



HAL
open science

Gestion de la douleur nociceptive des patients en soins palliatifs par les médecins généralistes : évolution de l'outil PALLIACLIC

Anne Pitaval

► **To cite this version:**

Anne Pitaval. Gestion de la douleur nociceptive des patients en soins palliatifs par les médecins généralistes : évolution de l'outil PALLIACLIC. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03132489

HAL Id: dumas-03132489

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03132489>

Submitted on 5 Feb 2021

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2021

GESTION DE LA DOULEUR NOCICEPTIVE DES PATIENTS EN SOINS
PALLIATIFS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES :
ÉVOLUTION DE L'OUTIL PALLIACLIC

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Anne PITAVAL

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le : 02/02/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Patrick IMBERT

Membres :

Mme la Professeur Mireille MOUSSEAU

M. le Docteur Raphaël BRIOT

Mme la Docteur Juliette CRÉANGE, directrice de thèse

Mme la Docteur Marie DESESQUELLES, directrice de thèse

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MÉDECINE

| CORPS | NOM-PRÉNOM | Discipline universitaire |
|---------------|-------------------------------|---|
| PU-PH | ALBALADEJO Pierre | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| PU-PH | APEL Florent | Ophthalmologie |
| PU-PH | ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine | Chirurgie viscérale et digestive |
| PU-PH | BAILLET Athan | Rhumatologie |
| PU-PH | BARONE-ROCHETTE Gilles | Cardiologie |
| PU-PH | BAYAT Sam | Physiologie |
| MCF Ass.MG | BENDAMENE Farouk | Médecine Générale |
| PU-PH | BENHAMOU Pierre-Yves | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| PU-PH | BERGER François | Biologie cellulaire |
| MCU-PH | BIDART-COUTTON Marie | Biologie cellulaire |
| PU-PH | BLAISE Sophie | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| PR Ass. Méd. | BOILLOT Bernard | |
| MCU-PH | BOISSET Sandrine | Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière |
| PU-PH | BONAZ Bruno | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| PU-PH | BONNETERRE Vincent | Médecine et santé au travail |
| PU-PH | BOREL Anne-Laure | Nutrition |
| PU-PH | BOSSON Jean-Luc | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | BOTTARI Serge | Biologie cellulaire |
| PR Ass.MG | BOUCHAUD Jacques | Médecine Générale |
| PU-PH | BOUGEROL Thierry | Psychiatrie d'adultes |
| PU-PH | BOUILLET Laurence | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| MCU-PH | BOUSSAT Bastien | Épidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | BOUZAT Pierre | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| PU-PH émérite | BRAMBILLA Christian | Pneumologie |
| PU-PH émérite | BRAMBILLA Elisabeth | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MCU-PH | BRENIER-PINCHART Marie Pierre | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | BRICAULT Ivan | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | BRICHON Pierre-Yves | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| MCU-PH | BRIOT Raphaël | Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie |
| PU-PH émérite | CAHN Jean-Yves | Hématologie |
| PU-PH émérite | CARPENTIER Patrick | Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire |
| PR Ass.MG | CARRILLO Yannick | Médecine Générale |
| PU-PH | CESBRON Jean-Yves | Immunologie |
| PU-PH | CHABARDES Stephan | Neurochirurgie |
| PU-PH | CHABRE Olivier | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| PU-PH | CHAFFANJON Philippe | Anatomie |
| MCF Ass.MG | CHAMBOREDON Benoît | Médecine Générale |
| PU-PH | CHARLES Julie | Dermato-vénéréologie |
| MCF Ass.MG | CHAUVET Marion | Médecine Générale |
| PU-PH | CHAVANON Olivier | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |

| CORPS | NOM-PRÉNOM | Discipline universitaire |
|---------------|-------------------------|--|
| PU-PH | CHIQUET Christophe | Ophtalmologie |
| PU-PH | CHIRICA Mircea | Chirurgie viscérale et digestive |
| PU-PH | CINQUIN Philippe | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | CLAVARINO Giovanna | Immunologie |
| PU-PH | COHEN Olivier | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| PU-PH | COURVOISIER Aurélien | Chirurgie infantile |
| PU-PH | COUTTON Charles | Génétique |
| PU-PH | COUTURIER Pascal | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| PU-PH | CRACOWSKI Jean-Luc | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| PU-PH | DEBATY Guillaume | Médecine d'Urgence |
| PU-PH | DEBILLON Thierry | Pédiatrie |
| PU-PH | DECAENS Thomas | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| PR Ass. Méd. | DEFAYE Pascal | Cardiologie |
| PU-PH | DEGANO Bruno | Pneumologie ; addictologie |
| PU-PH | DEMATTEIS Maurice | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| PU-PH émérite | DEMONGEOT Jacques | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | DERANSART Colin | Physiologie |
| PU-PH | DESCOTES Jean-Luc | Urologie |
| PU-PH | DETANTE Olivier | Neurologie |
| MCU-PH | DIETERICH Klaus | Génétique |
| MCU-PH | DOUTRELEAU Stéphane | Physiologie |
| MCU-PH | DUMESTRE-PERARD Chantal | Immunologie |
| PU-PH | EPAULARD Olivier | Maladies infectieuses ; Maladies tropicales |
| PU-PH | ESTEVE François | Biophysique et médecine nucléaire |
| MCU-PH | EYSSERIC Hélène | Médecine légale et droit de la santé |
| PU-PH | FAUCHERON Jean-Luc | Chirurgie viscérale et digestive |
| MCU-PH | FAURE Julien | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | FERRETTI Gilbert | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | FEUERSTEIN Claude | Physiologie |
| PU-PH | FONTAINE Éric | Nutrition |
| PU-PH | FRANCOIS Patrice | Épidémiologie, économie de la santé et prévention |
| MCU-MG | GABOREAU Yoann | Médecine Générale |
| PU-PH | GARBAN Frédéric | Hématologie ; Transfusion |
| PU-PH | GAUDIN Philippe | Rhumatologie |
| PU-PH | GAVAZZI Gaétan | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| PU-PH | GAY Emmanuel | Neurochirurgie |
| MCU-PH | GILLOIS Pierre | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | GIOT Jean-Philippe | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie |
| MCU-PH | GRAND Sylvie | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH émérite | GRIFFET Jacques | Chirurgie infantile |
| MCU-PH | GUZUN Rita | Nutrition |
| PU-PH | HAINAUT Pierre | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH émérite | HALIMI Serge | Nutrition |
| PU-PH | HENNEBICQ Sylviane | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| PU-PH | HOFFMANN Pascale | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| PU-PH émérite | HOMMEL Marc | Neurologie |
| PU-MG | IMBERT Patrick | Médecine Générale |

| CORPS | NOM-PRÉNOM | Discipline universitaire |
|---------------|--------------------------------------|---|
| PU-PH émérite | JOUK Pierre-Simon | Génétique |
| PU-PH | KAHANE Philippe | Physiologie |
| MCU-PH | KASTLER Adrian | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | KRAINIK Alexandre | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | LABARERE José | Épidémiologie, économie de la santé et prévention |
| MCU-PH | LABLANCHE Sandrine | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| MCU-PH | LANDELLE Caroline | Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière |
| PU-PH | LANTUEJOL Sylvie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| PR Ass. Méd. | LARAMAS Mathieu | Cancérologie ; radiothérapie |
| MCU-PH | LARDY Bernard | Biochimie et biologie moléculaire |
| MCU - PH | LE GOUELLEC LE PISSART Audrey | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | LECCIA Marie-Thérèse | Dermato-vénéréologie |
| MCF Ass.MG | LEDOUX Jean-Nicolas | Médecine Générale |
| PU-PH émérite | LETOUBLON Christian | Chirurgie viscérale et digestive |
| PU-PH | LEVY Patrick | Physiologie |
| PU-PH | LONG Jean-Alexandre | Urologie |
| MCU-PH | LUPO Julien | Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière |
| PU-PH | MAIGNAN Maxime | Médecine d'urgence |
| PU-PH | MAITRE Anne | Médecine et santé au travail |
| MCU-PH | MALLARET Marie-Reine | Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière |
| MCU-PH | MARLU Raphaël | Hématologie ; Transfusion |
| PR Ass. Méd. | MATHIEU Nicolas | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| MCU-PH | MAUBON Danièle | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | MAURIN Max | Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière |
| MCU-PH | MC LEER Anne | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| MCU-PH | MONDET Julie | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| PU-PH | MORAND Patrice | Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière |
| PU-PH | MOREAU-GAUDRY Alexandre | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | MORO Elena | Neurologie |
| PU-PH | MORO-SIBILOT Denis | Pneumologie ; addictologie |
| MCU-PH | MORTAMET Guillaume | Pédiatrie |
| PU-PH | MOUSSEAU Mireille | Cancérologie ; radiothérapie |
| PU-PH émérite | MOUTET François | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| MCF Ass.MG | ODDOU Christel | Médecine Générale |
| PR Ass. Méd. | ORMEZANO Olivier | Cardiologie |
| MCU-PH | PACLET Marie-Hélène | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | PAILHE Régis | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| PU-PH | PALOMBI Olivier | Anatomie |
| PU-PH | PARK Sophie | Hématologie ; Transfusion |
| PU-PH | PASSAGGIA Jean-Guy | Anatomie |
| PR Ass.MG | PAUMIER-DESBRIERES Françoise | Médecine Générale |
| PU-PH | PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| MCU-PH | PAYSANT François | Médecine légale et droit de la santé |
| MCU-PH | PELLETIER Laurent | Biologie cellulaire |
| PU-PH | PELLOUX Hervé | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | PEPIN Jean-Louis | Physiologie |

| CORPS | NOM-PRÉNOM | Discipline universitaire |
|----------------|------------------------------|--|
| PU-PH | PERNOD Gilles | Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire |
| PU-PH | PIOLAT Christian | Chirurgie infantile |
| PU-PH | PISON Christophe | Pneumologie ; Addictologie |
| PU-PH | PLANTAZ Dominique | Pédiatrie |
| PU-PH | POIGNARD Pascal | Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière |
| PU-PH | POLACK Benoît | Hématologie ; Transfusion |
| PU-PH | POLOSAN Mircea | Psychiatrie d'adultes ; Addictologie |
| PU-PH | RAMBEAUD Jean-Jacques | Urologie |
| PU-PH | RAY Pierre | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| PR Ass. Méd. | RECHE Fabian | Chirurgie viscérale et digestive |
| MCU-PH | RENDU John | Biochimie et biologie moléculaire |
| MCU-PH émérite | RIALLE Vincent | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | RIETHMULLER Didier | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| PU-PH | RIGHINI Christian | Oto-rhino-laryngologie |
| PU-PH émérite | ROMANET Jean Paul | Ophtalmologie |
| PU-PH | ROSTAING Lionel | Néphrologie |
| PU-PH | ROUSTIT Matthieu | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| MCU-PH | ROUX-BUISSON Nathalie | Biochimie et biologie moléculaire |
| PR Ass.MG | ROYER DE VERICOURT Guillaume | Médecine Générale |
| PU-PH émérite | SARAGAGLIA Dominique | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| MCU-PH | SATRE Véronique | Génétique |
| PU-PH | SAUDOU Frédéric | Biologie cellulaire |
| PU-PH | SCHMERBER Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| PU-PH | SCHWEBEL Carole | Médecine intensive-réanimation |
| PU-PH | SCOLAN Virginie | Médecine légale et droit de la santé |
| MCU-PH | SEIGNEURIN Arnaud | Épidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH émérite | STAHL Jean-Paul | Maladies infectieuses ; Maladies tropicales |
| PU-PH | STANKE Françoise | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| MCU-PH | STASIA Marie-José | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | STURM Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| PU-PH | TAMISIER Renaud | Physiologie |
| PU-PH | TERZI Nicolas | Médecine intensive-réanimation |
| PU-PH | THEVENON Julien | Génétique |
| MCU-PH | TOFFART Anne-Claire | Pneumologie ; Addictologie |
| PU-PH | TONETTI Jérôme | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| PU-PH | TOUSSAINT Bertrand | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | VALMARY-DEGANO Séverine | Anatomie et cytologie pathologiques |
| PU-PH | VANZETTO Gérald | Cardiologie |
| PU-PH | VUILLEZ Jean-Philippe | Biophysique et médecine nucléaire |
| PU-PH | WEIL Georges | Épidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | ZAOUÏ Philippe | Néphrologie |
| PU-PH émérite | ZARSKI Jean-Pierre | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine

PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale

MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Résumé

Introduction : Les prises en charge palliatives en ambulatoire, de plus en plus fréquentes, peuvent représenter une difficulté pour les médecins généralistes. PALLIACLIC est un site d'aide à la prescription médicale à destination des médecins généralistes, proposant des solutions thérapeutiques aux différents symptômes pouvant être rencontrés dans ces situations.

Objectif : Ce travail avait pour but de développer, puis valider avant sa mise en ligne, la page portant sur la prise en charge de la douleur nociceptive.

Matériel et méthode : À la suite d'une revue narrative de la littérature, la maquette de la page « douleur nociceptive » sur PALLIACLIC a été réalisée. Elle a ensuite été soumise à évaluation par un groupe d'experts grâce à une méthode DELPHI.

Résultats : Onze médecins, généralistes installés ou remplaçants, et également praticiens hospitaliers exerçant en soins palliatifs, ont répondu à l'étude. L'évaluation par la méthode DELPHI s'est déroulée sur 3 tours, à l'issue desquels 32 des 35 propositions initiales ont obtenu un consensus.

Discussion : Les trois propositions n'ayant pas obtenu de consensus concernaient la prise en charge des accès douloureux paroxystiques (ADP). Trois sujets ont obtenu un consensus mais ont fait débat au sein du groupe d'experts : la classification des antalgiques selon l'échelle en trois paliers de l'OMS, l'indication des antalgiques de palier 2 ou de palier 3 en cas de douleurs modérées, et la place de l'évaluation de la douleur.

Conclusion : Ce travail a permis d'adapter au mieux la page « douleur nociceptive » du site PALLIACLIC, afin de répondre aux attentes des médecins généralistes qui seront amenés à l'utiliser dans leur pratique quotidienne, tout en mettant en lumière des points de réflexion pour d'éventuelles prochaines études.

Abstract

Introduction : Ambulatory palliative care, more and more frequent, can be difficult for general practitioners (GP). PALLIACLIC is a medical decision support website for general practitioners, suggesting therapeutic solutions for different symptoms that can occur in these situations.

Objective : The aim of the study was developing, then validate before it was on-line, the website page about the management of nociceptive pain.

Material and Method : After a narrative review of the literature, a mockup of the « nociceptive pain » page has been made. Then, it has been submitted to an experts group for an evaluation by a DELPHI method.

Results : Eleven doctors, general practitioners, substitutes or not, and also hospital practitioners, practicing in palliative care, took part in the study. The DELPHI method took place in 3 rounds, at the end of which 32 of the 35 initial proposals obtained a consensus.

Discussion : The three proposals that did not get consensus were about management of the breakthrough pain. Three topics get consensus but have been debating by the experts : classification of analgesics according the WHO three steps ladder, step 2 or step 3 analgesics indications in moderate pains, and pain assessment.

Conclusion : This study permitted to best adapt the « nociceptive pain » page from PALLIACLIC website, in order to meet the expectations of general practitioners who will use it in their daily practice, while highlighting points of reflection for possible future studies.

Remerciements

À Monsieur le Professeur Patrick IMBERT. Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez croire à ma profonde reconnaissance pour le temps et l'attention que vous avez consacrés à ce travail.

À Madame le Professeur Mireille MOUSSEAU. Merci d'accepter de juger ce travail, et pour l'attention et le temps que vous y avez consacrés. Soyez assurée de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Docteur Raphaël BRIOT. Merci d'accepter de siéger dans ce jury, et pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Je vous en suis très reconnaissante.

À Madame le Docteur Juliette CRÉANGE. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, merci pour ta patience et tes conseils tout au long de ces quelques mois.

À Madame le Docteur Marie DESESQUELLES. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, merci pour ton enthousiasme et tes encouragements.

À toutes les deux, merci de m'avoir aidée dès les tout premiers instants de mon travail de thèse en me proposant ce sujet, et surtout de m'avoir fait confiance pour ce travail qui poursuit le vôtre.

À tous les médecins qui ont apporté leur aide en acceptant de répondre aux questionnaires lors de ce travail, merci pour le temps et l'attention que vous y avez consacré.

À toutes les équipes et à tous les médecins que j'ai pu croiser lors de mon parcours, à l'hôpital comme en cabinet, et qui m'ont accompagnée dans l'apprentissage de ce beau métier.

Aux copines stéphanoises, MT, Marion, Lucie, Mathilde, Claire. Malgré la distance, le lien est toujours là. Merci pour ça !

À toute ma famille, oncles et tantes, cousins et cousines, merci pour tous les bons moments passés ensemble.

À mes grand-mères, vous qui avez suivi de près mon parcours et qui m'avez toujours encouragée. Et merci pour tous les beaux souvenirs d'enfance que j'ai grâce à vous. Une petite pensée aussi, bien sûr, pour mes grand-pères.

À Arthur, pour ton soutien sans failles dans cette dernière ligne droite, et ton œil de lynx lors des relectures ! J'ai hâte d'entamer cette nouvelle page de ma vie, mais encore plus de le faire à tes côtés.

À ma sœur Marion, et à Nico. Merci pour tout ! Pour les soirées improvisées à la Gachetière, pour être toujours de bon conseil, toujours là pour m'encourager. Et merci d'avoir amené dans nos vies un petit rayon de soleil...

À ma Léontine chérie, j'ai tellement de chance d'être ta marraine ! Notre belle complicité ne fait que commencer...

Et enfin, à mes parents, pour votre amour et votre soutien durant toutes ces années. Vous avez toujours été là pour me redonner confiance quand j'en avais besoin. Je n'y serais pas arrivée sans vous !

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| Résumé | 6 |
| Abstract | 7 |
| Remerciements | 8 |
| Liste des tableaux et figures | 12 |
| Abréviations | 13 |
| Introduction | 14 |
| Matériel et Méthode | 16 |
| <i>I. Revue narrative de la littérature</i> | <i>16</i> |
| <i>II. Conception de la maquette de la page web</i> | <i>17</i> |
| <i>III. Recherche de consensus par la méthode DELPHI</i> | <i>18</i> |
| 1. La méthode DELPHI | 18 |
| 2. Constitution du groupe d'experts..... | 19 |
| 3. Construction du questionnaire..... | 19 |
| 4. Déroulement de l'étude..... | 20 |
| Résultats | 21 |
| <i>I. Revue narrative de la littérature</i> | <i>21</i> |
| <i>II. Conception de la maquette de la page web</i> | <i>23</i> |
| 1. Partie « évaluation de la douleur »..... | 24 |
| 2. Partie « traitements non médicamenteux » | 24 |
| 3. Partie « traitements médicamenteux » | 24 |
| 4. Partie « rotation des opioïdes » | 25 |
| 5. Partie « sources » | 25 |
| 6. Mise en forme | 26 |
| <i>III. Recherche de consensus par la méthode DELPHI</i> | <i>26</i> |
| 1. Constitution du groupe d'experts..... | 26 |
| 2. Résultats du premier tour. | 26 |
| A. Taux de participation. | 26 |
| B. Résultats..... | 27 |
| a. Propositions ayant obtenu un consensus..... | 29 |
| b. Propositions n'ayant pas obtenu de consensus..... | 34 |

| | | |
|---|--|-----------|
| 3. | Résultats du deuxième tour | 39 |
| A. | Taux de participation. | 39 |
| B. | Résultats..... | 39 |
| a. | Propositions ayant obtenu un consensus..... | 39 |
| b. | Propositions n’ayant pas obtenu de consensus..... | 40 |
| 4. | Résultats du troisième tour..... | 42 |
| A. | Taux de participation | 42 |
| B. | Résultats..... | 42 |
| a. | Propositions ayant obtenu un consensus..... | 43 |
| b. | Propositions n’ayant pas obtenu de consensus..... | 44 |
| Discussion | | 46 |
| I. | <i>Forces de l’étude</i> | 46 |
| 1. | Critères méthodologiques..... | 46 |
| 2. | Prise en compte des avis extrêmes et degré d’accord du groupe | 47 |
| II. | <i>Limites de l’étude</i> | 47 |
| 1. | Nombre d’experts..... | 47 |
| 2. | Représentativité de l’échantillon..... | 48 |
| 3. | Biais de recrutement | 48 |
| 4. | Temps de réponse imparti | 48 |
| III. | <i>Discussion des principaux résultats de l’étude</i> | 48 |
| 1. | Propositions n’ayant pas obtenu de consensus | 48 |
| 2. | Propositions ayant obtenu consensus mais ayant fait l’objet de débat | 50 |
| Conclusion | | 54 |
| Conclusion générale | | 55 |
| Bibliographie | | 56 |
| Le serment d’Hippocrate | | 60 |
| Annexes | | 61 |
| <i>Annexe 1 : Mail de présentation de l’étude</i> | | 61 |
| <i>Annexe 2 : Sources citées sur le site PALLIACLIC (capture d’écran)</i> | | 63 |
| <i>Annexe 3 : Verbatim</i> | | 64 |

Liste des tableaux et figures

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Recommandations de la HAS pour l'interprétation des résultats de la méthode DELPHI. | 18 |
| Tableau 2 : MeSH terms et mots-clés utilisés pour la revue narrative de la littérature | 22 |
| Tableau 3: Propositions ayant obtenu un consensus lors du premier tour | 29 |
| Tableau 4 : Synthèse des commentaires du premier tour, pour les propositions ayant obtenu un consensus. | 30 |
| Tableau 5 : Propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du premier tour | 34 |
| Tableau 6: Synthèse des commentaires du premier tour, pour les propositions n'ayant pas obtenu un consensus. | 35 |
| Tableau 7: Propositions ayant obtenu un consensus lors du deuxième tour | 39 |
| Tableau 8: Propositions n'ayant pas obtenu un consensus lors du deuxième tour. | 40 |
| Tableau 9 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du troisième tour | 43 |
| Tableau 10 : : Propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du troisième tour. | 44 |
| | |
| Figure 1 : Nombre de sources citées sur la maquette de la page web, par catégorie | 23 |
| Figure 2 : Aperçu du visuel de la maquette sur le site PALLIACLIC..... | 26 |
| Figure 3 : Proportion de chaque partie du questionnaire en termes de nombre de questions..... | 27 |
| Figure 4 : Proportion de chaque partie du questionnaire en termes de nombre de commentaires..... | 28 |
| Figure 5 : Evolution du nombre de participants au cours de l'étude | 42 |
| Figure 6 : Évolution du nombre de commentaires, nouveaux ou non, lors des 1 ^{er} , 2 ^{ème} et 3 ^{ème} tours du questionnaire Delphi. | 45 |

Abréviations

ADP : Accès Douloureux Paroxystique

AINS : Anti-Inflammatoire Non-Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARA2 : Antagonistes des Récepteurs de l'Angiotensine 2

EAPC : European Association for Palliative Care

FTM : Fentanyl transmuqueux

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for Study of Pain

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

LI : Libération Immédiate

LP : Libération Prolongée

MeSH : Medical Subject Headings

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

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

Introduction

Depuis quelques années, en France, nous assistons à un développement des soins palliatifs à domicile. Cela répond à une attente des français, qui étaient 81% à déclarer, en 2010, vouloir mourir chez eux (1), alors que dans les faits, seulement un quart décédait effectivement à domicile.

Cet essor des soins palliatifs ambulatoires a été encouragé au niveau national, entre autres par le Plan National 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie (2), dont l'une des priorités était le développement des prises en charge à domicile.

Selon la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs) : « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ». (3) La prise en charge de la douleur apparaît donc comme un des principaux objectifs des soins palliatifs.

Parmi la multitude de symptômes pouvant être rencontrés dans ces situations palliatives, la douleur est l'un des plus fréquents (douleurs dues au cancer, douleurs chroniques...). (4) (5) (6) (7) Elle revêt souvent de multiples aspects : physiques, psychologiques, sociaux et spirituels, comme décrits dans le concept de douleur totale (total pain) par Cicely Saunders. (8)

De la bonne prise en charge de la douleur dépend la qualité de la prise en charge palliative car un patient dont la douleur physique, psychique ou spirituelle n'est pas soulagée ne peut pas être apaisé. (4) Cette idée était exprimée dès 1999 par L. Neuwirth dans un rapport au Sénat : « il ne peut y avoir d'accompagnement, de réponse à leurs [les patients de soins palliatifs, nda] besoins si la douleur n'est pas correctement prise en charge ». (9)

Différentes études rapportent que, malgré les progrès en termes de thérapeutiques antalgiques, de dépistage et d'évaluation de la douleur, et malgré de nombreuses recommandations internationales sur le sujet, la douleur reste insuffisamment soulagée, en particulier chez les patients souffrant de cancers et chez les personnes âgées. (10) (11)

Devant la complexité des prises en charge palliatives à domicile par les médecins généralistes, l'outil d'aide à la prescription médicale PALLIACLIC a été créé en 2019. Il regroupe les recommandations concernant la prise en charge des principaux symptômes rencontrés dans ces situations, en offrant aux médecins généralistes une information facile d'accès et adaptée à leur pratique quotidienne au chevet des patients. Lors du développement initial du site, la douleur nociceptive ne faisait pas partie des items ayant été développés.

L'objectif de ce travail est d'aider les médecins généralistes à prendre en charge la douleur nociceptive de leurs patients en soins palliatifs à domicile. La problématique de cette étude a donc été de créer la page « douleur nociceptive » sur le site PALLIACLIC, en réalisant une maquette basée sur les recommandations tirées d'une revue narrative de la littérature, puis en faisant valider cette maquette par un groupe d'experts via une méthode DELPHI, pour obtenir un consensus avant sa mise en ligne effective.

Matériel et Méthode

I. Revue narrative de la littérature

La revue narrative de la littérature est une méthode de recueil des données, définie comme « un rappel des connaissances portant sur un sujet précis, recueillies à partir de la littérature pertinente sans processus méthodologique systématique, explicite, d'obtention et d'analyse qualitative des articles inclus dans la revue. » (12) Elle est opposée à la revue systématique de la littérature, par une méthodologie et une question de recherche moins explicites. Cependant, elle a l'avantage de pouvoir couvrir un domaine de recherche plus large que la revue systématique. (13)

Pour ce travail de recherche, la revue narrative de la littérature portait sur une synthèse des différentes recommandations existantes concernant la prise en charge de la douleur nociceptive en soins palliatifs. Pour cela, plusieurs catégories ont été isolées, et une revue narrative de la littérature a été faite pour chacune d'elles. Ces catégories étaient :

- Évaluation de la douleur,
- Prise en charge non médicamenteuse de la douleur,
- Antalgiques de palier 1,
- Antalgiques de palier 2,
- Antalgiques de palier 3,
- Effets indésirables des antalgiques,
- Rotation des opioïdes.

Les recherches ont été faites à partir de différentes bases de données :

- Pubmed, Cochrane Library,
- Le moteur de recherche Google Scholar,
- Les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé), de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs), de la SFETD (Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur),
- Les bases de données Vidal, 360médics, base de données publiques des médicaments,
- Ainsi que par arborescence à partir des références des articles lus.

II. Conception de la maquette de la page web

À l'issue de la revue narrative de la littérature, la maquette de la page web a été réalisée en se basant sur les différentes recommandations disponibles.

Cette maquette a été réalisée via le logiciel WordPress, en utilisant le visuel et la mise en page déjà existants du site PALLIACLIC.

Une première relecture de la page a été faite par les directrices de thèse, avant qu'elle ne soit soumise à l'évaluation par le groupe d'experts.

L'accès à cette page web n'était pas visible pour le grand public, mais uniquement accessible grâce à des codes d'accès spécifiques pour chaque membre du groupe participant à l'évaluation par la méthode DELPHI.

III. Recherche de consensus par la méthode DELPHI

1. La méthode DELPHI

La méthode DELPHI est une méthode de recherche de consensus, qui repose sur l'administration itérative de questionnaires à un groupe d'experts, sélectionnés pour leur représentativité et leurs connaissances sur le sujet étudié. (14)

Lors de chaque tour de questionnaire, il est demandé aux membres du groupe d'experts d'évaluer leur accord par rapport à des propositions qui leur sont faites, en donnant une note entre 0 et 9. (15) Ils ont également la possibilité de soumettre des commentaires, en particulier lorsqu'ils ne sont pas d'accord avec la proposition faite.

Après chaque tour de questionnaire, les réponses sont synthétisées, avec calcul de la médiane, de la dispersion, et analyse des commentaires proposés.

Selon les résultats obtenus, les propositions sont jugées appropriées, inappropriées ou incertaines, d'après les recommandations de la HAS (tableau 1). (15)

Les propositions qui sont incertaines sont de nouveau soumises aux participants lors du tour suivant, en portant à leur connaissance les commentaires qui ont été émis par l'ensemble des membres du groupe d'experts. Ces commentaires sont anonymisés.

Tableau 1 : Recommandations de la HAS pour l'interprétation des résultats de la méthode DELPHI.

| Proposition jugée | Degré d'accord du groupe | Conditions d'obtention | |
|-------------------|--------------------------|----------------------------------|---|
| | | Valeur de la médiane | Répartition des cotations dans l'intervalle |
| Appropriée | Accord fort | ≥ 7 | [7 – 9] |
| | Accord relatif | ≥ 7 | [5 – 9] |
| Inappropriée | Accord fort | ≤ 3 | [1 – 3] |
| | Accord relatif | $\leq 3,5$ | [1 – 5] |
| Incertaine | Indécision | $4 \leq \text{médiane} \leq 6,5$ | [1 – 9] |
| | Absence de consensus | Toutes les autres situations | |

Avant le lancement de l'étude, une demande a été faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés concernant la collecte des données personnelles.

2. Constitution du groupe d'experts

Les médecins membres du groupe d'experts ont été choisis parmi le réseau personnel des directrices de thèse et de l'investigatrice.

Les critères de sélection étaient :

- Médecin généraliste, ou de soins palliatifs, ou médecin de la douleur.
- Acceptant de participer à l'étude.

Ils ont été contactés une première fois par téléphone, afin de leur présenter l'étude et de leur demander leur accord pour participer. En cas d'accord, leur adresse mail leur était demandée pour pouvoir leur envoyer les questionnaires.

Une fois le groupe constitué, un mail explicatif a été adressé à l'ensemble des médecins concernés, afin de présenter l'objectif de l'étude, le déroulement prévu et la méthodologie appliquée. (Annexe 1))

3. Construction du questionnaire

La recherche de consensus par méthode DELPHI a été menée grâce à des questionnaires, créés sur la plateforme LIMESURVEY, et administrés par voie électronique, sur les adresses mail communiquées par les membres du groupe d'experts.

Chaque question portait sur une partie ou sous partie de la maquette de la page web. Certaines questions concernaient l'organisation générale de chaque partie, et d'autres chaque partie en particulier.

Les questions ont été formulées de la manière suivante : « Partie * : Entre 1 et 9, à quel point pensez-vous que cette partie soit appropriée pour l'utilisation en médecine générale ? »

Le premier questionnaire comportait 35 questions au total. Le nombre de questions des tours suivants dépendait des résultats obtenus lors des tours précédents (obtention d'un consensus ou non).

4. Déroulement de l'étude

Pour ce travail, il a été demandé aux participants d'évaluer la pertinence de chaque partie de la maquette de la page internet, pour l'utilisation du site par les médecins généralistes.

Pour cela, chaque membre du groupe d'experts a disposé d'un accès personnel à la maquette du site internet, grâce à un identifiant et un mot de passe individuels.

Pour chaque partie, les participants ont dû noter la pertinence de la page avec une note allant de 0 à 9 (0 = Inapproprié, 9= Totalement approprié). Ils ont disposé également d'une zone de texte libre, pour soumettre des commentaires.

Chaque questionnaire a été disponible en ligne pendant deux semaines, avec un mail d'information pour signaler sa mise en ligne, et un mail de relance envoyé une semaine plus tard, en cas d'absence de réponse.

Lors de la mise en ligne du deuxième et du troisième tour, chaque participant a reçu, en même temps que les réponses de l'ensemble du groupe, un rappel de ses propres réponses du tour précédent.

Une relance individuelle a été envoyée lorsque les participants avaient donné une note qui invalidait une proposition sans émettre de commentaire, afin de leur permettre de préciser les raisons de cette note s'ils le souhaitaient.

À l'issue de chaque tour de questionnaire, les réponses ont été analysées de la manière suivante :

- Calcul de la médiane,
- Analyse de la dispersion,
- Synthèse des commentaires.

Seules les propositions incertaines ont été de nouveau soumises à évaluation au tour suivant.

Résultats

I. Revue narrative de la littérature

Les ressources qui ont été retenues pour cette revue narrative de la littérature étaient en langue française ou anglaise.

Seules les publications applicables à la pratique ambulatoire ont été retenues, les articles traitant de prises en charge hospitalières ont été écartés.

Pour la recherche dans les bases de données Pubmed, Cochrane Library et le moteur de recherche Google Scholar, les Medical Subjects Headings (MeSH) terms ont été sélectionnés pour chacune des parties précédemment citées. Ils sont résumés dans le tableau 2. À tous ces MeSH terms ont été associés « soins palliatifs » ou « palliative care ».

Pour les recommandations françaises, les recherches ont également été effectuées directement sur les sites internet des sociétés savantes de référence : la SFAP, la SFETD, la HAS.

Pour chacune des molécules détaillées sur le site, les données concernant les indications, AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), les posologies et les précautions d'emploi ont été vérifiées sur la base des données publiques des médicaments du gouvernement français.

Tableau 2 : MeSH terms et mots-clés utilisés pour la revue narrative de la littérature

| | MeSH terms ou mots-clés français | MeSH terms ou mots-clés anglais |
|---------------------------------|--|--|
| Évaluation de la douleur | Évaluation de la douleur | Pain measurement |
| Antalgiques de palier 1 | Paracétamol Anti-inflammatoires non-stéroïdiens/ Néfopam | Acetaminophen Anti-inflammatory agents, non-steroidal Nefopam |
| Antalgiques de palier 2 | Opioïdes faibles Opium Codéine Tramadol Dihydrocodéine | Weak opioids Opium Codeine Tramadol Dihydrocodeine |
| Antalgiques de palier 3 | Opioïdes forts Morphine Oxycodone Hydromorphone Fentanyl | Strong opioids Morphine Oxycodone Hydromorphone Fentanyl |
| Effets indésirables | Effets indésirables | Adverse effects |
| Rotation des opioïdes | Rotation des opioïdes | Opioid switching |

Au total, 24 sources principales ont servi de base à la conception de la page web. (Annexe 2)

Leur répartition est représentée dans la figure 1.

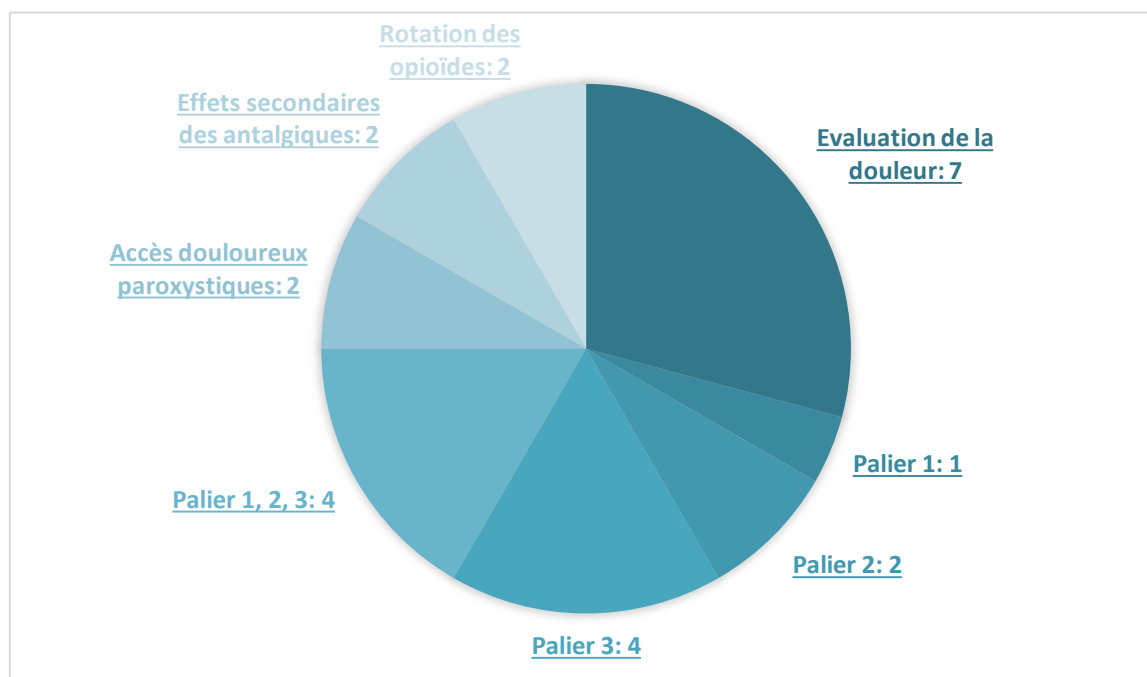


Figure 1 : Nombre de sources citées sur la maquette de la page web, par catégorie

Cette revue narrative de la littérature ayant fait l'objet d'un autre travail de recherche (mémoire de Diplôme d'Études Supérieures de Médecine Générale), l'ensemble des résultats n'a pas été repris ici.

II. Conception de la maquette de la page web

La maquette de la page web a été créée en se basant sur les différentes recommandations identifiées lors de la revue narrative de la littérature.

Seules les recommandations pouvant s'appliquer dans le contexte des soins palliatifs en ambulatoire ont été retenues, le site s'adressant aux médecins généralistes.

La page a été organisée en 5 onglets :

- Évaluation de la douleur,
- Traitements non médicamenteux,
- Traitements médicamenteux,
- Rotation des opioïdes,
- Sources.

1. Partie « évaluation de la douleur »

La partie « évaluation de la douleur » a été divisée en deux onglets :

- Évaluation de la douleur chez le patient communicant,
- Évaluation de la douleur chez le patient non communicant.

Dans chacune de ces parties, les échelles disponibles pour évaluer ou dépister la douleur nociceptive ont été détaillées.

2. Partie « traitements non médicamenteux »

Dans cette partie, différentes prises en charge telles que la kinésithérapie, la prise en charge psychologique, la relaxation ou l'hypnose ont été citées.

Il a également été rappelé l'importance du traitement étiologique de la douleur lorsqu'il est possible.

3. Partie « traitements médicamenteux »

La partie « traitements médicamenteux » a été la partie la plus développée de la page. Elle a été séparée en 3 onglets, selon la classification OMS (Organisation Mondiale de la Santé) :

- Antalgiques de palier 1 (EVA (Échelle Visuelle Analogique) 0 à 3),
- Antalgiques de palier 2 (EVA 4 à 6),
- Antalgiques de palier 3 (EVA 7 à 10).

Dans les parties « antalgiques de palier 1 » et « antalgiques de palier 2 », les différentes molécules disponibles, leurs modalités de prescription, de surveillance, et les effets secondaires ont été détaillées.

La partie « antalgiques de palier 3 » a elle-même été divisée en 4 sous-parties, correspondant à différentes situations cliniques :

- Initiation du traitement,
- Traitement d'entretien,
- Accès douloureux paroxystiques,
- Effets secondaires.

4. Partie « rotation des opioïdes »

La partie rotation des opioïdes a été séparée en 3 onglets, portant sur :

- Les indications de la rotation des opioïdes,
- Les modalités de calcul de dose lors d'une rotation d'opioïdes,
- Les modalités de mise en place d'un nouvel opioïde.

5. Partie « sources »

Cette partie a regroupé les références bibliographiques des principaux documents utilisés pour construire la page, ainsi que les liens directs vers les sites web sur lesquels ils étaient consultables lorsqu'il s'agissait de ressources en ligne. Elle a été rédigée selon la norme Vancouver de citation des références scientifiques.

6. Mise en forme

La mise en forme de la page a été faite selon la charte graphique existante du site PALLIACLIC, dont un visuel est présenté ci-dessous.



Figure 2 : Aperçu du visuel de la maquette sur le site PALLIACLIC

III. Recherche de consensus par la méthode DELPHI

1. Constitution du groupe d'experts.

Initialement, 18 médecins ont été contactés pour participer à l'étude. 14 médecins ont accepté de participer à l'étude. Il s'agissait de :

- 9 médecins généralistes, dont 2 médecins remplaçants
- 4 médecins exerçant en soins palliatifs
- 1 médecin généraliste travaillant en réseau de soins palliatifs.

Le groupe était constitué de 13 femmes et 1 homme.

2. Résultats du premier tour.

A. Taux de participation.

Lors du premier tour, 14 questionnaires ont été envoyés. 11 réponses ont été obtenues, soit un taux de participation de 73.3%.

B. Résultats

Le questionnaire du premier tour comportait 35 questions. Il était divisé en 10 parties.

Au total, 154 commentaires ont été faits, soit une moyenne de 4,4 commentaires par question.

La figure 3 représente la proportion de chaque partie en termes de nombre de questions.

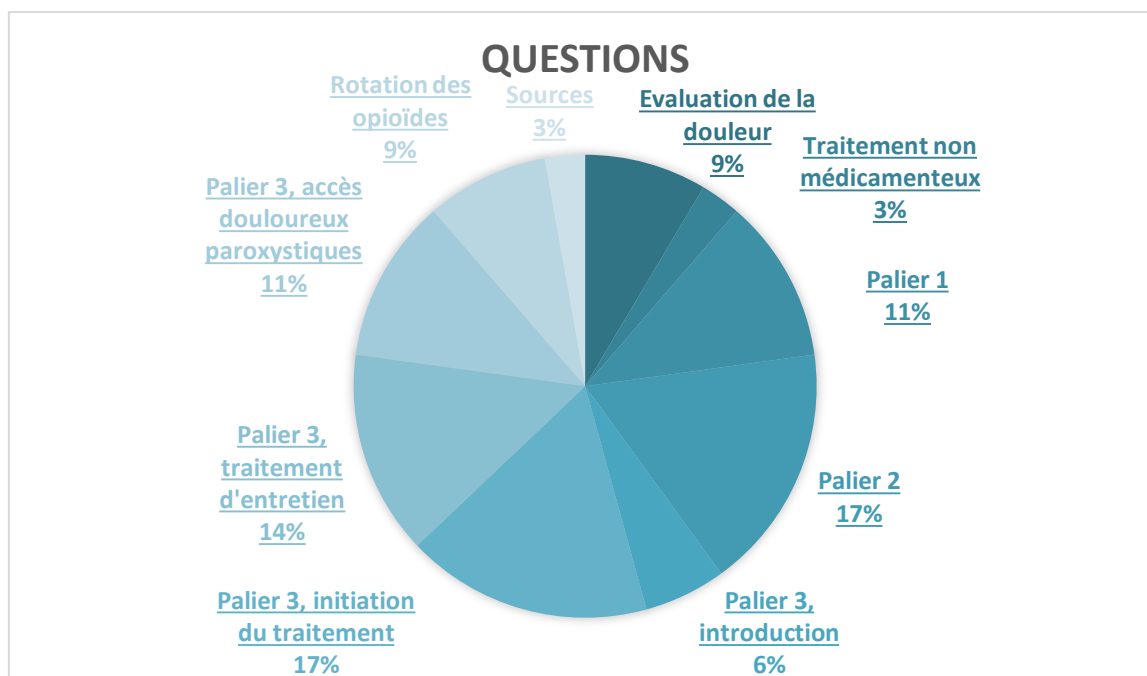


Figure 3 : Proportion de chaque partie du questionnaire en termes de nombre de questions.

La figure 4 représente la proportion de chaque partie dans les commentaires.

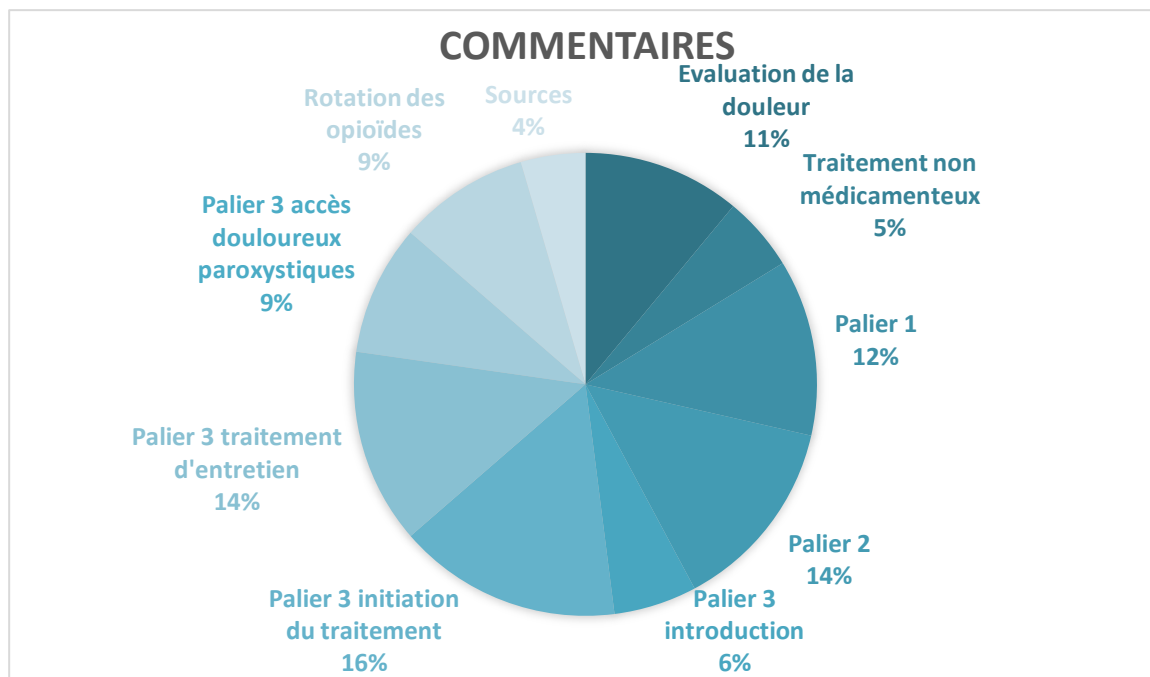


Figure 4 : Proportion de chaque partie du questionnaire en termes de nombre de commentaires

a. Propositions ayant obtenu un consensus

Quinze propositions ont été considérées comme appropriées :

Tableau 3: Propositions ayant obtenu un consensus lors du premier tour

| Propositions | Médiane | Dispersion |
|---|---------|------------|
| Évaluation de la douleur, introduction et organisation générale de l'onglet | 8 | 5-9 |
| Traitements non médicamenteux | 7 | 5-9 |
| Palier 1, Paracétamol | 8 | 6-9 |
| Palier 1, AINS (Anti-Inflammatoires Non-Stéroïdiens) | 8 | 6-9 |
| Palier 1, Néfopam | 8 | 6-9 |
| Palier 2, introduction et organisation générale de l'onglet | 8 | 6-9 |
| Palier 2, effets secondaires | 8 | 5-9 |
| Palier 2, Opium | 9 | 6-9 |
| Palier 2, Codéine | 8 | 6-9 |
| Palier 2, Tramadol | 8 | 6-9 |
| Palier 2, Dihydrocodéine | 8 | 5-9 |
| Palier 3, traitement d'entretien, Morphine | 8 | 6-9 |
| Palier 3, traitement d'entretien, Oxycodone | 8 | 6-9 |
| Palier 3, traitement d'entretien, Hydromorphone | 8 | 5-9 |
| Rotation des opioïdes, pourquoi effectuer une rotation des opioïdes | 8 | 5-9 |

Le tableau 4 ci-dessous présente la synthèse des commentaires faits par les membres du groupe d'experts, concernant les propositions ayant obtenu un consensus lors du premier tour.

Tableau 4 : Synthèse des commentaires du premier tour, pour les propositions ayant obtenu un consensus.

| | | Points positifs | Points négatifs |
|-------------------------------------|--------------|--|---|
| <i>Evaluation de la douleur</i> | Introduction | Forme | |
| | | - Organisation claire. | - Long à lire. - Ne laisser que les liens pour ne pas alourdir la page. |
| | | Contenu | |
| | | - Importance de la réévaluation régulière de la douleur. | - Devrait faire l'objet d'une page à part car ne concerne pas uniquement la douleur nociceptive (douleur neuropathique aussi). |
| <i>Traitement non médicamenteux</i> | | Forme | |
| | | | - Séparer le traitement étiologique des traitements non médicamenteux. |
| | | Contenu | |
| | | - Information claire. | - Développer davantage certains traitements : relaxation, hypnose, TENS (neuro-stimulation électrique transcutanée), utilisation du chaud ou de la glace... avec des conseils pratiques. - Préciser que le traitement étiologique ne doit pas retarder le traitement antalgique. |

| | | Points positifs | Points négatifs |
|-----------------|-------------|-------------------------------|---|
| <i>Palier 1</i> | Généralités | Forme | |
| | | - « Drapeaux rouges » utiles. | |
| | | Contenu | |
| | | | - Détailler les voies d'administration hors AMM (pour le paracétamol et le néfopam). |
| | Paracétamol | Contenu | |
| | | | - Préciser la dose maximale par 24h plutôt que l'intervalle entre deux prises. |
| | AINS | Forme | |
| | | | - Proposer un tableau des différents AINS disponibles avec les formes galéniques et les posologies. |
| | | Contenu | |
| | | | - Ajouter dans les précautions d'emploi : IEC (Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion), ARA2 (Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine 2), état infectieux. |
| | Néfopam | Contenu | |
| | | | - Détailler les voies d'administration orale et sous-cutanée (modification de posologie ?). |

| | | Points positifs | Points négatifs |
|-----------------|--------------------|---|--|
| <i>Palier 2</i> | Généralités | Forme | |
| | | | - Placer les effets secondaires après les différentes molécules. - Phrases trop longues. - Suggestion de permettre une recherche directe par nom de médicament pour un accès plus rapide aux informations. |
| | | Contenu | |
| | | - Informations pertinentes. | - Le consensus actuel est de traiter les douleurs cancéreuses plutôt par un palier 3 à faibles doses que par un palier 2 (meilleures tolérance et efficacité). |
| | Effets secondaires | Contenu | |
| | | | - Rappeler que la dépression respiratoire est un signe de surdosage commun à tous les morphiniques, et ne doit pas être surestimée. |
| | Opium | Contenu | |
| | | - Forme suppositoire inconnue de certains. | |
| | Codéine | Contenu | |
| | | | - Rappeler la dose maximale de paracétamol en cas d'association à un palier 1. |
| | Tramadol | Forme | |
| | | | - Mieux différencier les posologies maximales entre les formes à libération immédiate et à libération prolongée. |
| Contenu | | | |
| | | - Corriger le délai d'action de la forme LP (Libération Prolongée). | |
| Dihydrocodéine | Contenu | | |
| | | - Peu connu et peu utilisé, confusion avec la codéine. | |

| | | Points positifs | Points négatifs |
|------------------------------|--|---|---|
| <i>Palier 3</i> | Traitement d'entretien, morphine, oxycodone, hydromorphone | Contenu | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - La mention des médicaments écrasables ou ouvrables est appréciée. - L'hydromorphone est peu utilisée donc peu connue. | <ul style="list-style-type: none"> - Proposer les dosages existants pour chaque spécialité, pour faciliter la prescription. - La notion d'interdoses pour l'adaptation des doses doit être clarifiée. |
| <i>Rotation des opioïdes</i> | Pourquoi faire une rotation des opioïdes ? | Forme | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Remplacer le terme de « rotation » par celui de « relais » (recommandations de la SFETD). |
| | | Contenu | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Ajouter la définition de la rotation des opioïdes. - Préciser les indications (en particulier phénomène de tolérance ou d'hyperalgésie). | |

Lors du premier tour, aucune proposition n'a été jugée inappropriée.

b. Propositions n'ayant pas obtenu de consensus

Vingt propositions ont été jugées incertaines et n'ont donc pas obtenu de consensus :

Tableau 5 : Propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du premier tour

| Propositions | Médiane | Dispersion |
|---|---------|------------|
| Évaluation de la douleur, patient communicant | 8 | 2-9 |
| Évaluation de la douleur, patient non communicant | 8 | 2-9 |
| Palier 1, introduction et organisation générale de l'onglet | 8 | 3-9 |
| Palier 3, introduction et organisation générale de l'onglet | 8 | 4-9 |
| Palier 3, effets secondaires | 8 | 1-9 |
| Palier 3, initiation du traitement, introduction et organisation générale de l'onglet | 8 | 2-9 |
| Palier 3, initiation du traitement, Morphine LI (Libération Immédiate) | 8 | 4-9 |
| Palier 3, initiation du traitement, Oxycodone LI | 8 | 4-9 |
| Palier 3, initiation du traitement, Morphine LP | 8 | 1-9 |
| Palier 3, initiation du traitement, Oxycodone LP | 8 | 1-9 |
| Palier 3, initiation du traitement, Hydromorphone LP | 8 | 2-9 |
| Palier 3, traitement d'entretien, introduction et organisation générale de l'onglet | 8 | 1-9 |
| Palier 3, traitement d'entretien, Fentanyl | 8 | 1-9 |
| Palier 3, accès douloureux paroxystiques (ADP), introduction et organisation générale de l'onglet | 8 | 1-9 |
| Palier 3, accès douloureux paroxystiques, Morphine | 8 | 1-9 |
| Palier 3, accès douloureux paroxystiques, Oxycodone | 8 | 1-9 |
| Palier 3, accès douloureux paroxystiques, Fentanyl | 8 | 1-9 |
| Rotation des opioïdes, calcul des doses | 8 | 2-9 |
| Rotation des opioïdes, modalités de mise en place | 9 | 1-9 |
| Sources | 8 | 1-9 |

Le tableau 6 ci-dessous présente la synthèse des commentaires concernant les propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du premier tour.

Tableau 6: Synthèse des commentaires du premier tour, pour les propositions n'ayant pas obtenu un consensus.

| | | Points positifs | Points négatifs |
|------------------------------|--|--|---|
| <i>Commentaires généraux</i> | | Forme | |
| | | - La classification selon les paliers OMS est jugée claire. | - Beaucoup d'informations, qui rendent la lecture difficile parfois. - La classification OMS selon les 3 paliers n'est validée que pour les douleurs cancéreuses : elle ne peut pas être utilisée pour organiser la page, qui traite d'autres douleurs que les douleurs cancéreuses. |
| | | Contenu | |
| | | - Les tableaux « voies d'administration alternatives » et la mention des médicaments ouvrables et écrasables sont appréciés. - Informations intéressantes et pertinentes dans l'ensemble, pour la pratique quotidienne. | - Les voies d'administration hors AMM méritent d'être clarifiées (voies possibles, mais uniquement en hospitalier par exemple...). |

| | | Points positifs | Points négatifs |
|---------------------------------|---|---|---|
| <i>Evaluation de la douleur</i> | Généralités | Forme | |
| | | - Information claire. | - Beaucoup d'information, peut-être ne laisser que les liens pour télécharger les échelles et non les échelles elles-mêmes ? - Mettre plus en évidence les liens de téléchargement des échelles. - Suggestion de pouvoir calculer les scores directement sur le site. |
| | Contenu | | |
| | | - Devrait faire l'objet d'une page à part car ne concerne pas uniquement la douleur nociceptive. | |
| | Patient communicant | Contenu | |
| | | - Ajouter l'échelle des visages (patients ne parlant pas français). | |
| Patient non communicant | Contenu | | |
| | - Intéressant car échelles peu connues des médecins généralistes. | - Echelles plus facilement utilisables en institution que par les médecins généralistes seuls. | |
| <i>Palier 1</i> | Introduction | Forme | |
| | | - Information claire. | - Introduction longue. |
| <i>Palier 3</i> | Introduction, organisation générale de l'onglet | Forme | |
| | | | - Suggestion d'organisation différente : * Modalités de prescription (titration, entretien, surveillance), * Effets secondaires, * Différentes molécules disponibles. |
| | Contenu | | |
| | | - Nuancer l'interdiction d'associer deux antalgiques du palier 3. - Proposer les différents dosages existants pour chaque spécialité. | |
| | Effets secondaires | Forme | |
| | | - Distinguer les effets indésirables des signes de surdosage. - Corriger « détresse respiratoire » en « dépression respiratoire ». - Introduction redondante avec le tableau. | |
| | | Contenu | |
| | | - Conseiller un avis spécialisé en cas de signes de surdosage ou d'intolérance. - Insister sur la cinétique des patchs de fentanyl avec risque de surdosage en l'absence de titration préalable. | |

| | | Points positifs | Points négatifs |
|---|--|---|--|
| <i>Palier 3, initiation du traitement</i> | Introduction, organisation générale de l'onglet | Forme | |
| | | - Information claire | - Indiquer « libération immédiate » et « libération prolongée » en toutes lettres dans les titres des onglets. |
| | Contenu | | |
| | | - Détailler davantage la phase de titration. - Insister sur les précautions d'emploi des formes LP : privilégier les formes LI en cas d'insuffisance rénale ou hépatique, d'altération de l'état général ou chez le sujet âgé. | |
| | Morphine LI Oxycodone LI | Contenu | |
| | | | - La notion d'interdoses n'est pas claire (à ne mentionner que dans la partie « traitement d'entretien »). - Préciser les modalités de titration de l'oxycodone par voie parentérale. |
| | Morphine LP Oxycodone LP | Contenu | |
| | | - Préciser que la posologie dépend de la titration réalisée auparavant. | |
| Hydromorphone LP | Contenu | | |
| | | - Préciser l'absence d'interdoses d'hydromorphone LI. | |
| <i>Palier 3, traitement d'entretien</i> | Introduction | Forme | |
| | | | - Introduction longue. |
| | Fentanyl | Contenu | |
| | | - Rappeler que la cinétique du fentanyl transdermique ne le rend pas adapté pour la titration. Il doit donc être prescrit aux patients dont la douleur est stable. | |

| | | Points positifs | Points négatifs |
|---|---|--|---|
| <i>Palier 3, accès douloureux paroxystiques (ADP)</i> | Introduction, organisation générale de l'onglet | Forme | |
| | | | - Ne pas en faire un onglet spécifique car cela relève de la spécialité. |
| | | Contenu | |
| | | | - Préciser la définition des accès douloureux paroxystiques (celle de la HAS a été citée en référence). - Conseiller un avis spécialisé dans cette situation. |
| | Morphine Oxycodone | Forme | |
| | | | - Ne correspondent pas au traitement des ADP : retirer ces ongles. |
| | Fentanyl | Forme | |
| | | | - Ne pas développer autant cet onglet car cela relève de la spécialité. |
| | | Contenu | |
| | | | - Insister sur le risque de surdosage (utilisation sous surveillance médicale) et le risque de pharmacodépendance. - Préciser que cela ne correspond pas aux interdoses du fentanyl transdermique. |
| <i>Rotation des opioïdes</i> | Calcul des doses | - Site Opiocovert inconnu de certains | |
| | Modalités de mise en place | - Utile car c'est un problème régulièrement rencontré en pratique. | - Clarifier les modalités de passage de la forme transdermique aux autres formes. |
| <i>Sources</i> | Contenu | | |
| | | | - Ajouter le Vidal. |

3. Résultats du deuxième tour

A. Taux de participation.

Lors du deuxième tour, seuls les 11 médecins ayant répondu lors du premier tour ont été recontactés. 11 questionnaires ont été envoyés, et 11 réponses ont été obtenues, soit un taux de participation de 100%.

B. Résultats.

Le questionnaire du second tour comportait 20 questions, correspondant aux propositions n'ayant pas été validées au premier tour.

Au total, 62 commentaires ont été faits, soit une moyenne de 3,1 commentaires par question.

Parmi les 62 commentaires, 15 d'entre eux (24,2%) ont apporté une notion nouvelle, les 47 autres (75,8%) ont repris les commentaires du premier tour pour exprimer leur accord ou leur désaccord.

a. Propositions ayant obtenu un consensus

Onze propositions ont été considérées comme appropriées :

Tableau 7: Propositions ayant obtenu un consensus lors du deuxième tour

| Propositions | Médiane | Dispersion |
|---|---------|------------|
| Palier 1, introduction et organisation générale de l'onglet | 8 | 7-9 |
| Palier 3, introduction et organisation générale de l'onglet | 8 | 5-9 |
| Palier 3, effets secondaires | 9 | 8-9 |
| Palier 3, Initiation du traitement, Morphine LI | 8 | 7-9 |
| Palier 3, Initiation du traitement, Oxycodone LI | 8 | 7-9 |
| Palier 3, traitement d'entretien, introduction et organisation générale de l'onglet | 8 | 5-9 |
| Palier 3, traitement d'entretien, Fentanyl | 8 | 8-9 |
| Palier 3, Accès douloureux paroxystiques, Fentanyl | 8 | 7-9 |
| Rotation des opioïdes, calcul des doses | 8 | 7-9 |
| Rotation des opioïdes, modalités de mise en place | 8 | 7-9 |
| Sources | 8 | 7-9 |

Commentaires :

Concernant la classification des antalgiques sur le site selon les 3 paliers de l’OMS, les experts du groupe n’ont pas été d’accord. En effet, certains ont signalé que la classification ne s’appliquait qu’aux douleurs cancéreuses et ne pouvait donc pas être utilisée pour toutes les douleurs. Cependant, d’autres experts ont avancé le fait que cette classification était largement connue de tous les médecins et était donc pratique d’utilisation.

Les commentaires ont aussi souligné que les voies d’administration proposées devaient être réalisables au domicile.

Pour toutes les autres propositions validées, les experts ont été d’accord avec les commentaires proposés lors du premier tour.

La présentation générale a de nouveau été jugée très dense et parfois difficile à lire. Cependant, certains commentaires ont signalé que chaque onglet pouvait être ouvert indépendamment des autres, ce qui allégeait le visuel, et que cette densité était due à la quantité d’information qui devait être disponible sur ce sujet.

Lors du second tour, aucune proposition n’a été jugée inappropriée.

b. Propositions n’ayant pas obtenu de consensus

Neuf propositions ont été jugées incertaines et n’ont donc pas obtenu de consensus :

Tableau 8: Propositions n’ayant pas obtenu un consensus lors du deuxième tour.

| Propositions | Médiane | Dispersion |
|---|---------|------------|
| Évaluation de la douleur, patient communicant | 8 | 4-9 |
| Évaluation de la douleur, patient non communicant | 8 | 4-9 |
| Palier 3, initiation du traitement, introduction et organisation générale de l’onglet | 8 | 2-9 |
| Palier 3, initiation du traitement, Morphine LP | 8 | 2-9 |
| Palier 3, initiation du traitement, Oxycodone LP | 8 | 2-9 |
| Palier 3, initiation du traitement, Hydromorphe LP | 8 | 2-9 |
| Palier 3, accès douloureux paroxystiques, introduction et organisation générale de l’onglet | 8 | 4-9 |
| Palier 3, accès douloureux paroxystiques, Morphine | 8 | 1-9 |
| Palier 3, accès douloureux paroxystiques, Oxycodone | 8 | 1-9 |

Commentaires :

Partie « évaluation de la douleur » :

Les membres du groupe d'experts ont validé l'idée, émise en commentaires du premier tour, de créer une page séparée pour l'évaluation de la douleur, étant donné qu'elle ne concernait pas uniquement la douleur nociceptive mais également les autres types de douleurs.

Les autres commentaires ont été également validés.

Partie « palier 3, initiation du traitement » :

Les commentaires du premier tour ont été validés par les membres du groupe d'experts.

Partie « palier 3, accès douloureux paroxystiques » :

Certains membres du groupe d'experts n'ont pas été d'accord avec l'idée de ne pas faire apparaître les accès douloureux paroxystiques car relevant de la spécialité. En effet, ils ont avancé le fait que ces informations permettaient de « faire de la pédagogie », auprès des médecins qui ne seraient pas très à l'aise avec cette notion, et également que l'avis spécialisé était parfois difficile à obtenir et que cette information pouvait donc être utile en cas de besoin.

Les autres commentaires ont été validés.

4. Résultats du troisième tour.

A. Taux de participation

Lors du troisième tour, les 11 médecins ayant répondu au deuxième tour ont été recontactés. 8 réponses ont été obtenues, soit un taux de participation de 72.7%.

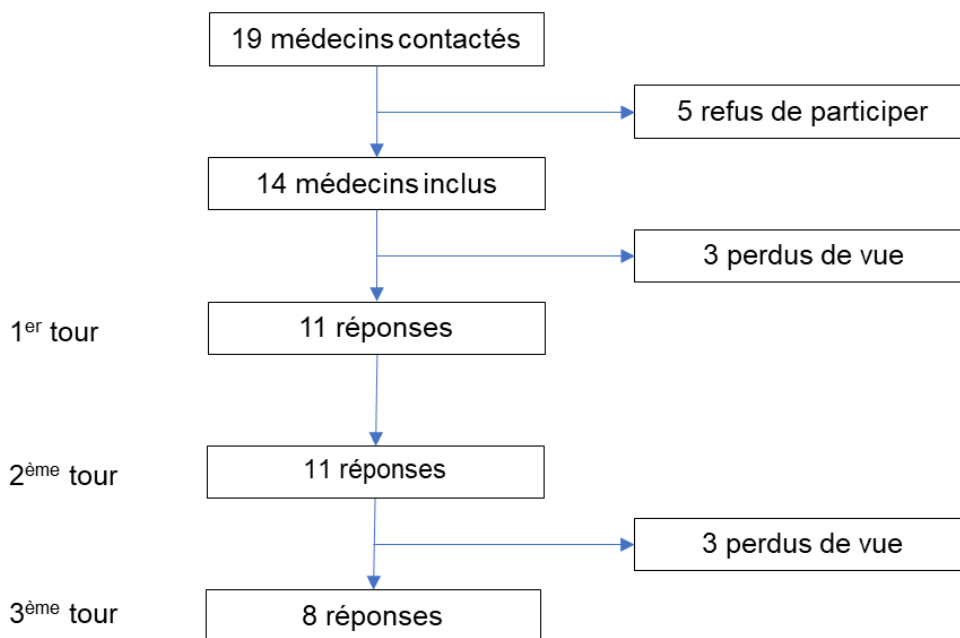


Figure 5 : Evolution du nombre de participants au cours de l'étude

B. Résultats.

Le questionnaire du troisième tour comportait 9 questions, correspondant aux propositions n'ayant pas été validées lors du deuxième tour.

Au total, 21 commentaires ont été faits, soit une moyenne de 2,3 commentaires par question.

Sur les 21 commentaires, 2 d'entre eux (9,5%) ont apporté une notion nouvelle, les 19 autres (90,5%) ont repris les commentaires du premier tour pour exprimer leur accord ou leur désaccord.

a. Propositions ayant obtenu un consensus

Six propositions ont été considérées comme appropriées :

Tableau 9 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du troisième tour

| Propositions | Médiane | Dispersion |
|---|---------|------------|
| Évaluation de la douleur, patient communicant | 8.5 | 6-9 |
| Évaluation de la douleur, patient non communicant | 8 | 6-9 |
| Palier 3, initiation du traitement, introduction et organisation générale de l'onglet | 8 | 7-9 |
| Palier 3, initiation du traitement, Morphine LP | 8.5 | 7-9 |
| Palier 3, initiation du traitement, Oxycodone LP | 8.5 | 7-9 |
| Palier 3, initiation du traitement, Hydromorphone LP | 7.5 | 7-9 |

Commentaires :

Partie « évaluation de la douleur » :

Les membres du groupe d'experts ont proposé, comme lors des tours précédents, que la partie « évaluation de la douleur » figure sur une page différente, et soit complétée avec les échelles d'évaluation de la douleur neuropathique.

Partie « palier 3, initiation du traitement » :

Les commentaires des tours précédents ont été approuvés par les membres du groupe d'experts.

Certains ont proposé que soient mieux détaillées les précautions d'emploi en cas d'altération de l'état général, d'insuffisances rénale et hépatique, en précisant la place du fentanyl transdermique lors de l'insuffisance rénale.

À l'issue du troisième tour, aucune proposition n'a été jugée inappropriée.

b. Propositions n'ayant pas obtenu de consensus

Trois propositions ont été jugées incertaines, et n'ont donc pas obtenu de consensus. Toutes ces propositions concernaient la prise en charge des accès douloureux paroxystiques :

Tableau 10 : Propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du troisième tour.

| Propositions | Médiane | Dispersion |
|---|---------|------------|
| Palier 3, accès douloureux paroxystiques, introduction et organisation générale de l'onglet | 8 | 1-9 |
| Palier 3, accès douloureux paroxystiques, Morphine | 8 | 1-9 |
| Palier 3, accès douloureux paroxystiques, Oxycodone | 8 | 1-9 |

Commentaires :

Les commentaires concernant les accès douloureux paroxystiques ont rejoint ceux faits aux tours précédents : mieux définir l'accès douloureux paroxystique qui est une entité très spécifique ne devant pas être confondue avec une douleur neuropathique ou une douleur de fin de dose. De plus, il a été conseillé de faire appel à un spécialiste de la douleur ou des soins palliatifs devant cette situation.

Il a été de nouveau souligné que les onglets « morphine » et « oxycodone » devraient être supprimés de cette partie car ces traitements ne correspondraient pas à la prise en charge des accès douloureux paroxystiques.

À la suite du troisième tour, devant la stagnation des réponses, comme illustré dans la figure 6, et devant le nombre de perdus de vue, il a été décidé de ne pas réaliser un quatrième tour de questionnaire.

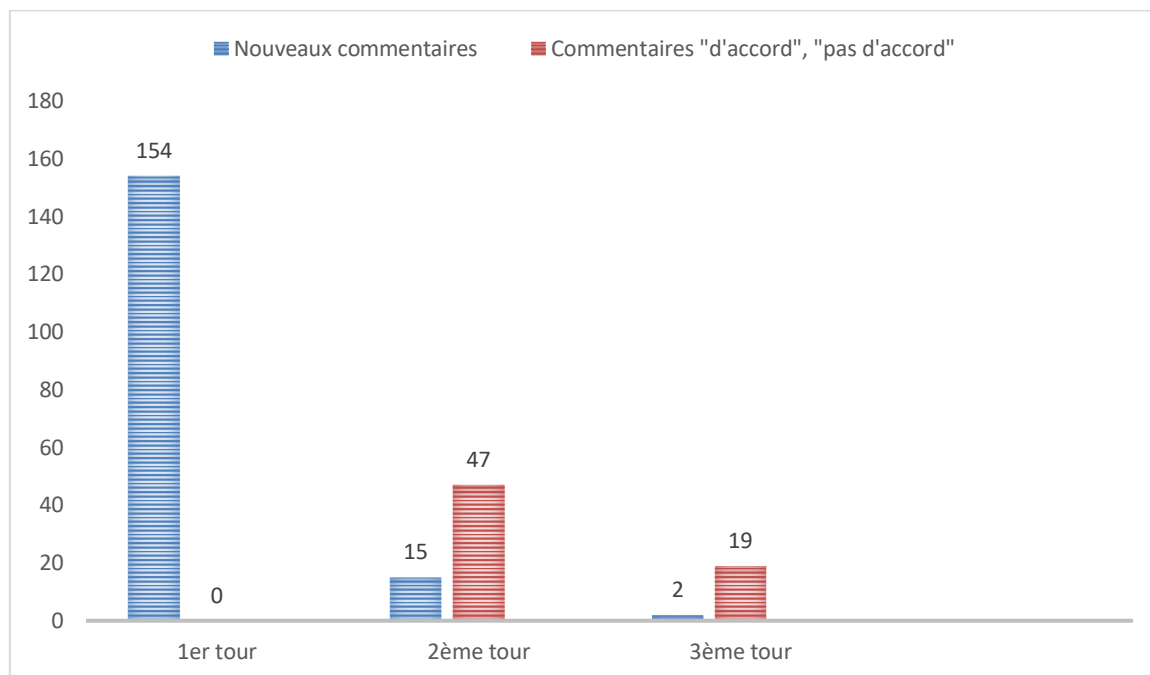


Figure 6 : Évolution du nombre de commentaires, nouveaux ou non, lors des 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} tours du questionnaire Delphi.

Discussion

I. Forces de l'étude

1. Critères méthodologiques

La méthode DELPHI est une méthode validée de recherche de consensus (15), qui est donc adaptée pour cette question de recherche. Elle présente plusieurs avantages :

- L'anonymat des questionnaires administrés par voie électronique a permis de s'affranchir d'un effet de meneur de groupe, afin que tous les experts puissent exprimer leur opinion librement. (14)
- Une simplicité sur le plan logistique (14), car elle ne nécessite pas de regroupement physique des membres du groupe d'experts. Ce point est d'autant plus important dans le contexte actuel de crise sanitaire liée à la COVID-19.

Sur le plan méthodologique, ce travail présente plusieurs points positifs :

- Analyse des résultats selon les critères validés par la HAS (15)
- Critères de sélection des experts recrutés respectés, correspondant au profil des futurs utilisateurs du site PALLIACLIC, avec une majorité de médecins généralistes, à qui le site s'adresse en priorité.
- Pertinence des experts recrutés, possédant une bonne connaissance du sujet abordé :
 - o Médecins généralistes, qui seront les principaux utilisateurs du site et donc les mieux placés pour juger s'il est adapté à leur pratique quotidienne.
 - o Médecins de soins palliatifs et de douleur.
- Taux de participation élevé, allant de 72.7 à 100% selon les tours.

2. Prise en compte des avis extrêmes et degré d'accord du groupe

Selon les critères de la HAS, pour obtenir un consensus et être jugée appropriée, une proposition doit obtenir une note médiane supérieure ou égale à 7 et une répartition des notes comprise entre 5 et 9. (15)

Dans ce travail, l'absence de consensus a toujours été liée à une dispersion des notes au-delà des critères de validation, et était donc liée aux avis extrêmes.

En revanche, la note médiane a toujours été supérieure ou égale à 7, ce qui témoigne d'un fort degré d'accord au sein du groupe.

D'autres critères, tels que ceux de la méthode RAND UCLA existent pour analyser les résultats. (14) Ceux-ci définissent le consensus par une note médiane supérieure ou égale à 7 et l'absence de désaccord (le désaccord est défini par 30% des résultats compris entre 1 et 3, et 30% compris entre 7 et 9).

Selon ces critères, toutes les propositions auraient été validées dès le premier tour.

L'utilisation des critères de la HAS a donc permis de débattre des propositions invalidées par les avis extrêmes et d'enrichir les échanges.

II. Limites de l'étude

1. Nombre d'experts

Dix-neuf experts ont été initialement contactés pour participer à l'étude. 5 ont décliné, 14 ont accepté soit un groupe initial composé de 14 experts. Cependant, 3 n'ont pas donné de réponse lors du premier tour, et 3 autres lors du troisième tour, ce qui a porté le nombre de participants à 11 puis 8, quand la littérature propose un nombre minimum de 15 membres dans le groupe d'experts. (14) Cela peut entraîner une perte de représentativité des experts et une perte de puissance de l'étude.

2. Représentativité de l'échantillon

Le groupe d'experts était composé de 13 femmes et seulement 1 homme, ce qui n'est pas représentatif de la démographie médicale. (16) Cela ne s'explique pas uniquement par la féminisation de la profession, mais également par le recrutement des experts dans les réseaux personnels des directrices de thèse et de l'investigatrice, avec une proportion plus importante de femmes que d'hommes contactés initialement.

3. Biais de recrutement

Les membres du groupe d'experts ont été recrutés parmi le réseau personnel des directrices de thèse et de l'investigatrice. Cela a pu influencer de manière positive les réponses données, tant en termes de notes, plus élevées, que de commentaires.

4. Temps de réponse imparti

Les experts disposaient de 2 semaines pour répondre aux questionnaires, avec un mail de rappel envoyé à une semaine. Ces délais ont été décidés de façon arbitraire. Ils ont pu paraître trop courts à certains experts et favoriser les perdus de vue. Cependant, cela a également permis de restreindre la durée totale de l'étude et ainsi de maintenir l'intérêt des experts pour le sujet.

III. Discussion des principaux résultats de l'étude

1. Propositions n'ayant pas obtenu de consensus

Les trois propositions qui n'ont pas obtenu de consensus concernent la prise en charge des ADP. Les différents commentaires ont mis en avant la nécessité d'en préciser la définition (celle de la HAS a été citée) et de ne conserver que le Fentanyl transmuqueux (FTM) dans les molécules disponibles pour le traitement des ADP. Le débat s'est également porté sur l'utilité de cette rubrique pour la pratique en médecine générale.

En réalité, il n'existe pas dans la littérature, de définition précise des ADP. Plusieurs sociétés savantes ont proposé des définitions différentes les unes des autres.

Selon la HAS, dont la définition a été citée dans les commentaires du DELPHI, il s'agit d'« accès douloureux transitoires et spontanés [pouvant] survenir malgré un traitement de fond par opioïdes à posologie stable ». De cette définition sont exclus les accès douloureux survenant en fin de dose et justifiant une réévaluation du traitement antalgique de fond. (17)

Pour l'IASP (International Association for Study of Pain), un ADP est « une exacerbation transitoire de la douleur qui survient soit spontanément, soit en relation avec un déclenchement spécifique, prévisible ou non, sur une douleur de fond relativement stable et contrôlée » (18). Cette notion de facteur déclenchant n'est pas reprise dans toutes les définitions.

Dans une étude de 2015 portant sur la prise en charge des ADP par les médecins généralistes (19), il apparaît que la définition des ADP, quelle que soit celle retenue, est mal connue des médecins généralistes interrogés, ce qui peut entraîner des difficultés pour diagnostiquer et donc prendre en charge de manière appropriée ces situations.

Concernant la prise en charge thérapeutique des ADP, le FTM est le médicament indiqué dans ces situations, en raison de sa rapidité d'action. (17) (20) (21) (22)

Dans l'étude précédemment citée (19), il est montré que les médecins généralistes rencontrent des difficultés de prescription du FTM, du fait d'une mauvaise connaissance de cette molécule. Les médecins interrogés ont plus facilement recours à la morphine ou l'oxycodone à libération immédiate, qui ne sont pas les médicaments recommandés dans cette situation.

Cette méconnaissance de l'utilisation du FTM par les médecins généralistes est retrouvée dans un compte rendu de séance de l'ANSM (23), qui rappelle que la majorité des cas d'abus ou de dépendance au FTM survenant dans un contexte de prescription médicale, sont du fait de prescriptions émanant de médecins généralistes. Ces cas de mésusage sont généralement liés à des prescriptions ne respectant pas l'AMM du FTM (douleurs non cancéreuses, absence de traitement de fond par opioïdes).

Ces différentes données laissent penser que l’item « accès douloureux paroxystiques » mérite de figurer sur la page du site web, tout en signalant qu’il s’agit d’une situation pouvant nécessiter le recours à un avis spécialisé. En effet, cette section pourrait permettre aux médecins généralistes qui ne sont pas à l’aise avec la notion d’ADP ou avec l’emploi du FTM de trouver des informations pertinentes pour leur pratique.

Ces propositions n’ayant pas obtenu de consensus lors du DELPHI, cette partie devra dans tous les cas être modifiée avant sa publication définitive sur le site.

2. Propositions ayant obtenu consensus mais ayant fait l’objet de débat

Plusieurs thèmes abordés ont fait débat au sein du groupe d’experts :

❖ La pertinence de la partie portant sur l’évaluation de la douleur.

La partie « évaluation de la douleur » a été jugée pertinente mais trop succincte, avec notamment la nécessité de développer les échelles d’évaluation des autres types de douleur. En particulier, les échelles d’hétéroévaluation ont été jugées utiles, car peu connues et peu utilisées par les médecins généralistes.

Ces commentaires concordent avec les données de la littérature. En effet, une étude de 2006 (24) montre que les échelles d’évaluation les plus utilisées par les médecins généralistes sont les échelles d’auto-évaluation, unidimensionnelles (n’évaluant que l’intensité de la douleur et non son mécanisme), la plus utilisée étant l’EVS (échelle verbale simple). Une autre étude réalisée auprès des internes de médecine générale révèle que seulement 13% d’entre eux connaissent ou utilisent les échelles d’hétéroévaluation, contre 35% pour l’EVA (échelle visuelle analogique) et 27% pour l’EN (échelle numérique). L’évaluation de la douleur neuropathique par l’échelle DN4 (douleur neuropathique en 4 questions) n’est, quant à elle, citée que par 4% des internes interrogés. (25)

La pratique ambulatoire n'est pas la seule à sous-utiliser ces échelles, comme le montre un rapport d'audit de la HAS de 2005, avec, en milieu hospitalier, une utilisation des échelles d'hétéroévaluation de la douleur moins systématique que l'utilisation des échelles d'auto-évaluation (qui restent elles-mêmes sous-employées dans cette étude). (26)

Il apparaît que la faible utilisation de ces échelles d'évaluation est liée au manque de temps et au manque de formation des médecins. (27) Il est possible qu'un certain nombre de professionnels de santé ne connaissent tout simplement pas assez bien ces outils pour en faire un usage régulier.

Il semble donc nécessaire que les médecins généralistes qui consultent le site PALLIACLIC puissent accéder à un rappel des différentes échelles existantes pour l'évaluation de la douleur. Afin d'être plus exhaustive, cette partie pourrait faire l'objet d'une page séparée, et reprendre, en plus de l'évaluation de la douleur nociceptive, les outils d'évaluation de la douleur neuropathique qui sont également peu utilisés en pratique quotidienne.

❖ L'indication des antalgiques de palier 2 dans les douleurs modérées.

Plusieurs experts signalent que le consensus actuel, dans la prise en charge des douleurs liées au cancer, est de prescrire un antalgique de palier 3 à faibles doses plutôt qu'un antalgique de palier 2, en raison d'une meilleure tolérance et d'une meilleure efficacité.

Cette stratégie de prise en charge figure en effet dans les recommandations de l'EAPC (European Association for Palliative Care), révisées en 2012 (20)

Plusieurs études confirment ces données, avec une diminution de l'intensité de la douleur plus importante et plus rapide, sans majoration des effets secondaires, chez des patients souffrant de douleurs dues au cancer. (28) (29)

Cela ne remet pas en cause l'existence d'un onglet à propos des antalgiques de palier 2 sur la page, qui peuvent trouver leur place dans certaines situations cliniques.

Cependant, cette notion devrait être clairement explicitée sur le site, avec pourquoi pas une modification dans l'ordre d'apparition des antalgiques, en plaçant les paliers 3 avant les paliers 2.

❖ L'organisation de la page selon les paliers OMS des antalgiques.

L'organisation des antalgiques sur la page, selon les 3 paliers de l'OMS, a été jugée problématique car elle n'est validée que pour les douleurs dues au cancer. Or les soins palliatifs concernent un éventail de pathologies allant des maladies cardio-vasculaires aux pathologies neurologiques ou respiratoires... Cette classification en 3 paliers de l'OMS avait été choisie car elle est largement connue et utilisée par tous les professionnels de santé.

Une publication de l'IASP de 2016 va dans le sens des commentaires, puisqu'elle considère que la classification des antalgiques selon les paliers de l'OMS n'est pas appropriée pour la prise en charge des douleurs articulaires aiguës ou chroniques. (30) Le risque serait de traiter avec des opioïdes forts des douleurs intenses, mais dont le mécanisme rendrait ces traitements inefficaces (douleurs inflammatoires, fibromyalgie...)

On peut opposer aujourd'hui à la classification de l'OMS, une nouvelle classification proposée en 2010 par D Lussier et P Beaulieu, qui classe les antalgiques selon leur mécanisme d'action : anti-nociceptifs, anti-hyperalgésiques, modulateurs des contrôles inhibiteurs et excitateurs descendants, modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique, et mixtes. (31)

Par ailleurs, cette remarque rejoint le point précédent concernant la place des antalgiques de palier 2. En effet, si l'on s'affranchit de la classification de l'OMS, la séquence palier 2 (opioïde faible) puis palier 3 (opioïde fort) en cas d'inefficacité n'apparaît plus comme la seule option, mais peut être remplacée par l'utilisation d'un opioïde fort d'emblée.

Il apparaît donc que cette classification OMS n'est sans doute plus la plus appropriée aujourd'hui pour présenter les médicaments antalgiques, même si elle reste très connue et largement utilisée en pratique quotidienne. Quoiqu'il en soit, chacun des paliers ne peut pas être associé à une intensité de douleur comme cela avait été fait sur la page, ce point devra être corrigé dans la version définitive.

Toutes ces propositions ont finalement obtenu un consensus, mais les remarques apportées dans les commentaires du DELPHI pourront être prises en compte lors de la rédaction de la version finale de la page web, pour aider à reformuler certains points.

Conclusion

La douleur est un symptôme très fréquemment rencontré dans les situations de soins palliatifs, et dont la prise en charge peut se révéler complexe.

Ce travail de recherche de consensus par la méthode DELPHI, sur la prise en charge des patients souffrant de douleurs nociceptives en soins palliatifs à domicile, a permis de compléter l'outil PALLIACLIC, en réalisant une page adaptée au plus près à la pratique des médecins généralistes.

De plus, l'apport des commentaires des experts a fait émerger certains points de réflexion, portant entre autres sur l'évaluation de la douleur, l'indication des différents paliers antalgiques et surtout, la prise en charge des accès douloureux paroxystiques. Les médecins généralistes sont potentiellement confrontés à ces questionnements, il est donc important de clarifier ces points avant la publication de la page sur le site.

Par la suite, d'autres travaux de recherche pourraient être poursuivis pour compléter cette thèse, tels qu'une évaluation de l'utilisation effective du site PALLIACLIC ou la poursuite du développement des items manquants sur le site.

La mission de PALLIACLIC sera pleinement atteinte si le site permet aux médecins généralistes d'accompagner le plus sereinement possible les patients dans leur fin de vie.

Conclusion générale

THÈSE SOUTENUE PAR : Anne PITAVAL

TITRE :

**GESTION DE LA DOULEUR NOCICEPTIVE DES PATIENTS EN SOINS PALLIATIFS
PAR LES MEDECINS GENERALISTES : EVOLUTION DE L'OUTIL PALLIACLIC**

CONCLUSION :

Les prises en charge palliatives en ambulatoire, par les médecins généralistes, sont de plus en plus fréquentes, répondant ainsi à un souhait exprimé par les français, qui sont plus de 80% à déclarer souhaiter mourir chez eux. Ces situations peuvent représenter une difficulté pour les médecins généralistes, c'est pourquoi l'outil « PALLIACLIC », site d'aide à la prescription médicale, a été créé. La page concernant la douleur nociceptive, symptôme très fréquent en soins palliatifs, n'avait pas encore été développée sur le site.

Ce travail avait pour objectif de créer la page « douleur nociceptive » et de la soumettre à évaluation par un groupe d'experts, afin d'obtenir un consensus avant sa publication.

Une revue narrative de la littérature a été effectuée et a servi de base à la conception de la maquette de la page web. Celle-ci a ensuite été soumise à une évaluation par un groupe d'experts grâce à une méthode DELPHI.

Lors de cette évaluation, 32 des 35 propositions ont obtenu un consensus. Plusieurs thématiques ont été débattues au sein du groupe d'experts : la place de l'évaluation de la douleur, la pertinence de la classification des antalgiques selon l'échelle en 3 paliers de l'OMS, les indications des antalgiques de palier 2 ou de palier 3 dans les douleurs modérées. Seules les propositions concernant le diagnostic et la prise en charge des accès douloureux paroxystiques ont divisé le groupe et n'ont pas obtenu de consensus à l'issue des trois tours de questionnaire.

Cette étude a donc permis, en tenant compte des avis d'experts, d'adapter au mieux la page internet « douleur nociceptive » aux attentes des médecins généralistes pour leur pratique quotidienne.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

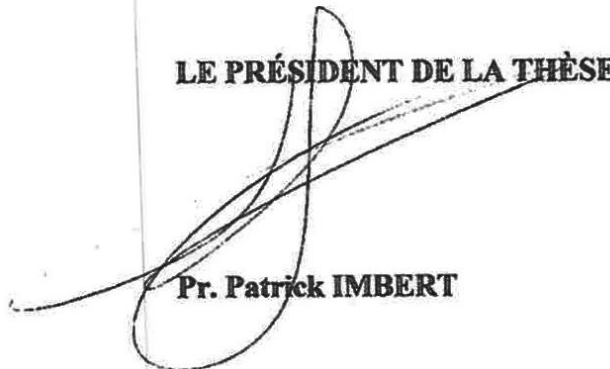
Grenoble, le : 11/01/21

LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. Patrick IMBERT

Bibliographie

1 : Fondation FPG. Fin d'un tabou ! La mort, la fin de vie, le deuil, ma mort, ça concerne et intéresse les Français. [En ligne] Disponible sur : https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/1283-1-study_file.pdf

2 : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Plan national 2015 – 2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. [En ligne] Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf

3 : SFAP. Les soins palliatifs en France. [En ligne] Disponible sur <http://www.sfap.org/rubrique/les-soins-palliatifs-en-france>

4 : Riechelmann RP, Krzyzanowska MK, O'Carroll A, Zimmermann C. Symptom and medication profiles among cancer patients attending a palliative care clinic. Support Care Cancer. 7 nov 2007;15(12):1407-12.

5 : Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. Palliat Med. juin 2003;17(4):310-4.

6 : Martin N, Bremaud N, Blanc J, Bertaut A, Brunet L, Favier L. Étude des symptômes et prescriptions chez les patients en soins palliatifs pris en charge en hospitalisation à domicile du centre Georges-François-Leclerc. Médecine Palliative. déc 2019;18(6):279-86.

7 : Chvetzoff G, Perol D, Devaux Y, Lancry L, Rebattu P, Magnet M, Dubost E, Bertrand M, Garcon C, Thevenet G, Gobet S, Arbiol E, Saltel P. Étude prospective de qualité des soins et de qualité de vie chez des patients cancéreux en phase palliative, en hospitalisation ou à domicile : analyse intermédiaire de l'étude Trapado. Bulletin du Cancer. 2006;93(2):213-221.

8 : Lamau M, Origine et inspiration. Cicely Saunders à la naissance des soins palliatifs, Revue d'éthique et de théologie morale, 2014/5 (n° 282), p. 55-81.

9 : Neuwirth L. Rapport d'information sur les soins palliatifs et l'accompagnement [en ligne]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r98-207/r98-207_mono.html

- 10 : Erwan T. La douleur du cancer, d'hier à aujourd'hui...elle persiste ! Mais pourquoi ? Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement. avr 2019;20(2):55-8.
- 11 : Sebag-Lanoë R, Lefebvre-Chapiro S, Gomas J-M. Soins palliatifs et accompagnement en gériatrie. EMC - Médecine. févr 2005;2(1):1-8.
- 12 : Bertrand K, Dagenais P. De la revue de littérature systématisée à la revue systématique. :39
- 13 : Horvath AR, Pewsner D. Systematic reviews in laboratory medicine: principles, processes and practical considerations. Clinica Chimica Acta. avr 2004;342(1-2):23-39
- 14 : Letrilliart L, Vanmeerbeek M, A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer. 2011;99:170-7.
- 15 : HAS. Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations par consensus formalisé ». Mars 2015. [En ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_consensus_formalise.pdf
- 16 : IRDES. Démographie et activité des professions de santé. [En ligne] Disponible sur : <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
- 17 : HAS. Les médicaments des accès douloureux paroxystiques du cancer. Juillet 2014. [En ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-09/acces_douloureux_paroxytiques_-_fiche_bum.pdf
- 18 : Blanchet V. Les accès douloureux paroxystiques : nouveau concept ou phénomène ? Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. déc 2011;10(6):306-11.
- 19 : Bonnat V. Evaluation de la prise en charge des Accès Douloureux Paroxystiques en Médecine Générale. Entretiens dirigés auprès de médecins généralistes du Sud Meusi. :104. [Thèse d'exercice] Université de Lorraine, Nancy. 2015

- 20 : Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *The Lancet Oncology*. févr 2012;13(2):e58-68.
- 21 : Davies AN, Dickman A, Reid C, Stevens A-M, Zeppetella G. The management of cancer-related breakthrough pain: Recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *European Journal of Pain*. avr 2009;13(4):331-8.
- 22 : Zeppetella G, Davies AN. Opioids for the management of breakthrough pain in cancer patients. In: *The Cochrane Collaboration*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cité 27 août 2020]. p. CD004311.pub3. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004311.pub3>
- 23 : ANSM. Compte rendu de la séance du 11 mai 2017. Journée d'échange partenarial sur l'usage des antalgiques opioïdes en France. [En ligne] Disponible sur : https://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/7eeb7817c7212668cafbac08023063c8.pdf
- 24 : Dias PL. Evaluation de la douleur chronique en médecine générale : enquête réalisée auprès des médecins des bassins de Longwy, Briey et Hayange. :126. [Thèse d'exercice] Université Henri Poincaré, Nancy. 2006
- 25 : Poinceaux S, Texier G. Internes de médecine générale : quelles compétences en soins palliatifs ? *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. févr 2016;15(1):15-26.
- 26 : HAS. Évaluation des pratiques professionnelles. Rapport de l'expérimentation nationale. Audit clinique ciblé appliqué à la prise en charge de la douleur de la personne âgée. Juin 2006. [en ligne] disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/dpa_-_rapport_final.pdf
- 27 : Moluh Njikam I. Identification des freins et des leviers à l'évaluation de la douleur auprès de personnes âgées démentes. [mémoire] Université de Liège, Liège. 2018

28 : Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized trial | Cochrane Library [Internet]. Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.sid2nomade-2.grenet.fr/central/doi/10.1002/central/CN-00468373/full?highlightAbstract=strong%7C opioid%7C opioids%7C weak>

29 : Bandieri E, Romero M, Ripamonti CI, Artioli F, Sichetti D, Fanizza C, et al. Randomized Trial of Low-Dose Morphine Versus Weak Opioids in Moderate Cancer Pain. JCO. 10 févr 2016;34(5):436-42.

30 : Vergne-Salle P. Les paliers analgésiques de l’OMS: Sont-ils appropriés pour la douleur articulaire ? De l’AINS aux opioïdes. 2016;3.

31 : D Lussier, P Beaulieu. Towarda rational taxonomy of analgesic treatments. Pharmacology of pain. IASP press. 2010; 27-40

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ Au moment d'être admis(e) 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. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”

Annexes

Annexe 1 : Mail de présentation de l'étude

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude « Gestion de la douleur nociceptive des patients en soins palliatifs par les médecins généralistes : évolution de l'outil PALLIACLIC ».

Voici quelques précisions concernant la méthodologie.

Lors d'une première phase, une revue narrative de la littérature a permis de rédiger la page « Douleur nociceptive », du site PALLIACLIC, en se basant sur les différentes recommandations disponibles. Les références de cette revue de la littérature vous seront accessibles sur la maquette de la page.

La seconde phase de l'étude correspond à la validation de la page avant sa mise en ligne, par une méthode DELPHI, c'est-à-dire une recherche de consensus au sein d'un groupe d'experts via plusieurs questionnaires successifs.

L'objectif, dans ce travail, est de produire une page qui soit appropriée à la pratique des médecins généralistes, c'est-à-dire qui soit simple et pratique d'utilisation, sur laquelle l'information soit claire et facile à trouver.

Les questions qui vous seront posées dans les questionnaires viseront donc à déterminer si vous trouvez que la forme et l'organisation de la page se prêtent bien, ou non, à l'utilisation par les médecins généralistes, au chevet des patients. Pour cela, il vous sera demandé de coter, sur une échelle numérique de 1 à 9, votre degré d'accord avec les différentes parties.

En plus de cette cotation sur l'échelle numérique, vous disposerez d'un espace de commentaires libres, pour apporter vos suggestions.

Concernant l'analyse des réponses :

- Un accord est trouvé lorsque toutes les réponses du groupe sont ≤ 5 ou ≥ 5 .
- Une proposition est considérée comme appropriée si la médiane des réponses est ≥ 7 et si un accord est trouvé.
- Une proposition est considérée comme inappropriée si la médiane des réponses est ≤ 3.5 et si un accord est trouvé.

Les propositions considérées comme appropriées ne seront pas rediscutées lors des tours suivants.

Les autres propositions (qui ne sont pas jugées appropriées ou pour lesquelles un accord n'a pas été trouvé) seront de nouveau discutées, avec des propositions de modifications de la page web en fonction des commentaires libres qui auront été formulés.

Les questionnaires et la maquette de la page web seront accessibles grâce à des identifiants personnels et des mots de passe, qui vous seront communiqués par mail.

Chaque questionnaire sera disponible pendant 2 semaines.

Une semaine sera nécessaire pour synthétiser les réponses et proposer des modifications, avant de mettre en ligne le questionnaire suivant.

Il est prévu de réaliser au total quatre tours de questionnaires.

En vous remerciant par avance pour votre participation,

Anne PITAVAL

Annexe 2 : Sources citées sur le site PALLIACLIC (capture d'écran)

▼ Sources

1. HAS. Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur. [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/liste_echelles_douleur_2019.pdf
2. SFAP. Les échelles de la douleur. [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/les-echelles-de-la-douleur>
3. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Outils auto-évaluation [Internet]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/outils-auto-evaluation/>
4. Association Doloplus. L'échelle Algoplus. [Internet]. Disponible sur: <http://www.doloplus.fr/lechelle-algoplus/>
5. Association Doloplus. L'échelle Doloplus. [Internet]. Disponible sur: <http://www.doloplus.fr/lechelle-doloplus/>
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Acta Endosc. avr 1998;28(2):151-5.
7. Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. BMC Geriatr. déc 2006;6(1):3.
8. Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, McNicol ED, Bell RF, Carr DB, et al. Oral paracetamol (acetaminophen) for cancer pain. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 12 juill 2017; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012637.pub2>
9. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intense. Mise au point. Disponible sur <https://www.ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/Recommandations-Medicaments/Douleur/Prise-en-charge-des-douleurs-de-l-adulte-moderrees-a-intenses-Mise-au-point-actualisee>
10. 1. Bourquin V. Analgésie et insuffisance rénale. Revue Médicale Suisse. 2008;5.
11. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. The Lancet Oncology. févr 2012;13(2):e58-68.
12. Straube C, Derry S, Jackson KC, Wiffen PJ, Bell RF, Strassels S, et al. Codeine, alone and with paracetamol (acetaminophen), for cancer pain. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 19 sept 2014; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006601.pub4>
13. Rodriguez RF, Bravo LE, Castro F, Montoya O, Castillo JM, Castillo MP, Daza P, Restrepo JM, Rodriguez MF. Incidence of weak opioids adverse events in the management of cancer pain: a double-blind comparative trial | Cochrane Library [Internet]. Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.gaelnomade-2.grenet.fr/central/doi/10.1002/central/CN-00578417/full?highlightAbstract=tramadol%7Cpalliative%7Cpalliativ%7Ccare%7Cpalliat>
14. Binhas M, Krakowski I, Marty J. Douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte: mise au point sur les recommandations concernant les traitements antalgiques médicamenteux. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. juin 2007;26(6):502-15.
15. Wiffen PJ, Wee B, Moore RA. Oral morphine for cancer pain. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 22 avr 2016 ; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003868.pub4>
16. Zecca E, Brunelli C, Bracchi P, Biancofiore G, De Sangro C, Bortolussi R, et al. Comparison of the Tolerability Profile of Controlled-Release Oral Morphine and Oxycodone for Cancer Pain Treatment. An Open-Label Randomized Controlled Trial. Journal of Pain and Symptom Management. déc 2016;52(6):783-794.e6.
17. Nosek K, Leppert W, Nosek H, Wordliczek J, Onichimowski D. A comparison of oral controlled-release morphine and oxycodone with transdermal formulations of buprenorphine and fentanyl in the treatment of severe pain in cancer patients. DDDT. août 2017;Volume 11:2409-19.
18. Ahmedzai S, Brooks D. Transdermal fentanyl versus sustained-release oral morphine in cancer pain: Preference, efficacy, and quality of life. Journal of Pain and Symptom Management. mai 1997;13(5):254-61.
19. Kosugi T, Hamada S, Takigawa C, Shinozaki K, Kunikane H, Goto F, et al. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Fentanyl Buccal Tablets for Breakthrough Pain: Efficacy and Safety in Japanese Cancer Patients. Journal of Pain and Symptom Management. juin 2014;47(6):990-1000.
20. Coluzzi PH, Schwartzberg L, Jr JDC, Charapata S, Gay M, Busch MA, et al. Breakthrough cancer pain: a randomized trial comparing oral transmucosal fentanyl citrate (OTFCw) and morphine sulfate immediate release (MSIRw). 2001;8.
21. Wiffen PJ, Derry S, Moore RA. Impact of morphine, fentanyl, oxycodone or codeine on patient consciousness, appetite and thirst when used to treat cancer pain. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. p. CD011056. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011056>
22. McNamara P. Opioid switching from morphine to transdermal fentanyl for toxicity reduction in palliative care. :10.
23. Aurilio C, Pace M, Pota V, Sansone P, Barbarisi M, Grella E, et al. Opioids Switching with Transdermal Systems in Chronic Cancer Pain. J Exp Clin Cancer Res. déc 2009;28(1):61.
24. Omedit Normandie. Liste des médicaments écrasables. [Internet]. Disponible sur: <http://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/bon-usage/liste-des-medicaments-ecrasables/liste-des-medicaments-ecrasables,3184,3511.html>

Annexe 3 : Verbatim

Commentaires du premier tour :

Qu 1 : Evaluation de la douleur, introduction et organisation générale

M2 : -la forme surtout : mettre des liens vers les échelles mais toutes les mettre, ça alourdi le document

M3 : Je trouve un peu long à lire pour des choses assez basiques

M4 : Claire

M7 : Je n'aurai pas forcément mis l'évaluation de la douleur car :
-Elle n'est pas présente dans les autres types de douleur, pourquoi faudrait-il évaluer la douleur seulement dans le cas d'une douleur nociceptive ?

-Elle est à mon goût un peu trop succincte, à mon avis elle peut faire l'objet d'un espace à part.

-Par contre effectivement c'est bien de rappeler que la douleur ça se réévalue, donc j'aurai remplacé l'onglet éval de la douleur par "rappel" en laissant les 2 premières phrases de l'onglet.

M10 : Bonne organisation, claire.

M11 : Il est demandé de caractériser la douleur, mais tout est présenté sous forme d'échelle.

Qu 2 : Evaluation de la douleur, patient communicant

M1 : Peut-être mieux distinguer : évaluation du mécanisme et évaluation de l'intensité
Préciser : Echelles d'auto-évaluation

Rajouter l'échelle des visages (pour personne ne parlant pas le français) ??

M3 : Idem utile mais un peu long.

M7 : Cf mon commentaire précédent, doit faire l'objet d'un onglet à part

M11 : Chez le patient communicant ne faudrait-il pas ajouter un item mentionnant l'interrogatoire nécessaire pour définir le type de douleur

Qu 3 : Evaluation de la douleur, patient non communicant

M1 : Préciser :

- échelle d'hétéro-évaluation comportementale
- pour patients âgés avec troubles cognitifs et non communicant
- Doloplus ou ECPA (à noter que ces échelles sont plus adaptées à des pratiques en équipe en institution (difficile pour un MG seul...))

M2 : C'est ici : échelles longues, mettre juste le lien pour ne pas charger la personne qui vient sur le site avec des données qu'il ne recherche pas forcément, il clique s'il en a besoin

M3 : Item plus intéressant. Je pense qu'on connaît moins ces échelles et qu'on va plus les chercher sur internet que les échelles du patient communicant.

Peut-être serait-il bien de pouvoir faire le calcul direct sur le tableau en mettant des croix dessus et en plus avoir la possibilité de la télécharger en PDF rapidement.

M4 : Très clair. Souvent mieux connu par les paramédicaux sur par les med ge

M7 : Cf mon commentaire précédent, doit faire l'objet d'un onglet à part

M10 : Les liens pour trouver les échelles à imprimer ne sont pas clairement explicites. Il serait pertinent qu'il y ait une indication " cliquer ici pour imprimer". L'utilisation des scores ne se fait pas bcp en MG, mais je pense qu'en ayant un accès à ces scores plus facilement, je coterai mieux la douleur.

M11 : Dans l'échelle Doloplus ne faudrait-il pas un item qui recueille l'avis de l'aidant quotidien, ou est-ce lui qui est censé remplir cette grille ? ce qui paraîtrait plus adapté, car demande un regard comparatif que le médecin n'aura pas (ou alors visites itératives...) parle-t-on de patient dément ? ou aphasique ?

Evaluation pendant les soins : qui la fait ? et à quelle fréquence ? chronophage++
5 : anticipation anxieuse et non anxieuses

"regard inquiet et angoissé" plutôt que "angoisse du regard"

Qu 4 : Traitements non médicamenteux

M1 : -Plutôt que de mettre "tt étiologique en priorité", J'aurais plutôt insisté sur le fait que le traitement étiologique ne doit pas retarder un tt antalgique (ce qui est souvent le cas...), quitte à l'alléger ensuite.

-J'insisterais sur "écoute et reconnaissance de la plainte" (plutôt que réassurance)

M2 : -je mettrai "traitement étiologique si possible et si adapté à la situation du patient"
-mais pas avec le traitement non médicamenteux, à mettre en avant et avant la séparation médicamenteux et non médicamenteux

-détaillé dans la kinésithérapie : le TENS, neurostimulation transcutanée souvent oublié mais qui est une bonne aide complémentaire

M3 : Bien Court, concis, claire

M4 : Développer la partie relaxation, hypnose etc. ? Avec quelques pistes pour nous aider dans notre pratique ?

M7 : Pas faux, mais c'est également valable pour toutes les douleurs.

M9 : Ajouter le globe vésical dans TTT des étiologies

M10 : Il manque les poches de glaces ou bouillottes et leur utilisation (attention aux brûlures, temps à laisser sur la peau...)

Ces ttt non médicamenteux ne sont pas appropriés à tous les patients (non communicants, ou Personnes âgées qui ne se déplacent pas...)

M11 : Psychothérapie "verbale" : ne l'est-elle pas toujours ? même si modèles de prise en charge peuvent varier.

Qu 5 : Palier 1, introduction et organisation générale

M1 : Attention, la classification de l'OMS est valable pour les douleurs cancéreuses. Elle n'est pas applicable pour des douleurs chroniques bénignes par ex. (fréquente en MG) où des patients vont facilement se coter à 7 ou 8 ou 9, et ne relèvent pourtant pas de morphinique le plus souvent...

Peut-être vaut-il mieux mettre : 1e, 2e intention, ou douleur à faible, moyen, fort potentiel algique nociceptif (ex : lombalgie chr., sciatique, sciatique hyper-algique)

M2 : -faudra revoir les listes de traitements en sous cutanée : le paracétamol est hors AMM et pratiqué très souvent (bon après non accessible pour la med générale car usage hôpital) mais y a aussi les autres spé qui peuvent utiliser ce site

M3 : Pareil je trouve l'intro un peu longue

Quand je vais sur ce genre de site j'ai envie d'avoir l'info le plus rapidement possible

M4 : Clair et efficace

M9 : Super les tableaux voies d'administration alternatives !

M11 : Très bonne présentation des antalgiques par paliers ne sont pas mentionnés l'utilisation de Prégabaline, gabapentine dans les douleurs neuropathiques ? L'utilisation du Laroxyl gouttes dans la douleur chronique ?

Qu 6 : Palier 1, paracétamol

M1 : Je ne mettrais pas toutes les 6 heures (L'AMM dit toutes les 4 à 6h). La règle est surtout la dose max par 24h...

M2 : Voir commentaire au-dessus

M3 : Ras

M10 : Insuffisance hépato cellulaire à déterminer en fonction du TP ? (Pertinent de noter le seuil comme pour l'isf rénale et le DFG).

Voie SC non étudié, mais est-ce qu'en pratique ça se fait ?

M11 : Voies d'administration (sans s)

Qu 7 : Palier 1, AINS

M1 : Rajouter les diurétiques, IEC et ARA 2 dans les interactions (ou au moins "précautions d'emploi")

M3 : Ras Bien les drapeaux rouges

M7 : Dommage qu'il n'y ai pas les poso pour les AINS, yen a bcp mais bon un outil d'aide à la prescription, c'est pour moi fait pour trouver les infos rapidement et donc éviter d'aller chercher dans le Vidal.

M10 : Il serait pertinent d'indiquer quels AINS se retrouve en quelle forme : tableau à faire ?

M11 : Voies d'administration (sans s) alternatives dans les CI ajouter "état infectieux" ou "fièvre" ?

Qu 8 : Palier 1, Néfopam

M1 : Voies orales et SC "validées" mais hors AMM

M3 : Ras

M10 : J'utilise peu le néfopam pour ma part. Et je suis même surprise qu'il soit classé en Pallier 1.

Voie orale hors AMM ok, mais y a-t-il une modification de dose à faire lorsqu'on passe d'une voie à l'autre ?

Qu 9 : Palier 2, introduction et organisation générale

M1 : Il faut mettre "opioïdes faibles" avant les effets indésirables.

M2 : -rajouter qu'il existe une mauvaise tolérance des paliers 2 dans la littérature pour la douleur cancéreuse : il est préférable de passer directement en cas d'insuffisance de soulagement par les paliers 1 au palier 3 (meilleure tolérance et efficacité)

M3 : Je trouve encore les phrases un peu longues. Mais infos pertinentes

M4 : Effets secondaires avant ?

M6 : Effet secondaire : globe vésical aussi ?

M7 : Un détail mais j'aurai mis les médocs avant les effets indésirables

Qu 10 : Palier 2, effets secondaires

M1 : -J'aurais mis ici un message que le consensus actuel est qu'un morphinique fort à faible dose est souvent mieux supporté qu'un pallier 2 en rappelant éventuellement l'effet "plafond" des morphiniques faibles
- Dépression respiratoire : attention de ne pas surestimer ce risque qui est un signe de surdosage commun à tous les morphiniques. Les pneumologues les utilisent aujourd'hui comme traitement symptomatique de la dyspnée chez l'IRC...
- Pas de précaution spécifique chez l'asthmatique (??)

M2 : Voir commentaire au-dessus

M3 : Ras

M4 : Très clairs

Qu 11 : Palier 2, opium

M10 : Très bien. Je ne connaissais pas la Lamaline en suppo.

Qu 12 : Palier 2, codéine

M9 : Petite contradiction à la première ligne avec le lien vers tableau OMS : le dicodin n'est pas une association para+cod d'après le tableau voie orale palier 2 oms (corriger le tableau qui note codéine=dicodin en ==> hydroxycodéine)

M10 : Vous marquez que la codéine n'existe qu'en forme associée avec paracétamol, mais dans voies d'administration alternative il existe le dicodin...

M11 : Compte tenu de la présence de paracétamol, peut-être rappeler la dose maxi de paracétamol à ne pas dépasser en cas d'adjonction à un palier 1 (paracétamol 500 x1 + Lamaline x1 par ex)

Voies d'administration(s) alternatives

Qu 13 : Palier 2, tramadol

M1 : Le délai d'action est plus long pour la voie orale (1h30)
Difficile de comprendre la différence de dose max entre Ixprim et Tramadol seul... (--> 400mg pour tous ??)

M11 : Chez la personne âgée ne faut-il pas privilégier la forme immédiate ? la forme LP exposant à plus de risques d'accumulation et d'effets secondaires ?

Qu 14 : Palier 2, dihydrocodéine

M1 : Préciser d'emblée qu'il s'agit d'une forme LP
Du coup la mention de "si besoin" n'est pas très appropriée

M3 : Bien infos utiles
Sera-t-il possible d'accéder directement au médicament que l'on cherche je trouve l'organigramme long pour arriver jusqu'à la molécule.
Une entrée directement par les médicaments serait je pense utile.

M4 : Je ne connaissais pas donc très bien

M7 : Je ne m'en sers quasiment jamais en pratique courante, après je ne sais pas si les généralistes l'utilisent. Il me semble que non...

M10 : Quelle différence entre codéine et dihydrocodeine, pourquoi ne pas mettre les 2 dans le même onglet ?

Qu 15 : Palier 3, introduction et organisation générale

M1 : (Cf remarque plus haut : éviter la condition "EVA" > 7)
Je nuancerais le "ne jamais associer 2 morphiniques" : en fait, ce n'est pas dangereux et on est bien obligé de le faire avec les patchs de Fentanyl + interdoses de morphine LI... => Plutôt "éviter"
Distinguer effets indésirables et signes de surdosages (hallucinations, somnolence, dépression respiratoire)

M3 : Ras

M6 : Je n'ai pas compris ce qu'était la rotation de opioïdes
effets secondaires opioïdes non mentionnés même si ce sont les mêmes que les paliers 2 : important de les remettre avec globe vésical +++

M7 : Pour les phrases d'intro ok
J'aurai organisé les choses différemment :
>un paragraphe sur les modalités de prescription, comprenant la phase de titration puis la phase d'entretien, puis une surveillance
>un paragraphe effets secondaires
>un paragraphe avec les différentes molécules (morphine, oxycodone, fentanyl, etc...)

Qu 16 : Palier 3, effets secondaires

M1 : -Attention : ce n'est pas "détresse respi" mais "dépression respi."
C'est en fait un signe de surdosage !! et pas un EI. Conseil de veiller à une Frequ. respi. > 12/mn

-Somnolence : idem : signe précurseur d'un éventuel surdosage (précédée souvent d'hallucinations et survenant en effet avant la dépression respiratoire)

- Nausées : rappeler que ce n'est pas signe d'intolérance ou de surdosage...

- Constipation : Lactulose (ou PEG) +/- laxatifs stimulants

- Sd de sevrage: je ne le mettrais pas dans les effets I. -> précautions

- Terrain: IR: OK Fentanyl mais attention à la cinétique prolongée des patchs. On peut aussi mettre la Buprénorphine (métabolisme hépato-biliaire)
Insuf hep. : dire plutôt d'éviter le Fentanyl

M2 : -coquille dans la gestion de la somnolence: c'est marqué augmentation des posologies...

il faut séparer effets secondaires et signes de surdosage
en cas d'insuffisance rénale: marquer qu'il n'y a pas de contre-indication à la morphine ou oxycodone mais simple précaution d'utilisation

attention avec le fentanyl: il colle des patchs sans titrer et du coup il surdose aussi...
peut être mettre avis spécialisé si mauvaise tolérance ou signes de surdosage avec la morphine et oxycodone ou alors marquer: attention à l'utilisation des patchs de fentanyl d'emblée en plus

car oui en théorie le fenta est préférable mais vu le mésusage et l'absence de titration la plupart du temps je rajouterai une phrase en plus

marquer qu'en cas de signes de surdosages: éliminer autre étiologie, rechercher RAU, vérifier fonction rénale.

M3 : Introduction un peu redondante avec le tableau.

M4 : Pour la constipation, un seul nom de laxatifs, est ce volontaire car laxatifs de référence ?

M9 : Pas de trace du prurit ?

Qu 17 : Palier 3, initiation du traitement, introduction et organisation générale

M1 : - Toute cette partie est très longue et c'est normal mais du coup difficile à lire. Possibilité de contracter/développer les chapitres avec des clics ?
- « En cas d'insuffisance rénale » : 'commencer' par une forme LI (plutôt que éviter les formes LP)
- les différents dosages disponibles seraient bienvenus
- Pluriels à « Opioïdes »; dans les têtes de paragraphes avec Lib immédiate et prolongée en toutes lettres

M2 : Rajouter : si personnes âgée ou insuffisance rénale ou insuffisance hépatique ou atteinte de l'état général : ne pas démarrer par une forme LP, titration par forme LI
NE PAS DEMARRER PAR UN PATCH DE FENTANYL FORCEMENT d'emblée chez la personne âgée

M3 : Bien comme pour les paliers 2 y aura-t-il une entrée possible par le nom du médicament.

M4 : Hyper clair !

M7 : Phase de titration à mon avis à détailler. Dans la phase de titration : préciser qu'initialement en phase de titration, on ne prescrit que de la LI afin de titrer les besoin, ex ACTI toutes les 4h si besoin max 6 par jour. L'objectif est d'évaluer la douleur et donc le nombre d'ID consommées. Ensuite, en fonction de la consommation, si le nombre d'ID est trop important et/ou douleurs non soulagées, se pose la question d'introduire une dose de fond. Une fois l'équilibre trouvé (équilibre qui n'est pas forcément synonyme d'absence d'ID consommées), passage à la phase d'entretien avec instauration si besoin d'une dose de fond matin et soir, qui sera évalué en fonction de la consommation d'ID.

M11 : Pour les morphiniques en LI ou LP, peut-on conseiller une dose d'initiation du tt ? en effet une dose trop élevée au départ pour obtenir d'emblée une antalgie efficace peut générer des effets secondaires nuisibles pour la suite (constipation sévère, nausées++ ou somnolence qui démotivent le patient)

Qu 18 : Palier 3, initiation du traitement, morphine LI

M2 : pas claire: pourquoi vous parlez d'interdose alors qu'on est dans le chapitre interdose, en plus ça dépend du type de douleur, interdose entre 1/6e et 1:10e de la dose de fond c'est pas plutôt : ne pas dépasser 3 prises en 4heures je comprends pas le "en cas de douleur chronique": soit il a déjà (et normalement une dose de fond) et donc faut titrer en majorant de 20 à 30% la dose de fond, soit pas et alors il faut titrer correctement per os ou IV ou SC après votre titration de la douleur aigue intense: vous marquez pas la suite, vous faites quoi?

M7 : Je n'aurai pas mis "toutes les 4h", j'aurai mis une interdose si douleur, dans la limite de 6 par jour avec un intervalle minimum de 4h entre chaque prise.

M11 : Pour faciliter la prescription, ne faudrait-il pas mentionner par spécialité les dosages existants ?

Mention très utile des écrasables ou ouvrables

Qu 19 : Palier 3, initiation du traitement, oxycodone LI

M2 : Même remarque qu'avec la morphine, je ne comprends pas le passage sur les interdoses, pas d'intérêt ici

M7 : Idem que pour la question précédente

M10 : Pourquoi n'y a-t-il pas les onglets " voie orale et voie injectable" comme pour la morphine ?

M11 : Pour faciliter la prescription, ne faudrait-il pas mentionner par spécialité les dosages existants ?

Mention très utile des écrasables ou ouvrables

Qu 20 : Palier 3, initiation du traitement, morphine LP

M2 : -pourquoi 30mg ??ça dépend de la titration surtout
je marquerai surtout de débiter le plus souvent à des posologies entre 10 à 30 mg X2 par jour, cela dépend de l'état du patient, de la titration, des comorbidités et de la tolérance interdose fonction du type de douleur, en cancérologie c'est entre 1/6e et 1/10e
parlez des adaptations de posologies : important, comment on majore par la suite ?

M7 : À mon avis à revoir en réorganisant la page
Parce qu'on introduit rarement de la morphine LP en première intention et surtout pas 60 mg de SKENAN/24h d'un coup

M11 : Pour faciliter la prescription, ne faudrait-il pas mentionner par spécialité les dosages existants ?

Mention très utile des écrasables ou ouvrables

Qu 21 : Palier 3, initiation du traitement, oxycodone LP

M2 : Même remarque qu'avec la morphine

M7 : Idem que la question précédente

M11 : Pour faciliter la prescription, ne faudrait-il pas mentionner par spécialité les dosages existants ?

Mention très utile des écrasables ou ouvrables

Qu 22 : Palier 3, initiation du traitement, hydromorphone LP

M2 : -préciser : de moins en moins utilisé, pas d'interdose d'hydromorphone existante donc utilisation d'interdose de morphine ou d'oxycodone LI si douleur

M3 : Ras

M7 : Idem que la question précédente, de plus je ne l'utilise jamais en pratique...

M10 : Pas bcp d'utilisation en MG. Ou alors avec introduction du traitement par oncologue ou soins palliatifs.

M11 : Pour faciliter la prescription, ne faudrait-il pas mentionner par spécialité les dosages existants ?

Mention très utile des écrasables ou ouvrables

Qu23 : Palier 3, traitement d'entretien, introduction et organisation générale

M1 : Même remarque que plus haut pour les reco en cas d'insuf hépatique : c'est le Fentanyl qui est gênant pour son métabolisme hépatique par la voie transdermique

M2 : pour le cas d'insuffisance rénale : pour le patch (et si douleur équilibrée)

M3 : Pareil, introduction un peu longue

M6 : Globalement : le visuel des onglets et sous onglets n'est pas clair je suis perdue !!!!!

Il me semble que les traits horizontaux cassent le truc et ne permettent pas de segmenter visuellement

il me semble qu'un visuel avec une police, une taille et une couleur différente pour grand chapitre, petit chapitre, sous chapitre serait mieux quand tout est ouvert on ne sait plus où on en est !!

Avec des espaces entre chaque chapitre

et peut être qu'il faudrait que tout ne soit pas dérouler par exemple : on peut ouvrir tout le chapitre

M7 : Manque d'après moi les modalités de calcul des doses LP qui sont déterminées en fonction de la phase de titration.

En plus redondance avec le paragraphe titration ou il y a déjà les opioïdes LP

M11 : Pour faciliter la prescription, ne faudrait-il pas mentionner par spécialité les dosages existants ?

Mention très utile des écrasables ou ouvrables

on répartit les interdoses "entre" les prises du matin et du soir (et non pas "sur" les interdoses ?)

Dans tous les onglets corriger : voies d'administration(s) alternatives

Qu 24 : Palier 3, traitement d'entretien, morphine LP

M1 : Adaptation de dose :

- > l'option de rajouter les interdoses n'est pas clair et il me semble pas adapté
- > la solution souple de monter de 30 à 50% me paraît suffisante

M3 : Ras

M11 : Pour faciliter la prescription, ne faudrait-il pas mentionner par spécialité les dosages existants ?

Mention très utile des écrasables ou ouvrables

on répartit les interdoses "entre" les prises du matin et du soir (et non pas "sur" les interdoses ?)

Qu 25 : Palier 3, traitement d'entretien, oxycodone LP

M1 : Même remarque que pour Morphine LP

Délai d'action : 1h??

M3 : Ras

M11 : Pour faciliter la prescription, ne faudrait-il pas mentionner par spécialité les dosages existants ?

Mention très utile des écrasables ou ouvrables

on répartit les interdoses "entre" les prises du matin et du soir (et non pas "sur" les interdoses ?)

Qu 26 : Palier 3, traitement d'entretien, fentanyl transdermique

M1 : Peu adapté pour initier un traitement (cf cinétique)

Pas d'utilité de parler de coupure éventuelle des patch (formes à 12...)

Délai d'action 12 à 20h

Attention à la durée d'action pendant encore #17h en cas de retrait du patch

M2 : C'est pas peut-être, mais doit être utilisé chez les patients dont la douleur est stable (perte de temps pour la titration, délai d'action)

M3 : Ras

M4 : Peut-être parler des effets cutanés s'il y a ? Allergie ? Conduite à tenir si décollement ?

M11 : Pour faciliter la prescription, ne faudrait-il pas mentionner par spécialité les dosages existants ?

Mention très utile des écrasables ou ouvrables

on répartit les interdoses "entre" les prises du matin et du soir (et non pas "sur" les interdoses ?)

Qu 27 : Palier 3, traitement d'entretien, hydromorphe LP

M3 : Ras

M7 : Jamais utilisé en pratique

M10 : Idem.

M11 : Pour faciliter la prescription, ne faudrait-il pas mentionner par spécialité les dosages existants ?

Mention très utile des écrasables ou ouvrables

Qu 28 : Palier 3, accès douloureux paroxystiques, introduction et organisation générale

M2 : Cela relève de la spécialité !

Je raccourcirais le paragraphe, et mettre faire appel à une équipe de soins palliatifs (douleur cancéreuse) ou de la douleur en fonction (douleur non cancéreuse) attention à la confusion avec la douleur neuropathique : un grand classique

M3 : Je trouve que l'item est redondant avec l'item filtration sauf pour la morphine trans muqueux

M7 : La définition des ADP est imprécise et incomplète, voir Document HAS. Très importants car ils ne sont pas si fréquents que ça, et peuvent aboutir à la prescription « facile » de fentanyl d'action rapide (grosse comm des laboratoires pharmaceutiques). C'est vraiment quelque chose de très spécifique, un ADP n'est pas uniquement un « pic douloureux ».

A mon avis il ne faut pas en faire un onglet spécifique ; Mettre les fentanyl d'action rapide dans les opioïdes LI que tu auras listé dans les paliers 3, et préciser qu'ils n'ont d'indication que dans les ADP, puis préciser la définition de l'ADP.

Qu 29 : Palier 3, accès douloureux paroxystiques, morphine LI

M2 : Comprend pas ce que ça vient là y a 1/6e toujours

M3 : Cf au-dessus

M7 : Revoir la def des ADP

Qu 30 : Palier 3, accès douloureux paroxystiques, oxycodone LI

M2 : Idem

M3 : Cf au-dessus

M7 : Revoir la def des ADP

Qu 31 : Palier 3, accès douloureux paroxystiques, fentanyl transmuqueux

M1 : Utilisation : sous surveillance médicale car absorption rapide et donc risque de surdosage

M2 : Relève de la spécialité : faire appel à des médecins spécialistes garder le début mais mettre déjà qu'il ne s'agit pas de l'interdose du patch de fentanyl ! Mettre risque de pharmaco dépendance enlever le tableau

M3 : Bien

M7 : cf mon commentaire sur le paragraphe des ADP en général A mon avis préciser fentanyl transmuqueux d'action rapide, qui sont prescrit pour les ADP et pour éviter la confusion avec le DUROGESIC, qui est aussi un fentanyl transmuqueux, mais qui n'a rien à voir avec les ADP

M10 : Peut-on mettre un patch transdermique de fentanyl, et des interdoses d'oramorph ? En résumé, peut-on mixer les différentes molécules, Ou faut-il rester sur la même en forme LP et LI ?

Qu 32 : Rotation des opioïdes, indications

M1 : La SFETD recommande de ne plus parler de "rotation d'opioïdes" (qui laisse entendre des changements programmés cycliques) mais de "relai" Utile en cas de :
- nécessité de majoration progressive de dose (tolérance morphinique)

M2 : -rajouter : commencer à appeler un spécialiste !

M3 : Bien mais un peu long...désolé je me répète...

M4 : Je ne connaissais pas donc très bien

M6 : Il manque la définition d cela rotation des opioïdes

M7 : Pour moi indication de rotation :

-Mauvaise tolérance à une molécule (sensibilité individuelle (ça arrive), marge thérapeutique étroite, insuffisance rénale etc...)

-Installation d'un phénomène de tolérance voire d'hyperalgésie induite par les opioïdes (rare+++) chez les patients traités au long cours.

Qu 33 : Rotation des opioïdes, modalités de calcul des doses

M1 : Attention, dans un sens et dans l'autre pas la même chose avec opioconvert
diminuer de 50% ...jamais vu, jamais fait, le patient va pas être content

M3 : Bien

M10 : Très bien ! Je ne connaissais pas le site opioconvert

M11 : À clarifier : chez un patient bien soulagé il n'est pas nécessaire de diminuer les doses

s'il est soulagé, pourquoi changer? si ce n'est pour des effets secondaires intolérables, donc ne vaut-il pas diminuer quand même la poso lors du changement?

Qu 34 : Rotation des opioïdes, modalités de mise en place

M2 : Passage du patch à autre : non claire à revoir

M3 : Bien car souvent posé problème et difficile de trouver la réponse rapidement sur le web

M7 : Pour la rotation pour le fentanyl transdermique : non il faut faire une équianalgésie, tout comme les autres opioïdes !! que ça soit par voie IV ou PO d'ailleurs Donc on enlève le patch, et 12 heures après administration de la première prise LP, si douleurs dans l'intervalle, donner des doses LI. Attention c'est très important parce que si les patients ont de grosses doses (72, 100, voire plus), ils risquent un syndrome de sevrage avec recrudescence des douleurs. Pour mémoire, un patch de duro 25 c'est 60 mg de SKENAN/24h !!

M10 : Peu de rotation, mais quand il faut le faire, on ne sait jamais les modalités. Très bien comme partie.

Qu 35 : Sources

M2 : Le Vidal peut être ? Déjà

M3 : Ras

M4 : Ça me semble très sérieux

M6 : illisible

je ne peux pas revenir en arrière mais en gros : l'organisation des onglets est à revoir : on est perdu, touffu à lire plus de saut de lignes, une police/taille/couleur différente pour les grands/petits/sous chapitre possibilité d'ouvrir un chapitre entier mais tous à la suite des autres sinon on ne sait plus où on en est le plan à G est bien mais il faudrait que ce soit possible de pouvoir cliquer dessus sinon les infos sont pas mal mais compliquées à lire à cause de cela présentation non aérée et non claire

M7 : Je n'ai pas fait la biblio donc je ne suis pas bien placée pour évaluer les sources

M9 : Merci beaucoup à tous les auteurs du site : j'ai appris pleins de choses !

M11 : Pas d'avis particulier, sinon qu'elles sont nombreuses et supposent une bonne maîtrise de l'anglais, alors bravo !

Qu 1 : Evaluation de la douleur, patient communicant

M1 : Pour l'EVS le score max est "extrêmement intense" (et non pas très intense)

M2 : D'accord avec les commentaires :

-mettre à part l'évaluation de la douleur en parlant du type et de l'intensité

-rajouter l'échelle des visages

-en effet préciser d'auto-évaluation

M3 : Si je ne me trompe pas il y a un item douleur neuropathiques donc pour évaluer le mécanisme il faudrait que ce soit sur une autre partie en effet comme cela a été précisé. D'accord avec l'échelle des visages.

M7 : Item intéressant mais dans la construction du site devrait peut-être se trouver ailleurs car n'est pas présent pour les autres types de douleurs alors qu'elle est aussi indispensable

M11 : Je pense intéressant d'ajouter l'échelle des visages il est déjà précisé qu'il s'agit d'auto-évaluation

Qu 2 : Evaluation de la douleur, patient non communicant

M3 : D'accord sur les remarques de la forme et d'accord sur le fait que ce sont des échelles peu connues des médecins généralistes et très utile.

M7 : Item intéressant mais dans la construction du site devrait peut-être se trouver ailleurs car n'est pas présent pour les autres types de douleurs alors qu'elle est aussi indispensable

M11 : Il me paraît inutile d'ajouter que c'est une hétéro-évaluation (puisque le patient ne communique pas) et la mention non communicant est suffisante (il peut être âgé ou non, aphasique, IMC et pas vieux,..) inutile d'alourdir le texte je trouve bien de laisser les tableaux apparaître car on les connaît mal, effectivement le téléchargement doit être réalisable

Qu 3 : Palier 1, introduction et organisation générale

M1 : Pour la classification des 3 paliers, Je maintiens que l'on ne peut pas s'autoriser à associer les scores EVA (auto-évaluation du patient) au niveau de sévérité des douleurs évaluées globalement (terrain, intensité et mécanisme par le médecin) -> je pense qu'il faut juste retirer les scores EVA

M2 : En effet séparer cancer et non cancer semble important

M3 : Les voies alternatives sont en effet très intéressantes. Je ne savais pas que le tableau ne concernait que les douleurs cancéreuses. En pratique utilisé pour toutes les douleurs

M11 : Je trouve aussi qu'il faut ajouter prégabaline..

Les voies d'administration proposées doivent être réalisables au domicile du patient (pas de hors AMM) la présentation OMS est très bien, connue de tous, pourquoi changer ?

Qu 4 : Palier 3, introduction et organisation générale

M2 : Important pour la fluidité de pas tout mettre sur une page mais de faire des volets différents afin de rapidement trouver l'information

M3 : Ok sur les nuances sur l'utilisation des 2 paliers ensemble.
Sur la forme les 2 sont possibles

M7 : Toujours en rapport avec l'organisation de l'ITEM

M11 : Ok sur tous les commentaires et les modifications qui en découlent

Qu 5 : Palier 3, effets secondaires

M3 : D'accord avec les remarques

M11 : Ok pour la modif "dépression" respiratoire et ce qui concerne le Fentanyl la somnolence me paraît un effet indésirable fréquent et pas forcément un surdosage pour les autres commentaires, bof...

Qu 6 : Palier 3, initiation du traitement, introduction et organisation générale

M2 : Ok avec commentaires

M3 : Ok avec les remarques

M11 : Ok pr les précisions sur le contenu, pas celles sur la forme

Qu 7 : Palier 3, initiation du traitement, morphine LI

M1 : Forme :

-Proposer les différents dosages disponibles (et non posologies comme indiqué dans le commentaire)

Contenu :

-Je ne suis pas d'accord avec l'intervalle de 4h minimum (ni du max de 6/j)

M2 : L'intervalle de 4h n'est pas vrai, il faut à mon avis dès le début, bien séparer douleur cancéreuse et douleur non cancéreuse

M3 : D'accord

Notamment sur l'utilité des posologies disponibles par spécialité

M11 : Ok pr les commentaires

Qu 8 : Palier 3, initiation du traitement, oxycodone LI

M1 : Même remarque : pas de limitation à 4h ou 6/j

M2 : Même remarque qu'au-dessus

M3 : Ok

M11 : Ok pour les commentaires

Qu 9 : Palier 3, initiation du traitement, morphine LP

M3 : D'accord avec les remarques

M11 : Pas d'accord : on peut introduire en LP à faible dose en 1ère intention sans problème
ok pour le reste

Qu 10 : Palier 3, initiation du traitement, oxycodone LP

M3 : D'accord avec les remarques

M11 : Ok pour les commentaires

Qu 11 : Palier 3, initiation du traitement, hydromorphone LP

M3 : D'accord

M11 : Ok pour les commentaires, jamais utilisé ce produit

Qu 12 : Palier 3, traitement d'entretien, introduction et organisation générale

M3 : D'accord

M11 : Ok pour les réflexions sur le contenu par contre je n'ai rien à redire sur la forme, chaque paragraphe doit pouvoir être consulté séparément, donc pour moi il n'y a pas de redondance

Qu 13 : Palier 3, traitement d'entretien, Fentanyl transdermique

M3 : D'accord

M11 : Ok pour les commentaires sauf concernant l'initiation du tt: je l'ai souvent fait avec du 12,5 et ça marche bien avec tolérance correcte

Qu 14 : Palier 3, accès douloureux paroxystiques, introduction et organisation générale

M1 : Je ne serais pas aussi restrictif que certains pour les ADP ; Au contraire cela permet de faire de la pédagogie

M2 : Ok avec commentaires

M3 : D'accord

M7 : Je ne dirai pas forcément que cela relève de la spécialité mais je pense qu'il ne faut pas forcément en faire un onglet à part, qu'il apparaisse moins en avant.

M11 : Ok sur la précision de définition c'est bien de maintenir cet onglet, le spécialiste n'est pas trs accessible !!

Qu 15 : Palier 3, accès douloureux paroxystiques, morphine LI

M2 : Ok avec commentaires

M3 : D'accord

M11 : S'il s'agit vraiment d'un problème de définition de l'ADP, alors la question n'a plus lieu d'être...

Mais en tant que MG qui doit trouver une solution, pourquoi pas celle-ci ?

Qu 16 : Palier 3, accès douloureux paroxystiques, oxycodone LI

M2 : Ok avec commentaires

M3 : D'accord

M11 : Même commentaire que sur la 15

Qu 17 : Palier 3, accès douloureux paroxystiques, fentanyl transmuqueux

M2 : Ok avec commentaires

M3 : D'accord

M11 : Même commentaire que la 15 ok pour les précisions / interdosages et absorption

Qu 18 : Rotation des opioïdes, modalités de calcul de dose

M1 : Contenu

Pour la diminution des posologies de 30 à 50% :

-> plutôt chez le patient déjà bien soulagé que chez le patient mal soulagé (car alors on veut justement un renfort d'efficacité)

Forme :

L'ensemble est un peu compliqué...

M3 : RAS

M11 : Ok pour les commentaires

Qu 19 : Rotation des opioïdes, modalités de mise en place

M3 : Ras

M11 : Ok pour les commentaires

Qu 20 : Sources

M3 : Ok sur les sources

M8 : Globalement, site super utile. S'il y a un point négatif : la présentation globale qui est trop chargée.

M11 : Ok pour le Vidal pas d'accord pour le commentaire sur la forme : le sujet est dense ! la présentation est lisible, ok c'est long à lire mais me paraît complet

Qu 1 : Evaluation de la douleur, patient communicant

M2 : L'évaluation de la douleur ne doit pas faire partie de la douleur nociceptive mais être un item supplémentaire, car en plus il faudrait rajouter le DN4, échelle diagnostique des douleurs neuropathiques et autres échelles de suivi des douleurs neuropathiques (non diagnostique mais échelle pour vérifier l'efficacité des traitements mis en place) de plus : l'EVA est théoriquement sur 100 et non 10, important quand même pour évaluer l'efficacité d'un traitement

Qu 2 : Evaluation de la douleur, patient non communicant

M1 : Pour Doloplus : préciser que c'est pour "dépister" de la douleur chronique (plus que pour évaluer une intensité) ; Ce n'est d'ailleurs pas tout à fait exact car la douleur chronique se définit comme > 3 mois or il ne peut s'agir ici que de quelques jours à quelques semaines. Il faudrait peut-être utiliser un autre vocable : douleur persistante ? Pour ECPA : ce n'est pas seulement pour évaluer la douleur pendant les soins c'est un outil alternatif à Doloplus ; il faudrait peut-être le préciser comme tel

M2 : IDEM, pas au bon endroit, cela doit être un item distinct des douleurs nociceptives et il faudra rajouter la partie d'évaluation des douleurs neuropathiques

M7 : Ce qui aurait pu être intéressant c'est de pouvoir calculer les scores directement à partir des tableaux, comme par exemple les sites internet qui permettent de calculer la calcémie corrigée etc.... mais bon c'est un détail pratique

Qu 3 : Palier 3, initiation du traitement, introduction et organisation générale

M1 : Je répète, il faut supprimer les EVA de cette déclinaison ; ce n'est pas validé ainsi !!!

M2 : Oui il faut préciser et ce n'est pas le cas qu'en cas d'altération de l'état général il faut commencer par des opioïdes LI seuls. (En plus d'IH et IR) oui il faut rajouter la phrase pour la titration et marquer les posologies dans les tableaux indiquer LI et LP ce que cela veut dire dans le titre de l'onglet et pas caché dans l'onglet

M7 : Pour l'insuffisance rénale, je n'aurai pas mis "éviter les formes LP" mais plutôt quelque chose comme "débuter à posologie réduite et en augmentant les posologies avec précaution en étant vigilant sur l'apparition de signes de surdosage". Préciser qu'il est possible d'introduire les patchs de fentanyl si les douleurs ne sont pas trop intenses, avec lequel il y a moins de risque de surdosage chez l'insuffisant rénal

M11 : Pourquoi n'apparaissent pas les modifications apportées à l'issue du 2^e tour ?

Qu 4 : Palier 3, initiation du traitement, morphine LP

M1 : Dans les commentaires : ce ne sont pas les différentes "posologies" mais les dosages qui sont à détailler par spécialités

M2 : Je suis d'accord avec les commentaires

Qu 5 : Palier 3, initiation du traitement, oxycodone LP

M1 : Même remarque pour les dosages (vs posologies)

M2 : Idem, d'accord avec les remarques

Qu 6 : Palier 3, initiation du traitement, hydromorphone LP

M1 : Idem

M10 : On ne l'utilise jamais.

Mais avoir juste l'essentiel sur les principes de son utilisation, si on a un jour un patient qui l'a, pourrait servir en MG.

Qu 7 : Palier 3, accès douloureux paroxystiques, introduction et organisation générale

M2 : Onglet relevant de la spécialité !!et si les EMSP sont facilement joignables !! Il n'y a pas une urgence en plus à traiter un ADP...cela veut dire que la douleur de fond est contrôlée et qu'il a moins de 4 crises par jour, nous ne sommes pas dans l'urgence ! Si vous voulez vraiment faire un ongles dessus :

mettre en gros et gras : éliminer toute douleur neuropathique (piège diagnostique très fréquent),

revoir la définition officielle préciser : le mésusage !!!addiction et préciser qu'un ADP n'est pas une douleur qui se majore progressivement ou un effet fin de dose. Il faut aussi une dose minimale de morphine par jour pour être dans l'AMM pour le prescrire bien préciser en gras : il ne s'agit pas des interdoses de fentanyl la pédagogie avant de rajouter les ADP et leurs traitements c'est déjà de correctement utiliser les opioïdes de base ! ce qui n'est pas du tout le cas

M7 : Ne pas mettre la morphine et l'oxycodone dans le traitement des ADP

M10 : A mettre moins en avant. C'est de la spécialité +++

Qu 8 : Palier 3, accès douloureux paroxystiques, morphine LI

M2 : Le traitement d'un ADP n'est pas un opioïde LI mais bien les fentanyl transmuqueux... preuve qu'il ne faut pas le mettre cet ongles ou juste mettre la définition, mettre un arbre diagnostique et ensuite une fois la certitude de l'ADP soit dire de se référer à un spécialiste soit mettre que les fenta transmuqueux

Encore faut-il diagnostiquer correctement l'ADP ! faire un arbre diagnostique me semblerait très intéressant, l'HAS en a fait un il me semble, ou sinon voir la procédure du CHU de Grenoble car arbre diagnostique

Enlever morphine et oxycodone de cet ongles car du coup il ne s'agit pas du traitement de référence

M7 : Moi je ne l'aurai pas mis avec les ADP

Qu 9 : Palier 3, accès douloureux paroxystiques, oxycodone LI

M2 : Non, encore une fois, les LI ne sont pas des traitements des ADP distinction ADP/recrudescence algique/douleur neuropathique/effet fin de dose...

M7 : Moi je ne l'aurai pas mis avec les ADP