



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

GARAOUI Mehdi

Présentée et soutenue publiquement le 23 février 2021

VECU DES MEDECINS GENERALISTES ET DES ONCOLOGUES MEDICAUX FACE A LA
DOULEUR DU CANCER DU PATIENT EN SITUATION PALLIATIVE

Directeur de thèse : Madame GUASTELLA Virginie, Professeur Associé, CHU Clermont-Ferrand,
Centre de Soins Palliatifs

Président du jury : Monsieur AUTHIER Nicolas, Professeur, UFR de Médecine et des Professions
paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de
Clermont-Ferrand

Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de
Clermont-Ferrand

Monsieur GUIEZE Romain, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de
Clermont-Ferrand

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

GARAOUI Mehdi

Présentée et soutenue publiquement le 23 février 2021

VECU DES MEDECINS GENERALISTES ET DES ONCOLOGUES MEDICAUX FACE A LA
DOULEUR DU CANCER DU PATIENT EN SITUATION PALLIATIVE

Directeur de thèse : Madame GUASTELLA Virginie, Professeur Associé, CHU Clermont-Ferrand,
Centre de Soins Palliatifs

Président du jury : Monsieur AUTHIER Nicolas, Professeur, UFR de Médecine et des Professions
paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de
Clermont-Ferrand

Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de
Clermont-Ferrand

Monsieur GUIEZE Romain, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de
Clermont-Ferrand



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **FOGLI** Anne
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **HAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOIX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire

M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie - Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréi	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie - Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie - Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen	Pédiatrie
Mlle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie - Réanimation et Médecine Péri-Opératoire

M. LACHAL Jonathan
M. MOUSTAFA Farès

Pédopsychiatrie
Médecine d'Urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie
M. BAILLY Jean-Luc Moléculaire	Bactériologie Virologie
Mlle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences - Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédérique	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Président du Jury, Monsieur le Professeur Nicolas AUTHIER

Vous me faites l'honneur de présider le jury et de juger mon travail. Soyez ici remercié pour le temps que vous consacrez et l'engagement dont vous faites preuve au service des étudiants. Je vous témoigne ma profonde et sincère reconnaissance.

A Madame la Directrice de Thèse, Madame le Professeur Associé Virginie GUAPELLA

Vous avez accepté de me soutenir et de m'accompagner tout au long de ce travail. Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité, votre bienveillance et vos conseils toujours précieux. Recevez ici ma gratitude la plus sincère.

A Monsieur le Professeur Gilles CLEMENT

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience en siégeant dans mon jury. Veuillez recevoir ici ma considération respectueuse.

A Monsieur le Professeur Laurent GERBAUD

Votre engagement à prendre part à ce jury de thèse m'honore. Recevez ici ma considération respectueuse.

A Monsieur le Professeur Romain GUIEZE

Vous me faites l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury et de juger mon travail. Recevez ma considération respectueuse.

Aux médecins généralistes et oncologues qui ont très aimablement accepté de me confier un peu de leur temps

Votre disponibilité a permis ce travail, fruit de nombreux échanges très enrichissants, et je vous en remercie sincèrement. J'espère avoir pu décrire fidèlement vos expériences.

A Violaine,

Merci pour toutes ces années à mes côtés, m'accompagnant à chaque instant. Merci pour ton soutien, ta patience, et pour toutes les autres qualités que je ne peux pas citer faute de place.

A mes parents,

Vos efforts sans relâche durant ces longues années d'études, votre soutien, vos valeurs m'ont permis d'être là aujourd'hui. Merci pour tout.

A mes frères,

Merci pour nos parties de Minecraft, Cthulhu et Molblin pour changer d'air quand il fallait se ressourcer pour pouvoir mieux avancer.

A mes grands-parents,

Vous avez toujours cru en moi, votre soutien a été précieux. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

A mes collègues,

Merci à Andréa (« on tempore »), Françoise (« la règle des dix »), Axelle, Amélie, Julien, Émilie, Julie, Sylvain, Margaux, Guillaume... et tous ceux que j'oublie, j'espère qu'ils ne m'en voudront pas trop !

Aux équipes soignantes qui m'ont épaulé durant l'internat,

Merci pour vos valeurs humaines qui ont contribué à faire de moi ce que je suis aujourd'hui.

A Théo,

Pour la cohabitation de deux futurs docteurs, parfois ponctuée de salvatrices batailles d'eau, un grand merci.

A Marion,

Pour ton amitié depuis toujours, et pour tous les souvenirs de l'harmonie municipale, merci du fond du cœur.

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	8
Introduction	11
Matériel et Méthodes.....	14
Résultats	17
Discussion	30
Conclusion.....	33
Références bibliographiques	35
Annexes	37
Serment d’Hippocrate.....	40

INTRODUCTION

La douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes » selon l'Association Internationale d'Étude de la Douleur (IASP, 1994). Cette définition montre d'emblée la complexité du symptôme douleur. Son irruption chez le patient atteint d'une maladie grave telle que le cancer place le praticien face à une priorité, celle de soulager^{1,2,3}.

La douleur du cancer est un symptôme prévalent, tant en médecine générale qu'en oncologie médicale. En effet, jusqu'à 75 % des patients en situation palliative d'un cancer sont concernés⁴.

Les professionnels perçoivent l'évaluation et le traitement de la douleur comme trop complexes et sont à la recherche de moyens et outils plus simples⁴. Paradoxalement, les professionnels concernés s'estiment compétents pour reconnaître et soulager au mieux la douleur du cancer^{1,5}. Ils concèdent toutefois que la douleur est fréquemment sous-diagnostiquée voire mal étiquetée, notamment sa composante neuropathique. Le caractère réfractaire de la douleur est aussi source de difficultés.

Parfois, les médecins ne font appel aux équipes spécialisées en soins palliatifs qu'une fois les traitements spécifiques arrêtés, alors qu'une intervention précoce améliore la qualité de vie⁶ et la médiane de survie⁷.

La douleur représente un déterminant majeur de la qualité de vie des patients¹. Elle a également un retentissement péjoratif fort sur leur vie sociale et familiale¹, et elle renforce les autres symptômes d'inconfort tels que l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil⁸, l'asthénie, les troubles digestifs²...

Dans la moitié des cas, la douleur est sous-traitée⁴, à cause de différents facteurs liés aux médecins ou aux patients.

De précédentes études^{1,2,4,5,9,10} mettent en évidence ces facteurs, tels que :

- une faible maîtrise des antalgiques opioïdes^{4,5,8} ;
- les craintes ressenties par le médecin lors de l'utilisation^{4,9} des opioïdes ;
- une formation initiale et/ou continue probablement insuffisante⁵, conduisant à des lacunes dans l'évaluation de la douleur, étape essentielle du traitement ;
- des difficultés d'accès aux professionnels spécialisés dans la prise en charge de la douleur ;
- le manque de coordination entre les intervenants, ou encore le manque de temps^{4,9}.

En outre, les recommandations de bonne pratique sont peu suivies, car jugées complexes ou mal adaptées^{3,10} à la pratique clinique.

Bien que la prise en charge des patients en situation palliative d'un cancer se fasse majoritairement en milieu hospitalier¹¹, le parcours de soin des patients est de plus en plus tôt orienté vers le domicile. Les soins ambulatoires prennent et prendront une place de plus en plus centrale dans notre système de santé^{2,10,11}. Il a été démontré que ce virage ambulatoire permet une amélioration de la qualité de vie des patients^{6,12} et de leur entourage et répond à leurs attentes.

Par ailleurs, devant les progrès thérapeutiques accomplis durant les dernières décennies dans le domaine de l'oncologie, les patients ont une survie prolongée⁷, (notion de « *survivors* ») avec une possible chronicisation de leurs symptômes⁷.

Pour faciliter ces soins ambulatoires, il faut les intégrer dans un parcours de soins réfléchi au sein duquel les médecins généralistes et les oncologues sont en lien¹. Ces professionnels doivent aussi savoir faire appel à des équipes compétentes expertes dans le domaine de la

douleur¹ (CETD – Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur – en cas de douleurs séquellaires, et Équipes spécialisées en Soins Palliatifs en cas de maladies évolutives). Une bonne collaboration est nécessaire entre tous les acteurs, parmi lesquels le médecin généraliste³ et l'oncologue médical occupent une place centrale.

L'objectif de cette étude était de recueillir le vécu des médecins généralistes et des oncologues médicaux confrontés à ces situations de patients douloureux en situation palliative d'un cancer, afin de comprendre ce qui pourrait mener à une amélioration des pratiques.

MATERIEL ET METHODES

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés (**tableau 1**) a été menée entre juillet et septembre 2019 auprès de médecins généralistes et d'oncologues médicaux. Les participants ont été sélectionnés afin d'obtenir un échantillon raisonné. Les caractéristiques retenues étaient la spécialité et le mode d'exercice des interrogés.

Le recrutement des participants a été effectué par téléphone et par messagerie électronique. Les personnes contactées ont accepté de participer, à l'exception de deux médecins généralistes, l'un évoquant le manque de temps pour réaliser un entretien, l'autre évoquant le manque d'expérience dans le domaine exploré.

Le guide d'entretien semi-dirigé a été conçu à l'aide d'une recherche bibliographique. Les termes du MeSH utilisés pour réaliser cette recherche étaient *general practitioners* (médecin généralistes), *oncologists* (oncologues), *cancer pain* (douleur du cancer), *palliative care* (soins palliatifs). La recherche a été menée en consultant le site PubMed, en utilisant l'équation de recherche (((general practitioners) OR oncologists) AND cancer pain) AND palliative care.

Le consentement à l'étude était recueilli oralement en début d'entretien, après avoir fourni une explication concernant la confidentialité et l'anonymat des échanges. Les données démographiques étaient obtenues en fin d'entretien par échange oral.

Chaque entretien a été enregistré et a donné lieu à une retranscription exhaustive. Les verbatims obtenus n'ont pas été adressés aux interviewés, afin de ne pas altérer le discours original.

Chaque entretien a été analysé au fur et à mesure de leur réalisation, selon une lecture intuitive initialement, puis en découpant les verbatims en unités de sens. Ces unités de sens ont été reliées pour dégager des thèmes communs. L'analyse des verbatims a été réalisée avec le logiciel NVivo 12 (QSR International).

La saturation des données a été obtenue à l'issue du dixième entretien et a été vérifiée en menant deux entretiens supplémentaires.

La durée moyenne des entretiens était de 15 minutes et 5 secondes (de 7 minutes 43 secondes à 22 minutes 2 secondes). Les entretiens ont tous été menés sur le lieu de travail du médecin interrogé. Tous les entretiens se sont tenus seul à seul, à l'exception de l'entretien numéro 12 (réalisé en présence d'une interne de médecine générale accueillie en stage par ce praticien).

Ce travail de recherche n'étant pas interventionnel et concernant uniquement des professionnels de santé, il était hors du champ d'application de la loi du 5 mars 2012 (dite « loi Jardé »). Il n'était donc pas nécessaire de le soumettre au Comité de Protection des Personnes.

Tableau 1 – Guide d’entretien

<i>Accroche</i>	Suivez-vous des patients douloureux en situation palliative atteints d’un cancer ? Si oui, racontez-moi la dernière situation qui vous a posé problème lors de la prise en charge d’un patient douloureux, atteint d’un cancer.
<i>Difficultés</i>	Dans cette situation, quelles étaient les difficultés que vous avez rencontrées ? <i>Relance : manque de temps ? Difficultés relationnelles ? Autres ?</i>
<i>Place du médecin</i>	Prenez-vous en charge leur douleur en tant qu’interlocuteur privilégié ?
<i>Satisfaction</i>	Êtes-vous satisfait de votre prise en charge antalgique ? <i>Relance : pourquoi ?</i>
<i>Ressources</i>	Sur quelles ressources vous appuyez-vous ?
<i>Rôle du médecin</i>	Comment accompagnez-vous le patient ?
<i>Ressenti du médecin</i>	Au total, quel vécu avez-vous de cette ou de ces situations de soins ?
<i>Données démographiques</i>	Nous avons maintenant terminé l’entretien. Il me reste à vous demander quelques informations pour mon analyse : votre âge, le nombre d’années depuis lequel vous exercez, et vos diplômes et formations complémentaires.

RESULTATS

Quatorze médecins ont été sollicités, et douze ont accepté de participer (**tableau 2**). Deux personnes ont refusé, l'une par manque de temps, et l'autre par manque d'expérience. Le panel de répondants est constitué de 8 femmes et 4 hommes, âgés en moyenne de 42 ans (30 à 58 ans). Parmi les médecins rencontrés, 5 sont oncologues médicaux et 7 sont médecins généralistes (4 rural semi et rural et 3 en urbain). Les entretiens se sont déroulés de juillet à septembre 2019. Leur durée moyenne a été de 15 minutes. La saturation des données a été obtenue au dixième entretien, et deux entretiens complémentaires ont été menés pour le vérifier. Les participants n'ont pas relu leur entretien avant analyse.

L'analyse des verbatims a permis de dégager des thèmes communs évoqués par les médecins, que nous avons regroupés en cinq catégories.

Concernant le patient

Au cours des entretiens, onze médecins ont abordé spontanément la question de la douleur, lui accordant une place centrale dans la prise en charge des patients. « *Sa principale doléance [au patient], c'est les douleurs et à chaque fois il ne parle que des douleurs.* » (M10).

D'après les médecins, les patients étaient confrontés à des douleurs avec plusieurs critères de pénibilité : rebelles, fluctuantes et chroniques. « *[A] un instant T, moi quand je les vois en chimio, ils ont pas mal puis... une heure ou deux après [...] ils ont une poussée douloureuse* » (M9).

Les patients souffraient au-delà de la douleur d'autres inconforts : « *On a beaucoup de choses à prendre en charge : l'essoufflement, l'encombrement, l'anxiété* » (M3). Sur le plan physique, les médecins citaient les nausées, les vomissements, la constipation, l'encombrement bronchique, et la somnolence (induisant des troubles de la communication). Sur le plan psychique, il était fréquemment relevé que l'anxiété et la dépression majoraient la douleur des patients. « *La progression de la maladie [...] les gens reportent souvent ça sur une douleur somatique qui n'est pas ça.* » (M3).

Par ailleurs, les médecins étaient confrontés dans leur prise en charge de la douleur à des freins liés aux croyances médicales des patients. Par exemple, ils craignaient l'augmentation des antalgiques opioïdes et non-opioïdes. « *Le fait [...] que pour elle les morphiniques c'était quelque chose de dangereux [...], qu'il ne fallait pas en prendre.* » (M5). L'ambivalence des patients, notamment concernant les traitements, était également soulignée par certains médecins. « *Les gens auraient tendance à être réticents à majorer le traitement, mais par contre quand ils ont mal, il faut très vite être efficace* » (M11). Le rôle du médecin généraliste semblait également mal compris des patients, ceux-ci croyant parfois que seuls les oncologues étaient à même de prendre en charge leur douleur. « *J'ai l'impression qu'il y a des patients qui ne savent même pas que je peux m'en occuper, de leur douleur [et] ils attendent de moi que je contacte l'hôpital pour savoir quoi faire* » (M12).

Les médecins se sentaient parfois en difficultés par rapport aux limites du maintien à domicile des patients, avec une nécessité d'hospitaliser les patients : « *Notre souci, c'est ça, c'est d'avoir une prise en charge de la douleur qui soit adaptée à partir du moment où l'ambulatoire devient difficile. [...] Quelqu'un qui est algique à la maison avec des traitements*

finalement déjà significatifs, on aurait envie de l'hospitaliser, de lui mettre de la morphine à la pompe, de voir un peu les besoins qu'il a et ensuite d'ajuster » (M4).

Les situations décrites par les médecins étaient diverses, mais elles concernaient souvent la fin de vie. *« C'est mon rôle [...] d'arriver jusqu'au bout et d'accompagner le patient et son entourage jusqu'au bout » (M2).* Un autre fait marquant était la grande fréquence d'évocation de l'atteinte multimétastatique chez les patients douloureux en situation palliative d'un cancer. Toutefois, quand bien même les patients percevaient la gravité de leur atteinte, leur situation n'était pas toujours clairement établie comme palliative, les mettant à mal pour comprendre leur prise en charge. *« C'est du palliatif "non officiel" [...]. Les mots n'ont pas été posés avec le patient, ce qui est... des fois d'autant plus compliqué » (M1).*

Concernant l'entourage

La place de l'entourage était également citée comme importante par les professionnels rencontrés. La famille pouvait avoir un rôle actif dans la prise en charge de leur proche, en aidant le médecin. Interrogé sur le soutien que pouvait fournir l'entourage, un médecin a répondu : *« Ils étaient plutôt euh... plutôt aidants, quoi » (M11).* Un autre médecin confirmait que les proches pouvaient être des alliés : *« Si on a une famille qui est présente et qui est bienveillante, on va dire avec qui le courant passe bien [...], ça peut être le cas » (M7).* Cette proximité de l'entourage du patient pouvait toutefois être difficile à gérer pour le médecin, à cause de leur fragilité : *« Il avait un fils [...] qui avait 16 ans, donc c'était très difficile parce que c'est une période où on sait que les émotions peuvent facilement déborder » (M1).*

Les médecins étaient marqués par la détresse de l'entourage des patients lors de ces situations : « *Quand les gens ne sont pas soulagés, je pense que c'est pour la famille le plus difficile, et parfois ils peuvent être agressifs [en disant] : "Mais vous ne faites rien !"* » (M8).

Ces moments étaient toutefois source d'échange et d'émotions selon les médecins interrogés : « *Une grande souffrance, et en même temps [...] des moments très humains. [...] Des grands moments de partage* » (M11). Cette communication était même indispensable d'après les professionnels : « *Je pense que quand on explique bien pourquoi on va prescrire des morphiniques, pour soulager un patient, c'est toujours bien compris par le patient et la famille. En encadrant bien la prescription par des explications [...] ça se passe bien, je trouve* » (M12).

Concernant les soignants

Les professionnels trouvaient complexe l'évaluation de la douleur des patients. Ils évoquaient le manque de temps pour réaliser une évaluation correcte de la situation : « *Là où c'est le plus difficile à évaluer [sur le temps de la consultation], [...] c'est des gens qu'on voit pour la première fois, qui sont douloureux et qui n'ont pas ou quasiment rien en antalgiques* » (M8). Par ailleurs, il était nécessaire de faire appel à une hétéro-évaluation selon les médecins rencontrés, devant la difficulté des patients à verbaliser leur douleur : « *Là où on a du mal des fois, c'est quand même le patient n'arrive plus à dire s'il a mal ou pas* » (M6) ; « *On est obligés d'avoir recours à d'autres signes que la parole... donc... le faciès, les attitudes...* » (M1).

La composante neuropathique de la douleur était la plus difficile à prendre en charge selon les médecins : « *Je dirais que les douleurs les plus difficiles sont les douleurs neurologiques, d'une manière ou d'une autre... Qu'elles soient liées à l'hypertension intracrânienne, à une compression nerveuse ou médullaire... [...] c'est ce qu'il y a de plus difficile* » (M2).

Bien que la prise en charge médicamenteuse soit au premier plan dans la gestion de la douleur, les professionnels disaient avoir recours à des techniques non médicamenteuses pour soulager les patients, notamment l'hypnose : « *Les techniques de relaxation, l'hypnose, le focusing, toutes ces choses qui sont non médicamenteuses [...] je pense que ça pourrait être largement développé* » (M3).

La prise en charge de la douleur des patients nécessitait du temps, que les médecins étaient prêts à consacrer : « *Quand c'est comme ça, je prends le temps. Tant pis pour le reste de la journée* » (M5). Les professionnels notaient l'enrichissement personnel et humain que ces situations leur apportaient : « *Ouais, c'est des situations difficiles, mais en même temps [...] qui me rendent fière quand je les ai faites* » (M11).

D'après les professionnels interrogés, la prise en charge de la douleur nécessitait une bonne organisation. Selon les médecins, les périodes de nuit ou de weekend étaient les plus difficiles à gérer en ambulatoire : « *La douleur, on sait combien ça peut être compliqué à gérer la nuit* » (M1) ; « *Je l'ai vu un vendredi soir, donc là il fallait qu'il passe le weekend comme ça* » (M12). Il fallait selon eux s'organiser pour rapprocher le suivi de ces patients : « *Alors, l'organisation était compliquée, c'est certain, [...] parce que ça nécessite une réadaptation du traitement [...] plusieurs fois dans la semaine [...], et même si on peut revoir*

les patients, on peut pas forcément [...] tous les jours » (M1) ; « Quand on veut s'appuyer sur les médecins qui s'occupent de la douleur, ils ont leurs propres contraintes qui font que parfois les délais peuvent être un peu loin » (M4). L'anticipation des situations et les adaptations thérapeutiques en conséquence étaient un moyen pour les médecins de faire face à ces situations : « Si on voit une situation un peu complexe en début de semaine, on a le temps de passer des coups de fil, d'organiser une hospitalisation directe... » (M12). Les médecins généralistes estimaient avoir un rôle central dans la prise en charge : « Ils savent qu'ils peuvent compter sur moi. Et si je vois [...] quelque chose qui va pas, [...] je vais prendre la main pour rectifier le truc. Ouais, un rôle de réassurance en fait » (M11).

Les médecins abordaient le patient dans sa globalité afin de mieux prendre en charge sa douleur : « Je pense que je reste dans mon rôle habituel [...] d'accompagnement global, et puis de... personne de confiance. Je vais être dans ce rôle-là, de référent » (M11) ; « Alors moi, j'ai du mal à saucissonner. J'avoue que j'ai du mal à être un docteur "de la boule cancéreuse" » (M2). Cet accompagnement global des patients était très apprécié par les médecins : « C'est ce que j'aime dans la médecine générale, déjà de pouvoir accompagner les patients même dans ça » (M1) ; « J'aime... l'accompagnement des familles, être présent, discuter » (M7).

Les professionnels s'estimaient satisfaits de leur prise en charge de la douleur des patients : « Quelque part, c'est un peu gratifiant, parce qu'on rend service quand même, on arrive à rendre service aux patients, dans ces situations » (M12) ; « Faut être humble, [...] on sauve pas la vie, mais du coup juste un patient qui dit "Grâce à vous j'ai pu dormir", [...] on est tout content » (M6). Les médecins pensaient avoir une bonne connaissance des traitements

médicamenteux disponibles pour soulager les patients : « *Les médicaments, la morphine, les anti-inflammatoires, les neuroleptiques, tout ça, on maîtrise* » (M3).

En dépit de cette bonne connaissance des traitements médicamenteux, les professionnels pensaient être mal préparés à la gestion de ces situations. Ils estimaient manquer de formation pour prendre en charge la douleur : « *Y'a des traitements qui n'existaient pas quand j'étais interne et du coup on apprend un peu sur le tas. Et ça, ça manque un peu quand même de formation continue* » (M2). Ce manque de formation induisait selon les médecins un manque de compétences : « *Savoir bien analyser la douleur, et tout... [...] c'est vrai, je n'ai ni le temps, et puis... sans doute pas les connaissances non plus pour l'analyse très fine de la douleur* » (M8). Les médecins avaient du mal à choisir le traitement et à en évaluer les effets, à cause de ce manque de connaissances théoriques : « *C'est difficile de trouver un traitement bien efficace* » (M6) ; « *Des fois... on est optimal et le patient est quand même douloureux* » (M6).

Les médecins étaient mis en difficulté par la crainte des effets indésirables des traitements notamment opioïdes, de la part des patients, de leur famille, ou d'eux-mêmes en tant que prescripteurs : « *On a des difficultés à introduire de la morphine chez certains patients qui pensent que maintenant qu'on a trouvé la morphine on ne fait plus rien d'autre* » (M10) ; « *Des patients avec de fortes doses de morphine, des fois... ça fait un peu peur* » (M9) ; « *Je sais pas comment c'est vécu par les patients... Certains sans doute peuvent se sentir un petit peu abandonnés* » (M8).

Ils étaient également mal à l'aise face à certaines actions ou paroles peu appropriées d'autres professionnels : « *J'ai quand même pas mal de patients qui me disent "Mon pharmacien m'a dit que je n'en étais pas là"* » (M10).

Une autre source de difficultés des médecins était liée à leur sentiment d'inefficacité face à la douleur des patients : « *On l'a un peu sédaté, parce que ben, on n'avait pas de moyens d'actions sur sa douleur. On se sent impuissants [...], on se sent très coupables* » (M3). Ces situations de soin généraient une charge émotionnelle importante pour les soignants : « *Aussi bien pour l'équipe que pour le médecin [...], on se laisse facilement déborder par les émotions de ses patients qui sont en souffrance, on la porte sur nous, ce qui n'est pas bien* » (M3) ; « *Avec le patient, on a un vécu qui est particulier, et pour lequel c'est plus difficile pour nous qui le connaissons au quotidien de le voir souffrir que pour quelqu'un qui est extérieur* » (M5) ; « *Y'a quand même des situations palliatives qui nous dépassent... [...] En tant qu'être humain, évidemment c'est compliqué* » (M7). Ces problématiques causaient une réelle insatisfaction des médecins vis-à-vis de leur pratique : « *On peut toujours faire mieux* » (M1) ; « *On n'a jamais un très bon vécu quand on laisse repartir les malades qui sont toujours douloureux et qu'on n'a pas apporté de solution immédiate* » (M4) ; « *Même si je peux être de temps en temps frustré quand j'ai pas le temps de faire plus... de passer plus d'une fois par mois ou une fois tous les quinze jours* » (M7).

Par ailleurs, les médecins reconnaissaient que la gestion de l'équipe pluridisciplinaire autour du patient était complexe et pesante pour eux : « *Pour moi, le vécu le plus difficile c'est le relationnel avec l'équipe soignante de mon service* » (M2) ; « *Il faut porter toute l'équipe*

quand on soigne le malade, un peu l'infirmière qui est avec lui, et un peu le médecin traitant » (M3).

Pour surmonter ces difficultés, les médecins disaient s'appuyer sur certaines ressources : « *[Je m'appuie sur] mes connaissances en premier » (M1).* Les temps d'échanges interprofessionnels étaient également cités comme bénéfiques : « *On discute beaucoup en réunion, c'est des sujets... les soins palliatifs... les patients en palliatif, on en discute beaucoup en réunion de concertation » (M7).* La nécessité de formations régulières était également ressentie comme primordiale par les médecins : « *Je pense que tout le monde doit être formé à la gestion de la douleur, à la gestion des morphiniques » (M9) ; « Je fais une FMC [Formation Médicale Continue] mensuelle, où on a eu effectivement des sujets comme ça, sur le suivi du patient cancéreux... Après je peux aller chercher sur Internet » (M12).*

Les médecins disaient s'entourer d'un réseau de professionnels afin de prendre en charge au mieux la douleur de leurs patients. Cela passait notamment par la place que les infirmières ont dans le suivi des patients : « *Y'a un suivi, un œil médical qui surveille un peu le patient. Et je connais les infirmières libérales du coin, je sais que s'il y a un souci, elles vont m'appeler » (M12).* Les HAD (Hospitalisation À Domicile) étaient parfois citées comme un élément facilitant la prise en charge : « *L'HAD ça vient combler notre manque de temps, c'est quand même un beau soutien pour nous. C'est important, notamment la prise en charge 24 heures sur 24 en fait » (M11).* Les médecins révélaient également faire appel à l'expertise de l'EMSP (Équipe Mobile de Soins Palliatifs) : « *J'appelle l'EMSP, j'ai de la chance qu'ils soient disponibles pour nous donc je n'hésite pas » (M10) ; « Je leur demande de venir évaluer le patient. J'aime bien travailler avec eux, ils ont un œil neuf et du coup, ça permet de discuter »*

(M9). Cette collaboration professionnelle représentait la pierre angulaire de la gestion de la douleur selon les professionnels interrogés : « *Pour faire hospitaliser si besoin, il y a quand même des services qui sont à disposition. C'est plus simple, je trouve que la coopération avec les oncologues se passe bien quand même* » (M12) ; « *J'aime bien que la douleur soit prise en charge par une équipe à part, ça fait un référent douleur* » (M3) ; « *La douleur, c'est LE symptôme en cancérologie où on a besoin du chirurgien, du radiothérapeute, du médecin traitant, de l'infirmière...* » (M6).

En dépit de cette collaboration professionnelle, les médecins notaient une fragmentation de la prise en charge, ayant des conséquences négatives sur la qualité des soins. Les médecins généralistes et les oncologues estimaient que ces derniers avaient un rôle prépondérant dans le traitement de la douleur : « *On reste une référence, avec aussi des traitements qui sont assez lourds et des effets indésirables. Du coup on est leur interlocuteur, et c'est vrai qu'on court-circuite un peu le médecin traitant* » (M2) ; « *[Je] manque de relais rapides avec les oncologues pour voir un peu comment on peut gérer la situation* » (M5). Ces défauts de communication étaient souvent cités par les médecins généralistes comme une difficulté : « *En situation palliative, c'est vrai qu'ils sont plutôt en général hospitalisés, ou bien suivis par des oncologues, une HAD... Donc on n'a plus trop la main en fait* » (M11). Le risque d'erreur médicamenteuse était craint par les médecins « *Il a eu du Tramadol, puis du Doliprane, puis de la Morphine... Il a dû avoir du Skénan, finalement du Durogésic... La difficulté a été de faire un peu le tri entre tout ça* » (M7).

Concernant les moyens matériels

Une difficulté majeure exprimée par la totalité des médecins interrogés était le manque de moyens pour prendre en charge les patients. Il s'agissait principalement d'un manque de temps pour évaluer et traiter le mieux possible la douleur : « *Sur une période d'hiver, avec les épidémies, c'est très compliqué. Donc le temps, c'est quand même le gros facteur limitant* » (M1) ; « *Ça prend énormément de temps, c'est très chronophage de s'occuper de la douleur* » (M3) ; « *Une consultation c'est vingt à trente minutes, c'est difficile de tout régler* » (M4) ; « *C'est difficile de mettre en place une visite hebdomadaire... J'essaye quand je suis des patients [en situation palliative d'un cancer] d'y aller tous les quinze jours* » (M7) ; « *Quand on n'a pas beaucoup de temps, c'est sûr qu'on évalue très mal* » (M8) ; « *On n'a pas forcément le temps... Le temps est limitant à l'hôpital public, je trouve* » (M9) ; « *Je pense que notre frein à nous, c'est [...] le manque de temps. [...] A l'hôpital, ces patients ont une visite quotidienne* » (M11) ; « *C'est des patients qui sont plus chronophages que les autres* » (M12). Par ailleurs, les praticiens dénonçaient leurs difficultés à trouver des places pour hospitaliser les patients si nécessaire : « *On aimerait bien pouvoir avoir quelques lits où on équilibre leur douleur, puis après on les fait repartir à la maison en étant calmés* » (M4) ; « *Oui, c'est compliqué de trouver une place* » (M9). Les médecins estimaient manquer de moyens de façon globale : « *C'est vraiment un manque de moyens : moyens humains, moyens financiers* » (M3) ; « *On n'est pas assez de praticiens* » (M9).

Concernant le contexte législatif et éthique

Les professionnels disaient être à l'aise avec le changement de paradigme médical induit par le caractère palliatif de la situation des patients : « *[J'étais] dans un changement d'optique* »

de par la douleur palliative, qui est déjà particulière » (M1). Pour eux, il était possible d'utiliser des thérapeutiques à visée de confort même au risque d'abrégé la vie des patients (Loi Claeys-Leonetti de 2016) : « C'est une démarche où on va accepter peut-être plus d'effets indésirables [...] de la morphine ou des autres traitements, ou on va s'en accommoder on va dire » (M1) ; « Justement, c'est notre mission première : on ne veut plus... on veut soulager... quitte à des fois encourir des effets secondaires » (M6).

Les médecins étaient parfois confrontés à des demandes de sédation voire d'euthanasie. Ils disaient faire la part des choses mais ces problématiques étaient difficiles à gérer : « Il y a des personnes qui disent "Mais pourquoi on en finit pas ? Pourquoi on peut pas... il veut mourir, on sait qu'il va mourir", c'est toujours délicat, [...] on ne veut pas rentrer [dans le sujet] puisque de toutes façons on sait qu'on ne peut pas le faire » (M1) ; « Les équipes sont extrêmement demandeuses d'Hypnovel. Alors ça... L'Hypnovel, il faut tout le temps faire de l'Hypnovel, il faut mettre de l'Hypnovel tout le temps. [...] On peut aussi ne pas avoir besoin d'Hypnovel. [...] On peut naturellement être en sédation profonde ! » (M2) ; « Un patient d'origine musulmane qui est décédé, et une famille... qui a refusé la sédation, parce que le patient doit "expier ses pêchés" » (M9).

Tableau 2 – Caractéristiques des participants et des entretiens

<i>Code de l'entretien</i>	<i>Spécialité</i>	<i>Âge</i>	<i>Sexe</i>	<i>Lieu d'exercice</i>	<i>Durée de l'entretien</i>
M1	Généraliste	31	F	Rural	16:37
M2	Oncologue	48	F	Urbain	22:02
M3	Oncologue	42	F	Urbain	16:29
M4	Oncologue	54	M	Urbain	7:43
M5	Généraliste	37	F	Semi-rural	10:08
M6	Oncologue	33	F	Urbain	18:58
M7	Généraliste	37	M	Rural	10:39
M8	Oncologue	49	F	Urbain	21:49
M9	Généraliste	30	M	Urbain	13:53
M10	Généraliste	58	F	Urbain	13:51
M11	Généraliste	38	F	Urbain	18:00
M12	Généraliste	46	M	Semi-rural	11:08

DISCUSSION

Cette étude qualitative a permis de décrire les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et les oncologues dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur⁴.

La principale force de cette étude était de disposer d'un échantillon de médecins varié : plusieurs spécialités médicales, des libéraux et des hospitaliers, et différents degrés d'ancienneté.

La critique objective de notre étude s'est appuyée sur la version francisée de la grille de lecture COREQ (**annexe 1**), pour en vérifier sa validité interne (crédibilité des résultats par rapport aux données de la littérature) et externe (transférabilité des résultats à une population plus vaste que l'échantillon initial). Une des principales limites résidait dans le manque d'expérience de l'investigateur dans le domaine de la recherche qualitative. En effet, il n'existe pas de formation recherche dédiée durant l'internat de médecine générale. Pour cette raison l'analyse des données a été restreinte à une méthodologie simple de type théorie ancrée. Le codage des données a été effectué par un seul investigateur. Un biais de l'étude était que les médecins sollicités étaient uniquement des médecins généralistes accueillant des étudiants en médecine, ainsi que des médecins hospitaliers ayant l'habitude de côtoyer des étudiants en médecine. Ils étaient probablement plus intéressés pour participer à cette recherche puisque déjà investis d'une mission pédagogique et d'enseignement.

Les résultats de cette étude étaient concordants avec ce qui est observé dans la littérature internationale sur le sujet. Les médecins interrogés semblaient avoir confiance dans leur

pratique^{1,5} mais avaient aussi conscience des nombreuses limites rencontrées au décours de leur exercice. Les freins à la prise en charge optimale de la douleur étaient multiples : réticences des patients et de leur entourage aux opioïdes (craintes des effets indésirables ou du risque de dépendance) et à l'hospitalisation^{2,10,11}, manque de ressources humaines et matérielles^{4,9}, défaut de connaissances donc de compétences⁵.

La diversité des personnes interrogées a permis d'entrevoir des points de vue variables entre les oncologues et les médecins généralistes. Les médecins généralistes rencontraient des difficultés pour hospitaliser les patients, avec un sentiment d'isolement dans la gestion de la douleur. Enfin, ils étaient démunis face à un maintien à domicile compliqué par une gestion imparfaite du symptôme douleur. L'intervention d'une HAD ne permettait pas d'améliorer les conditions de vie à domicile, rendant même la situation plus complexe parfois, par un manque d'interdisciplinarité autour du patient pour les décisions médicales. De leur côté, les oncologues s'appuyaient beaucoup sur les services d'HAD pour sécuriser la prise en charge à domicile, cependant le recours au médecin traitant pouvait être limité. Ces divergences de perception de la situation semblaient avant tout liées à un manque de communication entre les différents professionnels intervenant auprès des patients.

L'un des objectifs de cette étude était de pouvoir décrire un parcours de soins optimal adapté aux patients douloureux en situation palliative d'un cancer. Cet objectif n'a pas été atteint directement dans cette étude, mais celle-ci a mis en évidence les freins que rencontraient les médecins, ce qui constitue une piste d'amélioration.

Des axes de travail apparaissent pour améliorer l'existant, notamment l'évaluation et la prise en charge de cette population de patients : favoriser les liens ville-hôpital, promouvoir la formation initiale et continue à la douleur, mieux communiquer sur les recommandations de bon usage des antalgiques.

CONCLUSION

Les médecins ont un vécu complexe de la douleur des patients en situation palliative d'un cancer. Ces situations sont décrites comme une expérience humaine enrichissante par les oncologues et les médecins généralistes, mais nécessitent d'être améliorées dans leur prise en charge. En effet, les médecins se sentent en difficulté, dans l'évaluation et la prise en charge médicamenteuse de la douleur du cancer par défaut de connaissance de l'arsenal thérapeutique actuellement à disposition, mais aussi face aux réticences des patients et/ou de leur entourage aux antalgiques opioïdes.

La principale limite évoquée par les médecins pour pouvoir faire une bonne évaluation et prise en charge de la douleur de leur patient est le manque temps.

Les médecins développent des stratégies de prise en charge basées sur le travail en réseau autour du patient et la collaboration oncologue – médecin généraliste afin de faire face à cette complexité, avec notamment l'appui des infirmières libérales ou des services d'Hospitalisation à Domicile. Cette approche centrée autour du patient permet une meilleure évaluation et un meilleur traitement. Le bénéfice en termes de temps dégagé est en revanche plus nuancé selon les médecins interrogés. Confier au patient un rôle plus actif dans la gestion de sa douleur, étoffer l'enseignement de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur en formation initiale et continue, faciliter le lien ville-hôpital en évitant aux patients d'arriver aux urgences pour un symptôme douleur sont quelques pistes pour essayer d'optimiser au mieux le parcours de soins des patients douloureux, en situation palliative d'un cancer.

Clermont-Ferrand, le 25 جانور 2021
Pierre CLAVELOU
Doyen – Directeur



Clermont-Ferrand, le 25 janvier 2021
Le Président du Jury

A handwritten signature in black ink, consisting of a large 'N' and 'A' intertwined.

Pr Nicolas Authier

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. García-Mata J, Álamo C, de Castro J, Contreras J, Gálvez R, Jara C, et al. A survey of perceptions, attitudes, knowledge and practices of medical oncologists about cancer pain management in Spain. *Clinical and Translational Oncology*. août 2018;20(8):1061-71.
2. Mitchell GK, Senior HE, Johnson CE, Fallon-Ferguson J, Williams B, Monterosso L, et al. Systematic review of general practice end-of-life symptom control. *BMJ Supportive & Palliative Care*. déc 2018;8(4):411-20.
3. Meiklejohn JA, Mimery A, Martin JH, Bailie R, Garvey G, Walpole ET, et al. The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. *Journal of Cancer Survivorship*. déc 2016;10(6):990-1011.
4. Lockett T, Davidson PM, Boyle F, Liauw W, Agar M, Green A, et al. Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management: Perspectives of oncologists: Australian practice in cancer pain. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*. juin 2014;10(2):e99-107.
5. Breuer B, Chang VT, Von Roenn JH, von Gunten C, Neugut AI, Kaplan R, et al. How Well Do Medical Oncologists Manage Chronic Cancer Pain? A National Survey. *The Oncologist*. 1 févr 2015;20(2):202-9.
6. Thoonsen B, Gerritzen SHM, Vissers KCP, Verhagen S, van Weel C, Groot M, et al. Training general practitioners contributes to the identification of palliative patients and to multidimensional care provision: secondary outcomes of an RCT. *BMJ Supportive & Palliative Care*. mars 2019;9(1):e18-e18.
7. Finn L, Green AR, Malhotra S. *Oncology and Palliative Medicine: Providing Comprehensive Care for Patients With Cancer*. 2017;17(4):5.

8. O'Hagan P, Mercadante S. Breakthrough cancer pain: The importance of the right treatment at the right time. *European Journal of Pain*. août 2018;22(7):1362-74.
9. Bruera E, Paice JA. Cancer Pain Management: Safe and Effective Use of Opioids. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*. 2015;35:e593-9.
10. Merlin JS, Patel K, Thompson N, Kapo J, Keefe F, Liebschutz J, et al. Managing Chronic Pain in Cancer Survivors Prescribed Long-Term Opioid Therapy: A National Survey of Ambulatory Palliative Care Providers. *Journal of Pain and Symptom Management*. janv 2019;57(1):20-7.
11. Research Letters: HEALTH CARE REFORM. *ARCH INTERN MED*. 2010;170(7):2.
12. den Herder-van der Eerden M, Hasselaar J, Payne S, Varey S, Schwabe S, Radbruch L, et al. How continuity of care is experienced within the context of integrated palliative care: A qualitative study with patients and family caregivers in five European countries. *Palliative Medicine*. déc 2017;31(10):946-55.

ANNEXES

Annexe 1 – Grille d’analyses méthodologique selon les lignes directrices COREQ (*CO*nsolidated *CR*iteria for *RE*porting *Q*ualitative research)

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

<i>Item</i>	<i>Guide questions/description</i>	<i>Réponse</i>
<i>Caractéristiques personnelles</i>		
1. Enquêteur	Quel auteur a mené l’entretien individuel ?	Mehdi GARAoui
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de médecine générale ayant réalisé cinq des six semestres d’internat
3. Activité	Quelle était son activité au moment de l’étude ?	Interne en SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée)
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Un homme
5. Expérience et formation	Quelle était l’expérience ou la formation du chercheur ?	Pas d’expérience antérieure en recherche qualitative
<i>Relations avec les participants</i>		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l’étude ?	Non, excepté deux médecins (M1 et M7)
7. Connaissance des participants au sujet de l’enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation rapide du chercheur au début de l’entretien
8. Caractéristiques de l’enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l’enquêteur ?	Aucune

Domaine 2 : Conception de l’étude

<i>Item</i>	<i>Guide questions/description</i>	<i>Réponse</i>
<i>Cadre théorique</i>		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l’étude ?	Théorie ancrée

<i>Sélection des participants</i>		
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage raisonné
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Contact téléphonique et/ou mail
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Quatorze participants
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Deux personnes : deux refus de participer (manque de temps et manque d'expérience)
<i>Contexte</i>		
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Sur le lieu de travail des participants
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non, à l'exception de l'entretien 12 (présence d'une interne de médecine générale durant l'entretien)
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Description détaillée dans les chapitres <i>Matériel et méthodes</i> et <i>Résultats</i>
<i>Recueil des données</i>		
17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien détaillé dans le chapitre <i>Matériel et méthodes</i> , non testé avant le premier entretien
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Entretien unique avec chaque participant
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio avec l'accord des participants en vue d'une retranscription exhaustive
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Non
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne de 15 minutes (de 7 min 43 s à 22 min 02 s)
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Saturation des données atteinte au dixième entretien, deux entretiens supplémentaires ont été menés pour confirmation

23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
---------------------------------	--	-----

Domaine 3 : Analyse et résultats

<i>Item</i>	<i>Guide questions/description</i>	<i>Réponse</i>
<i>Analyse des données</i>		
24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Une seule (uniquement le chercheur)
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Thèmes déterminés à partir des données (théorie ancrée)
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	NVivo 12 (QSR International)
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
<i>Rédaction</i>		
29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, citations de verbatims avec références correspondant aux médecins interrogés
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

SERMENT D'HIPPOCRATE

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

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.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Objectif : Recueillir le vécu des médecins généralistes et des oncologues médicaux face à la douleur du patient en situation palliative d'un cancer, afin d'améliorer les pratiques.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes hospitaliers et libéraux et d'oncologues médicaux entre juillet et septembre 2019. Les entretiens ont été enregistrés après consentement des participants, puis les verbatims obtenus ont été analysés avec le logiciel NVivo 12 (QSR International) selon une approche par théorie ancrée.

Résultats : Douze des quatorze médecins contactés ont accepté de participer. La durée moyenne des entretiens était de 15 minutes. Les médecins reconnaissaient que ces situations étaient très enrichissantes, malgré une intensité émotionnelle importante. La complexité des situations a été spontanément évoquée par l'ensemble des praticiens. Les médecins soulignaient l'importance de l'évaluation de la douleur afin de mieux la prendre en charge. Cependant plusieurs obstacles à cette prise en charge ont été identifiés : du côté des patients et de leur entourage une réticence à la prise d'opioïdes en raison d'effets indésirables supposés ou réels et un refus d'hospitalisation et du côté des professionnels un manque de connaissances, de compétences, de temps et de moyens humains et matériels. En dépit de ces faiblesses qu'ils identifiaient bien, les médecins estimaient que leur prise en charge était adaptée. Ils s'appuyaient sur le travail en équipe et la pluridisciplinarité pour accompagner le patient au mieux, et faire face aux questions éthiques soulevées par ces situations.

Conclusion : Ces résultats tendent à montrer que la gestion de la douleur du patient en situation palliative d'un cancer est complexe pour les médecins généralistes et les oncologues quel que soit leur lieu d'exercice. Des efforts restent à fournir afin d'améliorer la prise en charge de ces patients fragiles. Enfin, les heures d'enseignement allouées à la douleur en formation initiale et continue semblent insuffisantes.

Mots-clés : douleur, cancer, soins palliatifs, médecins généralistes, oncologues