



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

Par

Pierre-Yves DELASSUS

Le 17 février 2014

LE PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE NON OU INSUFFISAMMENT SOULAGÉ PAR UN ANTALGIQUE DE PALIER 2 : Réactions de 10 médecins généralistes

Examineurs de la thèse :

M. le Pr Jean PAYSANT	) Président et juge
M. le Pr François PAILLE	) Juge
M. le Pr Xavier DUCROCQ	) Juge
M. le Dr Pascal BOUCHE	) Juge
Mme le Dr Laurène MILLET-MALINGREY	) Directrice et juge

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI
Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	
• « DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « Gestion DU – DIU »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
 Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
 Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
 Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
 Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
 Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
 Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
 Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
 Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
 René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
 Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
 Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
 Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
 Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
 Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
 Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
 Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
 Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER
=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO
=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteur Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Wurtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT :

M. le Pr Jean PAYSANT

Professeur de Médecine Physique et de Réadaptation

Merci de m'accorder l'honneur de présider mon jury de thèse.

Soyez assuré de ma plus grande gratitude et de mon plus profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

M. le Pr François PAILLE
Professeur de Thérapeutique

Vous m'accordez de votre temps pour juger ce travail, je vous adresse donc mes plus sincères remerciements

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

M. le Pr Xavier DUCROCQ
Professeur de Neurologie

Soyez assuré de toute ma reconnaissance pour me faire l'honneur de juger mon travail.

A NOTRE JUGE

M. le Dr Pascal BOUCHÉ
Maître de Conférence Associé en Médecine Générale ; Docteur en Médecine

Veuillez trouver ici l'expression de ma considération et de mes remerciements pour me faire l'honneur de juger ma thèse

A NOTRE JUGE ET DIRECTRICE

Mme le Dr Laurène MILLET-MALINGREY
Docteur en Médecine

Merci de m'avoir suivi dans cette aventure

Merci de tous tes conseils et d'avoir été présente lors de toutes les petites péripéties qui l'ont jalonnées.

Sois assurée de ma plus sincère reconnaissance

A BON PAPA

Je t'avais dis un jour que je serais médecin

A GRAND PÈRE

Pour m'avoir donné le goût et la curiosité d'apprendre

A BONNE MAMAN ET MAMIE

Pour m'avoir, chacune à votre façon, donné le goût des bonnes choses

A MAMAN

Parce que tu as toujours été là et que ta force m'as permis de maintenir le bon cap
Désolé de te priver d'un de tes principaux sujets de conversation

A PAPA

Parce que par ton humanité et ta sensibilité, tu m'as transmis l'amour de la médecine

A TOUS LES DEUX

Merci d'avoir fait de moi ce que je suis

A STEPHANIE, MANON ET JEANNE

A LOÏC ET VANESSA

A ANNE-SOPHIE, THIBAUT, LOU, ARTHUR ET AU TIOT A VENIR

A MARINE, PIERRE, BASILE ET LUCE

A GUILLAUME ET TYPHAINE

Parce que, quand même, on est bien tous ensemble

A

Rémi, Simon, Julie, Jules, Marie, Yub, Marie, Myl, Dukes, Fan, Val, Clara, Clément, Marie-Charlotte, Mat'Gro, Jérem, Alice, Greg, Chou, Bat, Nico, Élo, Buffy, Alex, Mimil, Thomas Beck, Blandine, Dom, Val, Les frangins, Bini, Koj', Pitbull, Virginie, Gégé, Éléo, Mel Fanélie, Nico, Véro, Thibaut, Julie, Fred, Hélène, Shagha, François, Jérôme, Thomas, Claire, Ugo, Nico, Yoan, les AU(O)REL's et les autres fous
Aux oubliés

Je vous aime les copains

A MA VIRG'

Parce que c'est toi... Parce que ça sera toujours toi...

SERMENT

« **A**u moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque ».

TABLES DES MATIÈRES

Liste des abréviations.....	p. 15
<u>INTRODUCTION</u>	p. 16
<u>OBJECTIFS</u>	p. 19
<u>MATERIELS ET MÉTHODE</u>	p. 20
I) <u>Schéma général</u>	p. 20
II) <u>Population</u>	p. 20
III) <u>Champs explorés</u>	p. 21
IV) <u>Déroulement des entretiens et recueil des données</u>	p. 21
V) <u>Retranscription des données</u>	p. 21
VI) <u>Analyse des données</u>	p. 22
<u>RÉSULTATS</u>	p. 23
I) <u>Modalités d'évaluation de la douleur au cabinet</u>	p. 23
II) <u>Perception de l'auto-évaluation de la douleur du patient par le médecin</u> p.	27
III) <u>Place d'interlocuteurs médicaux et paramédicaux pour la prise en charge et l'évaluation d'une douleur chronique</u>	p. 28
a. <i>les interlocuteurs médicaux</i>	p. 28
b. <i>les interlocuteurs paramédicaux</i>	p. 31
IV) <u>Place des alternatives non médicamenteuses dans la prise en charge de la douleur</u>	p. 32
V) <u>Représentation et modalités de recours aux antalgiques de palier III</u>	p. 33
<u>DISCUSSION</u>	p. 42
I) <u>Forces de l'étude</u>	p. 42
II) <u>Faiblesses de l'étude</u>	p. 42
III) <u>Modalités d'évaluation de la douleur du patient en cabinet</u>	p. 43
a. <i>utilisation des échelles de la douleur</i>	p. 43
b. <i>évaluation par la connaissance de leurs patients</i>	p. 44
IV) <u>Perception de l'auto-évaluation de la douleur du patient par le médecin</u> p.	45
V) <u>Place d'interlocuteurs médicaux et paramédicaux pour la prise en charge et l'évaluation d'une douleur chronique</u>	p. 46
a. <i>Les interlocuteurs médicaux</i>	p. 46
1) <i>les spécialistes d'organes</i>	p. 46
2) <i>Les Services d'évaluation et de traitement de la Douleur Chronique (SDC)</i>	p. 47
b. <i>les interlocuteurs paramédicaux</i>	p. 50
VI) <u>Place des alternatives non médicamenteuses dans la prise en charge de la douleur</u>	p. 51

VII) <u>Représentation et modalités de recours aux antalgiques de palier III.....</u>	p. 53
a. <i>modalités de prescription</i>	p. 53
b. <i>produits utilisés.....</i>	p. 54
c. <i>représentation des traitements opioïdes par le médecin.....</i>	p. 56
d. <i>représentation du traitement opioïde par les patients d'après les médecins traitants</i>	p. 58
<u>CONCLUSION.....</u>	p. 61
BIBLIOGRAPHIE.....	p. 63
ANNEXE 1 : Guide d'entretien.....	p. 66
ANNEXE 2 : Questionnaire Concis sur la Douleur.....	p. 67
ANNEXE 3 : Questionnaire du St ANTOINE.....	p. 69
ANNEXE 4 : Grille d'entretien semi structuré pour l'évaluation et le suivi du patient douloureux Chronique.....	p. 70

Liste des abréviations

AFSSAPS : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
EN : Echelle Numérique
EVA : Echelle Visuelle Analogique
EVS : Echelle Verbale Simple
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de Santé Publique
IASP : International Association for the Study of Pain
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur
SDC : Structure d'évaluation et de traitement de la Douleur Chronique
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladies

Introduction :

La douleur est définie de la manière suivante par l'International Association for the Study of Pain (IASP) : il s'agit d'une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion* ». (1)

On parle de douleur chronique lorsque celle-ci persiste ou est récurrente au-delà du délai habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et/ou relationnelles du patient. (2)

D'après l'étude STOPNET réalisée auprès de 30 155 personnes, la douleur chronique non maligne concernerait 31,7 % de la population générale française (qui expriment une douleur depuis plus de 3 mois), avec un retentissement sur la qualité de vie pour 20 % d'entre elles (3). Une autre étude de 2003 nous indique que ces douleurs concernent des patients avec un âge moyen de 63 ans et demi et qu'ils consultaient dans 75% des cas pour des douleurs rhumatologiques.(4)

Sa prise en charge fait l'objet de recommandations simples de la part de la Haute Autorité de santé (HAS) avec identification, traitement, évaluation complémentaire ou interdisciplinaire, orientation vers les structures spécialisées. (2)

Pour optimiser l'application des ces recommandations, plusieurs plans nationaux (5,6,7) ont été mis en œuvre et des Etats Généraux de la douleur ont eu lieu en 2005. (8)

Lors de l'évaluation du 3^{ème} plan d'amélioration de prise en charge de la douleur, le Haut Conseil de la Santé Publique estime, concernant la prise en charge de la douleur chronique, que : « *La structuration de l'offre de soins, notamment en milieu extrahospitalier, reste insuffisante, tant au niveau de l'identification des acteurs que de leur formation.* » (9)

De même, lors de l'étude « Pain In Europe- A 2003 report » (10), si on s'intéresse aux patients ayant une douleur chronique d'intensité « modérée à intense » en France, plus de la moitié se dit insatisfaite du médecin qui les suit, et 25% considèrent leur traitement comme étant inefficace. On voit aussi dans l'étude sur « la prise en charge des personnes âgées en ambulatoire » (4), que 23% de ceux qui consultent pour une douleur chronique ne s'estiment pas soulagés.

Depuis la loi sur la réforme de l'assurance maladie d'août 2004, les français se doivent de déclarer un médecin traitant pour coordonner leur prise en charge ⁽¹¹⁾. En 2009, l'assurance maladie estimait que 85% de ses assurés avaient déclaré un médecin traitant. 99,5% d'entre eux avait choisi leur médecin généraliste ⁽¹²⁾. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur est donc primordial. En effet, il est le premier recours du patient. Le « Livre Blanc de la Douleur » issu des états généraux de la douleur, considère que le patient douloureux chronique consulte son médecin traitant dans 65% des cas ⁽⁸⁾. Toutefois, il relate des données de 2004, soit avant la mise en place du parcours de soins coordonné. Dans une autre enquête menée par la société française d'évaluation et de traitement de la douleur (SFETD) et le Collège National de Généralistes Enseignants (CNGE) en 2002, 43% des personnes consultant leur médecin généraliste décrivaient une plainte douloureuse. Parmi cette frange de la population 24% souffraient d'une douleur chronique (soit 10% des consultations de MG) ⁽¹³⁾. L'étude « Pain in Europe » nous apprend que le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié de ces patients (83%). ⁽¹⁰⁾

L'OMS recommande l'utilisation des antalgiques par palier avec d'abord un antalgique de palier 1 ; en cas d'inefficacité un palier 2 puis, toujours en cas de nécessité, un palier 3. Les différents paliers peuvent être atteints directement selon l'intensité de la douleur ⁽¹⁴⁾. Or, toujours selon l'étude STOPNET, la prévalence estimée des douleurs chroniques d'intensité modérée à intense s'élèverait à 20% de la population générale ⁽³⁾. Lors des Etats généraux de la douleur en 2005, on apprend que lorsqu'ils consultent pour des symptômes douloureux, 82% des français reçoivent une prescription d'antalgiques ; 18% n'en reçoivent donc pas. ⁽⁸⁾

Une étude sur la prise en charge des personnes âgées en ambulatoire retrouvait que, lorsque les patients consultent pour des douleurs chroniques, la quasi-totalité (94 %) des traitements délivrés sont des antalgiques de niveau II ⁽⁴⁾. Il existe donc un décalage entre les prescriptions observées et ce que les recommandations et les données épidémiologiques font attendre, en terme d'antalgie.

Notre étude se base sur les modalités de prescription dans le cadre d'une douleur chronique non ou insuffisamment soulagée par un antalgique de palier II afin d'orienter l'interviewé à réfléchir sur l'utilisation d'antalgiques de palier 3 dans sa pratique.

L'utilisation de ces antalgiques est bien codifiée. Ainsi, en 2004, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), ancêtre de l'Agence Nationale de

Sécurité du Médicament (ANSM), indiquait que : « *Seule la morphine est indiquée pour les douleurs persistantes intenses ou rebelles aux antalgiques de niveau plus faible. La buprénorphine, le fentanyl, l'hydromorphone et l'oxycodone sont réservés aux douleurs intenses d'origine cancéreuse.* » (15).

Malgré tout, l'utilisation de ces antalgiques reste marginale, dans 3% des cas selon l'étude Pain In Europe (10). En 2002, seul 1% des prescriptions antalgiques étaient des palier III et en grande majorité pour des douleurs cancéreuses (13).

Les premiers prescripteurs d'antalgique de palier III sont les généralistes, pour des douleurs d'origine rhumatologiques dans 36,6% des cas et cancérologiques dans 33,4% des cas (16).

Les médecins généralistes étant là encore le premier recours des patients, il semble indispensable d'explorer leur réaction face à de telles douleurs, au sentiment d'impuissance qu'elles peuvent engendrer, ainsi que leur rapport aux différents traitements, qu'ils soient médicamenteux (et plus particulièrement aux antalgiques de palier III) ou non.

Objectifs :

L'objectif principal est d'étudier les éléments de prise de décision thérapeutique d'un médecin généraliste lorsqu'il se retrouve devant une situation d'échec face à un patient douloureux chronique déjà traité par un antalgique de palier II.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- explorer les modalités d'évaluation de la douleur au cabinet et la perception de l'auto-évaluation de la douleur par le patient
- connaître les interlocuteurs privilégiés des généralistes pour la prise en charge de la douleur

Nous étudierons aussi les alternatives médicamenteuses et les modalités de leur utilisation en ambulatoire ainsi que la représentation des antalgiques de palier 3 par les médecins interrogés.

Matériel et méthode :

Médecin	Sexe	Mode d'exercice	Lieux d'exercice	Durée d'installation	Durée de l'entretien
Dr A	M	groupe	rural	33 ans	7 min 25
Dr B	F	groupe	rural	22 ans	12 min 46
Dr C	M	seul	rural	31 ans	14 min 06
Dr D	M	groupe	rural	28 ans	9 min 07
Dr E	M	Seul	rural	33 ans	10 min 18
Dr F	M	Groupe	Rural	2 ans	29 min 13
Dr G	M	groupe	urbain	20 ans	12 min
Dr H	M	Groupe	Urbain	31 ans	11 min 06
Dr I	F	Groupe	Urbain	1 an	16 min 24
Dr J	M	Seul	Rural	12 ans	13 min 37

I) Schéma général :

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, menée par approche phénoménologique ⁽¹⁷⁾. On cherche à étudier les comportements et les pratiques de médecins face à une situation précise. L'intérêt d'avoir choisi une étude qualitative est d'essayer de rendre compréhensibles les actions de ces médecins. « *"Les méthodes qualitatives ont pour fonction de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer"* (Kaufmann, 1996) ⁽¹⁸⁾. On cherche donc à mettre en évidence des hypothèses de travail au fur et à mesure de l'étude, qui pourront par la suite être « mesurées » par une étude quantitative.

II) Population :

L'étude a été réalisée auprès de médecins généralistes thésés, installés. Nous avons cherché à inclure des médecins d'âges et de sexes différents, exerçant en milieux urbains, semi-ruraux et ruraux, travaillant seuls ou en cabinet de groupe. Les médecins ont été choisis de manière à disposer d'un échantillon varié. Le recrutement a été fait par proximité, par connaissance de l'étudiant.

III) Champs explorés :

Les entretiens ont été menés à partir d'un canevas. (annexe 1)

Les médecins ont été invités pour commencer à raconter leur dernière expérience avec un patient douloureux chronique insuffisamment soulagé par un antalgique de palier II.

Puis nous avons exploré les champs suivants :

- modalités d'évaluation de la douleur en consultation au cabinet
- perception de l'auto-évaluation de la douleur du patient par le médecin
- place d'interlocuteurs médicaux et paramédicaux pour la prise en charge et l'évaluation d'une douleur chronique
- place des alternatives thérapeutiques aux médicaments
- représentation et modalités de recours aux antalgiques de palier III.

IV) Déroulement des entretiens et recueil des données

Ces entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin après un accord téléphonique préalable sans présentation du sujet afin que les réponses données ne soient pas préparées à l'avance. Ils étaient enregistrés sur dictaphone dans leur intégralité après accord du médecin.

Une série d'entretiens tests a été réalisée auprès d'amis médecins généralistes thésés ou non, afin d'adapter notre guide d'entretien et pour permettre à l'étudiant enquêteur de pouvoir se familiariser avec la technique d'entretien pour diriger celui-ci sans suggérer de réponses au médecin interrogé. Ces entretiens ont été inclus dans l'étude.

V) Retranscription des données

Les entretiens ont été intégralement retranscrits au fur et à mesure, sur un logiciel de traitement de texte.

VI) Analyse des données

Les entretiens ont été analysés dans un premier temps par codage ouvert.

Les entretiens ont été stoppés à saturation des données sur le codage ouvert.

Puis nous avons procédé à un codage axial.

Résultats :

I) Modalités d'évaluation de la douleur du patient en cabinet :

Concernant l'évaluation de la douleur, on retient que peu de médecins utilisent des échelles d'évaluation de la douleur :

- ☐ « je n'utilise pas d'échelles en fait » « Donc finalement je me dis et puisque tu poses la question que la raison pour laquelle je n'utilise pas d'échelle, c'est que je vois selon la thérapeutique, selon l'évolution si ça fonctionne ou pas »
- ☐ « je ne fais pas d'évaluation par une échelle, pas de façon... pas de système objectif quoi, c'est sur l'impression que je ressens »
- ☐ « Jamais (d'échelle) »
- ☐ « ça me faisait toujours rigoler quand on m'amenait les échelles au pied du lit »

Lorsqu'une échelle est utilisée, il s'agit généralement soit de l'Echelle Verbale Simple (EVS), soit de l'échelle numérique (EN), c'est à dire des échelles unidimensionnelles :

- ☐ « Elle est forcément très suggestive, mais je pense que l'utilisation d'échelle ne supprime pas la suggestivité, s'ils ont l'impression d'avoir très mal, ils vont dire 9, sinon ils vont dire par exemple 3 mais ça ne change rien à la suggestivité de la douleur »
- ☐ « Elle a grossièrement coté une douleur aux alentours de 4 à 6 /10, »
- ☐ « Dans les douleurs chroniques comme ça oui, par que c'est très simple, 0 pas de douleur, 10 au maximum, pas besoin de faire de dessin. Par contre, les échelles visuelles machins je n'utilise jamais. C'est la seule échelle que j'utilise »
- ☐ « Donc il arrive que je leur dise : « De 0 à 10 sauriez vous mettre une note ? », »

Certains évoquent pour raison leur manque de connaissance dans ce domaine :

- ☐ « Donc on peut peut-être dire qu'on a une très mauvaise prise en charge de la douleur parce qu'on a une très mauvaise éducation. Dans nos études, c'était rien et la prise en charge actuelle c'est juste du déjà vu, on essaye d'employer les mêmes méthodes

pour avoir un mieux mais sinon je pense que la douleur est très mal prise en charge parce qu'elle est très mal enseignée donc on est très mal formés. Et on a un retard considérable. »

☐ *« je n'estime pas avoir la compétence du spécialiste de la douleur »*

☐ *« Non car moi-même, je serais incapable de m'en servir. Ca me paraît être un drôle de moyen »*

La plupart considèrent que c'est la connaissance de leurs patients qui constitue le meilleur moyen d'évaluer la douleur :

☐ *« Je n'utilise pas d'échelle de douleur mais je connais mes patients et d'après la connaissance que j'ai d'eux, je peux évaluer moi-même si vraiment c'est nécessaire de traiter »*

☐ *« Je pense que c'est là-dessus que je me base, sur leur ressenti, en fonction de la réponse au traitement, sur ce que eux ressentent »*

☐ *« A la demande, sans échelle d'évaluation, au « Pif », connaissant le patient depuis 15 ou 20 ans, c'est pas un « dolique », c'est un dur, et c'est vraiment ma connaissance de ce patient qui m'a fait me dire que la demande d'antalgique de palier 3 était vraiment justifiée par sa névralgie » « Au niveau de la douleur, oui. Je trouve que c'est ce qui reflète le mieux, beaucoup mieux que quelqu'un qui va par exemple en consultation de la douleur, qui va être impressionné par le cadre hospitalier, les blouses blanches, qui pourra lui faire dire : « peut être que finalement j'ai pas si mal » alors qu'il souffre et qu'il est perturbé dans sa vie de tous les jours. »*

☐ *« On suit l'évolution, quand on voit et revoit nos patients, ils nous disent : « ça va, ça va pas, ça va mieux, ça va pas mieux... »*

☐ *« et puis ça fait 30 ans que je la connais donc... »*

☐ *« Non, les connaissant en général assez bien, je leur demande par exemple : « dans vos activités habituelles, est ce que vous jardinez toujours 3 heures ? » ou « Est ce que vous êtes capables de bricoler ou de porter un truc ? », s'ils me disent : « Non, je ne peux pas », c'est qu'il y a un problème. »*

☐ *« la raison pour laquelle je n'utilise pas d'échelle, c'est que je vois selon la thérapeutique, selon l'évolution si ça fonctionne ou pas »*

Pour beaucoup, le critère le plus important est le retentissement sur leur vie quotidienne, leur qualité de vie, leur état psychique :

- ☐ « Bien sur, il a déjà une qualité de vie affectée par son handicap et il trouvait malgré cela que sa douleur altérait vraiment beaucoup sa qualité de vie »
- ☐ « Insomniente » « Egalement la mauvaise humeur, l'insomnie, l'entourage » « Et c'est surtout le fait de retrouver un contact avec leur environnement qui est important » « Quand ils reviennent plusieurs fois en disant « ca n'est pas supportable » alors que par exemple l'arrêt de travail n'est pas encore terminé, là je sais que c'est vrai »
- ☐ « Je leur demande si leur douleur est supportable, si elle les empêche de dormir, si dans la journée ils sont suffisamment soulagés, et s'ils me disent que non ou s'ils dorment mal, j'augmente la posologie. »
- ☐ « Et puis l'interrogatoire, savoir comment, le déroulement de la douleur pendant la journée. Là ce qui m'incitait quand même à conserver une morphine c'est qu'elle m'a dit : « écoutez, moi pendant les quelques jours où j'ai utilisé ce que vous m'avez prescrit, j'étais sur des petits nuages ! », dixit... j'étais sur des petits nuages... Des petits nuages mais pas psychologiques, elle était vraiment bien calmée au niveau douleur. » « Sur la qualité de vie oui. L'échelle numérique, enfin je sais pas comment les autres confrères l'utilisent, mais ça peut être un peu réducteur, parfois tu peux avoir une douleur fulgurante et le reste de la journée être tranquille. »
- ☐ « Dès qu'elle m'en parlait elle pleurait et les soignantes disaient qu'elle hurlait quand elles faisaient le pansement » « donc elle était déjà fragile moralement mais ça, ça l'a achevé, elle en avait marre... »
- ☐ « Non, les connaissant en général assez bien, je leur demande par exemple : « dans vos activités habituelles, est ce que vous jardinez toujours 3 heures ? » ou « Est ce que vous êtes capables de bricoler ou de porter un truc ? », s'ils me disent : « Non, je ne peux pas », c'est qu'il y a un problème » « Au niveau de la douleur, oui. Je trouve que c'est ce qui reflète le mieux, beaucoup mieux que quelqu'un qui va par exemple en consultation de la douleur, qui va être impressionner par le cadre hospitalier, les blouses blanches, qui pourra lui faire dire : « peut être que finalement j'ai pas si mal » alors qu'il souffre et qu'il est perturbé dans sa vie de tous les jours. »

Enfin, la plupart cherche à savoir de quel type de douleur il s'agit afin de mieux préparer la prise en charge :

- ☐ « *donc morphiniques, éventuellement anti convulsivant en cas de douleur neuropathique* »
- ☐ « *il a donc introduit du RIVOTRIL en étiquetant douleur neuropathique faciale. Le Rivotril est maintenant prescrit depuis une quinzaine de gouttes initialement à 7 gouttes puis progressivement augmenté jusqu'à 15 gouttes, en essai encore 15 jours et s'il n'y a pas d'amélioration, j'essaierai le TEGRETOL* » « *j'élimine la névralgie vasculaire de la face car c'est vraiment intolérable et que dans ce cas, j'envoie directement aux urgences pour qu'il bénéficie tout de suite de VERAPAMIL* » « *Il y a un produit avec lequel j'avais de bons résultats mais dont la prescription est maintenant limitée, c'est le VERSATIS, dans les douleurs neuropathiques* »
- ☐ « *pour le coté neuropathique on a utilisé du LYRICA augmenté progressivement* » « *Si on prend des douleurs neuropathiques et que tu blindes en morphine ça veut rien donner. Quand c'est vraiment neuropathique, je tape sur des traitements neuropathiques. Et j'hésite relativement peu, car oui, j'en ai pas parlé mais bien évidemment, cette dame est sous antidépresseurs, pour le coté douleurs psychogène tout ça...* » « *les douleurs sont multifactorielles, dans les douleurs chroniques et même dans les douleurs intenses, au point que parfois, on pourrait même éviter de discuter certains traitements antidépresseurs et les mettre directement* »
- ☐ « *Par contre il n'y a pas le même type de douleur chez tout le monde, et je pense que le plus important est de prendre en compte l'organe touché, que ce soit un nerf ou une simple arthrose, ce n'est pas du tout la même douleur. Une douleur nerveuse est abominablement pénible pour le patient et je tiendrais plus compte d'une névralgie que d'une douleur arthrosique.* »
- ☐ « *D'abord des paliers 1 donc du PARACETAMOL, ensuite j'ai été embêté car comme elle était sous anticoagulants, j'ai pas pu utiliser d'anti-inflammatoires, donc elle a eu de la CODEINE, de la LAMALINE, et ensuite, un peu de LAROXYL car il y avait aussi une part neuropathique mais je voulais donner du LYRICA mais avec son insuffisance cardiaque, c'était une contre indication enfin il fallait faire attention, elle a aussi eu de la GABAPENTINE, et à l'hôpital ils l'ont mise sous OXYCONTIN avec des pulvérisations avant les pansements d'INSTANYL* »

II) Perception de l'auto-évaluation de la douleur du patient par le médecin

Si l'autoévaluation est reconnue comme étant un des principaux critères de décision thérapeutique, elle reste pour beaucoup très suggestive et dépendante du patient :

- ☐ « Elle est forcément très suggestive, mais je pense que l'utilisation d'échelle ne supprime pas la suggestivité »
- ☐ « C'est très variable d'une personne à l'autre, il y a ceux qui ne se plaignent jamais et quand ils ont mal on sait que c'est vraiment une réalité et il y a ceux qui se plaignent tout le temps et là c'est impossible d'évaluer une douleur, l'auto évaluation est impossible à faire »
- ☐ « Assez mauvaise, c'est la raison pour laquelle, pour cette dame, pour essayer de mieux comprendre sa douleur, je lui ai demandé de tenir un carnet, et surtout de noter ce qu'elle prenait »
- ☐ « C'est difficile, parce que il y a des gens chochette qui pour un petit orteil retourné ont très mal, et ceux qui vraiment souffre. »
- ☐ « On est là dans une suggestivité... je ne suis pas compétent pour l'apprécier mais si ça peut amener du bien au malade »
- ☐ « certains exagèrent beaucoup et disent tout de suite 10 alors que d'autres au contraire minimisent et disent 4 sur 10 mais tout cela reste très suggestif, selon comme elle est perçue par le patient et c'est donc à eux de la dire. »
- ☐ « Le vécu de la douleur et la suggestivité de la douleur est réelle. »
- ☐ « Je ne sais pas si c'est d'une... Quand t'as mal, t'as mal, eux ils vont aller tout de suite à 8 9 10 sur une échelle de 10, donc, après c'est la douleur que tu soigne, donc même si t'es à 5/10 mais que le palier 2 ne fonctionne pas, il faut bien passer à autre chose, ce n'est pas parce qu'il n'a que 5 que tu ne changes rien »
- ☐ « Je pense que c'est là-dessus que je me base, sur leur ressenti, en fonction de la réponse au traitement, sur ce que eux ressentent »

Encore une fois, les médecins interrogés mettent l'accent sur la connaissance qu'ils ont de leurs patients pour évaluer la douleur.

III) Place d'interlocuteurs médicaux et paramédicaux pour la prise en charge et l'évaluation d'une douleur chronique :

a. *Interlocuteurs médicaux :*

Les médecins interrogés parlent quasiment tous de l'importance de rechercher l'origine de la douleur afin d'assurer la meilleure prise en charge possible, et donc s'adressent très souvent aux spécialistes de l'organe en cause

- ☐ « Avec les rhumatologues, si c'est la colonne vertébrale, un radiologue qui fait des infiltrations qui marchent super bien »
- ☐ « Rarement au centre antidouleur, en général quand les patients me le demandent... Spontanément, rarement. Aux spécialistes en fonction de l'origine de la pathologie, oui. »
- ☐ « il m'arrive d'utiliser des morphiniques à dose contrôlée et toujours sous couvert d'un avis de spécialiste » « Le patient s'adresse d'abord à moi qui les envoie au spécialiste, et le spécialiste envoie lui au centre anti douleur, c'est plutôt comme ça que je fonctionne. Toujours une histoire de diagnostic pour envisager le traitement. Par exemple, les prises en charges de douleur rhumatologique c'est difficile à faire, avec neuro et rhumato, les rhumato qui travaillent beaucoup avec l'institut Callot (Réadaptation) où il y a un centre anti douleur. Les autres rhumato avec qui je travaille orientent vers un autre centre anti douleur qui n'a pas beaucoup d'efficacité à mes yeux mais ils ont l'école du dos en plus. Pour les douleurs neuropathiques, ce sont plus les neuros qui prennent en charge.»
- ☐ « Si le scanner revient positif sur un canal lombaire étroit ou une compression irrémédiable, oui, il ira voir un chirurgien, s'il s'agit d'un conflit sans compression, il pourra bénéficier d'une infiltration mais s'il revient négatif, il gardera sa morphine jusqu'à ce qu'il n'ait plus mal. » « Pas pour l'instant mais il verra le radiologue puis, selon le résultat, un chirurgien ou un rhumatologue »
- ☐ « Oui bien sur, à partir du moment où on a une douleur même si c'est rhumatismal, un sciatique par exemple, hyperalgique, si on envisage de passer à un antalgique de niveau 3, ça me apparaît nécessaire de faire un bilan poussé pour savoir ce qui fait mal et le traiter. »

On voit par contre qu'il y a peu de recours aux Unités de prises en charge de la douleur :

- ☐ « Très peu »
- ☐ « En général si ils y ont affaire, c'est au cours d'une hospitalisation, mais c'est vrai que moi je ne les envoie pas » « Moyen, parfois ils y vont même avant que je les envoie »
- ☐ « Spécifiquement pour la douleur non, parce que je ne trouve pas que les avis spécialisés spécifiques de la douleur soient particulièrement pertinents. »
- ☐ « Oui, souvent, mais ce n'est pas moi qui les envoies, ils arrivent plus en 3^{ème} intention »
- ☐ « Rarement au centre antidouleur, en général quand les patients me le demandent... Spontanément, rarement. Aux spécialistes en fonction de l'origine de la pathologie, oui »
- ☐ « J'ai travaillé souvent. Depuis qu'un médecin est parti j'ai changé un peu. »
- ☐ « Quand ca devient insupportable ou par exemple on n'arrive pas à trouver de solutions, on essaie tous les spécialistes, toutes les solutions car on ne sait pas vers qui se tourner, la douleur ne passe jamais »
- ☐ « Oui mais sans conviction car on a une unité qui se limite à dire, on va mettre un niveau 2, on va mettre un niveau 3 et qui nous fait de la mésothérapie, de l'ostéopathie, donc bon pff »

On voit même un manque de confiance et de pertinence de l'orientation chez certains :

- ☐ « Déjà les délais de rendez vous, la difficulté d'obtenir des renseignements, l'absolu « j'm'en foutisme » des gens que tu peux avoir en face de toi qui te considèrent comme de la m..... (et là je parle de Lille). Dans notre secteur, il y avait un médecin qui était bien mais qui n'est plus là et ceux qui l'ont remplacé ne sont pas bien. C'est donc un déplacement et un délai d'attente pour pas grand chose. » « quelqu'un qui va par exemple en consultation de la douleur, qui va être impressionné par le cadre hospitalier, les blouses blanches, qui pourra lui faire dire : « peut être que finalement j'ai pas si mal » alors qu'il souffre et qu'il est perturbé dans sa vie de tous les jours »
- ☐ « Spécifiquement pour la douleur non, parce que je ne trouve pas que les avis spécialisés spécifiques de la douleur soient particulièrement pertinents » « ça fait partie de ces

spécialités un peu dure à cerner parce que, les recettes on les connaît, donc on a tendance à se dire : « autant les appliquer directement », alors que bon, je connais pas tout, je pourrais très bien, si je ne faisais que ça de toute la journée, c'est sûr que j'aurais peut être plus de facilités et une plus grande sensibilité pour encadrer les choses. Maintenant, à chaque fois que j'ai eu à demander un avis, j'ai été déçu »
« La réponse était tout le temps différente »

- ☐ *« Je trouve que finalement, on revient toujours aux mêmes traitements, donc morphiniques, éventuellement anti convulsivant en cas de douleur neuropathique. Alors ça peut être intéressant sur la façon de progresser des doses, les doses maximales qu'ils atteignent que je n'oserai pas parfois atteindre moi même. Mais en pratique, je trouve qu'on revient toujours aux mêmes choses. »*
- ☐ *« J'ai travaillé souvent. Depuis qu'un médecin est parti j'ai changé un peu. »*
- ☐ *« Si ça apporte un soulagement, j'ai rien contre évidemment mais je dois dire que c'est pas très spécialisé quoi. A l'origine, une unité de la douleur est créée par des spécialistes, pas pour faire de la mésothérapie. Mais je n'ai rien contre le fait que l'on soulage la douleur par n'importe quoi, le principal c'est de la soulager, que ce soit avec de la mésothérapie, ostéopathie, massage, kiné, d'accord, mais on n'a pas besoin d'une unité spéciale pour ça »*

Les médecins qui y ont recours le font en 2^{ème} ou 3^{ème} intention :

- ☐ *« Quand ça devient insupportable ou par exemple on n'arrive pas à trouver de solutions, on essaie tous les spécialistes, toutes les solutions car on ne sait pas vers qui se tourner, la douleur ne passe jamais. Et prendre des médicaments de type morphinique tout le temps, ils n'acceptent pas d'être assommés. »*
- ☐ *« Alors ça peut être intéressant sur la façon de progresser des doses, les doses maximales qu'ils atteignent que je n'oserai pas parfois atteindre moi même »*
- ☐ *« Le patient s'adresse d'abord à moi qui les envoie au spécialiste, et le spécialiste envoie lui au centre anti douleur, c'est plutôt comme ça que je fonctionne »*

b) *Interlocuteurs paramédicaux :*

On voit qu'ils ont tous l'habitude de travailler avec le kinésithérapeute lors de la prise en

charge de la douleur :

- ☐ « Mais je n'ai rien contre le fait que l'on soulage la douleur par n'importe quoi, le principal c'est de la soulager, que ce soit avec de la mésothérapie, ostéopathie, massage, kiné, d'accord, mais on n'a pas besoin d'une unité spéciale pour ça »
- ☐ « Par exemple il y a l'école du dos, la kiné »
- ☐ « Le kiné éventuellement. Oui, kiné, cure thermique... »
- ☐ « Déjà, le kiné qui pour moi est souvent une évidence »
- ☐ « Oui, le kiné par exemple mais pas ce qu'on peut qualifier de médecine douce, de sophrologie, non car pas de moyens par ici donc pas d'habitude »
- ☐ « Le kiné oui, »

Certains nous parlent de la prise en charge psychologique de la douleur et avouent donc avoir recours à un psychologue mais assez rarement:

- ☐ « De la même façon, il est très rare que je fasse appel à un psychologue dans ce but. »
- ☐ « Après, dans le domaine de la douleur, il m'est arrivé de conseiller une psychothérapie pour le côté psychogène de la douleur »
- ☐ « Ca peut arriver mais très rarement (de consulter un psychologue) »
- ☐ « Pour certaines personnes ça serait important, ou une psychothérapie car il y a une imbrication entre le psychique et le physique évidente. Par exemple, quelqu'un qui va mal dans sa tête il va avoir mal au dos donc il y a une prise en charge psychologique qui parfois est nécessaire. Par exemple quand tu utilises du cymbalta pour des douleurs neuropathiques »

Et, bien que ces soient souvent les personnes soignantes les plus proches des patients, un seul médecin nous parle du travail avec les infirmières libérales ou les aides soignantes :

- ☐ « les soignantes disaient qu'elle hurlait quand elles faisaient le pansement »

IV) Place des alternatives non médicamenteuses dans la prise en charge de la douleur :

On a déjà vu précédemment que le kinésithérapeute était facilement sollicité dans la prise en charge et qu'on faisait aussi parfois appel au psychologue. On voit ici que, globalement, les médecins interrogés sont ouverts à l'aide d'autres intervenants avec, comme leitmotiv : « si ça peut soulager » :

- ☐ « Mais je n'ai rien contre le fait que l'on soulage la douleur par n'importe quoi, le principal c'est de la soulager, que ce soit avec de la mésothérapie, ostéopathie, massage, kiné, d'accord, mais on n'a pas besoin d'une unité spéciale pour ça »
- ☐ « Tout ce qui est sophrologie et tout ça, ça dépend du psychisme des gens »
- ☐ « J'ai des patients qui vont voir des acupuncteurs, des ostéopathes, des homéopathes. Des résultats intéressants... »
- ☐ « Ca m'arrive d'envoyer à des acupuncteurs, ça m'arrive, d'autant plus que l'acupuncteur est aussi médecin responsable d'un centre de traitement de la douleur » « On est là dans une suggestivité... je ne suis pas compétent pour l'apprécier mais si ça peut amener du bien au malade, que ce soit un acupuncteur ou encore ce matin un patient que j'ai envoyé en sophrologie car on y arrivait pas avec des médicaments, c'était plus des douleurs morales, intenses elles aussi. La patiente ne voulait plus prendre de médicaments, l'acupuncture n'a pas donné grand chose, je l'ai envoyé vers un sophrologue pour voir, je ne suis fermé à rien si ça peut soulager des gens. »
- ☐ « Par contre, j'ai connu un rebouteux qui était beaucoup plus efficace que moi. La dame avait un cancer avec métastases osseuse et tout ce que je lui prescrivais ne lui convenait pas mais elle me le disait toujours avec beaucoup de sympathie et continuait à venir régulièrement jusqu'au jour où elle m'a appris qu'elle était suivie par un rebouteux magnétiseur, ça avait l'air d'être particulièrement efficace, ça ne la déconnectait pas puisqu'elle continuait à être bien suivie au COL ((Centre Oscar Lambret, centre de référence d'oncologie dans le Nord-Pas-de-Calais)– Note de l'auteur)) et ça lui permettait de ne pratiquement rien prendre au niveau médicament. Et elle, elle était tout à fait soulagée. Je me suis enquis de savoir si elle ne se faisait pas arnaquer d'un point de vue financier mais manifestement non. J'ai même noté son numéro de téléphone »

V) Représentation et modalités de recours aux antalgiques de palier III

Certains des médecins interrogés disent n'avoir aucun problème avec l'utilisation des antalgiques de palier 3 et l'utilisent facilement :

- ☐ « *De manière régulière oui, mais ce n'est pas quotidien tout de même. J'ai toujours 1 ou 2 patients sous antalgiques de niveau 3 mais rarement plus.* »
- ☐ « *Moi je suis pour. Personnellement parce que, ayant du être deux fois opéré d'une sciatique chronique, j'en ai utilisé. Donc oui je suis pour et je n'aime pas les gens qui souffrent.* »
- ☐ « *Ah oui, et il m'arrive de prescrire des morphiniques, même dans des cas, ça va peut être faire « hurler les loups » mais tant pis, pour des douleurs de rachialgies intolérables, des extrêmes qui ne réagissent à aucun traitement de palier 2, il m'arrive d'utiliser des morphiniques à dose contrôlée et toujours sous couvert d'un avis de spécialiste »
« *Ils sont indispensables, surtout que maintenant les morphiniques sont bien tolérés car on arrive à beaucoup mieux les manier qu'avant quand on utilisait du dolosal par exemple, en injectables alors que maintenant ils sont plus maniables, aussi bien per os qu'en patch. D'ailleurs les rhumato ils y vont, dans les douleurs lombalgiques intenses, de canal lombaire étroit, des tableaux inquiétants, dans les lombalgies même rebelles, ils y vont, et à juste titre je trouve* »*
- ☐ « *C'est ancré dans ma pratique pour les utiliser mais je reste toujours simple, j'utilise SKENAN/ACTISKENAN et éventuellement DUROGESIC » « On sera beaucoup plus rapide à utiliser de la morphine dans le cadre de douleur cancéreuse, surtout en fin de vie, car j'estime que c'est une urgence de le soulager donc de mettre tout assez rapidement, en faisant des prescriptions courtes à 7 ou 14 jours pour réévaluer fréquemment »*

D'autres en revanche l'utilisent dans leur pratique courante mais avec des précautions d'utilisation, voire une certaine réticence. Ils expriment plus particulièrement leur crainte de rendre leurs patients « morphinomanes » :

- ☐ « Ils sont très utiles dans le traitement de la douleur mais après être passé par d'autres paliers bien sur, si on respecte la progression »
- ☐ « Des morphiniques pendant un petit temps, pourquoi pas ? » « Pour le douloureux chronique, tout le temps, c'est compliqué, parce qu'ils sont quand même un peu « raplapla ». Et pour leur vie de tout les jours, leur présence, ça les gêne dans leur relation avec les autres, ils sont absents donc c'est souvent eux qui me demandent d'essayer d'avoir quelque chose de moins... » « Bien sur après il y en a qui sont dépendants mais c'est une autre histoire » « Et prendre des médicaments de type morphinique tout le temps, ils n'acceptent pas d'être assommés. »
- ☐ « Je pense que ça peut rendre service mais le problème c'est que on a quand même une limitation par les effets indésirables. Mais enfin ça doit être, ça peut être utilisé oui, dans les douleurs en général » « Pas facilement mais oui. Je ne l'utilise pas que pour les douleurs cancéreuses mais quand même, pas facilement »
- ☐ « Oui, le problème, c'est que, on ne le fait pas, enfin, on, je ne sais pas les autres, mais, c'est comme dans tout, quand tu « pètes » un ulcère à cause d'un anti-inflammatoires, tu fais vachement gaffe aux anti-inflammatoires après. Moi, en succédant au médecin précédent, il y a 18 mois, j'ai eu en charge 2 morphinomanes dont le premier est décédé. On sent très vite que la situation peut commencer à nous échapper si on ne cadre pas de manière militaire. Donc, ce qui m'embête, ce n'est pas le côté stupéfiant ou autres, mais c'est d'avoir à faire à un morphinomane qui a tout du drogué, et après... Par exemple, j'ai une patiente qui aurait éventuellement pu bénéficier de morphine mais je ne lui en ai jamais donné parce que vu son comportement de manière générale avec les autres médicaments, je sais très bien qu'il y avait un risque important si je débute la morphine. »
- ☐ « Quand ils me disent qu'un palier 2 ne fonctionne pas... Mais j'avoue que j'ai du mal à mettre par exemple des morphiniques ou à prendre... chez des gens qui sont pas cancéreux ou... Quand c'est juste des douleurs comme ça, j'ose pas en mettre... je sais qu'il y en a qui le font mais bon... » « je voyais pas comment je pouvais faire, j'augmentais tout doucement mais après elle avait des effets secondaires, constipation, somnolence, t'es sur un fil à chaque fois. »
- ☐ « mais il nous reste quand même un gros danger en médecine de ville, notamment chez la personne âgée qui trouve un certain confort avec la morphine, c'est la dépendance à la morphine et là on n'arrive plus à l'arrêter. »

La première indication reste les douleurs d'origine cancéreuses, où les antalgiques de palier 3 sont utilisés rapidement :

- ☐ « *Justement c'est ce que je trouve de moins facile, de réévaluer et d'expliquer pourquoi on diminue ou augmente, surtout chez les patients cancéreux car en général dans leur état souvent évolué, sauf si bien sur ils ont été opéré ou autre, ce n'est pas évident »*
- ☐ « *Je ne l'utilise pas que pour les douleurs cancéreuses mais quand même, pas facilement. »*
- ☐ « *Mais j'avoue que j'ai du mal à mettre par exemple des morphiniques ou à prendre... chez des gens qui sont pas cancéreux ou... Quand c'est juste des douleurs comme ça, j'ose pas en mettre... je sais qu'il y en a qui le font mais bon... »*
- ☐ « *On sera beaucoup plus rapide à utiliser de la morphine dans le cadre de douleur cancéreuse, surtout en fin de vie, car j'estime que c'est une urgence de le soulager »*
- ☐ « *Si par exemple on voit un patient avec des métastases sur la radio, tu ne réfléchis même pas, tu fais »*
- ☐ « *Je pense que ça ne l'aurait pas modifié dans la mesure où l'origine cancéreuse était très probable vu son PSA très élevé, de toute façon, ça aurait été le même traitement »*

Mais on voit aussi qu'ils sont utilisés dans d'autres indications en cas d'échappement à un antalgique de palier 2, même si cela semble plus fréquent en cas de douleur aiguë :

- ☐ « *ce n'est pas une indication d'antalgique de palier 3 et il est rare que l'on ait de telles douleurs dans ces cas là, surtout que quand les ulcères sont très creusants, au final, ils sont presque indolores à cause de la destruction des tissus et des nerfs. Pour lui, la douleur était vraiment importante et insupportable »*
- ☐ « *c'est vraiment ma connaissance de ce patient qui m'a fait me dire que la demande d'antalgique de palier 3 était vraiment justifiée par sa névralgie. »*
- ☐ « *Quand le pic est très aigu, les patients ne demandent que ça. Je pense à une autre personne, quand elle avait trop mal, si je n'avais pas eu les morphiniques, je dois avouer que elle se serait flinguée et d'elle-même elle m'a dit maintenant c'est tout, j'en ai plus besoin. »*
- ☐ « *D'ailleurs les rhumato ils y vont, dans les douleurs lombalgiques intenses, de canal*

lombaire étroit, des tableaux inquiétants, dans les lombalgies même rebelles, ils y vont, et à juste titre je trouve.

- ☐ *« Je ne l'utilise pas que pour les douleurs cancéreuses mais quand même, pas facilement. » « Des douleurs rhumatismales en général »*

Beaucoup trouvent que la multiplication des substances et des galéniques a facilité l'utilisation en ville :

- ☐ *« Maintenant oui, avec les différents produits qu'on a maintenant, avec des dosages très variés, différentes galéniques, l'usage apparaît maintenant assez facile »*
- ☐ *« surtout que maintenant les morphiniques sont bien tolérés car on arrive à beaucoup mieux les manier qu'avant quand on utilisait du dolosal par exemple, en injectables alors que maintenant ils sont plus maniables, aussi bien per os qu'en patch » « C'est grâce à la facilité maintenant de manier des produits plus maniables »*
- ☐ *« Aisée, oui mais sous utilisée probablement car il reste des réticences. Je suis de la génération où on nous faisait apprendre l'utilisation de la « potion l'hôpital saint Louis » à base de morphiniques, et à part ça, il y avait pas grand chose »*

Pour autant, ils affirment utiliser principalement les produits qu'ils connaissent et savent manier :

- ☐ *« A partir du moment où tu dois les utiliser, oui, c'est vrai que tu as plusieurs produits, plusieurs médicaments et je crois qu'il faut s'en tenir aux 1 ou 2 que tu connais bien pour bien savoir les manier. »*
- ☐ *« Oui, soit en comprimé ou gélule ou je commence par utiliser une forme à libération immédiate pour trouver la dose idéale en établissant par la suite un relais en forme LP avec toujours une forme rapide à dispo en cas de pic douloureux supplémentaire. Pour ça, il y a une molécule que je connais bien c'est le Skenan/actiskénan. Les autres molécules comme oxycontin ou autres non » « Tout a fait. J'utilise aussi beaucoup le fentanyl en patch et depuis peu en pulvérisation nasale, notamment chez les personnes plus âgées où il y a un besoin, pour une toilette hyperalgique, je fais mettre par l'aide soignante une pulvérisation 10 à 15 min avant la toilette, ce qui permet de travailler dans de meilleures conditions et effectivement d'adapter la*

dose du patch ou au contraire de laisser une dose identique puisqu'entre temps ça va mieux. Ce sont les 2 produits que j'utilise »

- ☐ « *C'est ancré dans ma pratique pour les utiliser mais je reste toujours simple, j'utilise SKENAN/ACTISKENAN et éventuellement DUROGESIC » « Sinon, j'ai déjà prescrit OXYCONTIN/OXYNORM mais ce n'est pas ma tasse de thé, je vois que la SOPHIDONE à l'air d'avoir la côte actuellement, les fentanyl, je ne les utilise pas »*

Dans la plupart des cas, les médecins parlent d'une surveillance rapprochée après la mise en place de traitements morphiniques, ce qui tend à montrer qu'ils ne les considèrent pas comme un traitement commun :

- ☐ « *Justement c'est ce que je trouve de moins facile, de réévaluer et d'expliquer pourquoi on diminue ou augmente, surtout chez les patients cancéreux car en général dans leur état souvent évolué, sauf si bien sur ils ont été opéré ou autre, ce n'est pas évident. Dans les autres pathologies, ce sont souvent les gens qui disent qu'ils n'ont plus mal et dans ce cas là on réduit, on arrête, on repasse temporairement à un niveau 2... Mais la réévaluation est toujours difficile car comme ils sont sous traitement ils n'ont plus mal, »*
- ☐ « *je pense que j'avais mis du durogesic en timbre pendant 72h pour arriver à faire passer la crise douloureuse. Après quand la crise douloureuse a été moins importante, je suis repassé au palier 2 » « Des morphiniques pendant un petit temps, pourquoi pas. »*
- ☐ « *je débute par, la avec OXYCONTIN, j'ai débuté par 20 mg matin et soir, et après j'adapte en fonction des douleurs » « je débute par, si c'est OXYCONTIN, 20mg matin et soir, si c'est SKENAN, 30mg matin et soir, et je modifie rapidement dans les jours qui viennent » « (donc une réévaluation) Au bout de quelques jours oui »*
- ☐ « *On sera beaucoup plus rapide à utiliser de la morphine dans le cadre de douleur cancéreuse, surtout en fin de vie, car j'estime que c'est une urgence de le soulager donc de mettre tout assez rapidement, en faisant des prescriptions courtes à 7 ou 14 jours pour réévaluer fréquemment »*
- ☐ « *Oui, soit en comprimé ou gélule ou je commence par utiliser une forme à libération immédiate pour trouver la dose idéale en établissant par la suite un relais en forme*

LP avec toujours une forme rapide à dispo en cas de pic douloureux supplémentaire »

Lorsqu'on s'intéresse au schéma thérapeutique, on voit bien une progression par paliers avec réévaluation avant l'usage d'antalgiques de palier 3 :

- ☐ *« il est actuellement sous Oxycontin + oxynorm. Il a été auparavant sous codéine mais il était insuffisamment soulagé et lorsqu'il a été revu par ma remplaçante, elle l'a mis sous oxycontin » « Ils sont très utiles dans le traitement de la douleur mais après être passé par d'autres paliers bien sur, si on respecte la progression »*
- ☐ *« On avait tout essayé, les anti-inflammatoire, les antalgiques, tramadol et tout, donc on est arrivé aux morphiniques, je pense que j'avais mis du durogesic en timbre pendant 72h pour arriver à faire passer la crise douloureuse » « Quand ils reviennent plusieurs fois en disant « ca n'est pas supportable » alors que par exemple l'arrêt de travail n'est pas encore terminé, là je sais que c'est vrai. »*
- ☐ *« Mon expérience c'est que le tramadol a été très mal supporté, il n'a apporté aucun soulagement donc on a été obligé de passer à plus fort » « Parce que le palier 2 était premièrement mal supporté et deuxièmement pas efficace. »*
- ☐ *« on a d'abord augmenté le TRAMADOL puis on est passé à OXYCONTIN + OXYNORM »*
- ☐ *« pour des douleurs de rachialgies intolérables, des extrêmes qui ne réagissent à aucun traitement de palier 2, il m'arrive d'utiliser des morphiniques à dose contrôlée et toujours sous couvert d'un avis de spécialiste »*
- ☐ *« D'abord des paliers 1 donc du PARACETAMOL, ensuite j'ai été embêté car comme elle était sous anticoagulants, j'ai pas pu utiliser d'anti-inflammatoires, donc elle a eu de la CODEINE, de la LAMALINE, et ensuite, un peu de LAROXYL car il y avait aussi une part neuropathique mais je voulais donner du LYRICA mais avec son insuffisance cardiaque, c'était une contre indication enfin il fallait faire attention, elle a aussi eu de la GABAPENTINE, et à l'hôpital ils l'ont mise sous OXYCONTIN avec des pulvérisations avant les pansements d'INSTANYL. »*
- ☐ *« C'était il y a 3h : Patient avec antécédent de canal lombaire étroit opéré en 2003, bien soulagé à l'époque, est actuellement à la retraite. Il y a 6 semaines, il a présenté une douleur dans le mollet gauche très invalidante l'obligeant à utiliser PARACETAMOL+TRAMADOL sans effet bénéfique. Parallèlement il a aussi présenté*

des troubles urinaires avec infection traitée par ATB + anti-inflammatoires qui n'ont pas du tout améliorés ses douleurs de mollet. Par la suite, il est parti en vacances pendant un mois avec paracetamol+tramadol, repos et détente mais a reconsulté à son retour en me disant « j'en peux plus », ce qui m'a fait lui prescrire SKENAN LP 30 qu'il a d'abord débuté à 2 par jour et qui aujourd'hui va mieux et est même passé à un SKENAN LP 30 le matin uniquement »

Lorsqu'on demande aux médecins ce qu'ils pensent que leurs patients pensent de la morphine, on voit qu'ils considèrent généralement que, après une explication du traitement, ceux ci l'acceptent :

- ☐ « C'est variable mais souvent quand ils sont douloureux, ils ne sont pas contre. Quand on leur dit qu'on va les mettre sous morphine, au départ ils ont une réaction un peu de retrait mais quand ce sont des grands douloureux, ils savent qu'on est déjà passé par plusieurs stades d'antalgiques ou d'anti inflammatoires, donc si on arrive à un niveau 3, c'est qu'ils sont encore douloureux donc ils sont d'accord »
- ☐ « Avec les patients en général oui, avec les familles en général, non. Parce que pour la famille, morphine ça veut dire il va mourir donc c'est une longue discussion. Avec les patients qui en ont marre de souffrir, ça passe » « Moi je pense que je suis très bien perçu, mais c'est personnel, c'est une relation de confiance. Je leur explique, je parle avec eux et généralement c'est bien perçu »
- ☐ « C'est quand même péjoratif pour eux, faut expliquer que c'est pas parce qu'on a de la morphine que c'est un cancer, que c'est pas parce qu'on a de la morphine que c'est terminal quoi. Après quand c'est mis en place, après c'est vrai que c'est accepté »
- ☐ « Très bien, aucun soucis, on leur explique : « c'est pour telle durée »... c'est plus associé à la maladie de cancer les morphiniques, avant c'était cancer/ phase terminale/ morphine. C'est grâce à la facilité maintenant de manier des produits plus maniables »
- ☐ « Quand la situation est dans l'incertitude diagnostique, le fait d'évoquer la morphine, ça leur fait tout de suite penser au mot cancer, et au mot perdu, donc j'explique assez simplement les choses en disant : « voilà, un skenan matin et soir égale 8 paracétamol », en parlant d'équivalence pour pouvoir très vite passer à autre chose et se focaliser sur le fait d'expliquer ce qu'est un traitement morphinique,

d'expliquer les intermédiaires. »

Enfin, il semble intéressant de remarquer que les médecins qui sont généralement réticents aux traitements morphiniques pensent aussi que leurs patients sont eux mêmes réticents à ce traitement :

- ☐ « *Mais j'avoue que j'ai du mal à mettre par exemple des morphiniques ou à prendre... chez des gens qui sont pas cancéreux ou... Quand c'est juste des douleurs comme ça, j'ose pas en mettre... je sais qu'il y en a qui le font mais bon... » « Mais si tu arrives à un palier 2 et que tu leur dis : « là je ne vois pas d'autres solutions que de mettre de la morphine », alors là ils le prennent à contre cœur à ce moment là. Surtout quand tu les préviens des effets secondaires alors là ils y vont un peu à reculons dans ce cas là. Souvent quand tu dis que c'est de la morphine, à quelqu'un qui a un cancer par exemple, lui il va bien accepter mais si c'est quelqu'un qui n'a pas une maladie cancéreuse, eux l'acceptent mal, ils se disent : « mince, je suis au stade de la morphine, c'est que vraiment je vais pas bien », et ça les inquiète, donc ils ne le prennent pas de bon cœur. Ils sont réticents. »*
- ☐ « *Aisée, oui mais sous utilisée probablement car il reste des réticences » « Mal car il y a encore une vieille image : « si il met de la morphine, c'est que c'est la fin », et ça, ça reste bien imprégné. Pour eux, le passage à la morphine c'est le final. C'est comme ça qu'on a été élevé, à l'époque on utilisait le Sedol en injection sous cutanée qu'on utilisait à la fin, pour adoucir la fin et ça, ça reste fortement imprégné. »*
- ☐ « *Je pense que ça peut rendre service mais le problème c'est que on a quand même une limitation par les effets indésirables » « C'est quand même péjoratif pour eux, faut expliquer que c'est pas parce qu'on a de la morphine que c'est un cancer, que c'est pas parce qu'on a de la morphine que c'est terminal quoi. Après quand c'est mis en place, après c'est vrai que c'est accepté. »*
- ☐ « *Pour le pic douloureux c'est bien. Pour le douloureux chronique, tout le temps, c'est compliqué, parce qu'ils sont quand même un peu « raplapla ». Et pour leur vie de tout les jours, leur présence, ça les gêne dans leur relation avec les autres, ils sont absents donc c'est souvent eux qui me demande d'essayer d'avoir quelque chose de moins... » « Donc au long cours, je pense que les patients au bout d'un certain temps*

ils veulent retrouver un esprit plus clair »

Et inversement...

☐ « *Moi je suis pour. Personnellement parce que, ayant du être deux fois opéré d'une sciatique chronique, j'en ai utilisé. Donc oui je suis pour et je n'aime pas les gens qui souffrent » « Moi je pense que c'est très bien perçu, mais c'est personnel, c'est une relation de confiance. Je leur explique, je parle avec eux et généralement c'est bien perçu »*

☐ « *Ils sont indispensables, surtout que maintenant les morphiniques sont bien tolérés car on arrive à beaucoup mieux les manier qu'avant quand on utilisait du dolosal par exemple, en injectables alors que maintenant ils sont plus maniables, aussi bien per os qu'en patch » « Très bien, aucun soucis, on leur explique : « c'est pour telle durée »... c'est plus associé à la maladie de cancer les morphiniques, avant c'était cancer/ phase terminale/ morphine »*

Discussion :

I) Forces de l'étude :

Ce travail évoque une situation spécifique à laquelle les médecins généralistes se retrouvent souvent confrontés, et, s'il n'a pas pour but d'apporter des solutions, il permet en revanche de mettre en évidence les difficultés rencontrées.

Il est rendu légitime par la fréquence de survenue de ces situations spécifiques et les difficultés exprimées par les médecins.

L'échantillon de médecins interrogés, bien qu'en nombre faible, est bien diversifié. Il semble donc que les entretiens menés sur cet échantillon nous ont permis de décrire des comportements très différents. Les axes explorés l'ont été jusqu'à saturation des données. On peut considérer que l'échantillon dépeint bien ce que connaissent l'ensemble des médecins, ce qui pourrait faire l'objet d'un travail quantitatif complémentaire.

Le fait de ne pas prévenir à l'avance les médecins sur le sujet d'étude visait à leur éviter de préparer une réponse et reproduire la spontanéité qui existe en consultation.

Les retranscriptions intégrales des entretiens et l'analyse la plus objective possible des résultats permettent la reproductibilité de ce travail par une autre personne.

La mise en relation des résultats avec la littérature médicale permet de donner du poids aux axes mis en évidence.

II) Faiblesses de l'étude :

Les enquêtes qualitatives par entretien induisent une différenciation entre la façon dont les personnes décrivent leur pratique et la pratique elle-même. Au cours de cette étude, en plus d'une « idéalisation » de leur pratique, les médecins interrogés ont aussi pu déployer une certaine réaction de défense, l'entretien pouvant par moment s'approcher d'une Evaluation de Pratique Professionnelle.

Il est possible de limiter en partie ce biais par une maîtrise de ce type d'enquêtes, par la longueur des entretiens centrés sur le même sujet et par l'utilisation

d'autres méthodes qualitatives (observation participante, carnets de route...). Mais l'enquêteur était auparavant naïf de ce genre d'entretien. La durée des entretiens était en général courte (moyenne de 13 min.) mais a permis une saturation des données. En revanche, un entretien de courte durée permet une meilleure participation des praticiens aux études, dans la mesure où ça ne représente pas plus d'une consultation dans des emplois du temps souvent très chargés. Enfin, seule la méthode qualitative par entretien semi-dirigé a été utilisée. Il est de même impossible d'éliminer le biais apporté par l'interrogateur lui-même.

Un biais géographique : pour des raisons de proximité avec l'étudiant, l'étude a été réalisée en intégralité dans le Nord-Pas-de-Calais, or, en 2007, la SFETD estimait que le NPDC était la région la moins bien fournie en structure spécialisée dans la prise en charge de la douleur chronique avec 0,3 structure pour 100000 hab. ⁽¹⁹⁾. Ceci peut donc avoir un lien direct avec la faiblesse de recours à ces structures par les médecins et avec les délais d'obtention de rendez-vous.

III) Modalités d'évaluation de la douleur du patient en cabinet :

a. utilisation des échelles de la douleur :

On remarque au cours de l'étude que les médecins généralistes utilisent très peu les échelles d'évaluation de la douleur hormis les échelles unidimensionnelles comme l'Echelle Verbale Simple (EVS) ou l'Echelle Numérique (EN). Si on se réfère aux différentes études sur le sujet, on voit qu'en 2002, lors d'une étude portant sur 155 médecins, il n'y avait pas d'amélioration de la prise en charge lorsque ceux-ci utilisaient l'Echelle Visuelle Analogique (EVA)⁽²⁰⁾. De même, Liard, toujours en 2002, suite à un sondage internet auprès de 198 médecins de toute la France, mettait en évidence que 60% des médecins n'utilisent jamais ou très rarement les échelles d'évaluation de la douleur ⁽²¹⁾. La même année, on retrouve aussi l'étude de Tajfel selon laquelle seuls 13,6% des médecins utilisaient les échelles d'évaluation de la douleur (pour un total de 6% de leurs patients) ⁽¹³⁾.

Si on s'intéresse aux types d'échelles utilisées, l'étude réalisée par Dias en 2006 montre

que les échelles unidimensionnelles (et en particulier l'EVS) sont bien utilisées alors que les échelles pluridimensionnelles ou les hétéro-évaluations ne le sont que très rarement. (22)

Cette étude met donc en évidence le faible recours aux échelles d'évaluation de la douleur par les généralistes. Les seules échelles utilisées sont les échelles d'intensité uni dimensionnelles. Ces données sont concordantes à différentes études sur le sujet.

b. évaluation par la connaissance de leurs patients :

La plupart des médecins de l'enquête estiment que c'est grâce à la connaissance qu'ils ont de leurs patients qu'ils évaluent au mieux la douleur. C'est aussi cette proximité qui leur permet de prendre en compte l'impact sur leur qualité de vie. Ils sont donc dans la ligne de recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'évaluation de l'impact socio-professionnel de la douleur ainsi que des répercussions psychologiques. (2) Ceci est d'une importance majeure quand on sait que la douleur est un facteur prépondérant d'arrêt de travail avec un coût social. En effet, en 2003, une étude de l'URCAM île de France montrait que 43% des patients douloureux chroniques avaient déposé des arrêts de travail d'une durée de 4 mois par an en moyenne (23). On sait aussi que la douleur chronique est un facteur qui sera souvent pourvoyeur de syndromes dépressifs (24) avec toutes les conséquences que cela implique sur la vie professionnelle et privée du patient mais aussi sur la chronicité de la douleur.

On remarque donc que les médecins consultés font preuve de l'empathie indispensable à la relation de confiance qui s'établit entre eux et leurs patients. On en voit d'ailleurs qui identifient la douleur de leur patient à leur expérience personnelle.

On peut y déceler la relation entre les difficultés ressenties par le patient et celles du praticien dans la prise en charge de celui-ci.

Inconsciemment, les médecins interrogés évoquent donc des items des échelles multidimensionnelles de la douleur et de la qualité de vie (Questionnaire concis sur les douleurs et Questionnaire Douleur Saint Antoine Version Courte (cf annexe 2 et 3)).

On entre alors dans le cadre du modèle biopsychosocial de la prise en charge de la douleur chronique. Ce concept permettant de prendre en compte toutes les

composantes de la douleur, qu'elles soient physiques, socio-professionnelles ou comportementales caractérise l'aspect multidimensionnel de celle-ci. Développé déjà à la fin des années 80 par plusieurs spécialistes dont Bourreau en France (25), il a plus récemment été mis en avant par *Bouckenaere* en 2007 dans son article : « *la douleur chronique et la relation médecin-malade* » (26).

Ainsi, le médecin entre tout à fait dans le cadre de l'étude multidimensionnelle de la douleur du patient recommandée par l'ANAES en 1999. (cf annexe 4)

On voit donc que, spontanément, les médecins reprennent les items des échelles multidimensionnelles de la douleur et de qualité de vie. Ainsi, par la connaissance de son patient et l'empathie qu'il éprouve, il entre tout à fait dans l'étude biopsychosociale de la douleur chronique recommandée par l'HAS.

IV) Perception de l'auto-évaluation de la douleur du patient par le médecin :

Bien que la plupart des entretiens mettent en avant l'importance de l'auto-évaluation de la douleur dans le cadre du traitement de celle-ci, on voit qu'il persiste des doutes sur l'objectivité de l'auto-évaluation. La suggestivité est mise en avant de même que la différence de traitement selon le patient. Ainsi, il semble que si ce dernier est plus demandeur, le médecin sera moins réceptif à sa douleur. Si on peut une nouvelle fois mettre en avant l'importance de la connaissance du patient par son médecin, on voit aussi que celle-ci peut avoir un effet pernicieux sur la prise en charge de la douleur. En 2013, le Dr Midy s'est intéressée aux attentes des patients douloureux chroniques. On y voit que le plus difficile pour eux est la latence diagnostique, l'impression d'être envoyés d'un spécialiste à l'autre sans résultats sur leur douleur et son origine. Le Dr Midy y précise que : « *Les patients attendaient essentiellement de leur médecin de l'écoute, de l'empathie et de la disponibilité* » (27).

Lors d'une thèse réalisée en 2012 sur : « les difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques en médecine générale dans le bassin grenoblois » (28), les auteurs ont mis en évidence la complexité de la relation médecin-malade dans la prise en charge de la douleur chronique avec parfois un sentiment d'échec devant l'absence de résultats et l'interprétation de la demande du patient pouvant entraîner une perte d'empathie envers le patient. Si on met en relation ces derniers résultats avec le fait que les

médecins interrogés peuvent décrire certains patients comme des « *chochottes* » ou encore qu' « *il y a ceux qui se plaignent tout le temps et là c'est impossible d'évaluer une douleur, l'auto évaluation est impossible à faire* », on peut se dire que ceux-ci se retrouvent face à une situation d'échec qui dépossède le patient de sa plainte, excluant ainsi toute empathie dans la relation avec son patient, ne répondant donc pas à ses attentes et entraînant une incompréhension entre eux.

Cette complexité est bien mise en avant par le Dr Bouckenaere lorsqu'il écrit : « *parce que le patient douloureux chronique met en échec la médecine et confronte le médecin à l'impuissance, la frustration et l'incertitude. Il n'est pas évident pour le médecin d'être confronté à l'incapacité à faire taire le symptôme et aux limites de son pouvoir médical, tout en maintenant une relation d'accueil plutôt que de rejet.* » (26)

On voit donc que le médecin accorde de l'importance à l'auto-évaluation dans la prise en charge de la douleur chronique mais que, parallèlement, il la met en doute lorsqu'il se retrouve en situation d'échec face à des patients qui, ne trouvant pas les qualités d'écoutes et d'empathie, se montrent insatisfaits.

Il est intéressant de constater que la connaissance du patient et l'empathie nécessaire sont mises en avant lorsqu'on parle de l'évaluation de la douleur par le médecin et comme la parole du patient peut être minimisée quand on se trouve face à une situation d'échec.

V) Place d'interlocuteurs médicaux et paramédicaux pour la prise en charge et l'évaluation d'une douleur chronique :

a. Les interlocuteurs médicaux :

1) Les spécialistes d'organes

Au cours des entretiens, tous les médecins ont fait part de leur priorité de traiter la douleur selon son origine et, donc, orienter le patient d'abord dans un but diagnostic puis dans un but thérapeutique. Les interlocuteurs privilégiés dans ce cas sont donc les spécialistes d'organes. En 2008, l'HAS recommandait que le patient douloureux chronique soit orienté vers les Services d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

(SDC) après un examen clinique complet et avec les résultats des examens biologiques, radiologiques et les avis spécialisés antérieurs. (2) De même en 2011, la circulaire précisait que : « *Adresser un patient dans une SDC nécessite que le bilan clinique initial, ainsi que les avis spécialisés et examens complémentaires aient été réalisés. Il est par ailleurs recommandé que la demande de consultation auprès d'une SDC soit accompagnée d'un courrier type comprenant les données personnelles du patient, le motif du recours à la structure, les examens complémentaires déjà réalisés et les traitements antérieurs pris par le patient dans le cadre de sa douleur* » (29). Ainsi, les médecins généralistes respectent bien le premier volet des recommandations, à savoir l'identification de la douleur. Certaines études tendent pourtant à montrer un faible recours aux spécialistes. Ainsi, selon l'étude de Tajfel et Al. en 2002, seuls 7% des patients consultant pour une douleur chronique étaient orientés vers un spécialiste⁽¹³⁾. Cependant, ces résultats peuvent paraître maintenant obsolètes en raison de l'évolution des mentalités, de la formation et des plans nationaux de prise en charge de la douleur. D'ailleurs, dans l'étude d'Allaria et Lapierre en 2007⁽³⁰⁾, le groupe témoin montre une répartition plus homogène même si une majorité de patients restent suivis par le médecin traitant seul.

Lors de l'étude, l'intégralité des médecins interrogés dit s'orienter vers des spécialistes d'organes pour l'identification et la prise en charge de leur patient douloureux chronique. Les études sur le sujet semblent contraires à ces résultats mais leur ancienneté peut être une explication.

On est donc dans le cadre des recommandations, avec recherche d'une étiologie et du type de douleur avant d'orienter ou non vers les spécialistes de la douleur.

2) Les Structures d'évaluation et de traitement de la Douleur Chronique (SDC):

On remarque que les médecins ont très peu de recours aux unités spécialisées. Déjà, en 2002, l'étude de Tajfel ⁽¹³⁾ ne retrouvait que 0,9% d'orientation du patient douloureux chroniques vers un centre spécialisé. Bien entendu, la même réserve est de mise quant à l'ancienneté de l'enquête.

Ils disent d'ailleurs n'y avoir recours qu'en 2^{ème} ou 3^{ème} intention, la plupart du temps après un recours au spécialiste d'organe. Ceci respecte toutefois les recommandations de l'HAS et de la circulaire de 2011 selon lesquelles le patient ne sera orienté vers une

structure d'évaluation et de traitement de la douleur chronique qu'après un bilan clinique complet, les avis spécialisés adéquats et une résistance aux traitements usuels instaurés (29). Si on s'intéresse aux parcours des patients qui consultent en SDC, on s'aperçoit tout de même que 49% d'entre eux sont orientés par leur médecin traitant et 39% par un spécialiste (19).

Certains des médecins nous disent avoir adressé leurs patients suite à leur propre demande. Il est d'ailleurs remarquable de voir que 6% des patients qui consultent en SDC le font de leur propre initiative (19).

Lorsqu'ils s'adressent à un SDC, les médecins le font la plupart du temps dans un but d'avis thérapeutique ; qu'ils disent s'en rapprocher pour : « *la façon de progresser des doses, les doses maximales qu'ils atteignent que je n'oserai pas parfois atteindre moi même* » ou encore car : « *on n'arrive pas à trouver de solutions, on essaie tous les spécialistes, toutes les solutions car on ne sait pas vers qui se tourner* ». D'ailleurs, dans l'étude transversale de la HAS sur la douleur chronique en 2008, environ 39% des patients qui consultent en SDC sont là pour un avis thérapeutique (19). Toutefois, cette même étude retrouve 29% pour autant un avis thérapeutique que diagnostic et 27% pour une prise en charge complète du patient. Ceci ne semble pas apparaître dans notre travail.

Pour expliquer leur faible taux de demande, les médecins mettent en avant plusieurs raisons : les délais de prise en charge, la répétition des protocoles, l'impression d'inutilité. On peut même voir des réactions de dédain suite à de mauvaises expériences. Il est toutefois intéressant de noter qu'un des médecins a évoqué le fait que l'expérience du patient se retrouvant dans le cadre de consultation hospitalière pouvait être intimidant et donc l'amener à minimiser sa douleur.

En ce qui concerne les délais d'attente, plusieurs études retrouvent les mêmes résultats. On peut citer l'étude de Vidal Jalton en 2001(31), celle d'Allaria-Lapierre en 2007(30), ou encore le travail de thèse de Sabon en 2012 (32). Il semble donc qu'il s'agisse d'un problème récurrent malgré les différents plans. Toutefois, et comme cité précédemment, cette étude a été entièrement réalisée dans le Nord-Pas-De-Calais qui présentait le taux le plus bas de SDC en France en 2007 avec 0,3 structure par habitant.(19) Ceci peut être une cause des délais présentés lors des entretiens.

Il ressort clairement un manque de confiance et une impression d'inutilité envers l'action menée par les SDC. Ceci peut découler d'un problème de communication. La

circulaire de 2011 sur le rôle des SDC précisait que : « *Le médecin traitant doit être associé aux décisions thérapeutiques de la SDC dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée* ». (29) Notre étude ne laisse pas apparaître d'association lors des expériences que les médecins ont eu avec les structures spécialisées. Il en découle un manque de connaissance du fonctionnement de celles-ci et donc un manque de confiance.

De même, ils peuvent être freinés par le caractère très « hospitalier » qui les caractérisent. En effet, il peut être difficile pour un médecin travaillant seul dans son cabinet, en position d'échec face à un patient, de recevoir des directives par un confrère qui travaille au sein d'une équipe dans un cadre hospitalier. Il peut alors avoir l'impression que son confrère ne fait qu'appliquer des protocoles sans prendre en globalité la vie du patient à l'extérieur. « *quelqu'un qui va par exemple en consultation de la douleur, qui va être impressionné par le cadre hospitalier, les blouses blanches, qui pourra lui faire dire : « peut être que finalement j'ai pas si mal » alors qu'il souffre et qu'il est perturbé dans sa vie de tous les jours* » « *les recettes on les connaît, donc on a tendance à se dire : « autant les appliquer directement* ». Le médecin a alors l'impression de rester seul face à son patient avec des directives pas toujours adaptées au mode de vie de celui-ci.

En 2011, lors de l'évaluation du 3^{ème} plan douleur, l'HCSP mettait en avant les difficiles relations entre les praticiens de ville et les centres de prise en charge de la douleur tous hospitalier. Il en faisait même un point à améliorer dans ses recommandations (9).

On ne trouve pas d'étude sur le ressenti des patients lors de la première consultation en SDC, ce qui pourrait être intéressant, encore plus si on compare à sa façon d'être chez son généraliste.

Lors de son travail de thèse en 2012, Sabon (32) estimait que les relations entre généralistes et spécialistes de la douleur étaient très disparates et résultaient souvent d'une méconnaissance du travail de ces derniers. D'ailleurs, lors de nos entretiens, il apparaît clairement que certains semblent méconnaître les organisations des SDC. Ainsi, ils évoquent ceux-ci dans un but uniquement d'avis thérapeutique en particulier médicamenteux. Ils parlent ainsi de « *recettes* » ou d' « *adaptation de doses* » mais semblent négliger, voir dénigrer, les autres interventions possibles, ce qui nous amène à la place que peuvent avoir les intervenants paramédicaux dans la prise en charge du patient douloureux chronique.

L'intervention des SDC n'arrive donc qu'en 2^{ème} ou 3^{ème} intention dans la prise en charge, ce qui reste dans le cadre des recommandations de l'HAS. On voit que les médecins interrogés y ont recours principalement dans un but d'avis thérapeutique mais qu'ils n'en attendent pas grand chose. Les principales causes de mécontentement sont les délais d'obtention de rendez-vous, les difficultés de communication et des résultats pas à la hauteur de leurs attentes. Ces deux derniers points pourraient résulter d'une méconnaissance de l'organisation des structures de prise en charge de la douleur et par une amélioration de la relation entre les généralistes et les SDC de manière bilatérale.

b. les interlocuteurs paramédicaux :

La prise en charge par un kinésithérapeute, ou plus globalement une thérapie physique, apparaît comme une évidence de la part des médecins interrogés. Ceci peut s'expliquer par le fait que, dans la pratique, la majorité des douleurs chroniques soit d'origine rhumatologique ou musculo-squelettiques. (8) De même, cela permet de proposer une solution concrète, physique, au patient qui réclame une prise en charge. On voit aussi que le recours à un psychologue fait partie des pratiques des médecins interrogés même s'il semble que ça reste marginal. Nous tenterons de l'expliquer en analysant la place des alternatives non médicamenteuses dans la prise en charge de la douleur.

Bizarrement, un seul médecin met en relation la prise en charge d'un patient douloureux chronique avec les infirmier(e)s et aides-soignant(e)s qui côtoient quotidiennement celui-ci. Ceci peut s'expliquer par l'orientation de l'entretien qui met le médecin face à une situation spécifique alors qu'il travaille de manière quotidienne avec ceux-ci dans toutes sortes de situations.

On voit donc que la prise en charge physique du patient douloureux chronique par une tierce personne (kiné, ostéopathe) est bien ancrée dans les pratiques. Il faut toutefois noter que les médecins n'incluent pas spontanément les infirmières et aides-soignantes dans la prise en charge du patient.

La place de la prise en charge psychique semble par contre reste un peu floue. Les

disparités de recours à ces différents intervenants nous amènent à nous questionner sur la place des alternatives thérapeutiques non médicamenteuses de la prise en charge de la douleur chronique.

V) Place des alternatives non médicamenteuses dans la prise en charge de la douleur :

La circulaire de 2011 définit les thérapeutiques non pharmacologiques comme suit : D'une part les thérapies à médiation corporelle (hypno analgésie, sophrologie, relaxation, psychomotricité...) et d'autre part les thérapies de soutien et psychothérapies (orientation analytique, cognitivo-comportementale, humaniste, systémique...). A cela, on peut ajouter ce qu'elle définit comme thérapeutiques physiques et thérapeutiques dites alternatives (acupuncture ou mésothérapie). (29)

On a vu précédemment que les méthodes thérapeutiques physiques sont courantes lors du traitement du patient douloureux chronique.

La place des thérapies de soutien et des psychothérapies est plus complexe. La plupart des médecins interrogés nous dit y avoir recours mais rarement. Ils ne l'abordent que pour certains patients et ne font pas part des résultats obtenus lorsqu'ils ont consulté un psychiatre ou un psychologue.

Bien entendu, tout patient douloureux chronique ne nécessite pas un soutien psychologique mais l'atteinte psychique atteindrait près de 50% de ces patients d'après certaines études (24). D'ailleurs, lorsqu'ils sont orientés vers une SDC, on voit que, après une première consultation d'évaluation, 26% des patients allaient rencontrer au moins une fois un psychiatre et 42% un psychologue (ces chiffres pouvant bien-sûr se recouper, un patient pouvant être orienté vers un psychologue une fois l'évaluation faite par un psychiatre) (19).

En plus du caractère relativement récent du concept de prise en charge bio-psycho-social de la douleur, le médecin doit faire face à ses propres croyances et habitudes issues d'une part de sa pratique et d'autre part de sa formation durant laquelle un symptôme est soigné par un traitement. Il doit donc accepter que son patient nécessite une prise en charge globale, et que la multiplication des examens et des traitements est parfois inutile. Le médecin traitant se doit donc de passer à une prise en charge globale. Pour citer Platon : « la plus grande erreur dans le traitement des maladies est qu'il

existe des médecins pour le corps et des médecins pour l'âme, pourtant les deux ne peuvent être séparés ».

De même, il se retrouve confronté au patient qui peut ne pas comprendre pourquoi on veut le déposséder du caractère physique de sa douleur. Cette notion peut être illustrée par l'enquête de Cidrashi et coll. ; celle ci concernait la prescription d'anti-dépresseur dans la douleur chronique mais montre bien que, sans une explication, le patient croit entendre que "tout est dans la tête". Cette prescription peut alors être vécue comme une "délégitimation" des douleurs conduisant à une non observance (33).

Les difficultés de recours à un psychiatre, psychologue ou psychothérapeute, qu'elles viennent du soignant ou du patient sont bien mises en évidence dans l'édition de mars 2013 des cahiers de la SFETD. (34) Il faut noter toutefois que, que ce soient ces recommandations, celles de l'HAS en 2008 (2) ou selon la circulaire de 2011 (29), le médecin généraliste a un rôle d'orientation quand les SDC ont pour rôle de mettre en place la prise en charge Bio-Psycho-Sociale. Ainsi, si les médecins de notre étude travaillent peu avec les psychiatres ou psychologues dans la prise en charge de la douleur chronique, il faut noter que ce rôle semble plus imputé aux SDC.

En ce qui concerne les thérapeutiques à médiation corporelle ou aux thérapies dites « alternatives », elles sont évoquées et parfois utilisées mais restent marginales. Elles n'interviennent qu'après avoir essayé plusieurs solutions médicamenteuses et lorsque le médecin se trouve en situation d'échec. Le leitmotiv de telles pratiques semble alors être : « si ça peut soulager »... et donc, quand le médecin ne sait pas quoi faire d'autre. En mars 2013, l'Académie de Médecine s'est exprimée sur la place de ces thérapies complémentaires dans le parcours de soins. Dans son rapport, on retrouve :

« À l'adresse des usagers et des professionnels, et afin d'éviter tout retard de diagnostic et/ou perte de chances, elle recommande :

- d'en éviter l'usage en l'absence d'un diagnostic médical*
- de ne les accepter qu'avec une extrême prudence comme traitement de première intention*
- de ne pas y recourir lorsque la présentation clinique est inhabituelle ou persistante et en l'absence d'un avis médical » (35).*

Les médecins de notre étude respectent ce cadre en n'employant ces thérapies qu'après diagnostic et échec d'un traitement conventionnel.

Ainsi, en ce qui concerne la place des thérapeutiques non pharmacologiques, il faut différencier d'une part la prise en charge psychologique à laquelle tous les médecins interrogés pensent mais qui n'intervient que rarement dans leur pratique. D'autre part les autres alternatives qui peuvent être utilisées le sont avec parcimonie, en dernier lieu, une fois tous les recours envisagés. Le leitmotiv est alors : « si ça peut soulager ».

Enfin, pour mieux comprendre l'attitude des médecins, il est important de préciser que les organismes de recommandations établissent que le rôle du médecin généraliste est dans l'orientation soit vers un spécialiste, soit vers une SDC, et que c'est à cette dernière de mettre alors en place le suivi pluridisciplinaire.

VI Représentation et modalités de prescription des antalgiques de palier III :

Si tous les médecins de notre étude reconnaissent avoir utilisé des antalgiques de palier III lors des discussions, les modes d'utilisation sont assez différents d'un médecin à l'autre.

a. modalités de prescription :

On voit dans cette étude que les généralistes interrogés mettent bien en avant les situations pour lesquelles un traitement par opioïde fort est envisagé.

Ainsi, on voit que la prescription est facile dans les douleurs d'origine cancéreuse ou dans les douleurs aiguës. En revanche, on se rend compte que dans le cadre de la douleur chronique, celle-ci est bien pesée, s'appuie sur le retentissement de la douleur sur la vie du patient (comme vu précédemment) et fait suite à une évolution graduelle dans l'intensité du traitement par palier. Une majorité nous dit n'introduire le traitement qu'après avis auprès d'un spécialiste (qu'il soit d'organe ou de la douleur). Si on se réfère à « la mise au point sur l'usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non-cancéreuses »⁽¹⁵⁾, qui date de 2004, on se rend compte d'un respect relatif des recommandations avec une obligation de moyens (examens complémentaires, avis spécialistes...) et une évolution progressive des antalgiques. Quand on s'intéresse à la poursuite du traitement, on remarque que les médecins

interrogés parlent d'une réévaluation régulière suite à l'introduction du traitement. Encore une fois, on voit qu'ils considèrent bien que les opioïdes forts ne sont pas un traitement anodin.

Lors de la réévaluation des recommandations de Limoges en 2010 ⁽³⁶⁾, les auteurs identifient plusieurs recommandations sur les traitements par morphiniques dans les douleurs ostéo-articulaires non-cancéreuses. Parmi celles-ci, on retrouve que ces traitements sont utiles dans les douleurs ostéo-articulaires chroniques. On voit donc que les médecins de notre étude restent dans les recommandations en dépassant le cadre de la prescription uniquement en contexte oncologique. Ils restent toutefois conscients qu'il ne s'agit alors que d'une prescription bien réfléchie, après passage par des paliers inférieurs, avis extérieur et réévaluation.

Enfin, la plupart déclarent utiliser d'abord une forme à libération immédiate puis, une fois la douleur stabilisée, une forme à libération prolongée, respectant ainsi les recommandations de l'AFSSAPS ⁽¹⁵⁾.

On se rend compte dans cette étude que lorsqu'il s'agit d'introduire un traitement à base d'opioïdes forts, les médecins interrogés pèsent bien l'indication car ils considèrent que la prescription mérite de l'attention. Ainsi, elle survient généralement après avis auprès d'un spécialiste, le plus souvent d'organe, et après inefficacité des antalgiques de paliers inférieurs.

On se rend compte aussi qu'elle est aisée dans les douleurs d'origine cancéreuse et plus réfléchie dans les douleurs d'autres origines.

Enfin, on voit que les recommandations de prescriptions sont globalement respectées, avec une initiation de traitement par forme à libération rapide puis à libération prolongée et une réévaluation rapprochée.

b. *produits utilisés :*

En 2004, l'AFSSAPS indiquait que « *Seule la morphine est indiquée pour les douleurs persistantes intenses ou rebelles aux antalgiques de niveau plus faible. La buprénorphine, le fentanyl, l'hydromorphone et l'oxycodone sont réservés aux douleurs intenses d'origine cancéreuse* » ⁽¹⁵⁾. En 2008, l'HAS étendait l'AMM du Fentanyl transdermique aux : « traitement des douleurs chroniques sévères qui ne peuvent être

correctement traitées que par des analgésiques opioïdes » (37). Tous les autres antalgiques opioïdes forts de longue durée d'action ne sont indiqués que dans des douleurs d'origine cancéreuse (38)(39).

Notre étude ne demande pas aux médecins de faire de distinction selon l'origine de la douleur.

Ainsi, nous retrouvons qu'ils utilisent en priorité la forme orale de longue durée d'action avec interdoses à libération immédiate. On remarque aussi des facilités avec les formes transdermiques. Les médicaments les plus cités sont donc le couple SKENAN/ACTISKENAN, le couple OXYCONTIN/OXYNORM et le DUROGESIC. Lors de l'étude EPIDOL en 2005, les auteurs trouvaient que, pour le traitement de douleur en médecine générale, toutes causes confondues, 48% des patients se voyaient prescrire du Sulfate de Morphine (SKENAN ou MOSCOTIN) et 47% des patchs transcutanés de Fentanyl (DUROGESIC) (40). Une autre étude de 2013 retrouvait des chiffres quasiment identiques chez des patients traités pour des douleurs chroniques non cancéreuses (respectivement 43% et 42%). (41)

Sont aussi évoqués dans notre étude les dérivés du chlorhydrate d'oxycodone sous formes orales de longue ou courte durée d'action. Sa prescription semble plus rare et il est souvent évoqué qu'il suit un avis spécialisé ou une hospitalisation. Il est important de noter que l'utilisation de celui-ci est tolérée dans les douleurs aiguës sévères et les douleurs neuropathiques mais que son remboursement n'est pas justifié dans les douleurs chroniques d'origine non-cancéreuse (38).

On voit aussi que les médecins parlent des exacerbations de la douleur dans un contexte douloureux chronique. Les produits alors évoqués sont ceux d'action rapide tels que l'ACTISKENAN, l'OXYNORM. Les formes trans-muqueuses du FENTANYL semblent être utilisées particulièrement en prévision de douleurs provoquées par des soins.

Il est intéressant de prendre en compte que les médecins interrogés utilisent en général toujours les mêmes produits, ceux avec lesquels ils ont leurs habitudes et qu'ils savent donc manier.

Enfin, et bien qu'ils soient en général fidèles au schéma thérapeutique qu'ils ont l'habitude de manier, les médecins interrogés expriment avoir plus de facilités de prescription grâce à la multiplication des disponibilités et à la disparition des carnets à souches. On voit donc ici un effet du premier plan de prise en charge de la douleur qui prévoyait de « *faciliter la prescription et la dispensation de l'ensemble des antalgiques et*

notamment celles des stupéfiants » ainsi que la sortie du secteur hospitalier de certains antalgiques majeurs afin de les mettre au service du médecin de ville (8). Cet effet était d'ailleurs déjà observé de manière précoce lors de l'évaluation de ce plan par la SFSP en 2001 (42).

Notre étude montre que les produits généralement utilisés de manière chronique sont principalement les sulfates de morphine (SKENAN) et le fentanyl en forme transdermique (DUROGESIC). On note aussi l'utilisation d'oxycodone mais qui semble plus rare et en général après avis spécialiste.

Les formes rapides de ces produits sont utilisées pour les douleurs aiguës ou provoquées par les soins ainsi que, comme vu précédemment, dans l'introduction du traitement.

Enfin, s'ils avouent que leur prescription a été facilitée par la multiplication des galéniques et l'allègement des règles de délivrance, ils restent fidèles au traitement qu'ils connaissent et maîtrisent le mieux.

c. représentation des traitements opioïdes par le médecin :

Comme vu précédemment, les médecins de notre étude ne considèrent pas les opioïdes forts comme un traitement banal. On remarque donc des précautions particulières en ce qui concerne la survenue d'effets indésirables. Les plus exprimés sont la dépendance et les troubles de l'attention. Il n'est fait mention des autres effets indésirables reconnus des morphiniques que de manière globale, sans détail, et nous avons fait le choix de ne pas leur rappeler ceux-ci au cours de l'entretien afin de ne pas orienter les réponses en ce sens. Pour mémoire, ils comportent : *« essentiellement, troubles digestifs (nausées, vomissements lors de l'instauration du traitement ; constipation avec nécessité fréquente d'avoir recours à un traitement laxatif pendant toute la durée du traitement), confusion, sédation, effets dysphoriques, altération du réflexe de toux, dépression respiratoire. Chez les sujets très âgés, il conviendra d'être particulièrement vigilant »* (15).

Dans une étude de 2010 sur les « freins et obstacles à l'initiation d'un traitement antalgique de palier 3 en médecine générale », les auteurs retrouvent que 7 médecins sur 10 estiment que les effets « adverses » (effets indésirables + risque de dépendance) sont les principaux freins à la prescription. (43)

La principale crainte dans notre étude concerne la dépendance, avec des exemples concrets. Cependant, il n'est pas fait de distinction entre les différentes composantes de la dépendance. En effet, lorsqu'on parle de pharmacodépendance, cela regroupe la dépendance psychique (besoin impérieux du produit), la dépendance physique (troubles somatiques en cas d'arrêt, ils correspondent au syndrome de sevrage), et la tolérance (nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet). Ainsi, la dépendance physique qui peut survenir après une longue période de traitement et qui impose une diminution des doses lente et progressive avant un arrêt complet pourrait être assimilée comme une dépendance psychique. De même, un phénomène de tolérance qui pourrait amener le patient à demander d'augmenter ses doses (ou qui pourrait induire une rotation de morphinique, non mentionnée dans les différentes interviews) pourrait être prise comme une dépendance psychique. En ce qui concerne cette dernière, la plupart des études considèrent le risque faible dans la douleur chronique à condition de bien sélectionner les patients ⁽⁴⁴⁾. Les recommandations de Limoges 2010 préconisent d'ailleurs de rechercher des antécédents de mésusage ou d'addiction avant chaque prescription, de rechercher des signes évocateurs à chaque consultation et de faire suivre le patient conjointement par un psychiatre en cas de risque de dépendance psychique. ⁽³⁶⁾

Pour autant, lors d'une étude réalisée en Italie en 2001, 25% des médecins interrogés associent le mot « Drogue » à l'évocation du terme « morphine ». ⁽⁴⁵⁾ Mais, dans la même étude, seuls 7% des médecins pensaient qu'elle induit une dépendance et environ 10% une tolérance (les réponses pouvaient être multiples).

Il est difficile de mettre en évidence un mésusage au point de départ de ces exemples décrits par les médecins interrogés hormis en ce qui concerne le cas où un antalgique d'action rapide par voie trans-muqueuse était utilisé quotidiennement et à très hautes doses. L'enquête ASOS de 2012 révèle que le Fentanyl est fortement utilisé, la plupart du temps prescrit par les généralistes et que les formes d'action rapide sont utilisées le plus souvent hors-AMM ⁽¹⁶⁾.

Les troubles de l'attention et les effets dysphoriques sont plus particulièrement mis en avant par un médecin. D'ailleurs, si on se réfère à nouveau à l'enquête : « les mythes de la morphine », on voit que les "mythes" les plus souvent évoqués sont l'assuétude et la sédation. ⁽⁴⁵⁾

Les autres effets secondaires ne sont cités que de manière générale.

Globalement, les médecins n'attribuent pas la morphine à la fin de vie. Ils donnent d'ailleurs cet argument pour justifier de la progression des images que peuvent renvoyer la morphine. Dans son étude de 2006 sur l'évolution des croyances et des pratiques relatives à la morphine, le Dr Peyrard nous indique que : « Les réponses montrent que cette évolution a été considérable. La dédramatisation de la morphine utilisée maintenant de façon courante en postopératoire, en salle d'accouchement, pour des douleurs bénignes a fait sortir la morphine du champ de la fin de vie et du traitement de la douleur cancéreuse » (46).

Pour certains, la limitation de la prescription d'un traitement morphinique vient de la représentation que se font leurs patients d'un tel traitement. Nous nous sommes donc intéressés à ce que les médecins pensent que leurs patients pensent...

Notre étude retrouve donc que si la notion de « traitement de fin de vie » n'apparaît pas chez les médecins interrogés, ceux-ci éprouvent tout de même certaines inquiétudes. La première d'entre elles est la crainte de créer une dépendance chez le patient. Vient ensuite la crainte de le rendre dysphorique et somnolent.

Les autres effets secondaires connus ne sont cités que de manière globale. Enfin, certains évoquent les réticences de leurs patients pour justifier de retarder l'instauration d'un traitement.

d. *représentation du traitement opioïde par les patients d'après les médecins traitants :*

Pour les médecins interrogés, l'instauration d'un traitement morphinique peut-être mal vécue par son patient. Ils emploient d'ailleurs des termes péjoratifs « *ils ont une réaction un peu de retrait* », « *morphine ça veut dire il va mourir* », « *que c'est pas parce qu'on a de la morphine que c'est terminal* »...

L'étude réalisée par les Drs Arnould et Raineri retrouve d'ailleurs que pour 7 médecins sur 10, la représentation socio-culturelle qu'ont les patients par rapport à la morphine constitue un frein à la prescription. (43)

Plusieurs études s'intéressent directement à l'avis de la population sur les représentations qu'ils se font des traitement morphiniques. Ainsi, l'étude réalisée en

2001 par les Dr Musi et Bionaz retrouve que pour plus de 2/3 de la population générale, la morphine induit des troubles de la conscience et que sa prescription implique un mauvais pronostic (maladie très grave, ôte l'espoir). ⁽⁴⁵⁾ D'ailleurs, elle retrouve qu'un peu plus de 30% des patients ne prendraient pas de morphine ou à une dose inférieure si celle si leur était prescrite.

Une étude allemande de 2002 montre de son côté que le mot « morphine » évoque chez les patients la douleur mais aussi l'intoxication, l'addiction et les effets secondaires. ⁽⁴⁷⁾ De même, au cours de son travail de thèse en 2012, le Dr RENEAUX explique que : « L'étude des représentations de la morphine chez les patients en situations palliatives retrouve une fréquence élevée de peur à l'égard de la morphine, de peur de la dépendance, et souvent l'association de la morphine à la fin de vie est faite, avec parfois la croyance que la morphine va raccourcir la vie » ⁽⁴⁸⁾. Il faut toutefois préciser que cette étude a été réalisée auprès de patients en situation palliative et donc avec un pronostic péjoratif pouvant modifier leurs représentations.

Ces études peuvent illustrer les craintes que peuvent avoir les médecins interrogés des réactions de leur patient à l'annonce de l'introduction d'un traitement par opioïdes forts. Toutefois, une majorité des médecins de notre étude nous dit que leurs patients acceptent ce traitement après explication sur les raisons de celui-ci, les effets secondaires et l'évolution attendue de leur état. On rentre alors dans le cadre du "contrat moral" préconisé aussi bien par l'AFSSAPS ⁽¹⁵⁾ que par la SFAR dans les recommandations de Limoges ⁽³⁶⁾. Sans revenir sur l'importance de la relation médecin-malade, on peut citer Balint qui nous rappelle que : « Le médicament le plus utilisé en médecine est le médecin lui-même » ⁽⁴⁹⁾. Cette relation est d'ailleurs mise en avant dans notre étude par le fait que les médecins qui se montrent le plus réticents à l'utilisation des traitement antalgiques de palier III dans les douleurs chroniques sont aussi ceux qui pensent que leurs patients acceptent mal ceux-ci et inversement. Dans cette relation: « le soignant transmet également ses préférences, croyances et intuitions » ⁽⁵⁰⁾.

Enfin, il faut remarquer que les médecins pensent surtout que pour leurs patients, la morphine va surtout induire un soulagement. Certains évoquent le fait que leurs patients leur demandent directement en raison de l'impact de leur douleur sur leur vie quotidienne. D'ailleurs, dans l'étude allemande de 2002, les termes « douleurs » et « soulagement de la douleur » étaient les plus fréquents à l'évocation du mot « morphine » ⁽⁴⁷⁾. De même dans l'étude italienne où « douleur » et « analgésie » étaient

les 2^{ème} et 3^{ème} termes les plus évoqués (45). Les médecins de notre étude pensent donc avant tout que les patients vont se sentir soulagés à l'initiation du traitement.

On voit donc que si le médecin pense que l'instauration d'un traitement morphinique peut-être mal vécue par son patient en raison des représentations qu'il peut avoir ? Il manque un bout de la phrase je pense.

Toutefois, il met en avant la relation qu'il aura avec celui-ci pour qu'il l'accepte. Celle-ci a d'ailleurs pour effet que le médecin réticent pensera que son patient l'est aussi.

Enfin, il pense que malgré les contraintes et les représentations qu'il peut avoir, pour son patient le plus important est l'effet thérapeutique de la morphine dans le but de soulager sa douleur.

Conclusion :

Malgré la petite taille de l'échantillon étudié, cette étude nous apporte un reflet des déterminants de la prise en charge des patients douloureux chroniques par le médecin généraliste. En plus d'illustrer une pratique, elle permet de mettre en évidence des hypothèses de travail au fur et à mesure de l'étude qui pourront par la suite être « mesurées » par une étude quantitative. La fréquence des consultations en rapport avec la douleur en médecine générale ajoute de l'intérêt à ce travail.

Ainsi, concernant l'évaluation de leurs patients douloureux, les médecins n'utilisent que très rarement volontairement des échelles de la douleur, et quand ils en utilisent, elles sont unidimensionnelles. L'évaluation passe plus par la connaissance de leurs patients et l'atteinte de leur douleur sur la qualité de vie. Ils entrent alors spontanément dans les évaluations multidimensionnelles préconisées. Toutefois, on voit que lorsqu'ils se retrouvent en situation d'échec et de demandes répétées de leur patient, sa parole est mise en doute.

Néanmoins on peut dire que les médecins interrogés se donnent l'obligation de moyen recommandée par les différents organismes en recherchant l'origine et le type de la douleur et en travaillant en priorité avec les spécialistes d'organes. Le recours aux SDC n'intervient qu'en 2^{ème} ou 3^{ème} intention, après bilan initial, ce qui correspond une fois de plus aux recommandations. Ils demandent alors principalement un avis thérapeutique mais ils semblent ne pas attendre grand chose de cet avis. On l'explique principalement par un manque de communication bilatérale et une méconnaissance du fonctionnement de ces structures.

Les autres intervenants dans la prise en charge du patient douloureux chronique sont principalement à visée de thérapie physique. Les infirmier(e)s et aides soignant(e)s ne sont par contre pas spontanément associés, probablement du fait que les médecins travaillent avec eux quotidiennement et dans toutes sortes de situations.

La place des thérapies non médicamenteuses reste elle un peu plus floue. Chaque médecin reconnaît la part psychique de la douleur chronique ou son retentissement mais le recours au psychiatre ou au psychologue reste rare. Les autres options thérapeutiques n'interviennent qu'en dernier lieu, lorsque le médecin se retrouve en situation d'échec devant un patient demandeur de soins avec pour leitmotiv : « si ça peut

soulager ». Il est important de prendre en compte que les différents organismes de recommandations placent le médecin généraliste dans un rôle de diagnostic et d'orientation et les SDC dans un rôle de mise en place du suivi pluridisciplinaire.

Au niveau des thérapies médicamenteuses, l'introduction d'un traitement par opioïdes forts sera toujours pensée et réfléchi. Elle survient après échec des antalgiques de paliers inférieurs et souvent après avis d'un spécialiste. Elle est plus aisée dans le cadre de douleurs d'origine cancéreuse. On voit un respect des recommandations avec introduction par opioïdes de courte durée d'action avant ceux de longue durée d'action et réévaluation fréquente. Les produits les plus utilisés sont les sulfates de morphine et le fentanyl transdermique. Leur prescription a été facilitée par la multiplication des galéniques et l'allègement des règles de délivrance, ils restent toutefois fidèles aux traitements qu'ils connaissent et maîtrisent le mieux.

Les traitements morphiniques font partie des pratiques courantes des médecins. La notion de "traitement de fin de vie" n'a plus de raison d'être mais il persiste des inquiétudes, et plus particulièrement la crainte de rendre son patient dépendant. Pour leur patient, ils pensent que l'introduction d'un tel traitement peut être vécue de manière péjorative mais que la relation qu'ils ont avec lui permettra qu'il l'accepte mieux. Il faut noter que les plus réticents pensent que leurs patients le sont aussi et inversement.

Il faut enfin voir que, aussi bien pour le médecin que pour ce qu'il pense de son patient, le principal effet mis en avant est le soulagement de la douleur.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Merskey H, Bogduk N.
Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms.
Prepared by the Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain, 2nd ed.
Seattle (VA): IASP Press; 1994
- (2) Recommandations Professionnelles : Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé. Argumentaire. Haute Autorité de Santé ; 2008
- (3) Bouhassira D, Lantieri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C
Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population.
Pain. 2007;136(3):380-7
- (4) Doré M. La prise en charge de la personne âgée en médecine ambulatoire. Revue Geriatr. 2005;30(6) Suppl C:C33-6
- (5) Circulaire n° DGS/SQ2/DH/586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du Plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
- (6) Circulaire DHOS/E2 n°2002-2666 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé
- (7) Ministère de la Santé et des solidarités. Plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris ; 2006
- (8) Comité d'Organisation des Etats Généraux de la Douleur. Le livre blanc de la douleur. Paris ;2005
- (9) HCSP : Évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010. 2011
- (10) Pain in Europe. A 2003 report. Research project by NFO Worldgroup
- (11) LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- (12) Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention – Assurance Maladie. Point d'information de l'Assurance Maladie du 22 janvier 2009
- (13) Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale. Point de vue du médecin de la douleur. Douleur et Analg 2002;15(1):71-9
- (14) World Health Organization. Cancer pain relief. Geneva: WHO; 1986
- (15) AFSSAPS. Mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses. Septembre 2004
- (16) ANSM-Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP)-ASOS 12 (Antalgiques Stupéfiants et Ordonnances Sécurisées)-RESULTATS DE L'ENQUETE 2012 Et résumé des résultats des enquêtes ASOS 2010-2012
- (17) Frappé P. Initiation à la recherche. Fiche n°37. 2011. GMSanté/CNGE
- (18) Kaufmann, J.-C. (1996). *L'entretien compréhensif*. Paris : Nathan Université

- (19) HAS : Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées. 2009
- (20) Pouchain D, Huas D, Gay B, Vouac B, Bouvenot G. Échelles d'évaluation de la douleur : leur utilisation en ambulatoire a-t-elle un impact sur le soulagement de la douleur chronique ? *Rev Prat Med Gen* 2002;16(585):1299-303
- (21) Liard F, Chassany O, Keddad K, Jolivet- Landreau I. Enquête sur la prise en charge de la douleur et les besoins en formation en médecine générale. *Douleurs* 2002;3(2):69-73
- (22) Dias PL. Évaluation de la douleur chronique en médecine générale : enquête réalisée auprès des médecins de Longwy, Briey et Hayange [thèse de médecine]. Nancy: Université Henri Poincaré Nancy 1; 2006
- (23) Urcam Île-de-France. Prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Île-de-France. Principaux résultats de l'étude. Paris: UrcamIDF; 2003
- (24) Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: prevalence, risk, course, and prognosis. *Can J Psychiatry* 2008;53:224-34.
- (25) Boureau F, Doubrere JF. Le concept de douleur. Du symptôme au syndrome. *Douleur et Analgésie*. 1988;1(1):11-17
- (26) Dominique Bouckenaere « La douleur chronique et la relation médecin-malade », *Cahiers de psychologie clinique* 1/2007 (n° 28), p. 167-183
- (27) Véronique MIDY- Vécu et attentes des patients douloureux chroniques en médecine générale- (thèse de médecine générale) Nancy: Université Henri Poincaré Nancy 1 ; 2013
- (28) Binoist M, Cochin M. Difficultés de prise en charge des patients douloureux chronique en Médecine Générale dans le bassin Grenoblois. 2012. (thèse de médecine) Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble
- (29) DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique
- (30) Allaria-Lapierre V, Blanc V, Jacquème B, Horte C, Chanut C. Prise en charge ambulatoire de la douleur chronique. *Prat Orga Soins* 2007;38(1):21-
- (31) Vidal-Jalton K. Les recommandations pour la pratique clinique à propos de et du suivi de la douleur chronique en médecine ambulatoire sont-elles adaptées à la pratique de la médecine générale ? [thèse de médecine]. Toulouse: Université Paul Sabatier Toulouse III; 2001.
- (32) Sabon A. Quelles sont les attentes des médecins généralistes à l'égard des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique ? Enquête qualitative auprès de 20 médecins généralistes d'Île-de-France. (Thèse de médecine). Université de Tours 2012
- (33) Cedraschi C, Piguet V, Desmeules J, Allaz AF, Fischer W, Dayer P. Utilisation des antidépresseurs chez les patients souffrants de douleurs chroniques: quelle congruence entre prescription et notice d'emballage ? *Doul Analg* 2001 ; 3 :159-162
- (34) Rôles, fonctions et compétences des professionnels intervenant auprès des patients douloureux chroniques : propositions de recommandations. *Cahiers de la SFETD* mars 2013
- (35) Daniel BONTOUX, Daniel COUTURIER, Charles-Joël MENKÈS - THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins - ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE - Rapport / 5 mars 2013

- (36) Les opioïdes forts dans les douleurs ostéo-articulaires non cancéreuses: revue de la littérature et recommandations pour la pratique clinique: «Les recommandations de Limoges 2010» = Strong opioid drugs for chronic noncancer osteoarticular pain: Systematic literature review and recommendations for clinical practice: The 2010 Limoges Recommendations
- (37) HAS – commission de la transparence - avis du 10 dec 2008 concernant duogesic
- (38) OXYCONTIN OXYNORM OXYNORMORO 19092012 AVIS CT11678 CT11677 CT886
- (39) SOPHIDONE_LP_06112013_AVIS_CT1212
- (40) Emery, George, Gomas, Delfieu, Mimaud, Guillon, Fagnani Prise en charge de la douleur en médecine générale : l'étude EPIDOL Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement, Volume 6, Issue 6, December 2005, Pages 366–373
- (41) Thérapie 2013 Novembre-Décembre; 68 (6): 385–392 Opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses : analyse rétrospective de patients pris en charge pour un sevrage* Delinger Faure¹, Patrick Giniès², Céline Eiden¹, Laure Portet¹ et Hélène Peyrière¹
- (42) SFSP : évaluation du plan triennal de lutte contre la douleur oct 2001
- (43) M. Arnould. F. Raineri. - Congrès SFMG Nice 2010 - Freins et obstacles à l'initiation d'un traitement antalgique de palier 3 en médecine générale. Que pensent les médecins de leurs patients ?
- (44) Bannwarth B, Bertin P, Queneau P. Les opioïdes forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses. Presse Med. 2001;30:947-50
- (45) Marco Musi et Annarita Bionaz « Les mythes de la morphine », *Revue internationale de soins palliatifs* 4/2005 (Vol. 20), p. 107-115
- (46) Peyrard C. Douleur et morphine: évolution des idées et des pratiques. *Revue internationale de soins palliatifs*. 2006;21:10 à 11
- (47) Radbrush L, Sabatowski R, Elsner F, Loick G, Kohnen N. Patients' associations with regard to analgesic drugs and their forms for application – a pilot study. *Support Care Cancer*. 2002;10:480-5
- (48) Claire RENEAU - Représentations des traitements morphiniques chez les patients en situation palliative – (thèse de médecine générale) - Nancy: Université Henri Poincaré Nancy 1 ; 2012
- (49) BALINT M. (1972), *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, Collection Science de l'Homme
- (50) Birmelé B, Lemoine M. Éducation thérapeutique : transmission de connaissances ou de croyances ? *Éthique & Santé*. 2009;6:66-72

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN :

Bonjour Dr X, merci de me répondre dans le cadre de la réalisation de ma thèse de Médecine générale dont l'objectif est d'étudier les déterminants de prise de décision thérapeutique du médecin généraliste chez un patient douloureux chronique non ou insuffisamment soulagé par un antalgique de palier 2. Avec votre accord, cet entretien sera enregistré afin de pouvoir l'analyser par la suite. Je garantis bien entendu le respect de l'anonymat. Quelle a été votre attitude la dernière fois que vous avez eu à faire à un patient douloureux chronique insuffisamment soulagé par un antalgique de palier 2 ?

Thèmes à aborder :

Evaluation de la douleur : Comment évaluez-vous la douleur chez vos patients ? Utilisez vous des échelles d'évaluation de la douleur, si oui lesquelles ? Quelle perception avait vous de l'auto évaluation de la douleur par vos patients ?

Historique de la douleur : Quelle est l'origine de la douleur ? Des examens ont ils été réalisés pour déterminer celle-ci ? Quels ont été les traitements antérieurs ? Quels intervenants ont été consultés ? Quels sont les retentissements sur la vie quotidienne du patient ?

Parcours de soins : Quels sont les spécialistes avec lesquels vous travailliez dans ces cas là ? Avez vous connaissance de l'existence d'une unité de prise en charge de la douleur dans votre secteur ? Y avez-vous recours ? Qu'en pensez vous ? Avez vous recours à des alternatives thérapeutiques non médicamenteuses dans le traitement de la douleur ? Lesquelles ? Qu'en pensez vous ?

Pharmacologie : Que pensez-vous de l'utilisation des antalgiques de palier 3 ? Les utilisez vous ? Que pensez vous de leur utilisation en médecine ambulatoire ? Comment pensez vous qu'ils sont perçus par vos patients ?

ANNEXE 2

Brief Pain Inventory (BPI) - Questionnaire concis sur les douleurs

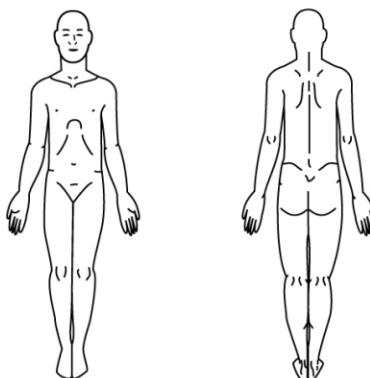
Date : / ... /	Heure : h
Nom : .	Prénom : .

1 - Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents). Avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » aujourd'hui ?

☐ Oui

☐ Non

2 - Indiquer sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « X » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



3 S'il vous plaît, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus intense** que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur					Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer					

4 S'il vous plaît, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus faible** que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur					Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer					

5 S'il vous plaît, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **en général**.

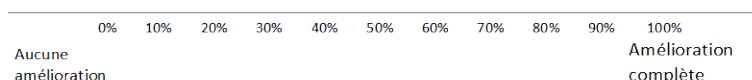
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur					Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer					

6 S'il vous plaît, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **en ce moment**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur					Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer					

7 Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

8 Pendant les dernières 24 heures, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté ? Pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?



9 Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, pendant les dernières 24 heures, la douleur a gêné votre :

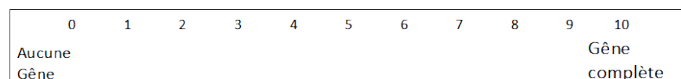
- **Activité générale**



- **Humeur**



- **Capacité à marcher**



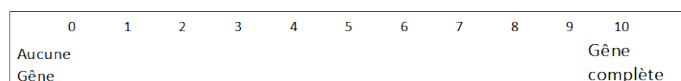
- **Travail habituel** (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)



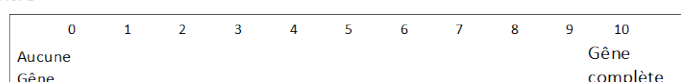
- **Relation avec les autres**



- **Sommeil**



- **Goût de vivre**



ANNEXE 3

Questionnaire Douleur Saint-Antoine (QDSA)		
Vous trouverez ci-dessous une liste de mots utilisés par certaines personnes pour définir une douleur. Afin de préciser la douleur que vous ressentez en général, donnez une note à chaque mot selon le code suivant :		
0	Absent	Pas du tout
1	Faible	Un peu
2	Modéré	Moyennement
3	Fort	Beaucoup
4	Extrêmement fort	Extrêmement
Pour chaque classe de mots, entourez le mot le plus exact pour décrire votre douleur		
A Battements Pulsations Élancements En éclairs Décharges électriques Coups de marteau	E Tiraillement Étirement Distension Déchirure Torsion Arrachement	K Nauséuse Suffocante Syncopale
B Rayonnante Irradiante	F Chaleur Brûlure	L Inquiétante Oppressante Angoissante
C Piqûre Coupure Pénétrante Transperçante Coups de poignard	G Froid Glacé	M Harcelante Obsédante Cruelle Torturante Supplicante
D Pincement Serrement Compression Écrasement En étou Broiement	H Picotements Fourmillements Démangeaisons	N Gênante Désagréable Pénible Insupportable
	I Engourdissement Lourdeur Sourde	O Énervante Exaspérante Horripilante
	J Fatigante Épuisante Éreintante	P Déprimante Suicidaire

ANNEXE 4

Tableau : Grille d'entretien semi-structuré avec le patient douloureux chronique établie par l'ANAES. 1999

Ancienneté de la douleur

Mode de début

- ☐ circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail...)
- ☐ description de la douleur initiale
- ☐ modalités de prise en charge immédiate
- ☐ événements de vie concomitants
- ☐ diagnostic initial, explications données
- ☐ retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

Profil évolutif du syndrome douloureux

- ☐ comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale
- ☐ profil évolutif : (douleur permanente, récurrente, intermittente...)
- ☐ degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

Traitements effectués et actuels

- ☐ traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels
- ☐ modes d'administration des médicaments, doses, durées
- ☐ effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon
- ☐ attitudes vis-à-vis des traitements

Antécédents et pathologies associées

- ☐ familiaux
- ☐ personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité
- ☐ expériences douloureuses antérieures

Description de la douleur actuelle

- ☐ topographie
- ☐ type de sensation (brûlure, décharge électrique...)
- ☐ intensité
- ☐ retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)
- ☐ facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences

- ☐ situation familiale
- ☐ situation sociale
- ☐ statut professionnel et satisfaction au travail
- ☐ indemnités perçues, attendues ; implications financières
- ☐ procédures

Facteurs cognitifs

- ☐ représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive...)
- ☐ interprétation des avis médicaux

Facteurs comportementaux

- ☐ attitude vis-à-vis de la maladie (passivité...)
- ☐ modalités de prise des médicaments
- ☐ observance des prescriptions

Analyse de la demande

- ☐ attentes du patient (faisabilité, reformulation)
- ☐ objectifs partagés entre le patient et le médecin

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La douleur chronique est un problème récurrent en médecine générale. En recherchant les déterminants de prise de décision thérapeutique des médecins généralistes en face d'un patient non ou insuffisamment soulagé par un antalgique de palier 2, on peut étudier les modes d'hétéro ou d'auto-évaluation de la douleur, la place des intervenants médicaux et paramédicaux et celle des alternatives thérapeutiques. Ainsi que les représentations et modes de recours aux antalgiques de palier 3.

Méthode : il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, menée par approche phénoménologique menée auprès de 10 médecins thésés et installés.

Résultats : les médecins interrogés n'utilisent que peu ou pas d'échelles de la douleur. Ils mettent en avant la connaissance de leur patient pour l'évaluer. Spontanément, il cadre avec les recommandations d'évaluation sans toutefois utiliser d'échelles multidimensionnelles. L'auto-évaluation de la douleur est importante pour eux mais elle est mise en doute en cas de situation d'échec.

Leur prise en charge s'effectue principalement avec les spécialistes d'organes. Ils n'accordent que peu de confiance aux Structures d'évaluation et de traitement de la Douleur Chronique (SDC). Ceci semble principalement du à un manque de communication bilatéral.

Les intervenants paramédicaux consultés sont principalement dans un but de thérapie physique. Les médecins reconnaissent tous la part psychologique de la douleur mais ont très peu recours aux psychiatres ou psychologues. Les thérapies dites « alternatives » n'arrivent qu'après échecs des thérapies conventionnelles.

L'introduction d'un traitement morphinique sera toujours pensée et réfléchie. Elle sera plus simple dans le cas d'une douleur d'origine cancéreuse. Les règles de prescription et de suivi sont en général bien suivies. Les produits utilisés sont principalement les sulfates de morphine et le fentanyl. La prescription a été facilitée par la multiplication des galéniques et l'allègement des règles de prescription.

Si la notion de "traitement de fin de vie" n'existe plus, la crainte de rendre son patient dépendant est importante. L'initiation du traitement peut être mal vécue par le patient mais la relation médecin/malade permet l'acceptation.

Dans tous les cas, l'effet le plus attendu aussi bien par les médecins que par leurs patients, d'après eux, est l'antalgie.

PATIENT WITH CHRONIC PAIN NOT OR INSUFFICIENTLY RELIEVED WITH A 2ND GRADE ANALGESIC : Reaction of 10 general practitioners

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE- ANNÉE 2014

MOTS CLEFS : douleur chronique, antalgique palier 2, médecine générale

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
