie, mon double. A nos moments merveilleux ici et là. Nous savons tous les deux que la vie est trop courte pour que nous soyons séparés un jour. Merci d'être là tous les jours. A ma belle-famille également qui m'accueille toujours chaleureusement.

Sommaire

Introduction :.....	page 15
Matériel et méthode :.....	page 18
Résultats :.....	page 20
- Évaluation de la douleur.....	page 22
- Évolution des freins.....	page 26
- Effets indésirables.....	page 29
- Association d'idées.....	page 33
- Prescription en fonction du stade de la maladie.....	page 35
Discussion :.....	page 40
Conclusion :.....	page 49
Bibliographie :.....	page 50
Annexe 1 :.....	page 54
Résumé :.....	page 58

Introduction

La douleur est un symptôme majeur en oncologie, c'est d'ailleurs le premier motif de consultation menant au diagnostic de cancer (1). Ses causes sont variées, elle peut être liée au cancer lui-même et au développement de la tumeur, à la présence de métastases et au traitement (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie), voire à une pathologie associée (ex : diabète et neuropathie). Il est également possible de classer la douleur selon le mécanisme physiopathologique sous-jacent : inflammatoire, nociceptive et neuropathique (1).

Le mouvement des soins palliatifs et de lutte contre la douleur initié au début des années 70, soutenu par la publication d'études majeures sur la prévalence de la douleur en oncologie, a progressivement fait émerger la nécessité de prendre en charge la douleur chez les patients atteints de cancer. Cette dynamique a conduit à la réalisation de recommandations internationales en 1986 (2) visant à légitimer l'utilisation des opioïdes dans les douleurs d'origine cancéreuses.

Malgré une méthodologie discutée, il apparaît dans certaines études (3) (4) (5) que selon le principe des « trois paliers » et l'usage approprié des opioïdes, 70 à 90% des douleurs d'origine cancéreuses pourraient être soulagées efficacement.

Depuis la publication de ses recommandations il y a 30 ans et malgré les progrès réalisés dans le domaine de la prise en charge de la douleur, les données nationales et internationales montrent que le soulagement des patients atteints de cancers reste insuffisant. La prévalence a été étudiée régulièrement depuis les années 2000 dans les pays industrialisés.

En Europe, la meta-analyse de Van Ben Beuken et al (6) publiée en 2008 et regroupant 52 études, retrouvait une prévalence totale de 33% de patients atteints de cancers douloureux après traitement (groupe 1), 59% des patients atteints de cancers douloureux pendant le traitement (groupe 2), 64% de patients atteints de cancers

douloureux en phase métastatique (groupe 3), 53% de patients atteints de cancers douloureux tous stades confondus (groupe 4) et 30% de patients avec une EVA > 4.

Cette méta-analyse a été réactualisée en 2015 (7), retrouvant des chiffres similaires : 39,3% pour le groupe 1, 55% pour le groupe 2, 66,4% pour le groupe 3 et 50,7% pour le groupe 4. 38% des patients avaient une EVA > 5.

En 2009, Une étude multicentrique (8) portant sur 5074 patients atteints de cancers à travers 11 pays Européens retrouve une prévalence moyenne de la douleur de 72% avec une grande variabilité liée au type de cancer et au pays d'origine. Dans cette même étude, il apparaît que 23% des patients ayant une EVA > 5 ne recevaient pas de traitement antalgique.

Ces chiffres sont superposables à ceux obtenus outre Atlantique par Bonica et al (9) vingt ans plus tôt en 1985.

En France, deux études (10) réalisées à 13 ans d'intervalle, retrouvaient des résultats similaires, avec une prévalence globale de la douleur chez les patients atteints de cancers de 57% en 1991 contre 56% en 2004. Le traitement était inadapté dans 49% des cas en 1991 contre 39% des cas en 2004.

En 2010, l'enquête de l'INCA (11) confirmait également ces données retrouvant, entre autre, une prévalence globale de la douleur de 51%, par ailleurs 61% des patients douloureux étaient sous-traités.

Dans l'arsenal thérapeutique disponible, les opioïdes ont une place de choix dans le traitement des douleurs modérées à sévères d'origine cancéreuses. Les freins à leur utilisation sont une des pistes pouvant expliquer en partie la prise en charge insuffisante de la douleur.

Selon les études, il existe schématiquement trois types de freins à la prescription et à l'utilisation des opioïdes : ceux liés aux prescripteurs, ceux liés aux patients et ceux relatifs au système de santé (12) (13).

Nous nous intéresserons ici aux freins à la prescription liés aux prescripteurs, en l'occurrence les médecins généralistes en première ligne avec les oncologues pour la

prise en charge des douleurs chroniques chez les patients atteints de cancers. Car, comme le soulignent certaines études (14), une faible partie des patients souffrant de douleurs chroniques d'origine cancéreuses est prise en charge au sein des structures spécialisées dans la douleur.

Une étude française (15) datant de 1995 comparant l'attitude des médecins généralistes et des oncologues en terme de contrôle de la douleur et de prescription des opioïdes dans les douleurs cancéreuses, a notamment étudié une série de freins à la prescription. Il en ressort que 76% des médecins généralistes et 50,3% des oncologues ont *des craintes à prescrire des opioïdes*, 40,2% des médecins généralistes et 26,7% des oncologues avouant *craindre les effets indésirables*. Sont également étudiés *le risque de mauvaise tolérance, la peur de l'addiction, les contraintes administratives, le caractère potentiellement illégal de la morphine, le manque de connaissance théorique sur son utilisation et la mauvaise perception de la morphine chez les patients et leurs proches*.

Nous ne disposons pas de données plus récentes dans la littérature sur l'évaluation des freins à la prescription des opioïdes. Nous avons donc choisi d'étudier auprès d'une population de médecins généralistes d'un département les freins à la prescription et de les comparer aux données antérieures afin d'analyser l'évolution des pratiques.

Notre étude a donc pour objectif principal d'étudier les freins à la prescription des opioïdes au sein de la population des médecins généralistes du Gard.

Les objectifs secondaires sont l'étude de l'influence des facteurs socio-démographiques sur les freins à la prescription et enfin l'influence du statut de la maladie sur la prescription des opioïdes.

Matériel et méthode

Population d'étude

Nous avons réalisé notre étude auprès des médecins généralistes du Gard.

Instrument de recherche

En l'absence de questionnaire spécifique validé sur les freins à la prescription des morphiniques, nous avons élaboré un questionnaire structuré en nous appuyant sur les questionnaires existant dans la littérature (16) (17) (15) (18).

Notre questionnaire comporte 21 questions.

La première partie du questionnaire s'intéresse aux données socio-démographiques des médecins. Il s'agit de *l'âge, du sexe, de la fréquence de réalisation de formation médicale continue, de l'ancienneté de l'installation, du lieu d'installation et enfin de l'orientation douleur et soins palliatifs.*

La deuxième partie porte sur les principaux freins à la prescription retrouvés dans la littérature : *crainte à la prescription, crainte et hiérarchisation des effets indésirables, crainte d'un surdosage, crainte d'une addiction, contrainte temporelle liée à la prescription des morphiniques, caractère potentiellement illégal de la morphine, contraintes administratives, mauvaise relation médecin-patient, mauvaise perception de la morphine par le patient et/ou de son entourage.*

La troisième partie du questionnaire évalue la *prescription en fonction du statut de la maladie cancéreuse, du statut OMS du patient et enfin étudie les représentations que peuvent avoir les médecins de la morphine.*

A chaque question, le médecin pouvait répondre (réponses fermées) par "Oui", "Non", ou "ne se prononce pas". Concernant la liste des effets indésirables, l'influence du statut OMS et du stade de la maladie, le praticien était libre de choisir un ou plusieurs choix.

Collecte des données

Cette étude a été menée au début de l'année 2018, entre les mois de Février et Avril. Ce questionnaire a été envoyé par mail avec l'aide de l'ordre des médecins du Gard aux 655 médecins généralistes du Gard dont les coordonnées électroniques étaient disponibles.

Analyse statistique

Les données des deux catégories (ayant répondu oui ou non) ont été analysées avec le test du Chi2 lorsque les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5, dans le cas contraire il était réalisé un test exact de Fisher. Une différence significative entre les deux catégories était retenue pour $p < 0,05$. Dans ce cas, le facteur socio-démographique étudié était reconnu comme potentiellement déterminant du frein à la prescription.

Résultats

Profil des médecins

Sur 655 formulaires envoyés nous avons obtenu 128 réponses. Les caractéristiques socio-démographiques des 128 répondants sont présentées dans le **tableau 1**.

A noter une répartition zone rurale/zone urbaine d'environ 2 médecins pour 1 et une répartition homme/femme homogène puisque l'on retrouve 63 femmes et 65 hommes.

En revanche une faible proportion de praticien (9,3%) avait une orientation douleurs et soins palliatifs, ce qui est comparable au chiffre (12%) de l'étude de la SFMG sur le même thème regroupant 496 médecins généralistes (19).

Age	Effectif
< 30 ans	5 (4%)
30/40 ans	42 (32,8%)
40/50 ans	18 (14%)
50/60 ans	37 (28,9%)
> 60 ans	26 (20,3%)

Installation	
Installation < 5 ans	36 (28,1%)
Installation 5/10 ans	14 (11%)
Installation 11/ 20 ans	19 (14,9%)
Installation > 20 ans	59 (46%)

Lieu d'exercice	
Rural / Semi rural	82 (64%)
Ville	46 (36%)

Fréquence FMC	
FMC < 2	52 (40,6%)
FMC 2/6	44 (34,3%)
FMC > 6	32 (25,1%)

Orientation douleur	
Orientation douleur	12 (9,4%)
Pas d'orientation	116 (90,6%)

Sexe	
Femme	63 (49,2%)
Homme	65 (50,8%)

TOTAL	128
--------------	------------

Tableau 1

Évaluation de la douleur

Sur 128 praticiens interrogés, 33 (25,8%) déclarent évaluer la douleur dans moins de 10% des consultations de suivi de patients atteints de cancer. 48 (37,5%) l'évaluaient dans moins de 50% des cas et 47 (36,72%) dans plus de 50 % des cas. **Tableau 2**

	< 10%	< 50%	> 50%	
< 30 ans	0	3(6,2%)	2(4,3%)	5
30/40 ans	13(39,4%)	14(29,1%)	15(31,9%)	42
40/50 ans	6(18,1%)	7(14,5%)	5(10,6%)	18
50/60 ans	9(27,2%)	15(31,2%)	13(27,6%)	37
> 60 ans	5(15,3%)	9(19%)	12(25,6%)	26
	33 (25,8%)	48(37,5%)	47(36,7%)	128
Installation < 5 ans	10(30,3%)	12(25%)	14(29,7%)	36
Installation 5/10 ans	4(12,1%)	7(14,5%)	3(6,3%)	14
Installation 11/ 20 ans	5(15,3%)	7(14,5%)	7(14,9%)	19
Installation > 20 ans	14(42,3%)	22(46%)	23(49,1%)	59
	33 (25,8%)	48(37,5%)	47(36,7%)	128
Rural / Semi rural	21(63,6)	31(64,5%)	30(63,8%)	82
Ville	12(36,4)	17(35,4%)	17(36,2%)	46
	33 (25,8%)	48(37,5%)	47(36,7%)	128
FMC < 2 / an	17(51,5%)	17(35,4%)	18(38,3%)	52
FMC 2/6 / an	9(27,3%)	16(33,3%)	19(40,4%)	44
FMC > 6 / an	7(21,2%)	15(31,3%)	10(21,3%)	32
	33 (25,8%)	48(37,5%)	47(36,7%)	128
Orientation douleur	2(6%)	5(10,4%)	5(10,6%)	12
Pas d'orientation	31(94%)	43(89,6%)	42(89,4%)	116
	33 (25,8%)	48(37,5%)	47(36,7%)	128
Femme	15(45,4%)	28(58,3%)	20(42,5%)	63
Homme	18(54,6%)	20(41,7%)	27(57,5%)	65
	33 (25,8%)	48(37,5%)	47(36,7%)	128

Tableau 2

L'analyse statistique n'a pas mis en évidence l'influence d'un facteur socio-démographique sur la fréquence de l'évaluation de la douleur. **Tableau 3**

Facteur	p
Age	0.830
Ancienneté d'installation	0.919
Lieu d'installation	0.9953
Fréquence FMC	0.470
Orientation douleur	0.8012
Sexe	0.270

Tableau 3

On peut cependant remarquer que 32,7% (17) des praticiens réalisant moins de deux FMC par an évaluent la douleur dans moins de 10% des consultations contre 21,8% (7) des praticiens en réalisant plus de 6 par an. **Figure 1**

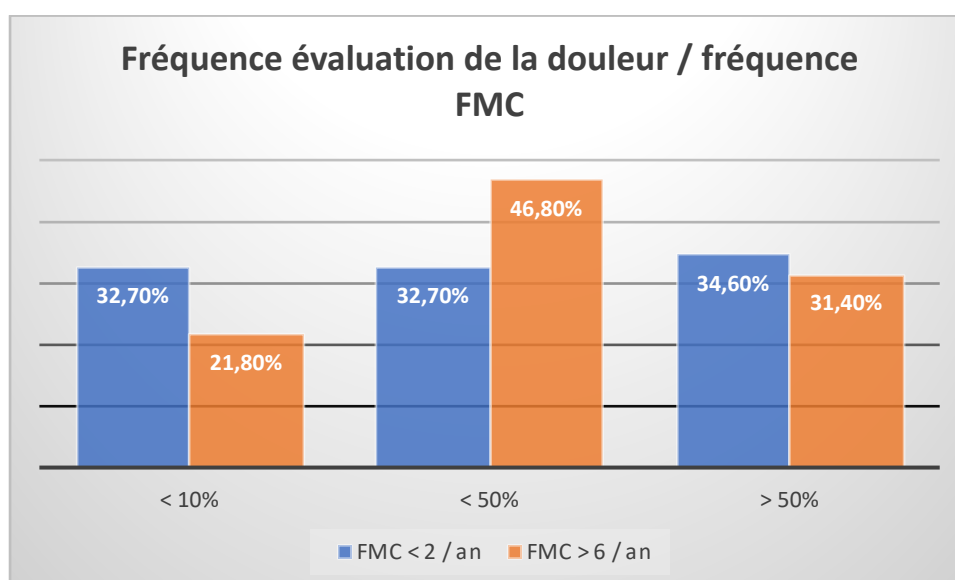


Figure 1

16,7% (2) des praticiens ayant une orientation douleur et soins palliatifs évaluent la douleur dans moins de 10% des consultations contre 26,7% (31) n'ayant pas cette orientation. De façon similaire 41,6% (5) des praticiens ayant une orientation douleur et soins palliatifs évaluent la douleur dans plus de 50% des consultations contre 36,3% (27) n'ayant pas cette orientation. **Figure 2**

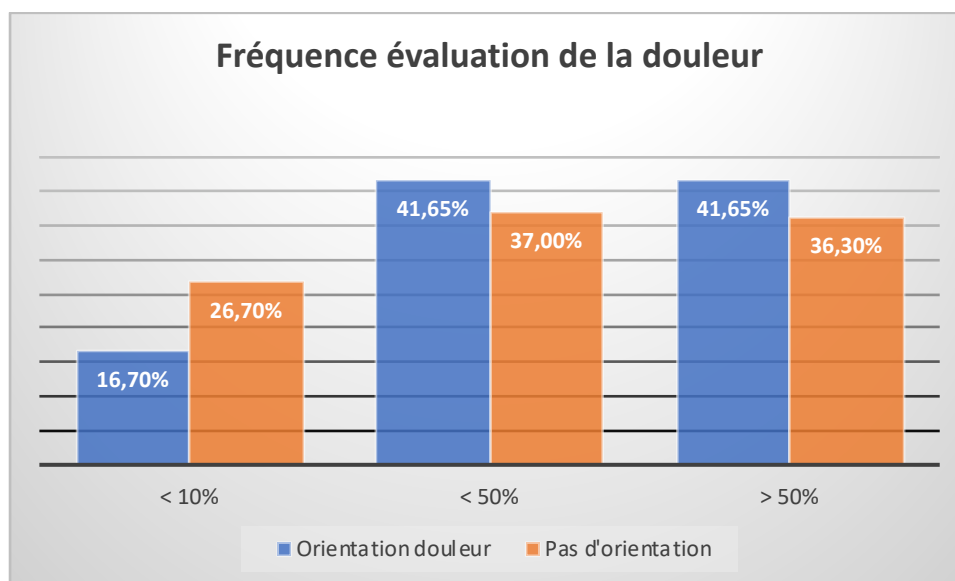


Figure 2

23,8% (15) des femmes déclarent l'évaluer dans moins de 10% des cas contre 27,7% (18) des hommes. De la même façon 31,8% (20) des femmes et 54,8% (27) des hommes déclarent l'évaluer dans plus de 50% des cas. **Figure 3**

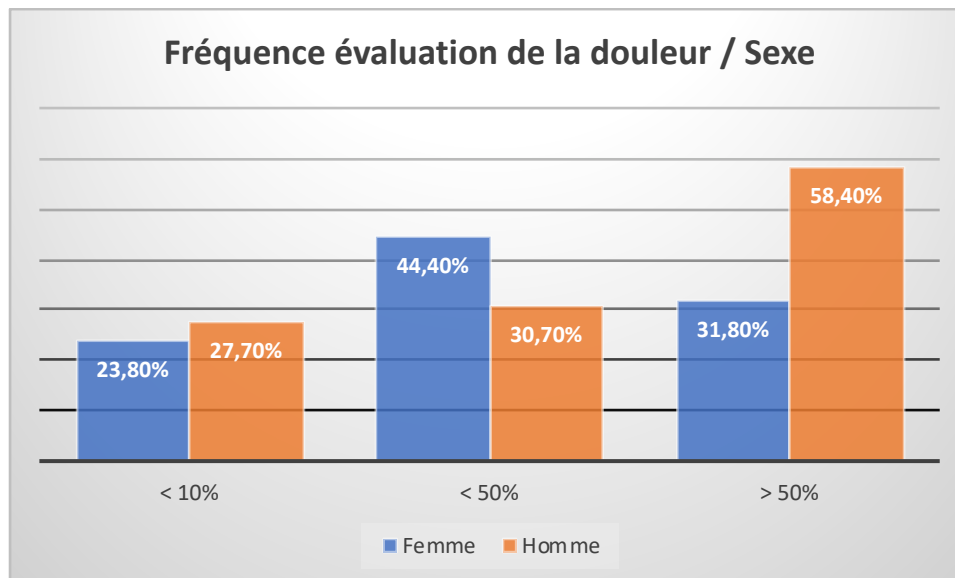


Figure 3

Freins à la prescriptions

Le **tableau 4** récapitule les freins du questionnaire comparés aux résultats obtenus en 1995.

Concernant les craintes générales à la prescription, elles sont de 11,7% (15 praticiens) dans notre étude, contre 76% en 1995, soit une diminution de 64,3%.

La peur des effets indésirables a elle aussi diminué de 16%, passant de 40,2% en 1995 à 24,2% (31) dans notre étude. De la même façon le caractère illégal ne semble plus être un frein majeur, diminuant de 17,4% et passant ainsi de 26,8% à 9,4% (12).

La peur de l'addiction et les mauvaises représentations que peuvent avoir le patient et sa famille ont augmenté respectivement de 10,3% et 15, %.

La mauvaise relation médecin/malade, non citée dans les études précédentes, ressort de notre étude comme le frein le plus important, avec 69,5% des praticiens.

La peur du surdosage et les mauvaises connaissances théoriques sur l'utilisation des morphiniques sont en revanche stables dans le temps, avec une perte respective de 2,3% et une augmentation de 1,6%.

Les modalités administratives de la prescription et le temps inhérent à la prescription, également non cités auparavant, restent marginaux avec 7,1% et 8,5% de crainte.

	NON	OUI	NSP	LARUE 1995
Craintes générales	112 (87,5%)	15 (11,7%)	1 (0,8%)	76%
Peur des effets indésirables	96 (75%)	31 (24,2%)	1 (0,8%)	40,20%
Peur d'un surdosage	84 (65,6%)	41 (32%)	3 (2,4%)	29,70%
Peur de l'addiction	91 (71%)	34 (26,6%)	3 (2,4%)	16,30%
Obstacle du temps	116 (90,7%)	11 (8,5%)	1 (0,8%)	NR
Obstacle connaissances théoriques	87 (67,9%)	22 (17,1%)	19 (14,4%)	18,70%
Mauvaise relation médecin malade	32 (25%)	89 (69,5%)	7 (5,5%)	NR
Mauvaise représentation	76 (59,3%)	46 (35,9%)	6 (4,8%)	20,20%
Frein des modalités	119 (92,9%)	9 (7,1%)	0	NR
Crainte du caractère illégal	113 (88,2%)	12 (9,4%)	3 (2,4%)	26,80%

Tableau 4 (NSP : ne se prononce pas. NR : non renseigné)

Age

L'analyse statistique n'a pas permis de retrouver de lien entre l'âge des praticiens et les différents freins à la prescription.

Les résultats sont présentés dans le tableau 5

		< 30 ans	30 - 40 ans	40-50 ans	50-60 ans	> 60 ans	p
Craintes des morphiniques	OUI	2	8	0	2	3	0.0401
	NON	3	34	18	35	22	
Peur des effets indésirables	OUI	2	11	3	11	4	0.510
	NON	3	30	15	26	22	
Crainte d'un surdosage	OUI	2	13	6	11	9	1
	NON	3	28	12	24	17	
Peur de l'addiction	OUI	2	10	7	7	8	0.552
	NON	3	32	11	27	18	
Obstacle du temps	OUI	1	5	0	4	1	0.271
	NON	3	37	18	33	25	
Frein des Connaissance théoriques	OUI	2	11	1	5	3	0.150
	NON	2	27	15	23	20	
Relation médecin malade	OUI	3	33	14	23	16	0.296
	NON	2	7	3	11	9	
Mauvaises représentations	OUI	3	17	6	11	9	0.773
	NON	2	24	11	23	16	
Modalités de prescription	OUI	0	2	3	2	2	0.561
	NON	5	40	15	35	24	
Caractère illégal	OUI	2	4	1	4	1	0.230
	NON	3	37	17	33	23	

Tableau 5

Ancienneté d'installation

Nous constatons que la peur des effets indésirables semble moins importante chez les praticiens installés récemment (< 5 ans) et ceux installés de longue date (>20 ans) par rapport aux deux autres catégories d'âge (installation 5-10 ans et 11-20 ans) $p=0.034$

Il en est de même pour le frein lié aux connaissances théoriques $p=0.107$

Les résultats sont présentés dans le **tableau 6**

		< 5 ans	5-10 ans	11 - 20 ans	> 20 ans	p
Craintes des morphiniques	OUI	5	2	0	5	0.276
	NON	28	12	19	53	
Peur des effets indésirables	OUI	7	8	5	11	0.034
	NON	28	6	14	48	
Crainte d'un surdosage	OUI	12	6	6	17	0.820
	NON	23	8	13	40	
Peur de l'addiction	OUI	8	4	8	14	0.433
	NON	28	10	11	42	
Obstacle du temps	OUI	4	2	0	5	0.399
	NON	31	12	19	54	
Frein des Connaissance théoriques	OUI	13	1	1	7	0.0107
	NON	19	11	14	43	
Relation médecin malade	OUI	29	11	11	38	0.222
	NON	5	3	6	18	
Mauvaises représentations	OUI	17	6	2	21	0.197
	NON	19	10	12	35	
Modalités de prescription	OUI	1	2	2	4	0.354
	NON	35	12	17	55	
Caractère illégal	OUI	3	3	1	5	0.481
	NON	33	11	17	52	

Tableau 6

Lieu d'installation

L'analyse statistique n'a pas permis de retrouver de lien entre le lieu d'installation et les différents freins à la prescription.

Les résultats sont présentés dans le **tableau 7**

		Ville	Rural	p
Craintes des morphiniques	OUI	6	9	0.087
	NON	73	39	
Peur des effets indésirables	OUI	12	19	0.9070
	NON	34	62	
Crainte d'un surdosage	OUI	14	27	1
	NON	29	55	
Peur de l'addiction	OUI	14	20	0.445
	NON	29	62	
Obstacle du temps	OUI	3	8	0.74
	NON	43	73	
Frein des Connaissance théoriques	OUI	8	14	0.804
	NON	29	58	
Relation médecin malade	OUI	29	60	0.516
	NON	13	19	
Mauvaises représentations	OUI	14	32	0.3376
	NON	30	46	
Caractère illégal	OUI	5	7	0.7503
	NON	38	75	
Modalités de prescription	OUI	3	6	1
	NON	43	76	

Tableau 7

Formation médicale continue

L'analyse statistique n'a pas permis de retrouver de lien entre la fréquence de réalisation de FMC et les différents freins à la prescription.

Les résultats sont présentés dans le **tableau 8**

		FMC < 2	FMC > 6	p
Craintes des morphiniques	OUI	6	2	0.70
	NON	46	29	
Peur des effets indésirables	OUI	8	8	0.244
	NON	44	23	
Crainte d'un surdosage	OUI	19	7	0.166
	NON	32	24	
Peur de l'addiction	OUI	15	8	0.791
	NON	36	22	
Obstacle du temps	OUI	4	4	0.704
	NON	47	28	
Frein des Connaissance théoriques	OUI	10	7	0.564
	NON	38	18	
Relation médecin malade	OUI	38	21	0.295
	NON	10	10	
Mauvaises représentations	OUI	17	9	1
	NON	35	21	
Modalités de prescription	OUI	5	2	0.703
	NON	47	30	
Caractère illégal	OUI	5	3	1
	NON	46	28	

Tableau 8

Orientation douleur et soins palliatifs

On constate une différence significative concernant la peur des effets indésirables entre les praticiens ayant reçu une formation douleur / soins palliatifs et les autres ($p=0.0378$). Les résultats sont présentés dans le **tableau 9**

		Orientation	Pas Orientation	p
Craintes des morphiniques	OUI	0	15	0.357
	NON	12	100	
Peur des effets indésirables	OUI	0	31	0.0378
	NON	12	84	
Crainte d'un surdosage	OUI	1	40	0.1016
	NON	11	73	
Peur de l'addiction	OUI	3	31	1
	NON	9	82	
Obstacle du temps	OUI	0	11	0.597
	NON	12	104	
Frein des Connaissance théoriques	OUI	1	21	0.683
	NON	8	79	
Relation médecin malade	OUI	8	81	1
	NON	3	29	
Mauvaises représentations	OUI	4	42	1
	NON	7	69	
Caractère illégal	OUI	0	12	0.596
	NON	10	103	
Modalités de prescription	OUI	0	9	1
	NON	12	107	

Tableau 9

Sexe

Nous constatons que le temps inhérent à la prescription est d'avantage un obstacle à la prescription pour les femmes que pour les hommes ($p=0.03$, OR 0,195, IC [0.0198 ; 1.0043]). Il en est de même pour le manque de connaissances théoriques ($p= 0.0316$, OR 0.3328, IC [0.1037 ; 0.9732]). En revanche les modalités de prescription semblent être d'avantage un frein pour les hommes ($p=0.032$, OR 8.586, IC [1.0942 ; 391.4691]). Les résultats sont présentés dans le **tableau 10.**

		Homme	Femme	p	OR	Intervalle à 95%
Craintes des morphiniques	OUI	6	9	0.42		
	NON	58	54			
Peur des effets indésirables	OUI	11	20	0.0561		
	NON	53	43			
Crainte d'un surdosage	OUI	20	21	0.61		
	NON	45	39			
Peur de l'addiction	OUI	22	12	0.0505		
	NON	41	50			
Obstacle du temps	OUI	2	9	0.03	0.195	[0.0198 ; 1.0043]
	NON	62	54			
Frein des Connaissance théoriques	OUI	7	15	0.0316	0.3328	[0.1037 ; 0.9732]
	NON	51	36			
Relation médecin malade	OUI	44	45	0.542		
	NON	18	14			
Mauvaises représentations	OUI	25	21	0.85		
	NON	39	37			
Modalités de prescription	OUI	8	1	0.032	8.586	[1.0942 ; 391.4691]
	NON	57	62			
Caractère illégal	OUI	9	3	0.075		
	NON	53	60			

Tableau 10

Effets indésirables

Dans notre étude, la détresse respiratoire est crainte par 46,1% (59) des praticiens. Viennent ensuite la constipation et la confusion redoutées par 44,5% (57) des praticiens. Puis les nausées et la rétention urinaire avec respectivement 37,5% (48) et 32,8% (42) des praticiens.

La sédation est retrouvée au cinquième rang avec 16,4% (21) des praticiens. Les résultats sont présentés dans le **tableau 11**.

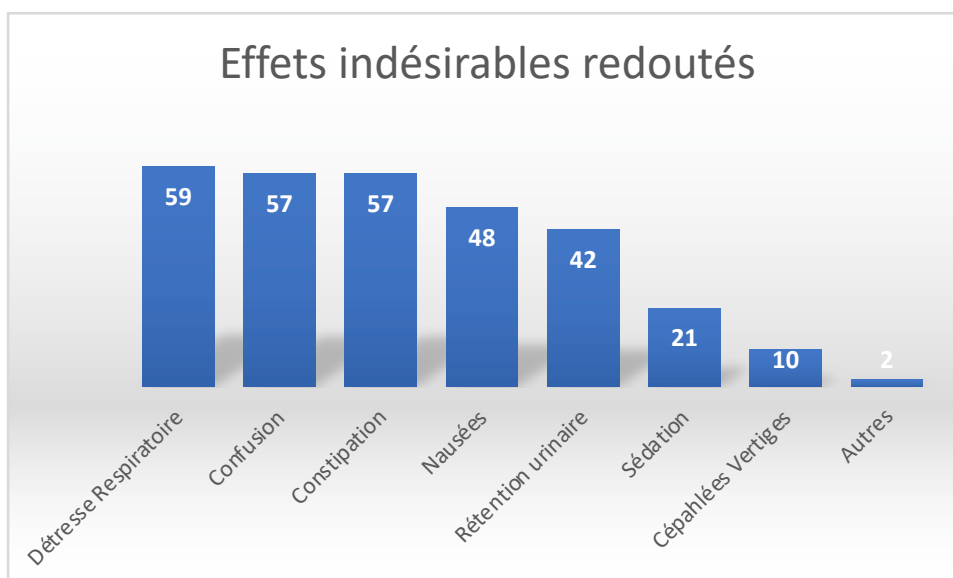


Tableau 11

On constate que les effets indésirables fréquents mais transitoires (nausées, confusion, sédation) semblent bien connus et d'avantage redoutés par les praticiens réalisant plus fréquemment des FMC. Il en est de même pour la constipation, fréquente également mais non transitoire. En revanche la détresse respiratoire, peu fréquente, semble être d'avantage redoutée par les praticiens réalisant moins de 2 FMC/an.

Les résultats sont présentés dans la **figure 4**.

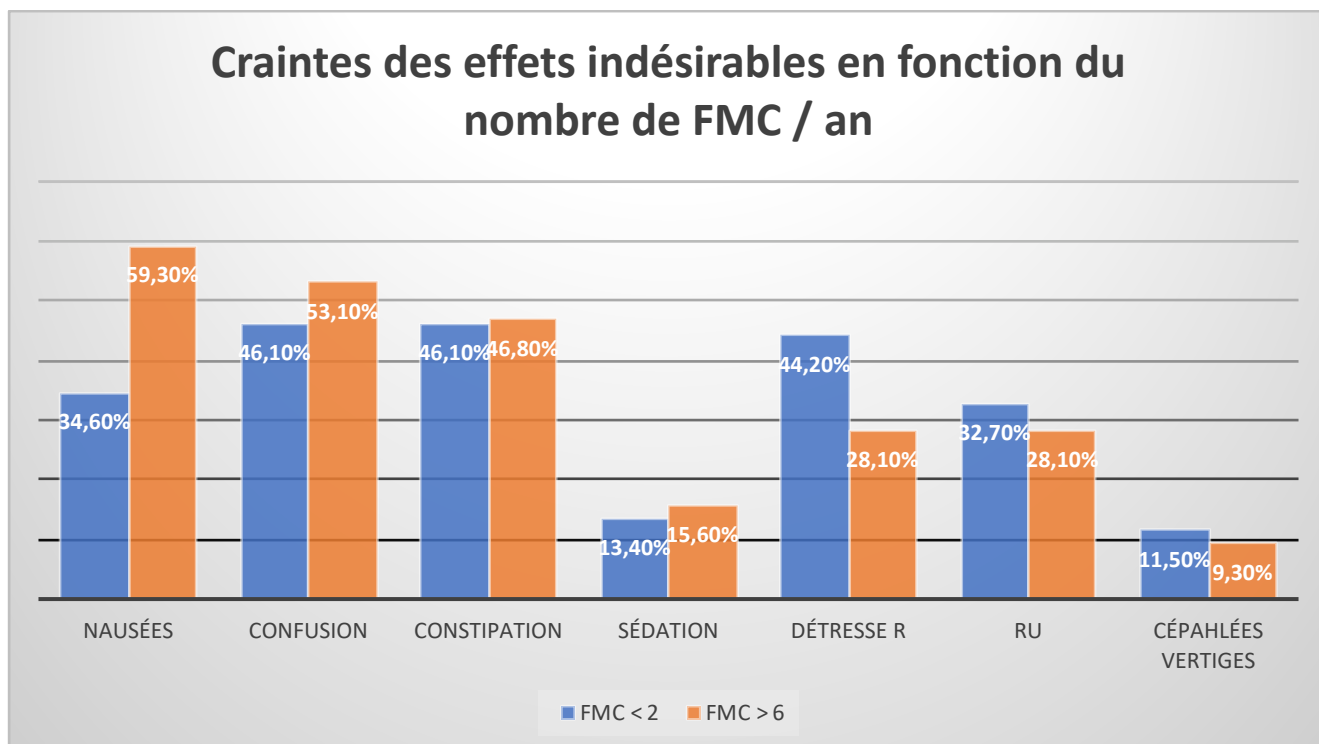


Figure 4

Concernant la crainte de la détresse respiratoire, elle semble être plus importante en ville - 60,8% (28) - qu'en milieu rural - 37,8% (31) - et chez les praticiens ayant une formation douleur et soins palliatifs - 58,4% (7) - contre - 44,8% (52) - des praticiens ne l'ayant pas.

Les résultats sont présentés dans la **figure 5**

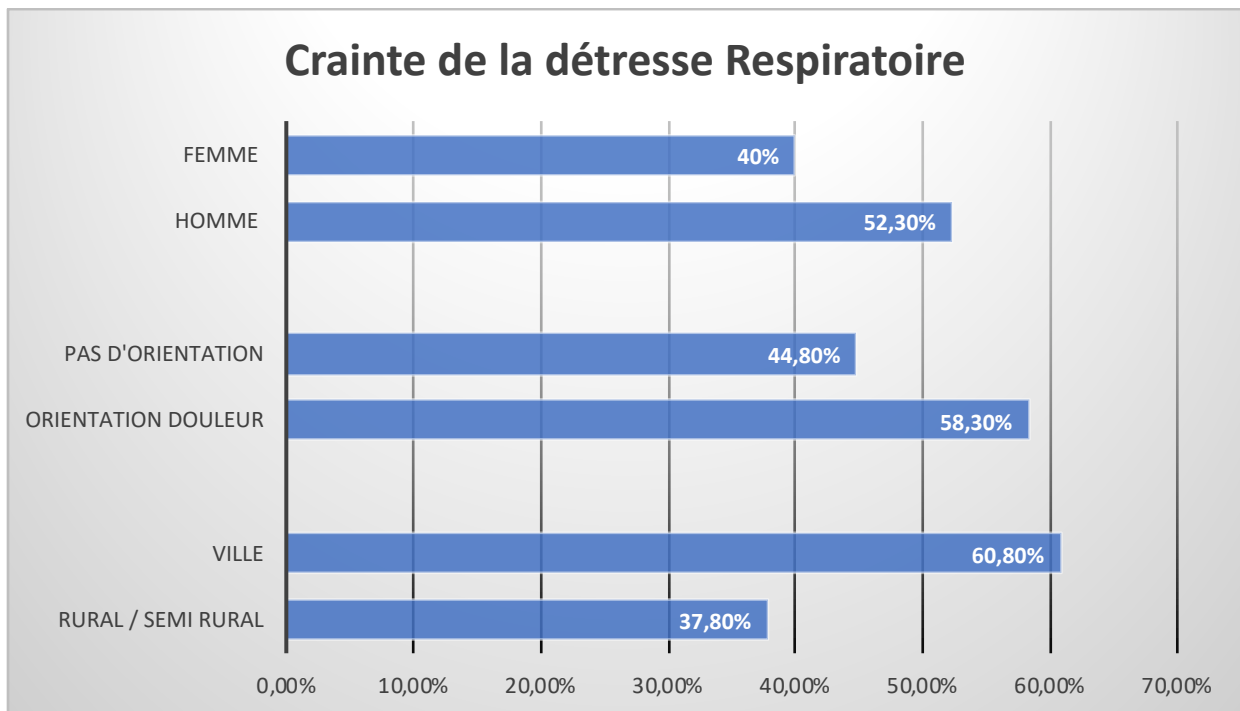


Figure 5

Association au mot morphine

Une majorité des praticiens associe le mot "morphine" à son rôle thérapeutique : 108 (84,3%) l'associent au mot soulagement et 107 (83,5%) l'associent au mot douleur.

Par contre, 12 (9,3%) d'entre eux lui donnent une connotation négative en l'associant au mot "drogue".

Il a pour d'autres une signification pronostique : 31 (24,2%) l'associent au mot cancer, 19 (14,8%) à une maladie grave, 20 (15%) à la fin de vie, et respectivement 1 (0,7%) et 2 (1,5%) à l'incurabilité et à l'irréversibilité.

Les résultats sont présentés sur la **figure 6**

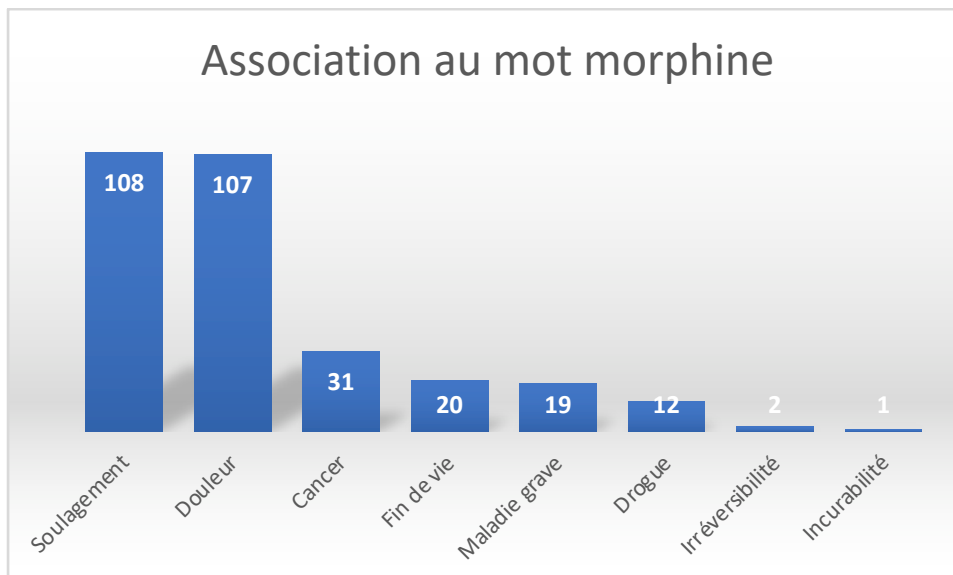


Figure 6

Prescription en fonction du statut de la maladie

On constate que 57,8% (74) des praticiens ont une utilisation indifférenciée, quel que soit le statut de la maladie.

Concernant la phase diagnostique, 10,55% (13) des praticiens ont une utilisation prudente durant cette phase contre 7,8% (10) ayant une utilisation aisée.

Concernant la phase métastatique, 0,7% (1) ont une utilisation prudente durant cette phase contre 33,6% (43) ayant une utilisation aisée.

Concernant la fin de vie, 0,7% ont une utilisation prudente durant cette phase contre 34,3% (44) ayant une utilisation aisée.

Les résultats sont présentés dans la **figure 7**

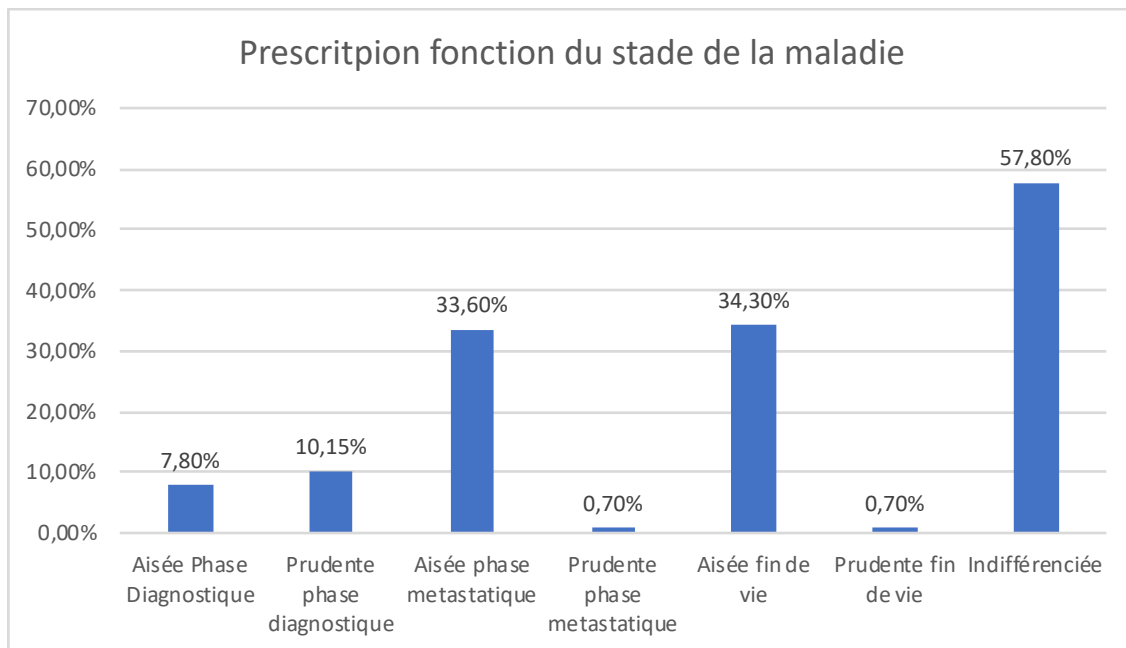


Figure 7

Concernant les habitudes de prescription on constate que les femmes ont une utilisation plus décomplexée de la morphine en fin de vie (68,2%) et en phase métastatique (58,2%) que les hommes. L'utilisation prudente en phase diagnostique est également plus marquée chez les femmes (61,2%). Les hommes ont en revanche une utilisation indifférenciée (59,4%) selon les stades de la maladie supérieure à celle des femmes. Les résultats sont présentés dans la ***figure 8***.

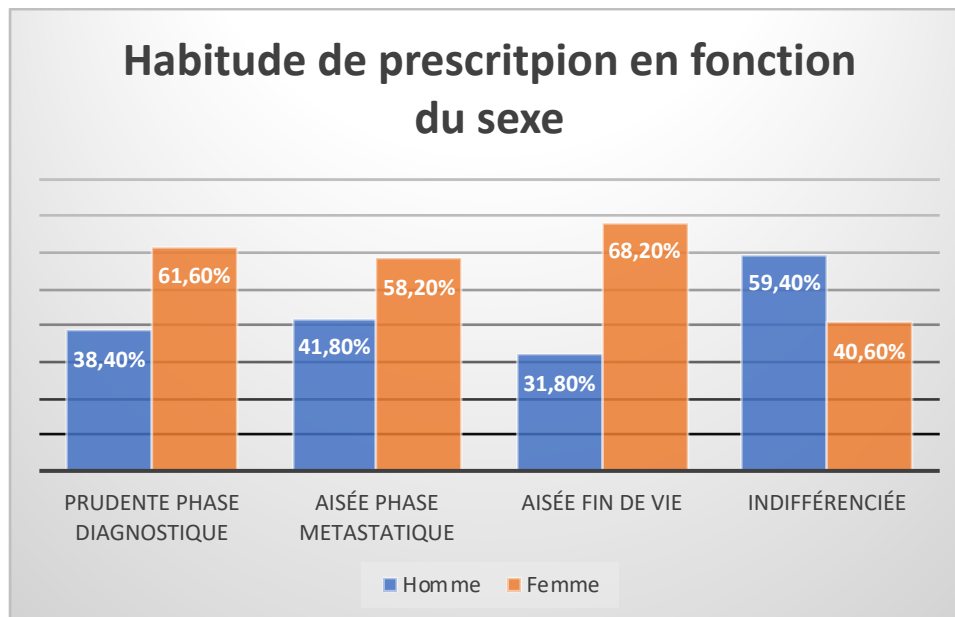


Figure 8

Association d'idées et pratiques

Sur les 20 praticiens associant la morphine au mot fin de vie, on constate que 3 (15%) ont une utilisation aisée en phase diagnostique, 13 (65%) une utilisation aisée en phase métastatique, 14 (70%) une utilisation aisée en fin de vie. 6 (30%) avaient une utilisation non influencée par le stade de la maladie.

Ces chiffres sont comparables avec le mot drogue puisque 6 (50%) ont une utilisation aisée en phase métastatique et en fin de vie. Seulement 2 (16,6%) ont utilisation aisée en phase diagnostique.

Sur les 108 praticiens associant la morphine aux mots douleur et soulagement, une majorité a une utilisation indifférenciée selon les stades de la maladie. Une proportion moindre a une utilisation aisée en phase métastatique et en fin de vie comparé au groupe associant la morphine à la fin de vie.

L'utilisation prudente des morphiniques chez les patients en phase diagnostique est largement majoritaire chez les praticiens associant la morphine au mot soulagement et douleur (12% et 9,1%).

Les résultats sont présentés dans le **tableau 12**

	Fin de vie	Drogue	Douleur	Soulagement	Maladie grave	Cancer
Utilisation prudente phase diagnostique	0	0	13 (12,1%)	10 (9,2%)	6 (31,5%)	1
Utilisation aisée phase diagnostique	3 (15%)	2 (16,6%)	0	9 (8,3%)	2 (10,5%)	4
Utilisation prudente phase métastatique	0	0	1	1	0	1
Utilisation aisée phase métastatique	14 (70%)	6 (50%)	39 (36,1%)	36 (33,3%)	4 (21,05%)	18
Utilisation prudente fin de vie	0	1	1	1	0	1
Utilisation aisée fin de vie	13 (65%)	6 (50%)	40 (37%)	38 (35,1%)	9 (47,3%)	17
Indifférent selon les stades	6 (30%)	5 (41,6%)	62 (57,4%)	61 (56,4%)	8 (42,1%)	11
	20	12	108	108	19	31

Tableau 12

Discussion

Cette étude avait pour objectif principal de décrire les freins à la prescription des opioïdes au sein de la population des médecins généralistes du Gard et d'analyser leur évolution par rapport aux chiffres d'études antérieures. Le taux de réponse au questionnaire était de l'ordre de 18%. Ce chiffre est assez classique dans les enquêtes d'un jour : un médecin sur cinq environ. Ce qui donne une valeur absolue de 128 praticiens. Il s'agit d'une petite cohorte mais représentative de l'échantillon analysé. Il faut cependant interpréter les résultats avec prudence.

Les résultats obtenus ont été comparés à ceux d'une étude nationale de plus grande envergure ($n=600$), mais moins représentative. Il est délicat d'extrapoler au niveau national les résultats d'une étude départementale. Comparer deux groupes de population différents demande une interprétation prudente, mais peut toutefois donner des indications ultérieures et permettre d'approfondir la compréhension du phénomène.

Il n'y a pas de questionnaire standardisé validé scientifiquement pour réaliser une étude plus rigoureuse et des comparaisons plus précises.

Une plus grande population d'étude ou une étude régionale, ainsi que des classes d'âge et d'ancienneté d'installation moins découpées auraient permis de plus larges effectifs et nous auraient peut-être permis de mettre en évidence leur influence comme ce qui a été retrouvé dans les études précédentes (15)

La relation entre représentation et comportement est probable, mais ne découle pas directement des données obtenues.

Malgré ces limites, ces résultats appellent les explications suivantes

Évaluation de la douleur

Le mouvement des soins palliatifs a introduit le concept de Total pain ou souffrance total en 1967 (20), pour les patients souffrant de douleurs en phase palliative, bien

avant la définition internationale de la douleur (IASP 1995) qui définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable... ». La douleur ne se réduit pas à sa simple dimension physique, car les facteurs de précipitation comme l'anxiété ou la dépression vont influencer son intensité. Cette notion est d'autant aiguë chez les patients souffrants de douleur chroniques et en particulier chez les patients atteints de cancers où la charge émotionnelle engendrée par le risque vital, le diagnostic, le pronostic et les conséquences psychosociales sont très intenses et à prendre en compte dans l'analyse de la douleur.

Une prise en charge globale du patient est donc nécessaire, elle doit être pluri-professionnelle, mais peut difficilement être réalisée par le médecin traitant seul. Elle ramène le médecin à une prise en charge personnalisée plus délicate.

En revanche, l'évaluation de la douleur « physique » est du ressort du médecin (article 37 du code de déontologie médicale) qui doit tenir compte de la dimension subjective. Elle doit toujours être évaluée ([Article L1110-5 du code de la santé](#)).

L'importance de l'évaluation de la douleur par des outils validés a déjà été soulignée dans plusieurs études. En 1995, l'étude de Larue (16) identifiait déjà le manque d'évaluation de la douleur comme un facteur de risque de prise en charge insuffisante de la douleur. Le rapport Vernant qui a mené à la réalisation du 3^{ème} plan cancer (21) formule la nécessité de systématiser pendant le traitement, à intervalles réguliers, le dépistage et l'évaluation de la douleur par des échelles d'auto ou d'hétéro-évaluation validées.

Dans la phase II de l'étude de H.Breivik portant sur 573 patients (19), 55% des patients estimaient que leur médecin évaluait la douleur à chaque consultation, 16% dans la plupart des consultations et 22% rarement voir jamais.

De façon similaire dans la phase II de l'étude EPIC 2007 (22) sur la douleur cancéreuse portant sur 50 patients, 18 % des patients déclaraient que leur médecin ne les interrogeait qu'occasionnellement sur la douleur, 50% des patients estimaient que le médecin ne prenait pas suffisamment en compte leur qualité de vie et privilégiait plus le traitement pour le cancer que celui de leur douleur.

La discordance entre la douleur ressentie par les patients et celle évaluée par les médecins est aussi un facteur pronostic majeur d'échec thérapeutique (10), d'autant plus si l'EVA est intense et l'âge élevé.

Dans notre étude nous retrouvons que 25,78% des praticiens évaluent la douleur dans moins de 10% des consultations, ce qui est trop peu, mais ces chiffres sont superposables à une étude européenne de grande envergure (8). Le sexe (masculin), l'âge des praticiens (> 60 ans), l'orientation douleur et soins palliatifs, ainsi que la réalisation de FMC plus de six fois par an semblent être des facteurs associés à une meilleure évaluation de la douleur.

Il est important de noter qu'il existe également des barrières à l'acceptation d'un traitement opioïdes par les patients et que pour une partie d'entre eux, la plainte n'est pas systématique. A titre d'exemple, pour certains patients la douleur est vécue comme une fatalité qui ne peut être soulagée. Il faut donc économiser les antalgiques et ne pas distraire le médecin avec cette douleur, car il est déjà bien occupé à traiter le cancer (11).

Notre étude montre donc que l'évaluation de la douleur reste insuffisante, puisque dans 63,3% des cas, elle est évaluée moins de 50% du temps. La fréquence d'évaluation de la douleur reste donc un frein à part entière à la prescription d'un traitement antalgique adapté, par opioïdes le cas échéant quand l'intensité et le type de douleur le justifie. Il est cependant important de rappeler : « qu'il est au moins aussi important d'évaluer la souffrance globale que la seule intensité douloureuse pour juger notamment de la nécessité d'instaurer ou de poursuivre un traitement antalgique par opioïdes ». Nicolas Autier (commission stupéfiants ANSM 2017)

Évolution des freins

Nous retrouvons dans notre étude une nette diminution de la crainte générale à la prescription des opioïdes par rapport aux chiffres obtenus en 1995 (11,7% contre 76%). Bien qu'il soit difficile d'extrapoler ces résultats au plan national, ces chiffres sont

concordants avec l'évolution des pratiques et de la perception de la morphine ces trente dernières années en France. En effet la sensibilisation des professionnels de santé a permis d'amorcer un changement des attitudes dès le début des années 1980: en une dizaine d'années, la consommation mondiale de morphine à des fins médicales a été multipliée par 5, mais cette augmentation était principalement imputable aux pays anglo-saxons.

La prise de conscience en France a été plus tardive et date du début des années 90, largement facilitée par une vaste campagne politique incluant information aux soignants et au public, textes de lois et facilitation de la prescription. Sa consommation était déjà multipliée par 16 en 1996.

Il est intéressant de remarquer que parallèlement à cette évolution, la crainte du caractère illégal chute elle aussi pour passer de 26,4% à 9,4% dans notre étude. L'utilisation de plus en plus fréquente, l'élargissement des recommandations et la publication d'études rassurantes sur son utilisation à court et moyen termes ont sans doute contribué à sa démocratisation et à sa perception au sein du corps médical comme un médicament facilement accessible, l'éloignant ainsi progressivement de son image de produit stupéfiant.

Cependant, nous constatons une nette aggravation de la peur de l'addiction avec une augmentation de plus de 10%, probablement en lien avec une situation épidémique hors norme en Amérique du Nord. Dans les années 2010, l'Oxycodone est devenue une drogue extrêmement accessible pour les malades, dans la continuité de son succès auprès des médecins sous l'effet du marketing efficace de la firme PURDUE. Il est bon de rappeler qu'elle est présente dans presque toutes les boîtes à pharmacie des citoyens Nord-Américains, puisqu'ils consomment à eux seuls 80% des analgésiques opioïdes produits dans le monde (23). Mais la situation française est loin d'être comparable, puisque la consommation d'Oxycodone par personne est 16 fois moins importante en France qu'aux États Unis (24). Les différentes études d'addicto-vigilance le confirment: l'enquête annuelle DTA (25) a recensé 82 décès en 2015 directs par abus d'antalgiques, 28% étaient liés au Tramadol, 26% à la morphine, 22% à la codéine et 8%

à l'Oxycodone. L'enquête annuelle DRAMES (26) répertoriant les décès par abus de substance psychoactives a répertorié 345 décès en 2015, plus de 90% étant liés au MSO et aux stupéfiants illicites. Les décès par abus d'opioïdes représentent dans cette étude moins de 10 % des décès en 2015 contre 20% en 2011 avec une nette régression des décès par abus de morphine, une relative stabilité du nombre de décès liés à l'Oxycodone et une augmentation significative des cas liés à l'abus de Fentanyl d'action rapide. De la même façon, l'étude annuelle OPPIDUM (27) référençant les modalités de consommations détournées des substances psycho actives, montre que les opioïdes ne représentaient que 4% des substances dérivées en 2015, loin derrière le Tramadol, les benzodiazépines et les stupéfiants. Dès 2013 (28) l'ANSM a signalé une augmentation des cas d'abus et de pharmaco dépendance en lien avec une augmentation de l'exposition à l'Oxycodone, mais c'est sans commune mesure avec ce qu'il se passe aux États-Unis

En revanche, entre 2000 et 2014 on a constaté une augmentation de 161% du nombre de décès liés aux opioïdes et une augmentation de 128% du nombre d'hospitalisation pour intoxication à un opioïde (28). Dans cette population, 30% des patients étaient traités pour un cancer ou en situation palliative.

Ces chiffres sont à raccorder à l'augmentation spectaculaire de la consommation d'opioïdes en France depuis la fin des années 90, en lien avec l'élargissement des recommandations aux douleurs non cancéreuses (rhumatologiques en particulier). Rappelons que pour la morphine, les indications rhumatologiques ont dépassé celle de cancérologie (29) en 2015.

Bien qu'il soit important d'adopter une stratégie de limitation des risques lors de la prescription, il est donc important de ne pas se tromper de débat, l'utilisation des opioïdes dans les douleurs cancéreuses et non cancéreuses ne fait pas face à la même problématique (30).

Rappelons que l'addiction (mode d'utilisation inadapté qui conduit à une altération du fonctionnement ou implique une souffrance cliniquement significative), bien différente de la dépendance, ne concerne qu'un petit nombre d'individus. Elle résulte de la conjonction de plusieurs facteurs (individus, substance et environnement). Son

incidence est aux alentours de 3,2% (23), au même niveau que l'alcool (3%), mais bien en dessous du tabac. Si le risque addictif existe quelle que soit la substance, il n'est heureusement pas systématique.

Il est donc important de ne pas céder à l'opioïphobie ambiante et la peur de l'addiction ne doit pas être un frein à une prise en charge optimale de la douleur pour ne pas priver les patients douloureux d'un traitement opioïde bien conduit « ne jetons pas le bébé et l'eau du bain en même temps » (AF Allaz, 2012).

Cette vaste épidémie largement relayée par la presse et dont les répercussions sur l'opinion publique ont largement dépassé les frontières est sans doute responsable de la dégradation de l'image de la morphine auprès de la population générale. Dans notre étude, 35,2% des praticiens déclarent que les mauvaises représentations que peuvent avoir les patients et leur entourage sont un frein à la prescription des morphiniques. Une étude réalisée dans la vallée d'Aoste (31) (pourtant antérieure au scandale de l'Oycodone) visant à comparer les différences de perception de la morphine entre les médecins et la population générale montre que : sur 382 citoyens interrogés, presque 40% associent le mot morphine au mot drogue, viennent ensuite la douleur (30%) et l'analgésie (27%). Chez les médecins, 55% l'associent au mot douleur, environ 40% à l'analgésie, la drogue arrivant en 3^{ème} position avec 25% de l'effectif. Le mot mort étant, quant à lui, évoqué dans 12% des cas. Il est donc intéressant de constater que les médecins et les citoyens partagent les mêmes mythes.

La peur des effets indésirables est en nette régression avec une diminution de 40,2% à 24,2%, mais celle du surdosage reste constante. Il est licite de penser qu'avec une augmentation de la prescription ces deux dernières décennies, les effets indésirables soient connus et de plus en plus maîtrisés. Bien que rarissime, la détresse respiratoire reste l'effet indésirable le plus redouté, suivi de la constipation, de la confusion et des nausées, beaucoup plus fréquentes, elles. Les effets indésirables sont également moins redoutés par les praticiens ayant une orientation douleur et soins palliatifs ($p=0.034$) et par les praticiens installés récemment (<5 ans) et ceux installés depuis plus de 20 ans

($p=0.0378$), ce qui confirme l'apport indiscutable de la formation. Cependant, il est intéressant de constater que cette crainte non fondée de la détresse respiratoire résiste aux années et aux générations de médecins et qu'elle peut être parfois irrationnelle puisque dans notre étude, les praticiens ayant une orientation douleur et soins palliatifs craignant moins les effets indésirables ($p=0.0378$) sont ceux redoutant plus le risque de détresse respiratoire. Il en est de même pour ceux exerçant en ville (plus proches des centres de référence et des structures d'accueil des urgences).

On constate également l'apport indéniable de la réalisation de FMC, puisque les praticiens en réalisant plus de six par an semblent mieux connaître et redouter les effets indésirables fréquents et moins craindre le risque de détresse respiratoire.

Des connaissances théoriques insuffisantes associées à des idées reçues représentent un frein à la prescription largement décrit (32). Dans un étude réalisée auprès de 243 praticiens (33), il s'avère que plus de 50% présentaient des connaissances théoriques insuffisantes et notamment sur le concept de tolérance, les modalités d'administration de la morphine et la gestion des effets indésirables. Dans notre étude, elles sont reconnues comme un frein par 17,1% des praticiens, un chiffre similaire à celui retrouvé 20 ans plus tôt. Un chiffre stable alors que la formation des étudiants et des médecins installés est la seule voie permettant de démystifier le traitement par opioïdes et d'en maîtriser tous les aspects.

La mauvaise relation médecin-patient apparaît dans notre étude comme un frein à la prescription pour 69,5% des praticiens. Nous n'avons pas retrouvé de chiffre similaire dans la littérature. La prescription médicamenteuse est bien l'aboutissement d'une alliance thérapeutique, un véritable contrat de confiance entre le médecin et son patient. Il est fort probable que ce chiffre ne soit pas spécifique à la prescription des opioïdes mais qu'il reflète bien son caractère sensible. Elle nécessite de la part du médecin une prescription personnalisée et une information claire et adaptée permettant au patient une adhésion au projet thérapeutique. Dans le cadre d'une relation dégradée, une alliance thérapeutique paraît difficile à mettre en place.

Association d'idées et pratique

L'image de la morphine qui émerge par association spontanée d'idées, considérée comme une synthèse de la perception individuelle, montre que les représentations que le praticien peut avoir du médicament influence sa prescription et peut donc être considéré comme un frein éventuel (18). Dans notre étude, la grande majorité des praticiens utilisant la morphine de façon aisée en fin de vie et en phase métastatique associent la morphine au mot fin de vie (65-70%) et au mot drogue (50%).

On constate également que seulement 30% des praticiens associant la morphine au mot fin de vie ont une utilisation indifférente selon les stades de la maladie contre 57,4% et 56,4% des praticiens l'associant au mot douleur et au mot soulagement.

Il apparaît donc que les praticiens associant la morphine à son rôle thérapeutique premier et au soulagement qu'elle peut apporter, sont plus enclins à instaurer un traitement, quel que soit le stade de la maladie.

On constate encore une réticence à la prescription chez les patients en phase diagnostique (10,2%) par rapport à la phase métastatique et à la fin de vie (0,7%). De la même façon, l'utilisation aisée déclarée était plus importante en phase métastatique (33,6%) et en fin de vie (34,3%) par rapport à la phase diagnostique.

Le constat est donc double, le message véhiculé par le mouvement des soins palliatifs il y a plus de trente ans sur la nécessité de prendre en charge la douleur en fin de vie a fait son chemin, allant jusqu'à devenir un objectif de santé publique et s'inscrire dans la loi. Il a ainsi atteint une grande partie du corps médical et les nouvelles générations de soignants y sont particulièrement sensibles. L'autre constat est que la morphine souffre encore de son image de drogue de dernier recours et que la phase diagnostique et le bon niveau OMS des patients récemment diagnostiqués reste un facteur de mauvaise prise en charge de la douleur. Il est bon de rappeler que Larue et Al faisait déjà ce constat en 1995 en rappelant les facteurs de sous traitement de la douleur: phase diagnostique, patients jeunes, OMS 1 et 2.

Sexe

Larue et Al (15) avaient constaté que les praticiens plus âgés et les femmes étaient plus réticents à utiliser la morphine quel que soit le stade de la maladie. A l'exception de l'âge, nous constatons la même chose pour les praticiens de sexe féminin qui ont, dans notre étude, une utilisation plus aisée en phase métastatique et en fin de vie que les hommes et une utilisation plus prudente en phase diagnostique. Enfin, l'utilisation indifférenciée selon les stades est plus importante chez les hommes. Nous voyons également de manière significative que les connaissances théoriques sont davantage un frein pour les femmes que pour les hommes ($p=0.03$) et qu'il en est de même pour le temps inhérent à la prescription d'un traitement morphinique ($p=0.0316$). En revanche les modalités de prescription (administratives) semblent être davantage un frein pour les hommes ($p=0.032$).

Conclusion

Il est intéressant d'analyser les résultats de cette étude en tenant compte des transformations socio-culturelle de notre société. Le mouvement des soins palliatifs initié il y a plus de cinquante ans maintenant a largement contribué à la prise de conscience nécessaire à la prise en charge de la douleur et des patients en fin de vie. Malgré un scepticisme initial du corps médical, la démocratisation des opioïdes est officialisée par les recommandations de 1986. Il s'en est suivi une longue période d'enthousiasme, favorisée par l'élargissement des recommandations, l'assouplissement du cadre légal et le développement de nouvelles galéniques. Il faut attendre le début des années 2000 pour que l'épidémie d'Oxycodone démarre aux Etats-Unis et le début des années 2010 pour que les premiers signaux d'alerte retentissent en Europe. La temporalité de l'évolution des mœurs et des pratiques est donc bien supérieure à celle de la durée d'exercice d'un praticien. C'est en tout cas une des pistes pouvant expliquer l'inertie de l'évolution des pratiques et donc la persistance de certains freins à la prescription malgré une littérature scientifique abondante et une politique favorable.

Dans cette étude nous retrouvons une crainte à la prescription des opioïdes de 11,7% au sein de la population des médecins généralistes du Gard comparativement aux données nationales (76%) datant de 1995. Cette diminution tout comme celle de la crainte du caractère illégal (9,4%) est probablement à rattacher à l'enthousiasme ayant accompagné la libéralisation des prescriptions à partir des années 90. Cette tendance est contrebalancée par une montée de la crainte de l'addiction liée à la situation actuelle presque épidémique que connaît l'Amérique du Nord avec l'Oxycodone et à l'apparition des premiers signaux d'alarme en Europe et en France. La libéralisation de l'information et sa diffusion à grande échelle par le biais d'internet et des réseaux sociaux a profondément modifié la façon dont les patients s'informent, ce qui explique probablement la dégradation de la représentation des opioïdes que peuvent avoir les patients et leurs familles.

La crainte des effets indésirables semble aussi en nette régression, mais la peur de la détresse respiratoire persiste, bien que rarissime.

Sommes-nous là dans des croyances plus que dans des savoirs ? Malgré ces évolutions sociologiques, la morphine souffre encore de son image de drogue de derniers recours et il est intéressant de constater que la perception de la morphine par les médecins et la population générale n'est pas si lointaine. La réticence de traiter les patients en phase diagnostique persiste, laissant ainsi chez de nombreux malades le risque de voir la douleur se chroniciser.

L'évaluation de la douleur reste également une zone d'ombre, la création de modules spécifiques durant la formation universitaire, la participation aux FMC et la réalisation de formation complémentaire sur la douleur et les soins palliatifs sont autant de pistes à explorer pour nous permettre d'évaluer au mieux les patients atteints de cancers de plus en plus nombreux.

L'effectif réduit de cette étude ne nous a pas permis de mettre en évidence l'influence des facteurs socio-démographiques sur les freins à la prescription. Une étude d'envergure nationale incluant aussi une population d'oncologue serait nécessaire pour juger de l'évolution des pratiques en ville comme à l'hôpital et de confirmer les résultats que nous retrouvons sur la discordance entre les praticiens de sexe masculin et féminin.

Bibliographie

1. Müller-Schwefe G, Ahlbeck K, Aldington D, Alon E, Coaccioli S, Coluzzi F, et al. Pain in the cancer patient: different pain characteristics CHANGE pharmacological treatment requirements. *Curr Med Res Opin.* sept 2014;30(9):1895-908.
2. Carlson CL. Effectiveness of the World Health Organization cancer pain relief guidelines: an integrative review. *J Pain Res.* 22 juill 2016;9:515-34.
3. Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, De Conno F, Naldi F. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer.* 15 févr 1987;59(4):850-6.
4. Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain.* oct 1995;63(1):65-76.
5. Walker VA, Hoskin PJ, Hanks GW, White ID. Evaluation of WHO analgesic guidelines for cancer pain in a hospital-based palliative care unit. *J Pain Symptom Manage.* 1988;3(3):145-9.
6. van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* sept 2007;18(9):1437-49.
7. van den Beuken-van Everdingen MHJ, Hochstenbach LMJ, Joosten EAJ, Tjan-Heijnen VCG, Janssen DJA. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage.* juin 2016;51(6):1070-1090.e9.
8. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* août 2009;20(8):1420-33.
9. Treatment of cancer pain: Current status and future needs : PAIN [Internet]. [cité 1 juin 2018]. Disponible sur: https://journals.lww.com/pain/Citation/1984/01001/Treatment_of_cancer_pain__Current_status_and.293.aspx

10. Larue F, Colleau SM, Brasseur L, Cleeland CS. Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. *BMJ*. 22 avr 1995;310(6986):1034-7.
11. La douleur en cancérologie - Insitut national du cancer [Internet]. Disponible sur: www.e-cancer.fr/content/download/63363/570213/file/FRDOUL10.pdf
12. Grossman SA. Undertreatment of cancer pain: barriers and remedies. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. mars 1993;1(2):74-8.
13. Covington EC. Opiophobia, opiophilia, opioagnosia. *Pain Med Malden Mass*. sept 2000;1(3):217-23.
14. [PDF] Douleur - Mundipharma - Free Download PDF [Internet]. [cité 19 juill 2018]. Disponible sur: https://nanopdf.com/download/douleur-mundipharma_pdf
15. Larue F, Colleau SM, Fontaine A, Brasseur L. Oncologists and primary care physicians' attitudes toward pain control and morphine prescribing in France. *Cancer*. 1 déc 1995;76(11):2375-82.
16. Cleeland CS, Cleeland LM, Dar R, Rinehardt LC. Factors influencing physician management of cancer pain. *Cancer*. 1 août 1986;58(3):796-800.
17. Vainio A. Treatment of terminal cancer pain in France: a questionnaire study. *Pain*. août 1995;62(2):155-62.
18. Verloo H, Mpinga EK, Ferreira M, Rapin C-H, Chastonay P. Morphinofobia: the situation among the general population and health care professionals in North-Eastern Portugal. *BMC Palliat Care*. 22 juin 2010;9:15.
19. Arnould M, Raineri F. Freins et obstacles des médecins généralistes à l'initiation d'un traitement antalgique de palier 3. 4ème congrès de Nice (24-26 juin 2010). Disponible sur: www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/.../fichier_1opioides_pat1e730.pps
20. LA SOUFFRANCE TOTALE DES PERSONNES EN FIN DE VIE. :5.
21. VERNANT Jean-Paul. Recommandations pour le troisième Plan cancer [Internet]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000560.pdf>
22. Enquête Européenne sur la Douleur Cancéreuse (EPIC) [Internet]. Disponible sur: https://nanopdf.com/download/douleur-mundipharma_pdf

23. ROBINET DS, BERNARD DJ. Opioïdes et risques addictifs, mythes et réalités. Comment les prévenir ? :9.
24. Stéphane Robinet MB. E-dito n°5, octobre 2015: Addiction aux opioïdes analgésiques, sommes-nous américains [Internet]. Disponible sur: https://rvh-synergie.org/images/stories/pdf/e-dito_5.pdf
25. Décès Toxiques par Antalgiques Résultats 2015 [Internet]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/d43247c0b57c21098ab124ea6c374341.pdf
26. Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances Principaux résultats enquête DRAMES 2016 [Internet]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/5dfc3b8f413db7130062b63ca842b298.pdf
27. Les principaux FAITS MARQUANTS 2017 - Oppidum 2017 [Internet]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/54cef6b94eb61493fefcb2c4c80ea934.pdf
28. Commission des stupéfiants et des psychotropes - ANSM [Internet]. Disponible sur: ansm.sante.fr/content/download/111597/.../1/.../CR-Commission-stup-11-05-17.pdf
29. Résultats de l'enquête ASOS 2015 [Internet]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ecb099a2a0e037284ce7f6ce0e8fc1cd.pdf
30. Marc R. Suter, Anne-Françoise Allaz. De la prescription des opiacés : d'un extrême à l'autre - Revue Médicale Suisse [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-568/De-la-prescription-des-opiaces-d-un-extreme-a-l-autre>
31. Marco Musi. Les mythes de la morphine. InfoKara 20054. 20:156.
32. Jacobsen R, Sjøgren P, Møldrup C, Christrup L. Physician-related barriers to cancer pain management with opioid analgesics: a systematic review. J Opioid Manag. août 2007;3(4):207-14.

33. Elliott TE, Elliott BA. Physician attitudes and beliefs about use of morphine for cancer pain. *J Pain Symptom Manage.* avr 1992;7(3):141-8.

Annexe 1: Questionnaire

1 Quel est votre âge ?

- < 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Entre 40 et 50 ans
- Entre 50 et 60 ans
- > 60 ans

2 Depuis combien d'années exercez-vous ?

- < 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 11 et 20 ans
- > 20 ans

3 Exercez-vous,

- Milieu rural et semi rural
- En ville

4 A quelle fréquence participez-vous à des FMC?

- Régulièrement, plus de 6 par an
- Souvent, de 2 à 6 par an.
- Rarement, moins de 2 par an

5 Avez-vous une orientation douleur / soins palliatifs ?

- Oui
- Non

6 Dans les consultations de suivi de vos patients atteints de cancer, même en l'absence de plainte douloureuse de leur part, utilisez-vous l'EVA ou une autre échelle validée pour évaluer la douleur ?

- Plus de 50% des consultations
- Moins de 50% des consultations
- Rarement, moins de 10%

7 De façon générale avez-vous des craintes par rapport à la prescription de morphiniques ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

8 La peur des effets indésirables est-elle pour vous un frein à la prescription ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

9 La crainte de l'addiction et du mésusage des morphiniques par le patient est-elle pour vous un frein à la prescription ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

10 Parmi ces effets secondaires lequel ou lesquels redoutez-vous le plus ?

- Nausées, vomissements
- Constipation
- Confusion
- Sédation
- Détresse respiratoire
- Rétention urinaire
- Céphalées, vertiges
- Autres

11 Associez-vous le mot morphine à un ou plusieurs de ces mots ?

- Incurabilité
- Irréversibilité
- Fin de vie
- Cancer
- Drogue
- Douleur
- Maladie grave
- Aucun

12 Le temps inhérent à la prescription d'un morphinique (évaluation de la douleur, informations, prévention effets secondaires, ré évaluation) est-il pour vous un frein à la prescription des morphiniques ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

13 Le statut de la maladie cancéreuse influence t'il votre prescription ?

- Oui, prescription plus aisée en phase diagnostique
- Oui, prescription plus aisée en phase métastatique
- Oui, prescription plus aisée en fin de vie
- Non, aucune différence suivant le statut

14 Le statut OMS du patient influence-t-il avec votre prescription

- Prescription prudente en cas d'OMS altéré (OMS 3/4)
- Prescription plus aisée en cas d'OMS altéré (OMS 3/4)
- Prescription prudente en cas d'OMS 1 ou 2
- Prescription plus aisée en cas d'OMS 1 ou 2
- N'interfère pas

15 Le manque de connaissance théorique sur l'utilisation, la galénique et la pharmacologie des morphiniques est-il pour vous un frein à la prescription ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

16 Une mauvaise relation médecin/patient est-elle pour vous un frein à la prescription des morphiniques ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

17 La mauvaise représentation que peuvent avoir le malade et sa famille de la morphine est-elle pour vous un frein à la prescription

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

18 Les modalités de prescription (ordonnances sécurisées) sont-elles pour vous un frein à la prescription ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

19 Le caractère potentiellement illégal de la morphine est-il pour vous un frein à la prescription.

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

20 Vous êtes ?

- Un homme
- Une femme

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction : La douleur est un symptôme majeur en cancérologie. Elle apparaît depuis plus de trente ans insuffisamment prise en charge en ville comme à l'hôpital. Les freins à la prescriptions des opioïdes sont une des pistes pouvant expliquer ce phénomène.

L'objectif principal est d'étudier les freins à la prescription des opioïdes au sein de la population des médecins généralistes du Gard.

Matériel et méthode : Étude descriptive réalisée auprès de 128 médecins généralistes du Gard. Envoi d'un questionnaire de 21 items évaluant différents freins à la prescription décrits dans la littérature.

Résultats : En comparaison aux derniers chiffres disponibles datant de 1995, nette diminution de la crainte générale à la prescription passant de 76% à 11,7%. Diminution également de la peur des effets indésirables passant de 40,2% à 24,2% malgré une stabilité de la peur du surdosage. La détresse respiratoire restant redoutée par 46 % des médecins. Augmentation de la crainte de l'addiction et du mésusage passant de 16,3% à 26,6%. La mauvaise représentation du patient et de sa famille passe de 20,2% à 35,9%. La morphine reste associée au mot cancer et fin de vie chez 24,2% et 12,6% des praticiens. L'utilisation aisée et décomplexée est majoritaire chez les patients métastatiques (33,6%) et les patients en fin de vie (34,4%) alors que l'utilisation prudente est majoritaire en phase diagnostique (10,15%). L'évaluation de la douleur reste insuffisante puisque 63,3% des praticiens l'évalue dans moins de 50% des consultations.

Conclusion : Malgré une nette diminution de la crainte à la prescription des opioïdes et de la peur des effets indésirables, la morphine a toujours l'image de médicament de dernier recours et est encore trop peu utilisé chez les patients atteints de cancer douloureux en phase diagnostique.

Mots clés : douleurs, cancer, morphine, opioïdes, Gard, médecine générale, frein, opiophobie.