



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

*De l'utilisation des PCA de morphine en Médecine Générale
L'exemple des médecins du Douaisis*

**Présentée et soutenue publiquement le 2 décembre 2013 à 18 heures
au Pôle Formation**

Par Barbara CARLIER

Jury

Président : Monsieur le Professeur BLOND

**Assesseurs : Monsieur le Professeur SHERPEREEL
Monsieur le Professeur LEFEBVRE
Monsieur le Docteur DEROUSSEAU**

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur BEGUEC

LISTE DES ABRÉVIATIONS

PCA : Patient Controlled Analgesia

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

HAS : Haute autorité de santé

USP : Unité de Soins Palliatifs

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

HAD : Hospitalisation A Domicile

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation des Soins

PO : Per Os

SC : Sous-Cutané

IV : Intra-Veineux

IVD : Intra-Veineux Direct

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MG : Médecin généraliste

CHU : Centre hospitalier Universitaire

DPC : Développement Personnel Continu

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

LP : Libération prolongée

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS	12
INTRODUCTION GÉNÉRALE	19
I - LES SOINS PALLIATIFS EN FRANCE	22
1 - <i>Définitions des soins palliatifs</i>	22
1.1- <i>Cicely Saunders.....</i>	22
1.2- La Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP)	22
1.3- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).....	23
1.4- Le Conseil de l'Ordre des Médecins	23
1.5- L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES)	23
2 - <i>L'histoire des soins palliatifs en France</i>	24
3 - <i>Cadre légal.....</i>	25
3.1- <i>Circulaire Laroque du 26 août 1986.....</i>	25
3.2- <i>Article L 711-4 du code de Santé Publique du 31/07/1991.....</i>	26
3.3- <i>Rapport Henri Delbecq 1993.....</i>	26
3.4- <i>Code de Déontologie, 1995</i>	27
3.5- <i>1998 : rapport d'information sur les soins palliatifs</i>	27
3.6- <i>Le plan triennal 1999-2001, dit plan Kouchner.....</i>	27
3.7- <i>Le Plan Quadriennal 2002-2005.....</i>	28
3.8- <i>Plan cancer 2003-2007</i>	28
3.9- <i>Loi n° 2005-370 dite loi Leonetti du 22 avril 2005</i>	28
3.10- <i>2013, commission de réflexion sur la fin de vie dite rapport Sicard</i>	28
II - LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE	30
1 - <i>Le médecin généraliste, référent de la prise en charge en ambulatoire.....</i>	30
1.1- <i>La définition européenne de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA)</i>	30
1.2- <i>Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire) du 21 juillet 2009</i>	31
2 - <i>Médecine générale et soins palliatifs en ambulatoire</i>	31
2.1- <i>Législation.....</i>	31
2.2- <i>Soins palliatifs en ambulatoire - quelles aides pour le médecin généraliste ?.....</i>	32
3 - <i>Conditions du maintien à domicile.....</i>	35

III -	DOULEUR ET PCA DE MORPHINE	36
1 -	<i>Douleur - définition</i>	36
2 -	<i>Prise en charge de la douleur - évolution des habitudes professionnelles et des tabous</i>	36
2.1-	Rapport d'information sur les problèmes posés par le traitement de la douleur, 1994	36
2.2-	<i>Circulaire DGS/DH/N° 94-3</i> relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques.....	36
2.3-	Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 22/09/1998.....	37
2.4-	Plans de lutte contre la douleur	37
3 -	<i>Recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et traitements morphiniques</i> ..	38
4 -	<i>PCA de Morphine - recommandations</i>	39
4.1-	Indications	39
4.2-	Contre-indications	40
4.3-	Modalités de prescription en relais d'un traitement morphinique déjà en place	40
4.4-	Modalités de prescription chez un patient naïf de traitements opioïdes forts (niveau III selon les paliers OMS).....	41
4.5-	Les ordonnances.....	42
4.6-	L'utilisation	42
4.7-	Surveillance.....	43
	ENQUÊTE	44
I -	INTRODUCTION	45
II -	MATÉRIEL ET MÉTHODE	47
1 -	<i>Type d'étude et population</i>	47
2 -	<i>Questionnaire</i>	47
3 -	<i>Analyse des résultats</i>	47
III -	RÉSULTATS	48
1 -	<i>La population étudiée</i>	48
2 -	<i>Les médecins généralistes et la PCA</i>	49
2.1-	Prescription	49
2.2-	Les médecins généralistes et les modalités de mise en place des PCA en ambulatoire	50
2.3-	Médecins généralistes et suivi des patients bénéficiant d'une antalgie par PCA de morphine	51

3 -	<i>Médecins généralistes et HAD</i>	53
3.1-	Notion de médecin référent dans le cadre particulier de PCA de morphine mise en place via l'HAD	53
3.2-	Relations avec l'HAD, le point de vue des médecins généralistes	53
4 -	<i>La médecine ambulatoire et les relations avec les infirmier(e)s</i>	56
5 -	<i>Solutions envisagées par les médecins traitants pour les aider à gérer les difficultés occasionnées par la mise en place et l'adaptation d'une PCA</i>	57
6 -	<i>Difficultés dans la prise en charge des patients palliatifs</i>	59
IV -	DISCUSSION	60
1 -	<i>Le questionnaire</i>	60
1.1-	Les points forts	60
1.2-	Les limites	60
2 -	<i>Population étudiée</i>	61
3 -	<i>Médecins généralistes et PCA de morphine</i>	61
3.1-	Prescription	61
3.2-	Modalités de mise en place	62
3.3-	Adaptation de la PCA.....	63
4 -	<i>Médecins généralistes et pluridisciplinarité</i>	63
4.1-	Médecins généralistes et HAD	63
4.2-	Médecins généralistes et IDE	65
5 -	<i>Médecins généralistes et soins palliatifs - les soins techniques sont ils la seule difficulté ?</i>	66
6 -	<i>Quelles perspectives d'amélioration ?</i>	67
6.1.	Des contacts facilités avec des référents soins palliatifs	67
6.2.	Intervention d'une EMSP de l'hôpital au domicile du patient.....	67
6.3.	Intérêt d'un Développement Personnel Continu (DPC)	68
6.4.	Les autres pistes de réflexions	68
V -	CONCLUSION.....	70
VI -	RÉSUMÉ	71

DISCUSSION GÉNÉRALE	73
I- MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DU PATIENT PALLIATIF EN AMBULATOIRE	74
II- MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SOINS PALLIATIFS EN AMBULATOIRE	75
CONCLUSION	77
BIBLIOGRAPHIE	79
ANNEXES	85

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les soins palliatifs sont une préoccupation internationale depuis le milieu du XX^{ème} siècle, particulièrement depuis 1958, grâce au *Docteur Cicely Saunders*, médecin anglo-saxon. Elle a participé à l'amélioration des conditions de fin de vie. Ses recherches sur les méthodes d'antalgie et l'utilisation de la morphine ont démontré qu'administré à bon escient, ce traitement est un antalgique efficace. Soulagé de ses souffrances physiques, le patient mène une vie relationnelle plus satisfaisante et plus riche [1, 2].

Cicely Saunders a développé le concept de « *total pain* » ou douleur globale, modèle de réflexion en soins palliatifs : **la souffrance est pluri-dimensionnelle, le patient palliatif relève d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire** [1, 2].

En France, il aura fallu attendre 1986 et la *circulaire Laroque* [3] pour que la Médecine s'ouvre aux soins palliatifs. On assiste à la diffusion de la culture palliative. La mort et les patients incurables reprennent leur place dans une société où l'on rêvait, et rêve encore, d'immortalité.

Parallèlement, la lutte contre la douleur s'est développée. Les soignants ont été encouragés à utiliser les moyens à leur disposition pour prendre en charge au mieux ce symptôme, notamment les traitements opioïdes dès que nécessaire. Dans une médecine qui se technicise, les PCA (*patient controlled analgesia*) de morphine ont montré leur intérêt dans le traitement des douleurs d'origine cancéreuse.

Les médecins généralistes sont mis au centre de la prise en charge des patients palliatifs douloureux. Les structures spécialisées se sont développées pour les aider à maintenir les patients au domicile.

Pourtant, le recours à une hospitalisation reste fréquent, notamment pour l'adaptation du traitement antalgique, particulièrement lorsque le recours à des techniques telles que la PCA est indiqué.

L'objectif de ce travail de thèse est de comprendre les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la mise en place et l'utilisation de la PCA, les améliorations à discuter pour faciliter la prise en charge de la douleur en ambulatoire des patients en phase palliative

I - LES SOINS PALLIATIFS EN FRANCE

1 - Définitions des soins palliatifs

De nombreuses définitions des soins palliatifs existent. Elles reposent toutes sur les mêmes principes fondamentaux rejoignant le concept de « *global pain* » de Cicely Saunders [2]

1.1- Cicely Saunders

Elle définissait les soins palliatifs comme une « *médecine reposant sur le suivi et la prise en charge de patients atteints d'une maladie active, progressive, dont le stade est très avancé et le pronostic très limité, et dont le traitement vise au maintien de la qualité de vie* » [4]. Elle a d'emblée mis en avant l'importance de l'interdisciplinarité.

1.2- La Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP)

Les soins palliatifs sont des « *soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle* » [4]. Ils reposent sur l'interdisciplinarité. Ils concernent « *aussi bien le malade que sa famille et ses proches, que ce soit à domicile ou en institution. Ils cherchent à éviter l'acharnement thérapeutique et à préserver la qualité de vie du patient* ». La mort reprend sa place dans le processus naturel de la vie alors que l'évolution de la société en avait fait un sujet tabou.

La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

La transmission de ces principes fait partie de la mission des soignants.

1.3- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

La définition de l'OMS [4] de 1990 est globalement superposable.

Elle ajoute par contre que les soins palliatifs peuvent également concerner les patients bénéficiant encore de traitements anti-cancéreux : « *Les soins palliatifs sont des soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas aux traitements curatifs* ».

En 2002, l'OMS précise la définition en incluant l'aspect de travail d'équipe et que la démarche palliative peut s'effectuer en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie. Elle inclut les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes, de manière à pouvoir les prendre en charge.

Le patient relevant des soins palliatifs n'est donc pas un patient pour lequel on ne fait plus rien.

1.4- Le Conseil de l'Ordre des Médecins

En 1996, il définit les soins palliatifs [4] comme « *les soins et l'accompagnement qui doivent être mis en œuvre toutes les fois qu'une atteinte pathologique menace l'existence, que la mort survienne ou puisse être évitée* ».

1.5- L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES)

En 2002, la définition de l'ANAES [4], aujourd'hui Haute Autorité de Santé (HAS), reprend les mêmes idées et intègre les bénévoles.

Ils sont formés à l'accompagnement et appartiennent à des associations. Ils peuvent compléter, avec l'accord du malade ou de ses proches, l'action des équipes soignantes.

2 - L'histoire des soins palliatifs en France

Cicely Saunders reste la référence concernant l'émergence des soins palliatifs. Aux Etats-Unis, *Elisabeth Kübler-Ross* s'est illustrée avec, notamment, en 1969, des publications sur les réactions psychologiques des malades confrontés à la mort. Elle a distingué les cinq grandes étapes du mourir : déni, colère, marchandage, dépression, acceptation. Au Canada, en 1974, le *Docteur Balfour* a créé la première structure accueillant les mourants, sous le terme d'unité de soins palliatifs, le terme d'hospice, employé en Europe, étant péjoratif [1, 2].

En France, depuis la fin du XVIII^{ème} siècle, des structures existent pour la prise en charge des mourants. En 1880, la maison médicale des Dames du Calvaire, actuelle Maison Jeanne Garnier, voit le jour. Mais il aura fallu attendre les écrits du *Père Patrick Verspieren*, en 1973, pour assister à une prise de conscience et que les soins palliatifs prennent enfin leur essor. Un groupe de travail est créé par le ministère de la Santé. Il en ressort l'importance de la prise en charge de la douleur en phase terminale, mais rien de concret ne sera alors mis en place.

Dans les années 70, de nombreux soignants vont se former à l'étranger, notamment au Québec, pays nettement plus avancé dans le domaine des soins palliatifs [1].

En 1983, l'association Jusqu'À La Mort Accompagner La Vie (JALMALV) voit le jour. Elle devient une véritable fédération en 1987. Elle cherche à agir sur les mentalités pour contribuer à faire évoluer le regard de notre société sur la maladie grave, le grand âge, la mort et le deuil. Elle accompagne les personnes gravement malades et/ou en fin de vie, leurs proches et ceux qui les soignent [5].

En 1984, de nouveaux écrits du *Père Verspieren* au sujet de la pratique de l'euthanasie font réagir les autorités. Le Comité Consultatif d'Éthique est créé et le ministère de la Santé met en place un nouveau groupe de travail qui doit réfléchir sur la notion de fin de vie.

En 1986, les soins palliatifs sont enfin officialisés en France avec la *Circulaire Laroque* du 26 août 1986, relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en fin de vie [1, 3]. Avec elle, la première unité de soins palliatifs voit le jour à Paris.

En 1989 naît la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP).

3 - Cadre légal

3.1- Circulaire Laroque du 26 août 1986

Elle s'intéresse donc à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale avec:

- la prévention et la lutte contre la douleur,
- la prise en charge psychologique du malade et de sa famille,
- la prise en compte des problèmes individuels, sociaux et spirituels.

La douleur n'est pas qu'un désordre physique mais également un message vers l'autre. Les consultations, les centres de la douleur et les centres de lutte contre le cancer sont à disposition des médecins pour les aider dans la prise en charge des patients palliatifs.

Les soins palliatifs doivent pouvoir être prodigués aussi bien à l'hôpital qu'en institution et qu'au domicile.

La circulaire redéfinit les Unités de Soins Palliatifs (USP) et ses missions, la prise en charge de l'entourage, le rôle des non-professionnels de santé tels que les bénévoles, ainsi que les financements [3].

3.2- *Article L 711-4 du code de Santé Publique du 31/07/1991*

Le service public doit garantir l'accès égal à tous aux soins et prodiguer des soins préventifs, curatifs et palliatifs. [6]

3.3- *Rapport Henri Delbecq 1993*

Il met en relief le manque de développement des soins palliatifs.

Il fait plusieurs propositions :

- La création d'une fonction «soins palliatifs» sous forme d'unités de soins palliatifs et/ou d'équipes mobiles dans tout CHU par redéploiement interne. Ces unités s'intègrent dans le projet médical et le projet d'établissement ;

- L'encouragement au développement de petites unités de soins palliatifs dans le cadre des restructurations hospitalières et notamment dans les petits hôpitaux de première proximité ;

- L'encouragement au développement de formules d'hospitalisation à domicile (HAD) ;

- La multiplication de nouvelles équipes mobiles dans les centres qui accueillent des cancéreux ou des malades atteints du SIDA ;

- La nécessité de donner une impulsion au développement de la formation permanente en matière de soins palliatifs [7] ;

Il définit en conséquence trois objectifs pour une politique de soins palliatifs :

- une planification des unités de soins palliatifs dans le cadre des Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS),

- une véritable culture du traitement de la douleur : les moyens de l'époque permettent, dans plus de 90% des cas, un contrôle total de la douleur mais ils sont largement sous-utilisés,

- une perspective de développement des soins palliatifs à domicile [7].

3.4- Code de Déontologie, 1995

Le 06 septembre 1995, par décret, le Conseil de l'Ordre National des Médecins apporte une modification au code de déontologie en précisant le « *refus d'obstination déraisonnable et l'importance de la proportionnalité de soins en fin de vie* ». Le soulagement des patients doit faire partie des objectifs du médecin traitant.

3.5- 1998 : rapport d'information sur les soins palliatifs

Lucien Neuwirth y fait initialement état des importantes carences existant en France en matière de soins palliatifs et d'accompagnement des personnes.

Il propose :

- la reconnaissance officielle des soins palliatifs,
- l'intégration des soins palliatifs dans la planification hospitalière,
- la mise en place de centres de référence dans chaque CHU,
- la prise en charge forfaitaire par l'assurance maladie des associations de bénévoles,
- la création de structures d'HAD dans le domaine des soins palliatifs [8].

3.6- Le plan triennal 1999-2001, dit *plan Kouchner*

Il a pour objectif de diffuser la culture des soins palliatifs chez les acteurs de la santé et au niveau du grand public. Il permet d'augmenter l'offre de soins palliatifs, d'améliorer la formation des professionnels de santé, de développer les soins palliatifs au domicile. Le financement a permis l'ouverture de lits identifiés de soins palliatifs et d'unités de soins palliatifs, la création d'équipes mobiles de soins palliatifs ainsi que de réseaux. Le deuxième cycle des études médicales a vu apparaître un module « douleur, soins palliatifs et accompagnement » et les acteurs de soins palliatifs ont eu accès à une formation complémentaire par Diplômes Universitaire et Inter-Universitaire [9].

3.7- Le Plan Quadriennal 2002-2005

Il axe ses objectifs sur les soins palliatifs au domicile, la poursuite du développement des soins palliatifs comme entrepris par le plan triennal 1999-2001, et la sensibilisation de l'opinion publique à la démarche palliative [10, 11].

3.8- Plan cancer 2003–2007

Il encourage, entre autre, le développement des soins à domicile, HAD et soins de support (mesures 42 et 43 – *cf annexe I*) [12].

3.9- Loi n° 2005-370 dite *loi Leonetti* du 22 avril 2005

Elle est relative aux droits des malades et à la fin de vie. Elle institue le refus de toute « obstination déraisonnable », permettant de suspendre ou de ne pas entreprendre des actes apparaissant inutiles ou disproportionnés [13]. La loi rappelle que les médecins sauvegardent la dignité du mourant en assurant des soins palliatifs, elle réaffirme le droit aux soins palliatifs.

3.10- 2013, commission de réflexion sur la fin de vie dite rapport *Sicard*

Ce rapport fait suite au débat de société sur la fin de vie, et plus particulièrement sur l'euthanasie. La technicisation de la médecine, le développement des soins palliatifs et de la lutte contre la douleur ont conduit certains à la recherche de la bonne mort, de la mort idéale.

Un des constats est que la *loi Leonetti* [13] est très mal connue.

Il ressort également que la modification de la loi ne fait pas l'unanimité. Beaucoup de ceux qui y sont favorables sont motivés par la crainte de la mort, par un désir de contrôle sur elle et surtout par la peur de la souffrance. La culture palliative et de la « souffrance globale » (*global pain* de Cicely Saunders[2]) est visiblement sous-développée malgré les énormes progrès des dernières années [14].

Ce rapport ne tranche pas sur l'intérêt d'une légalisation de l'euthanasie ; il met en relief l'importance des divergences d'opinion et surtout que les soins palliatifs restent trop peu connus et probablement insuffisamment développés. En France un trop grand nombre de personnes en fin de vie n'y ont pas accès [14].

II - LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Une prise en charge optimale du patient palliatif en ambulatoire ne saurait s'envisager sans l'appui du médecin généraliste. Le médecin généraliste doit rester le référent pour ses patients, assurer la coordination des soins, être le garant de leur bon déroulement, particulièrement pour les patients palliatifs.

1 - Le médecin généraliste, référent de la prise en charge en ambulatoire

1.1- La définition européenne de la *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA)

« La médecine générale est une médecine de premier recours, elle assure des soins continus et longitudinaux. Le médecin généraliste intervient pour les problèmes aigus et chroniques. Il doit répondre aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. Le patient est soigné dans le respect de son autonomie. Le médecin généraliste a un rôle majeur dans la coordination des soins ».

Le médecin généraliste a 6 compétences fondamentales : *« la gestion des soins de santé primaire, les soins centrés sur la personne, l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, l'approche globale, l'orientation communautaire, l'adoption d'un modèle holistique »* [15].

Son rôle est primordial car il assure une médecine de premier recours et assure le suivi du patient au long cours.

Le médecin généraliste doit donc rester l'interlocuteur privilégié en ambulatoire, que ce soit pour le patient et son entourage, pour les professionnels de santé intervenant au domicile et pour les professionnels hospitaliers.

1.2- Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire) du 21 juillet 2009

Elle reprecise la mission de premier recours du medecin generaliste : « rôle pivot du medecin generaliste en termes de soins de premier recours et de participation à la permanence des soins, orientation du patient dans le système de soins et le secteur medico-social, coordination des soins, respect des protocoles pour les affections necessitant des soins prolongés et pour les maladies chroniques, synthèse des informations transmises par les professionnels de santé, prévention et dépistage » [16].

2 - Médecine générale et soins palliatifs en ambulatoire

2.1- Législation

De nombreuses mesures encouragent le développement des soins palliatifs au domicile.

La circulaire DGS/DH n° 98 – 586 du 22/09/1998 annonce le *plan triennal de 1999-2001* et ses objectifs : développement de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé et les réseaux de soins, formation et information des professionnels de santé, prise en compte de la demande des patients [17].

Le plan cancer 2003–2007 [12] au travers des articles 42 et 43 encourage le développement des prises en charge en ambulatoire.

La réforme de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) du 04/02/2003 [18] accorde un crédit spécifique pour le financement des interventions de gardes à domicile au bénéfice des patients en structures d'Hospitalisation à Domicile (HAD) prenant en charge des soins palliatifs et revoit les conditions de financement, permet l'insertion des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) particulièrement pour les zones dépourvues de structures d'appui ou partiellement couvertes.

Dans le *plan cancer 2009 – 2013* [19], la mesure 18 renforce le rôle du médecin traitant (*cf annexe 2*).

2.2- Soins palliatifs en ambulatoire - quelles aides pour le médecin généraliste ?

Les médecins généralistes ont divers contacts pour les aider dans la prise en charge des patients relevant de soins palliatifs. Il s'agit soit de contacts en ambulatoires, soit de contacts hospitaliers.

2.2.1- *Les Unités de Soins Palliatifs (USP)*

Il s'agit de structures d'hospitalisation de court séjour d'environ dix lits accueillant les patients en soins palliatifs. Les lits sont totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement. Les admissions concernent les situations les plus complexes et/ou les plus difficiles. [3, 4, 11, 20].

Les médecins généralistes peuvent les solliciter pour un conseil ou pour envisager une hospitalisation lorsqu'une situation leur semble trop complexe pour être gérée au domicile.

2.2.2- *Les équipes mobiles de Soins Palliatifs (EMSP)*

Il s'agit d'équipes interdisciplinaires et pluriprofessionnelles. Elles ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, une écoute active, des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie dans d'autres services. La mission des EMSP concerne, entre autres, le retour et le maintien à domicile du patient [4, 11, 20]. Certaines interviennent au domicile, en relation avec le médecin généraliste.

2.2.3- Les lits identifiés en soins palliatifs

Ce sont des lits situés au sein d'un service d'hospitalisation autre que l'USP. Ils permettent une ouverture et un lien entre le domicile et les établissements, par exemple dans le cadre d'un réseau de santé (soins palliatifs, oncologie).

Ces lits ont pour fonction d'assurer la continuité de la prise en charge en soins palliatifs en :

- accueillant des personnes relevant de soins palliatifs habituellement suivies dans le service et/ou l'établissement,

- recevant des personnes nécessitant des soins palliatifs dans un contexte de crise où la nécessité de répit est imposée par une prise en charge devenue trop lourde ; il peut s'agir alors d'un accueil temporaire.

- répondant à des demandes extérieures au service et/ou à l'établissement pour des cas complexes, émanant du domicile ou d'autres structures (y compris d'HAD), dans le cadre d'une activité de proximité, permettant ainsi d'éviter ou de raccourcir le passage systématique dans différents services [4, 11, 20].

Les médecins généralistes peuvent donc solliciter des services disposant de tels lits quand une hospitalisation s'impose pour un patient. Cela lui permet d'être pris en charge dans un service qu'il connaît et de disposer des soins que requiert son état de santé.

2.2.4- Les services d'Hospitalisation à domicile (HAD)

Ils dépendent d'une structure hospitalière. Ils concernent des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables. Ils permettent, en étroite collaboration avec le médecin généraliste, le maintien à domicile des patients qui le désirent. Cela nécessite l'accord de la personne malade, et de ses proches, et que la structure soit en capacité d'assurer seule et/ou avec ses partenaires tous les aspects du soin et de l'accompagnement à domicile requis par l'état de santé de la personne [4, 11, 20, 21]. La circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 redéfinit l'HAD et ses rôles [21]. (cf annexe 3).

2.2.5- Les réseaux de soins palliatifs

Tout comme les services d'HAD, ils aident au maintien du patient à domicile, selon ses souhaits et dans les meilleures conditions envisageables. Ils ont pour objectif de mobiliser et de mettre en lien les ressources sanitaires et sociales sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer la meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir des soins de proximité de qualité [4, 11].

2.2.6- Les associations de bénévoles

L'importance des bénévoles en soins palliatifs est une évidence. L'article L 1110-1 du Code de la Santé Publique (CSP) institue les associations d'accompagnement en tant que partenaires des professionnels de santé [22].

Le bénévolat repose sur une dimension relationnelle. Le travail d'écoute est au centre de l'engagement des bénévoles d'accompagnement. Ils peuvent intervenir à l'hôpital et/ou au domicile [4, 20].

Quand elles existent, le médecin généraliste peut solliciter ces associations de bénévoles. Ils ne participent pas aux soins, mais sont un soutien supplémentaire pour le patient et son entourage, au domicile.

2.2.7- Les SSIAD – Services de Soins Infirmiers à Domicile

Ils permettent la réalisation de soins au domicile par infirmiers, aides-soignants, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychologues.

« Ils interviennent auprès de personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes, de personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap, de personnes adultes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques, notamment dans le cadre des soins palliatifs » [23, 24].

Le médecin traitant peut donc faire appel à leurs services pour la réalisation de soins à domicile.

3 - Conditions du maintien à domicile

Selon la SFAP, le maintien au domicile d'un patient en soins palliatifs requiert [4] :

- la disponibilité d'une équipe de proximité composée de professionnels : médecin traitant, infirmier(e), kinésithérapeute, orthophoniste, auxiliaires de vie, etc,
- la capacité de l'entourage à assurer ce maintien,
- la coordination des professionnels du domicile autour de la personne malade ainsi que l'expertise médicale (évaluation de la douleur ou des symptômes) par une équipe consultant en soins palliatifs,
- l'expertise sociale et l'accompagnement psychologique si nécessaire,
- la mise en lien avec les associations de bénévoles d'accompagnement.

III - DOULEUR ET PCA DE MORPHINE

1 - Douleur - définition

Selon l'*International Association for the Study of Pain*, il s'agit d'une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion* ». Elle est donc ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est [25].

Quand la douleur se chronicise, elle entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient.

2 - Prise en charge de la douleur - évolution des habitudes professionnelles et des tabous

2.1- Rapport d'information sur les problèmes posés par le traitement de la douleur, 1994

Monsieur le Sénateur Lucien Neuwirth y propose un travail sur l'amélioration de la prise en charge de la douleur, sachant qu'elle fait partie des obligations des soignants et des établissements de santé. Il note, lui aussi, un retard, en France, dans l'utilisation des antalgiques « majeurs » [26].

2.2- *Circulaire DGS/DH/N° 94-3* relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques

Chaque médecin, y compris le médecin généraliste, est potentiellement un médecin de la douleur. Il doit offrir aux malades douloureux l'accès aux traitements et au soulagement de leur douleur disponibles [27].

Elle rappelle le rôle du médecin traitant qui est souvent le premier contact du patient douloureux et le rôle des différentes structures participant à la prise en charge de la douleur.

2.3- Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 22/09/1998

L'évaluation quotidienne de la douleur est rendue impérative.

Les ordonnances sécurisées, pour la prescription d'antalgiques classés comme stupéfiants, sont mises en place [17].

2.4- Plans de lutte contre la douleur

Plusieurs se sont succédé :

- De 1998 à 2000 [28], il s'articulait autour de 3 axes :
 - la prise en compte de la demande du patient,
 - le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins,
 - l'information et la formation des professionnels de santé notamment pour mieux évaluer et traiter la douleur.

Ce plan aura permis notamment le développement de l'utilisation de l'échelle visuelle analogique, un meilleur accès aux antalgiques et la progression de leur utilisation, notamment avec la PCA.

- De 2002 à 2005 [28] :

Il met l'accent sur la prise en charge de la douleur chronique rebelle dont les douleurs cancéreuses, la prévention et le traitement de la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie, la prise en charge de la douleur de l'enfant et de la migraine.

- De 2006 à 2010 [29] : Les objectifs nouveaux sont, entre autres :
 - l'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie)
 - une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques.

3 - Recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et traitements morphiniques

L'OMS définit trois paliers d'antalgiques dans la prise en charge des douleurs dites nociceptives [25].

Le palier I fait référence aux antalgiques non opiacés, le palier II aux antalgiques opioïdes faibles et le palier III aux antalgiques opioïdes forts tels que la morphine.

La mise en place d'un traitement antalgique doit débiter par un médicament de palier I et l'escalade thérapeutique doit être progressive (*cf annexe 4*).

En pratique, pour les douleurs dites d'origine cancéreuse, il est habituel de prescrire d'emblée un antalgique de palier III à petite dose puis de majorer progressivement les posologies, selon la réévaluation.

La voie d'administration est adaptée aux besoins et à l'autonomie du patient. Les traitements morphiniques existent sous différentes formes : per os, transdermique, transmuqueuse, sous-cutanée, intra-veineuse. Le patient doit pouvoir garder le choix de la voie d'administration, bien-sûr après explications claires du soignant sur les avantages et les inconvénients de chaque voie d'administration selon le contexte.

4 - PCA de Morphine - recommandations

Suivant les recommandations de bonne pratique de la SFAP [30, 31], une PCA est un système d'analgésie parentérale, sous-cutanée ou intra-veineuse, par pompe programmable contrôlée par le patient.

Cette technique, initialement utilisée pour les douleurs post-opératoires, est maintenant utilisée pour le contrôle des douleurs d'origine cancéreuse.

La PCA délivre au patient de la morphine en débit continu. A la demande seront délivrés des bolus ou doses unitaires supplémentaires, par le patient et/ou l'entourage et/ou le personnel soignant.

Le patient et son entourage doivent être clairement informés et comprendre le système de la PCA avant sa mise en place.

Le plan triennal de lutte contre la douleur de 1998-2000 encourageait l'acquisition de PCA par les établissements de santé [28].

4.1- Indications

Le recours à la PCA de morphine chez les patients présentant des douleurs d'origine cancéreuse est indiqué si :

- Accès douloureux paroxystiques fréquents nécessitant un recours fréquent à des antalgiques supplémentaires (interdoses) rapidement efficaces, donc intérêt des bolus ;
- Voie orale et/ou transdermique inadaptées :

Pour la voie orale, cela peut être du fait de troubles de déglutition ou dysphagie, de pathologie digestive sous-jacente (malabsorption, syndrome occlusif), traitements oraux déjà en grand nombre, nausées et/ou vomissements mal contrôlés ;

La voie transdermique peut être inadaptée du fait d'une posologie importante entraînant un trop grand nombre de patches à coller, état cutané augmentant le risque de décollement des patches, un risque de surdosage lié à une fièvre.

- Effets indésirables ou douleurs non contrôlées après plusieurs essais avec des traitements opioïdes différents ;
- Nécessité d'une titration rapide, particulièrement en cas de douleurs intenses.

4.2- Contre-indications

L'utilisation des PCA de morphine est de plus en plus aisée mais il ne faut pas négliger les contre-indications :

- refus du patient (ou de la famille si le patient n'est pas en état de s'exprimer),
- risque de non-coopération ou non-compréhension de la technique,
- patients présentant des troubles des fonctions supérieures,
- personnel médical ou paramédical non formé.

4.3- Modalités de prescription en relais d'un traitement morphinique déjà en place

Par l'intermédiaire de tables avec coefficients de conversion (*cf Annexe 5*), il est possible de convertir la dose sur 24 heures du traitement reçu par le patient (per os, transdermique, transmuqueux) en équivalent intraveineux sur 24 heures.

La prescription doit comporter, de manière manuscrite :

- Le débit de perfusion continu en mg/h ;
- La posologie des bolus en mg et équivalent de 1/24^e à 1/10^e de la dose quotidienne,

- la période réfractaire : durée pendant laquelle le patient, ou autre intervenant, ne pourra administrer de bolus ; en théorie, elle sera de 10 à 20 min en IV si le bolus équivaut à 1/24^e de la dose quotidienne (30 à 40 min en SC) et de 20 à 30 min en IV si le bolus équivaut à 1/10^e de la dose quotidienne reçue (30 à 40 min en SC) ; certains systèmes de PCA permettent de préciser le nombre maximal de bolus administrable par heure, la dose maximale que le patient peut recevoir sur 4 heures ;
- La concentration de la morphine en mg/ml ; bien-sûr, plus la concentration sera importante, plus la préparation pourra rester en place longtemps ; compte-tenu du risque infectieux, il est recommandé de limiter la durée d'utilisation d'une préparation à sept jours ;
- L'adaptation du traitement à réévaluer en fonction du nombre de bolus administré sur une période donnée ; il s'agit de prescriptions anticipées ;
- Les modalités du relais : la PCA sera initiée 12 heures après la dernière prise de forme LP (libération prolongée) PO (Per Os) ; dans le cas des patchs transdermiques de fentanyl, la PCA sera initiée en mode bolus à l'ablation du patch et le débit continu sera mis en route 12 heures après.

4.4- Modalités de prescription chez un patient naïf de traitements opioïdes forts (niveau III selon les paliers OMS)

Les recommandations préconisent de réserver cette technique au milieu hospitalier, non que le médecin traitant ne soit pas à même de la mettre en place, mais l'instauration d'un tel traitement nécessite une surveillance très rapprochée, voire permanente, pour évaluer la tolérance, la survenue d'effets secondaires, de surdosage potentiellement dangereux.

La première étape est une titration : le médecin administre des bolus de deux à trois milligrammes (selon que le patient pèse plus ou moins de 60 kg) en IV toutes les cinq à dix minutes jusqu'à ce que la douleur ait régressé. La dose totale de morphine nécessaire au soulagement du patient correspond à la dose de titration.

Une fois la douleur contrôlée, on ne mettra pas immédiatement en place le débit continu mais on laissera au patient la possibilité de s'administrer des bolus de deux à trois milligrammes.

Bien qu'il n'y ait pas de consensus, la SFAP préconise de respecter un délai de quatre heures avant la mise en route du débit continu selon la règle suivante :

$$\text{Débit continu en mg/h} = \text{dose de titration} \times 6/24.$$

La posologie des bolus est calculée de la même façon que lors de la mise en place de la PCA en relais d'un traitement morphinique administré par une autre voie.

4.5- Les ordonnances

Trois ordonnances sont à réaliser par le médecin prescripteur :

- ordonnance de morphine pour la pharmacie,
- ordonnance pour l'acte infirmier,
- ordonnance du dispositif de PCA pour la pharmacie ou le prestataire de service (*cf annexe 6*).

Il est conseillé de laisser un double de la prescription dans le dossier de soins à domicile.

4.6- L'utilisation

La prescription doit donc être claire et détaillée.

La programmation de la pompe est de la responsabilité de l'infirmier(e) et doit suivre la prescription médicale.

L'éducation du patient, de l'entourage et des soignants est indispensable (*cf annexe 7*)

4.7- Surveillance

Il faut bien-sûr évaluer l'efficacité et réadapter les posologies en conséquence. L'objectif est une douleur inférieure ou égale à trois selon l'échelle visuelle analogique (*cf annexe 8*) pour un nombre minimum de bolus reçus par 24 heures.

Les effets indésirables sont à rechercher :

- somnolence,
- nausées et vomissements (très fréquents à l'instauration du traitement mais qui finissent généralement par s'amender s'ils ne sont liés qu'aux morphiniques),
- constipation (quasi incontournable, à prévenir et à traiter),
- prurit (parfois),
- rétention urinaire.

Il faut repérer les signes de surdosage ; ils débutent par une somnolence, elle sera évaluée avec l'échelle de *Rudkin* (*cf annexe 9*). Ensuite apparaît une bradypnée pouvant descendre jusqu'à une fréquence respiratoire inférieure à huit inspirations par minute. La posologie sera alors revue à la baisse. Parfois une antagonisation par Naloxone sera discutée en considérant qu'elle s'accompagnera d'une recrudescence brutale des douleurs et de l'inconfort.

ENQUÊTE

I - INTRODUCTION

Les soins palliatifs, véritable enjeu de santé publique, ont connu de nombreuses réformes depuis la fin du XXème siècle. En 1986, la *circulaire Laroque* [3], relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale, présente les soins palliatifs comme progrès de la médecine moderne. Plus tard, *le plan triennal 1999-2001* dit *plan Kouchner* [9], *le plan cancer 2003-2007* [12], la *loi HPST* [16], entre autres, assoient le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge palliative et de la douleur. Les structures spécialisées (HAD, réseau de soins palliatifs) se sont développées en ambulatoire. Pourtant le sentiment d'isolement des médecins généralistes persiste, particulièrement dans les situations complexes telles que la prise en charge de la douleur.

Les traitements morphiniques, à une époque diabolisés, font maintenant partie de la pratique quotidienne. La douleur doit être anticipée et évitée. Des soins techniques spécifiques peuvent être requis.

Dans le Douaisis (*cf annexe 10*), l'offre de soins en matière de soins palliatifs couvre l'ensemble du territoire avec :

- les services d'HAD du Douaisis,
- le réseau de soins palliatifs (plateforme santé du Douaisis),
- le centre hospitalier de Douai avec une unité de soins palliatifs (dix lits de soins palliatifs et deux lits de soins de support), une EMSP intra hospitalière, un service de consultation de la douleur,
- le centre Léonard de Vinci : centre de lutte contre le cancer qui dispose de lits d'hospitalisation et d'une consultation douleur,
- dix lits de soins palliatifs à la Maison Médicale de la Plaine de Scarpe à Lallaing,
- dix lits de soins palliatifs à la Clinique Saint Roch de Marchiennes.

Dans ce contexte, l'objectif de l'étude était de comprendre le rôle et les difficultés des médecins généralistes dans la mise en place et la gestion de la PCA de morphine au domicile, lorsqu'elle est indiquée. L'objectif secondaire était de savoir s'ils connaissaient les moyens à leur disposition en ambulatoire pour gérer cette situation.

II - MATÉRIEL ET MÉTHODE

1 - Type d'étude et population

L'étude est prospective, descriptive, mono-centrique, réalisée auprès des médecins généralistes du Douaisis (cf annexe 10). Tous les médecins généralistes référencés dans l'annuaire des pages jaunes ont été sélectionnés.

2 - Questionnaire

Il comporte 17 questions, dont deux questions ouvertes et cinq questions à choix multiples. (cf annexe 12)

L'ensemble des questionnaires a été envoyé par voie postale fin février 2013. Ils étaient accompagnés d'une lettre explicative (cf annexe 11) et d'une enveloppe timbrée pour la réponse, souhaitée pour fin avril. Les réponses restaient anonymes.

Les commentaires ajoutés par les médecins ont été pris en compte.

3 - Analyse des résultats

L'analyse des résultats est essentiellement descriptive. Certains résultats ont bénéficié d'un test du χ^2 , calculé par l'intermédiaire du logiciel *GraphPad Prism 6*. Les résultats ont été rassemblés dans un tableau *Excel (2007)* (cf annexe 13), pour la réalisation des graphiques.

III - RÉSULTATS

264 questionnaires ont été envoyés.

94 questionnaires ont été reçus. Huit ne sont pas exploitables du fait de détérioration, d'erreurs d'adresse, de manque d'intérêt (médecin retraité et médecin travaillant en PMI).

86 questionnaires étaient donc exploitables, soit 32,6%.

1 - La population étudiée

Tableau 1 - Description de la population de médecins généralistes répondants

	n (%)
Population totale	86
<u>Age</u>	
25-40	12 (14)
40-55	37 (43)
55-70	37 (43)
<u>Secteur d'activité</u>	
Urbain	37 (43)
Rural	7 (8)
Semi-rural	42 (48)
<u>Nombre de patients en soins palliatifs par an</u>	
0 à 1	14 (16)
2 à 4	43 (50)
5 à 10	28 (33)
NC	1 (1)

Dans la population répondante, on note une répartition équivalente des 40-55 ans et des 55-70 ans. De même, les secteurs urbain et semi rural sont représentés de façon équivalente.

La moitié des médecins interrogés prennent en charge moins de cinq patients palliatifs par an.

2 - Les médecins généralistes et la PCA

2.1- Prescription

71% des médecins généralistes (n=61) disent n'avoir jamais prescrit de PCA de morphine.

Plusieurs motifs de non prescription étaient proposés.

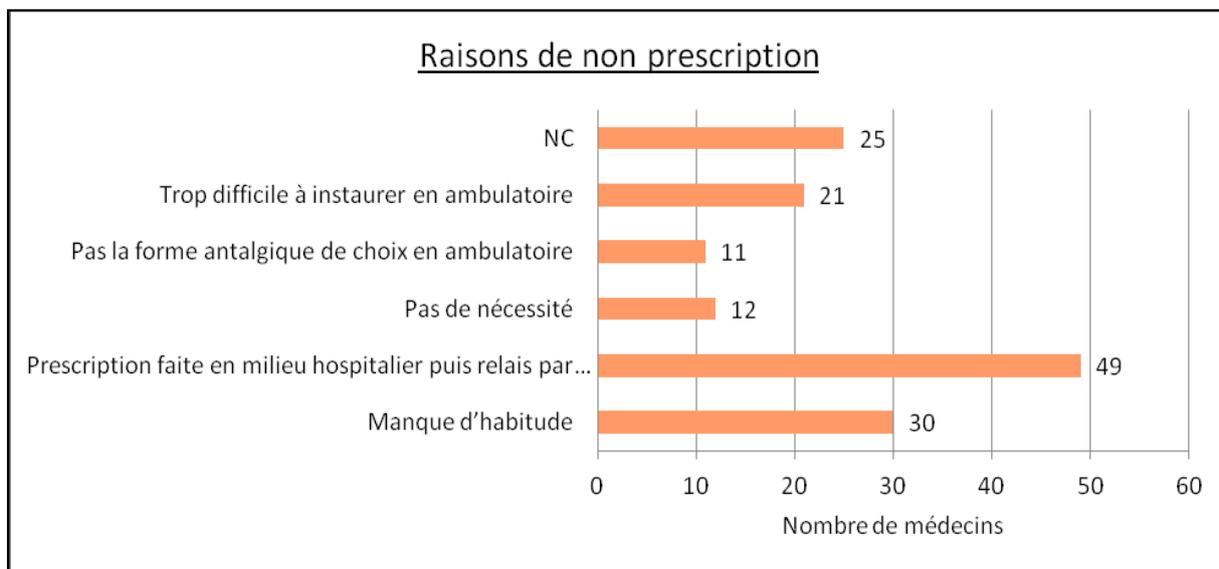


Figure 1 - Médecins généralistes du Douaisis et motifs de non prescription de la PCA de morphine

57% des médecins généralistes répondants invoquent une prescription faite en milieu hospitalier puis relayée par l'HAD. 35% reconnaissent un manque d'habitude. 23% des médecins estiment que la mise en place d'une PCA en ambulatoire est trop difficile.

13% considèrent que ce n'est pas la forme antalgique de choix en ambulatoire.

Les 25 médecins généralistes qui n'ont pas répondu (NC) sont ceux qui ont déjà eu l'occasion de prescrire une PCA de morphine.

Deux populations ont donc été distinguées : les médecins ayant déjà prescrit une PCA de morphine et les médecins ne l'ayant jamais fait. Néanmoins, un médecin qui n'a jamais initié la mise en place de la PCA a pu être amené à gérer des patients bénéficiant d'un traitement antalgique par PCA de morphine.

2.2- Les médecins généralistes et les modalités de mise en place des PCA en ambulatoire

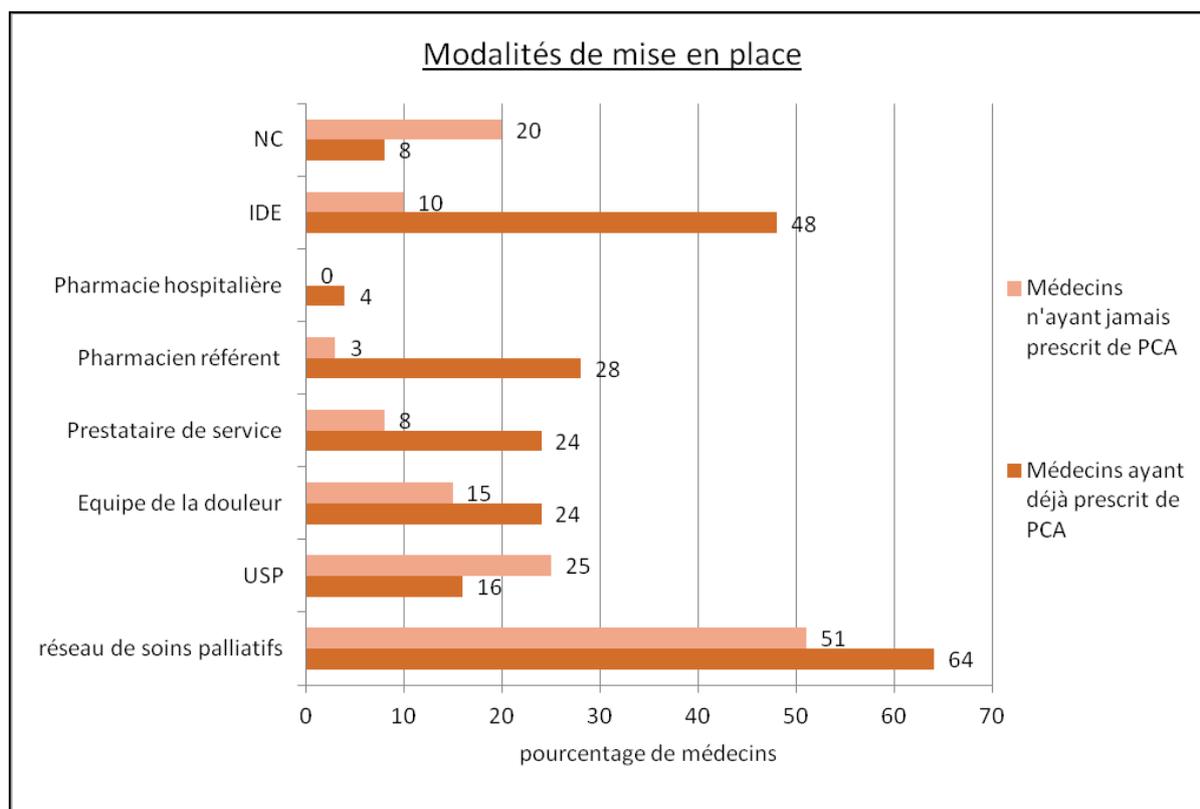


Figure 2 - Modalités de mise en place de la PCA de morphine - comparaison des groupes "médecins ayant déjà prescrit une PCA de morphine" et "médecins n'ayant jamais prescrit de PCA de morphine" (p = 0,0039)

On constate que le réseau de soins palliatifs est l'interlocuteur de choix dans les deux groupes.

L'IDE est le recours de près de la moitié des médecins généralistes ayant déjà prescrit une PCA de morphine. Ensuite, ils font appel, de façon quasi équivalente, au pharmacien référent, à un prestataire de service ou à une équipe de la douleur.

Un quart des médecins non prescripteurs citent l'USP comme solution pour la mise en place de la PCA, puis l'équipe de la douleur.

On note une différence significative entre les deux groupes pour l'ensemble des réponses.

2.3- Médecins généralistes et suivi des patients bénéficiant d'une antalgie par PCA de morphine

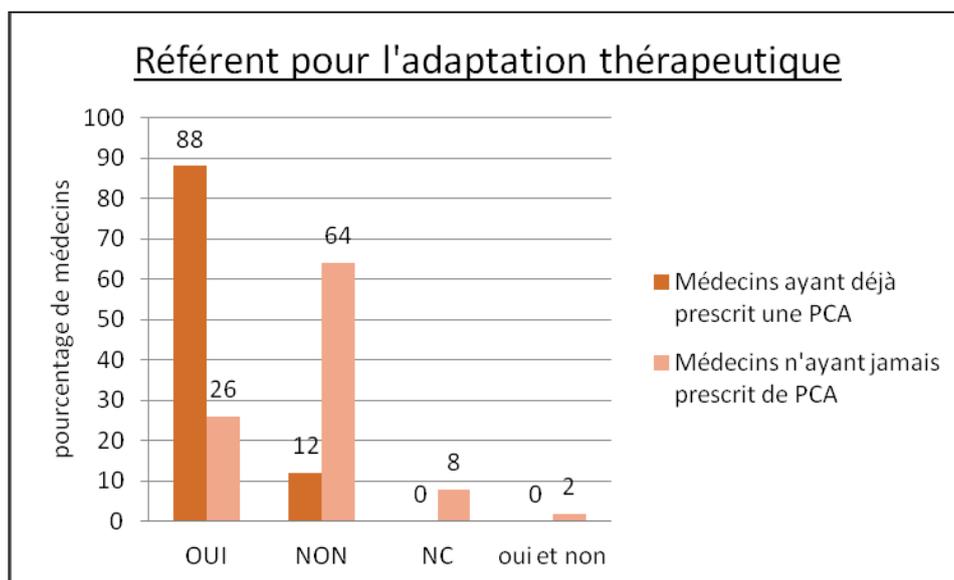


Figure 3 - Notion de médecin référent quand une PCA de morphine est en place - comparaison des groupes "médecins ayant déjà prescrit une PCA de morphine" et "médecins n'ayant jamais prescrit de PCA de morphine" ($p < 0,0001$)

Dans une grande majorité, les médecins ayant déjà prescrit une PCA de morphine restent référents pour l'adaptation d'un traitement antalgique par PCA. La tendance est inversée dans l'autre groupe.

Une différence significative existe entre les deux groupes pour l'ensemble des réponses.

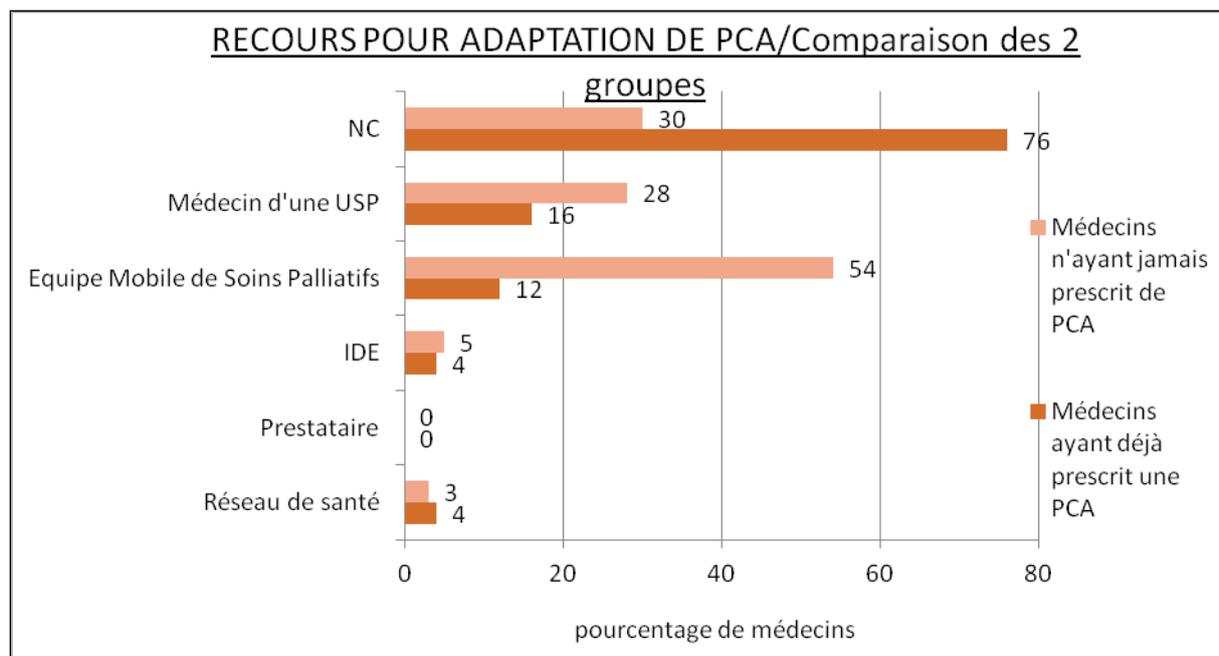


Figure 4 - Recours pour l'adaptation de la PCA et le suivi des patients - comparaison des groupes "médecins ayant déjà prescrit une PCA de morphine" et "médecins n'ayant jamais prescrit de PCA de morphine" ($p = 0,0018$)

76% des médecins ayant déjà prescrit une PCA de morphine n'ont pas répondu à la question. Ils restent référents pour l'adaptation thérapeutique.

Plus de la moitié des médecins de l'autre groupe font appel à l'équipe mobile de soins palliatifs.

Une différence significative existe entre les deux groupes pour l'ensemble des réponses.

A noter que deux médecins ont ajouté en commentaire libre qu'ils faisaient appel, entre autres, aux services d'HAD.

3 - Médecins généralistes et HAD

3.1- Notion de médecin référent dans le cadre particulier de PCA de morphine mise en place via l'HAD

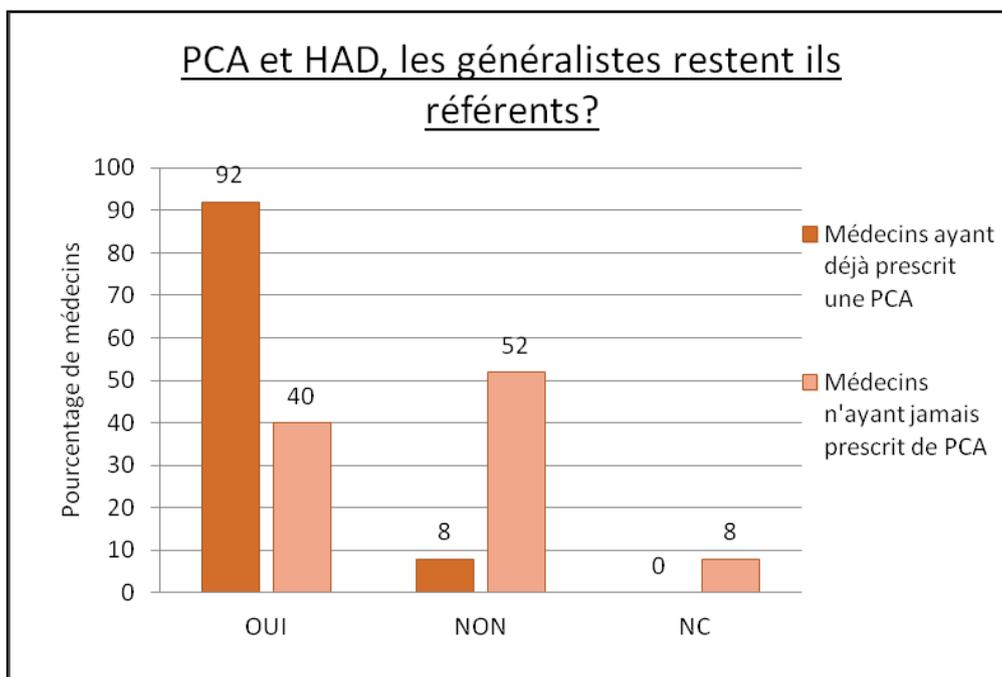


Figure 5 - Notion de médecin référent quand une HAD est en place - comparaison des groupes "médecins ayant déjà prescrit une PCA" et "médecins n'ayant jamais prescrit de PCA" ($p < 0,0001$)

La très grande majorité des médecins ayant déjà prescrit une PCA de morphine reste référente pour l'adaptation thérapeutique. Dans l'autre groupe, les réponses sont partagées.

A noter une différence significative entre les deux groupes pour l'ensemble des réponses.

3.2- Relations avec l'HAD, le point de vue des médecins généralistes

Pour mieux comprendre le ressenti des médecins généralistes, une possibilité d'expression libre leur avait été laissée au travers d'une question ouverte leur demandant de préciser leurs relations avec l'HAD.

Dix médecins n'ont pas exprimé leur avis.

Pour les autres, les avis oscillent entre bonnes, voire très bonnes relations, et très mauvaises, voire inexistantes.

Les avis restent globalement positifs, 48 médecins sont satisfaits.

Beaucoup de médecins reconnaissent à l'HAD l'intérêt d'un travail d'équipe :

« Bon, le dialogue et les échanges permettent de bien prendre en charge le patient »

« Bonnes relations, travail fait en coordination entre les différents intervenants HAD/pharmacie/médecin traitant et le patient et/ou la famille. Travail en équipe. »

Certains médecins traitants trouvent que la charge administrative est excessive :

« Relations bonnes mais trop de paperasses inutiles »

« L'HAD nous dépossède des patients en soins palliatifs. Nous avons l'impression de n'être là que pour signer des ordonnances de régularisation et les problèmes administratifs »

Certains soulèvent le problème d'une équipe paramédicale trop changeante, d'autres regrettent que les HAD ne travaillent pas plus facilement avec les infirmiers libéraux qui interviennent habituellement auprès du patient :

« Relations correctes, mais les IDE sont différentes chaque jour, donc suivi moins optimal qu'une IDE libérale unique »

« Contact téléphonique avec les IDE qui ont l'habitude d'adapter les dosages de PCA, mais trop souvent trop d'IDE différentes pour une même HAD »

« Refus pour certaines HAD de coopérer avec les IDE de proximité »

Un médecin met en avant la difficulté de faire accepter l'envahissement de l'environnement du patient par l'HAD mais reconnaît son utilité :

« Très bonnes relations quand il a fallu travailler ensemble. Le seul problème, inévitable, c'est l'acceptation, par la famille du malade, de l'envahissement (nécessaire) par l'équipe soignante de la maison du malade. C'est l'apport d'un matériel de soins assez volumineux. Des explications sont à fournir à la famille. Mais faire appel à l'HAD est un réel confort de travail. »

Un autre médecin signale les difficultés en milieu rural :

« Difficile car clientèle de campagne nécessitant des déplacements importants pour les équipes d'HAD éloignées d'où interventions trop brèves et non immédiates »

Plusieurs médecins ont des avis négatifs extrêmes :

« Relations à peu près inexistantes »

« Relations difficiles, peu disponibles, manque de compétences »

4 - La médecine ambulatoire et les relations avec les infirmier(e)s

Tableau 2 - Médecins généralistes et IDE

	n (%)
Population totale	86 (100)
<u>Facilité de contact avec IDE</u>	
OUI	80 (93)
NON	4 (5)
NC	2 (2)
<u>Importance du binôme MG/IDE</u>	
OUI	81 (94)
NON	2 (2)
NC	3 (4)

La majorité des médecins généralistes (MG) répondants ont un contact facile avec l'IDE libérale du patient et estiment que le binôme MG/IDE est essentiel pour la prise en charge des patients sous PCA de morphine.

5 - Solutions envisagées par les médecins traitants pour les aider à gérer les difficultés occasionnées par la mise en place et l'adaptation d'une PCA

5.1 Développer des contacts privilégiés

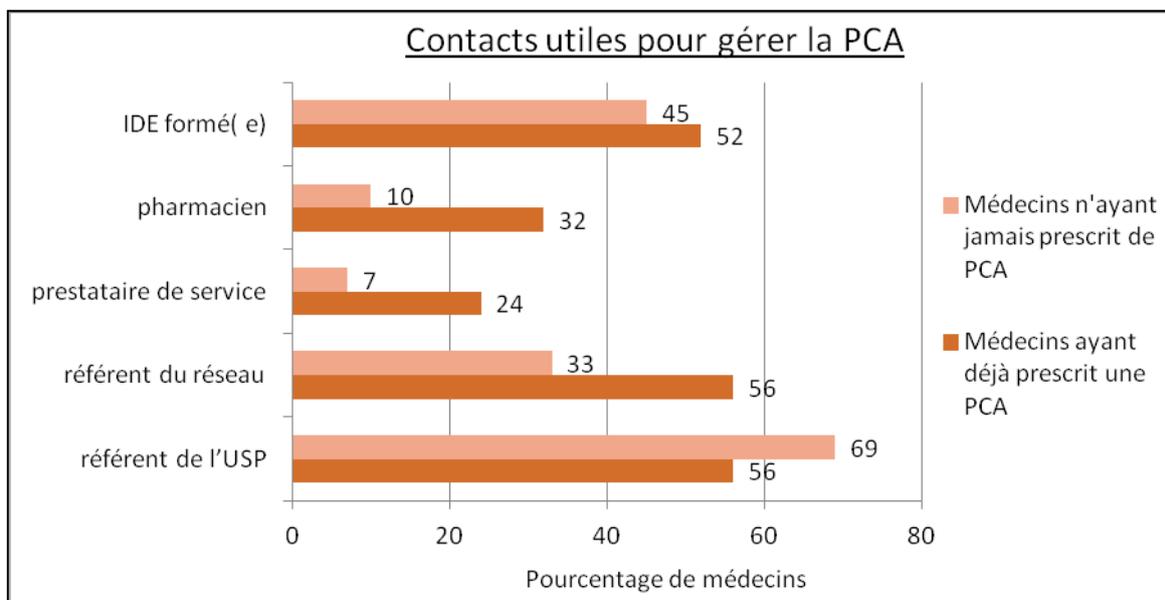


Figure 6 - Contacts utiles pour mettre en place et gérer la PCA - comparaison des groupes "médecins généralistes ayant déjà prescrit une PCA" et "médecins généralistes n'ayant jamais prescrit de PCA" ($p = 0,1037$)

De façon quasi équivalente, les contacts utiles pour les médecins ayant déjà prescrit une PCA seraient : un référent USP, un référent du réseau de soins palliatifs, un(e) IDE.

Pour le second groupe, la réponse qui revient le plus souvent est un référent USP, puis l'IDE pour la moitié, et le référent du réseau de soins palliatifs dans une moindre mesure.

On note l'absence de différence significative entre les 2 groupes.

Un médecin précise que « *tout contact est riche et formateur* ».

Un médecin ajoute qu'il faut « *un entourage apte à la surveillance* »

Deux médecins précisent qu'ils s'adressent à l'HAD.

5.2 Intervention d'une équipe mobile hospitalière en ville

Tableau 3 - Intervention d'une EMSP de l'hôpital en ambulatoire

	n (%)
Population totale	86 (100)
<u>Intérêt EMSP de l'hôpital en ambulatoire</u>	
OUI	63 (73)
NON	11 (13)
pb abréviations	8 (9)
NC	4 (5)
<u>Sollicitation de l'EMSP de l'hôpital</u>	
OUI	61 (71)
NON	12 (14)
NC ou pb abréviations	13 (15)

La majorité des médecins généralistes répondants seraient intéressés par l'intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital au domicile des patients connus de l'USP, et la solliciteraient.

5.3 Formation médicale continue

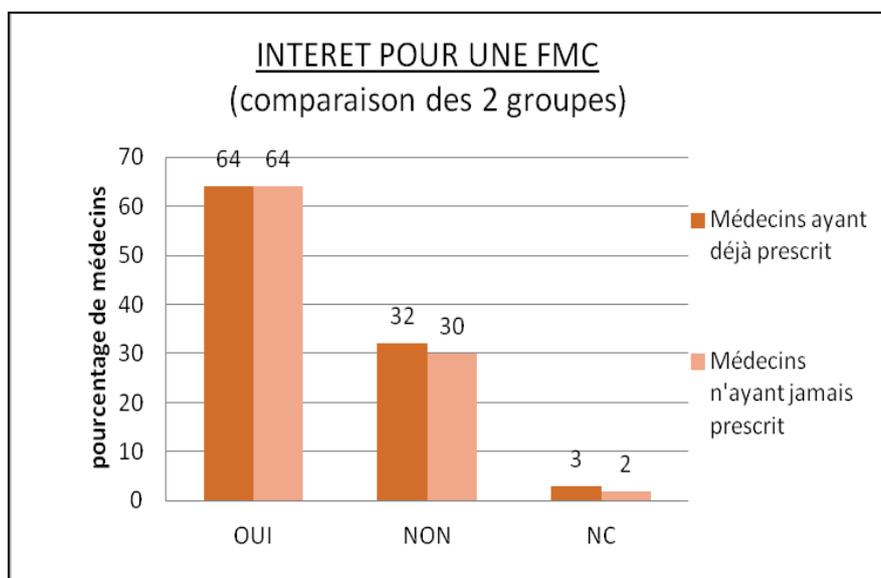


Figure 7 - Intérêt pour une formation médicale continue - comparaison des groupes "médecins généralistes ayant déjà prescrit une PCA de morphine" et "médecins généralistes n'ayant jamais prescrit de PCA de morphine"

Quel que soit le groupe de médecins généralistes considéré, 3/4 seraient intéressés par un Développement Professionnel Continu (DPC), ancienne Formation Médicale Continue (FMC).

6 - Difficultés dans la prise en charge des patients palliatifs

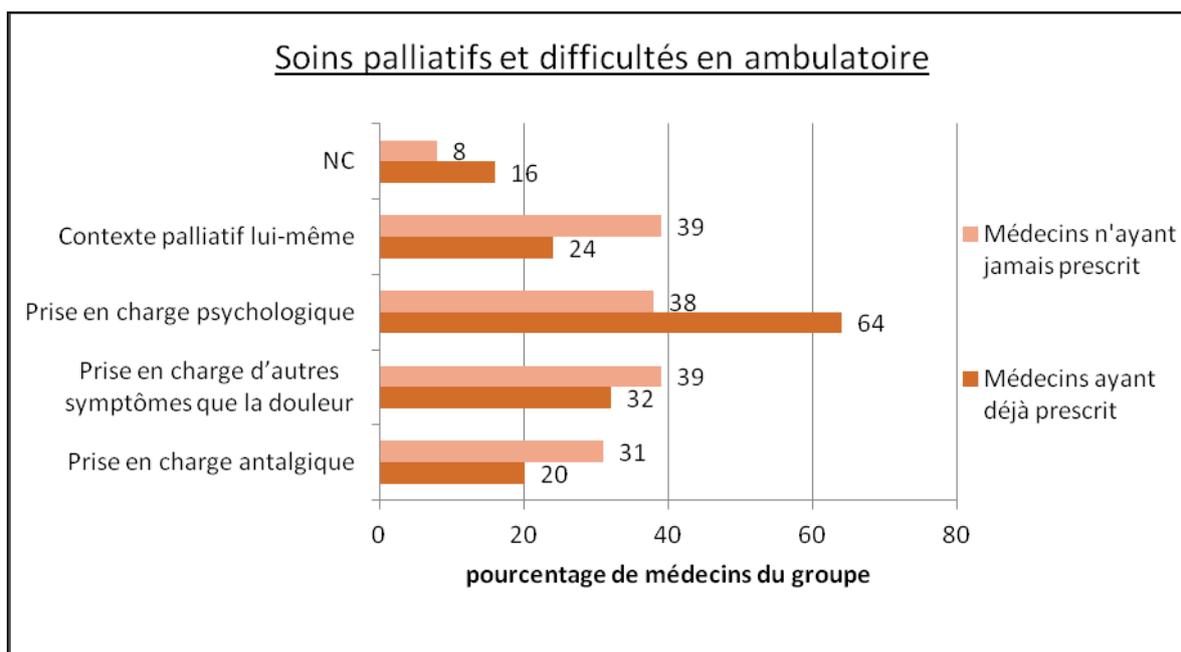


Figure 8 - Difficultés dans la prise en charge des patients palliatifs en ambulatoire - comparaison des groupes "médecins ayant déjà prescrit une PCA de morphine" et "médecins n'ayant jamais prescrit de PCA de morphine" (p = 0,2010)

La majorité des médecins généralistes éprouve des difficultés pour la prise en charge psychologique, avant la prise en charge de la douleur.

Ensuite sont cités la prise en charge de symptômes autres que la douleur et le contexte palliatif lui-même.

On note l'absence de différence significative entre les deux groupes pour l'ensemble des réponses.

Plusieurs médecins soulignent, en commentaires libres, les difficultés à gérer l'entourage et sa détresse, sa prise en charge étant très chronophage. Un médecin précise que la prise en charge des soins de *nursing* est compliquée.

IV - DISCUSSION

1 - Le questionnaire

1.1- Les points forts

Le taux de participation de plus de 30% reflète l'intérêt des médecins généralistes pour le sujet.

Le choix d'une enquête quantitative plutôt a permis de mieux cibler les réponses et de cadrer l'étude.

L'enquête par voie postale laissait le temps aux médecins d'y répondre en fonction de leur planning.

L'anonymat ouvre à une plus grande liberté de réponses pour les questions ouvertes et l'ajout de commentaires.

1.2- Les limites

Plusieurs adresses des pages jaunes étaient erronées.

Le choix des étiquettes pour l'adresse n'était pas judicieux, il est probable qu'il y en ait plus que deux qui se soient décollées.

Le nombre important de questions a pu décourager certains médecins.

L'étude a été réalisée sur un petit échantillon du département du Nord, dans un secteur bien équipé en matière de soins palliatifs.

Certaines d'abréviations n'étaient pas explicitées, d'où un biais de compréhension.

On retrouve un biais de recrutement. Les médecins qui ont répondu au questionnaire sont probablement intéressés par les soins palliatifs.

2 - Population étudiée

La majorité des répondants a plus de 40 ans et exerce en secteur urbain ou semi rural. Il aurait pu être intéressant de connaître l'ancienneté d'exercice en médecine ambulatoire et si les médecins ont suivi des formations complémentaires en soins palliatifs.

La moitié des médecins généralistes répondeurs ont entre deux et quatre patients relevant des soins palliatifs par an. Le résultat de l'enquête est cohérent avec la littérature :

- *A. Marrilliet* retrouve que les médecins inclus suivent en moyenne trois patients palliatifs par an [32] ;
- *C. Vantomme* retrouve une moyenne de 4,4 patients palliatifs par an [33] ;
- *B. Fougère* « au moins deux patients jusqu'au décès ces deux dernières années » par « 85% des médecins généralistes » inclus [34].

Au-delà du nombre de patients palliatifs suivis par an, il aurait été intéressant de connaître le nombre de ces patients bénéficiant d'un traitement antalgique par PCA de morphine.

3 - Médecins généralistes et PCA de morphine

3.1- Prescription

La majorité des médecins qui ont répondu au questionnaire, soit 70%, n'a jamais mis en place de PCA de morphine. Autrement dit, ils n'ont jamais initié le recours à la PCA. Beaucoup de mises en place de PCA semblent donc nécessiter un passage en hospitalisation.

Or les recommandations de bonne pratique de la SFAP [30] ne contre-indiquent pas la mise en place des PCA par les médecins généralistes en ville, à condition qu'elle se fasse en relais d'un traitement morphinique déjà en place, sous une autre forme. Des tableaux d'équivalence existent, des ordonnances « type », des plaquettes à destination des patients et des familles. (*cf annexe 7*).

Cela pose la question du parcours du patient palliatif douloureux. Au sein du Douaisis, les structures spécialisées semblent être fortement sollicitées, cela limitant l'intervention du médecin généraliste à une prise de relais, et non une activité référente.

3.2- Modalités de mise en place

Concernant les modalités de mise en place de la PCA de morphine, la comparaison des deux groupes avec un test du *Chi2* retrouve $p < 0,05$. Il existe donc une différence significative entre les deux groupes pour l'ensemble des réponses. IDE, prestataire de service et pharmacien, sont les réponses le plus souvent citées par les médecins ayant déjà prescrit une PCA de morphine dans le Douaisis. Si l'on suit les recommandations de la SFAP [30], ils sont effectivement des recours indispensables pour que les médecins généralistes puissent mettre en place une PCA de morphine en ambulatoire.

Le réseau de soins palliatifs est la réponse qui revient le plus souvent dans les deux groupes. Une grande majorité des médecins instaurent donc une PCA par l'intermédiaire d'une structure spécialisée.

Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées pour l'expliquer : la collaboration avec le réseau apporte l'interdisciplinarité, le réseau soulage le médecin traitant dans la gestion d'un traitement qui est chronophage, il permet de pallier le manque d'habitude de prescrire ce traitement et à l'appréhension qui l'accompagne.

La littérature appuie ces hypothèses : *M.C. Daydé* rappelle les avantages, pour le médecin généraliste, de travailler en collaboration avec un réseau de soins [35]. L'incertitude est incontournable en médecine générale, le travail avec un réseau de soins apporte l'interdisciplinarité permettant au médecin généraliste de la surmonter. Egalement, « *l'interdisciplinarité constitue une formation permanente* » et « *permet le développement de compétences collectives* ». Le réseau ouvre un « *espace de réflexion et de paroles* ».

C. Lavalard-Jaud montre que 47,5% des médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire sont favorables au développement des réseaux de soins [36].

3.3- Adaptation de la PCA

47% des médecins estiment ne pas être référents pour l'adaptation de la PCA. Il s'agit essentiellement des médecins qui n'ont jamais prescrit de PCA. Pourtant le médecin généraliste doit rester le référent pour la prise en charge des patients en ambulatoire, comme le rappellent la définition de la *WONCA* [15] et la *loi HPST* [16].

Pour les aider dans l'adaptation de la PCA, plus de la moitié des médecins généralistes fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).

La PCA est donc peu prescrite et difficile à adapter pour une part non négligeable médecins généralistes.

La littérature corrobore des résultats : *C. Perdussaut* montre une faible utilisation de la PCA de morphine par les médecins généralistes [37]. Les médecins interrogés dans cette étude reconnaissent leur manque de connaissances de cette voie d'administration. Ce sont surtout les règles de relais et de dispensation qui sont mal connues. Les règles de prescription sont un peu mieux maîtrisées. Les meilleurs taux de réponses sont obtenus pour les indications de la PCA et l'adaptation de la posologie.

4 - Médecins généralistes et pluridisciplinarité

4.1- Médecins généralistes et HAD

Chez les médecins généralistes n'ayant jamais prescrit de PCA de morphine, la moitié invoque une prescription faite au cours d'une hospitalisation et relayée par l'HAD. 39% des médecins généralistes disent ne pas être référents pour leurs patients lorsque l'HAD est en place. L'HAD apparaît donc comme le point d'articulation central de la prise en charge du patient palliatif douloureux en ambulatoire.

Par contre, la comparaison des deux groupes par un test du *Chi2* retrouve une différence significative pour l'ensemble des réponses. L'habitude de prescription joue un rôle important dans l'implication du médecin généraliste dans la gestion de la PCA de morphine.

Par ailleurs, comme le souligne un des médecins, « *la notion de médecin référent est parfois floue* ».

Les avis mitigés et parfois très opposés sur les relations des médecins généralistes avec les services d'HAD apportent d'autres pistes de réflexion. Certains apprécient l'aide apportée alors que d'autres estiment que les relations sont mauvaises voire même qu'ils sont « *dépossédés de leurs patients* ». Il est probable que de mauvaises relations avec l'HAD n'encourageront pas le médecin traitant à rester référent pour gérer l'adaptation d'une PCA de morphine.

La littérature reflète ce sentiment : *C. Lavalard-Jaud* montre que l'HAD est un moyen privilégié par les médecins traitants pour la prise en charge des patients palliatifs en ambulatoire [36]. *E. Birot* fait le bilan des relations des médecins généralistes avec l'HAD [38] et retrouve également un « *sentiment de déshumanisation* », un « *sentiment de dépossession* », un « *manque de relation* ». Par contre, les médecins interrogés reconnaissent à l'HAD une « *facilité de mise en route* », « *facilité en terme de moyens techniques et humains* », l'avantage d'un « *travail en équipe* », « *la disponibilité* ».

L'expérience et les bonnes relations avec l'HAD conditionnent la place du médecin généraliste dans l'adaptation des PCA de morphine.

Etant donné le grand nombre de médecins ne se sentant pas référents, on peut se demander si c'est l'HAD qui ne respecte pas la place de référent du médecin généraliste ou si ce sont les médecins généralistes qui délèguent une tâche qu'ils estiment insuffisamment maîtriser.

4.2- Médecins généralistes et IDE

La très grande majorité des médecins généralistes dit avoir de bonnes relations avec les IDE et que le binôme IDE/médecin généraliste est fondamental pour la prise en charge des patients sous PCA.

Quand on s'intéresse aux recours privilégiés des médecins généralistes pour gérer les difficultés inhérentes à l'utilisation de la PCA, le contact avec un(e) IDE formé(e) est cité par 42% des médecins généralistes répondants. Ceci confirme l'importance d'une relation de qualité avec les IDE.

La littérature appuie cette idée : *D. Jacquemin* souligne le rôle des IDE dans l'interdisciplinarité, un suivi au jour le jour de l'évolution de la pathologie (quand les infirmiers ont la possibilité d'intervenir quotidiennement auprès du même patient). Les IDE assurent un lien avec les autres professionnels de santé. Ils procurent des soins centrés sur le patient [39].

Il rappelle les spécificités de la profession définies par le *décret du 29 juillet 2004* relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier avec, notamment, *l'article R. 4311-2* [40].

La prise en charge des patients palliatifs au domicile ne saurait s'envisager sans une bonne coordination avec les infirmier(e)s, particulièrement pour les situations complexes et les soins techniques.

5 - Médecins généralistes et soins palliatifs - les soins techniques sont ils la seule difficulté ?

Lorsqu'on parle de soins palliatifs, on associe généralement d'emblée la prise en charge de la douleur. En témoignent les *plans de lutte contre la douleur* [28, 29] qui se sont développés en parallèle des *plans cancer* [12, 19] et des réformes des soins palliatifs [9, 10, 20].

Pourtant, le concept de « *global pain* » sous tend une prise en charge globale du patient en phase palliative, soit de « *la souffrance physique, psychique, sociale et spirituelle* » [2].

D'ailleurs, quand on interroge les médecins généralistes sur les aspects les plus compliqués, on constate que la prise en charge antalgique n'est pas la première difficulté. La prise en charge psychologique est au premier plan, pour 39% des médecins. Certains précisent les difficultés dans la prise en charge psychologique du patient ET de l'entourage. Viennent ensuite la prise en charge des symptômes autres que la douleur (vomissements, dyspnée, etc), le contexte palliatif lui-même et, enfin, la prise en charge de la douleur.

La littérature confirme ces difficultés : C. Lavalard-Jaud retrouve des difficultés avec « *La gestion de l'entourage, le manque de temps, la prise en charge des symptômes difficiles* »[36]. B. Fougère montre aussi « *les difficultés.../... dans la prise en charge des symptômes autres que la douleur.../... et le poids psychologique de la famille* » [34].

Les efforts de soutien au domicile ne doivent pas concerner que la prise en charge de la douleur.

Par contre, il est probable que la prise en charge de la douleur ne soit pas la plus grande difficulté parce que des réformes spécifiques ont été mises en place.

6 - Quelles perspectives d'amélioration ?

6.1. Des contacts facilités avec des référents soins palliatifs

Pour mettre en place une PCA de morphine et gérer les difficultés liées à son utilisation, les médecins généralistes solliciteraient, pour une grande proportion, un référent d'une USP et/ou un référent du réseau.

Les données de la littérature confirment d'un contact de qualité avec les référents hospitaliers pour les médecins généralistes : *B. Fougère* montre un souhait d'« *amélioration du contact avec les référents hospitaliers* ». Puis viennent « *Faciliter l'inclusion en HAD.../... Augmenter les formations.../... Améliorer le réseau ville-hôpital* » [34].

Le contact avec un référent USP pourrait être facilité par la mise en place d'une permanence téléphonique, en collaboration avec l'HAD et le réseau de soins palliatifs du Douaisis.

La littérature appuie cette idée : *A. Marrilliet* souligne les difficultés des médecins généralistes pour joindre les médecins référents du patient et le manque d'interlocuteurs en dehors des heures ouvrables. La grande majorité des médecins de l'étude trouverait utile de mettre en place une permanence téléphonique [32].

Il pourrait être intéressant, dans le Douaisis, d'évaluer ce besoin et la faisabilité de la mise en place d'un tel système.

6.2. Intervention d'une EMSP de l'hôpital au domicile du patient

La majorité des médecins généralistes répondants serait favorable à l'intervention d'une EMSP dépendant de l'USP au domicile du patient, pour les patients connus du service. Cela permettrait de consolider le lien domicile/hôpital, d'apporter un soutien pratique pour la gestion des symptômes complexes, un soutien psychologique, et ainsi d'éviter parfois une nouvelle hospitalisation.

6.3. Intérêt d'un Développement Personnel Continu (DPC)

Cette étude retrouve des lacunes des les médecins généralistes dans la prise en charge de la douleur, particulièrement lorsque des techniques telles que la PCA s'avèrent nécessaires. Beaucoup souhaitent améliorer leurs compétences. La mise en place de DPC est donc toujours indiquée et à encourager.

Les données de la littérature retrouvent l'intérêt pour les DPC : *O. Boespflug* montre que les médecins généralistes formés aux soins palliatifs, soit au cours de la formation médicale initiale récemment modifiée, soit sur démarche personnelle de formation médicale continue, sont plus à l'aise dans la prise en charge des patients palliatifs. La majorité des médecins est demandeuse d'une formation complémentaire [41].

C. Perdussaut retrouve d'ailleurs une meilleure maîtrise de la PCA chez les médecins formés dans le domaine des soins palliatifs [37].

Un DPC pratique sur les PCA de morphine pourrait être proposé, ou reproposé, même s'il est probable que seuls les médecins intéressés par la question y participeront, alors qu'ils ne sont pas les seuls susceptibles d'être confrontés à la gestion d'une PCA au domicile.

6.4. Les autres pistes de réflexions

Elles s'adresseraient aux patients gardant une autonomie suffisante pour supporter des déplacements domicile/hôpital.

6.4.1 *Les consultations externes*

Leur développement au centre hospitalier de Douai permettrait un suivi des patients connus de l'USP et/ou de l'EMSP. Elles garantiraient un lien avec la ville ou apporteraient un premier contact avec des patients susceptibles d'être suivis par la suite en soins palliatifs, comme le montre l'étude de *B. F. Leheup* [42].

6.4.2 *Les lits d'hospitalisation de jour*

Ils seraient une solution pour réévaluer les patients, adapter un traitement, réaliser des gestes itératifs (ponctions pleurales, des ponctions d'ascite...), réadapter le traitement symptomatique, etc,...

V - CONCLUSION

Les médecins du Douaisis prescrivent peu, par eux même, de PCA. Ils ont recours à des structures spécialisées : USP, réseau de soins palliatifs, HAD. Souvent, cela implique une hospitalisation, à une époque où le maintien à domicile est désiré par les patients et fortement encouragé par les autorités sanitaires. Les structures spécialisées, telles que le réseau de soins palliatifs et l'HAD, sont un soutien indéniable et reconnu par les médecins généralistes mais elles entraînent une intervention de personnels inconnus du patient au domicile. La mise en place d'une PCA par les médecins eux-mêmes permettrait au patient de poursuivre la prise en charge avec l'équipe paramédicale dont il a l'habitude.

Des renforts supplémentaires pour les aider dans cette démarche pourraient être discutés : intervention d'une EMSP issue de l'USP au domicile du patient, multiplication des DPC, développement d'astreintes téléphoniques.

L'équipe mobile hospitalière pourrait compléter un dispositif finalement encore insuffisant.

VI - RÉSUMÉ

Contexte :

Les prises en charge palliatives et de la douleur se sont développées depuis la fin du XX^{ème} siècle. Le maintien à domicile est encouragé, sous couvert du médecin généraliste et de structures spécialisées.

Objectif :

Comprendre les difficultés des médecins généralistes dans l'utilisation de la PCA de morphine en ambulatoire.

Matériel et méthode :

Une enquête quantitative a été réalisée auprès des médecins généralistes du Douaisis pour comprendre ces difficultés. Un questionnaire leur a été adressé par voie postale.

Résultats :

Un tiers des médecins généralistes du Douaisis a répondu. 71% n'ont jamais initié la mise en place d'une PCA au domicile. 57% évoquent une prescription faite à l'hôpital et relayée par l'HAD. Ils manquent d'habitude pour gérer une PCA. Une fois la PCA en place, la moitié perdent leur fonction de référent et/ou font appel à un tiers pour l'adapter. La majorité connaît et sollicite les structures spécialisées. L'HAD est au centre de la prise en charge mais les avis sont mitigés. Les médecins généralistes apprécieraient un contact privilégié avec un référent de l'USP (65%) ou du réseau de soins palliatifs (40%), l'intervention d'une EMSP de l'hôpital au domicile (70%), la mise en place de DPC (64%).

Discussion :

La majorité des médecins traitants du Douaisis est en difficulté pour gérer la PCA de morphine au domicile, jusqu'à perdre leur statut de référent. Les structures spécialisées sont insuffisantes. Un contact privilégié avec un référent de soins palliatifs, l'intervention d'une EMSP de l'hôpital, sous-tendus par la mise en place de DPC spécifique, pourraient rassurer le médecin traitant dans les prises en charge palliatives complexes, en respectant son statut de référent.

Conclusion :

Les progrès dans la prise en charge des patients palliatifs douloureux au domicile sont indéniables. Ils restent cependant insuffisants pour que le plus grand nombre de médecins généralistes puissent faire face à des situations et techniques qu'ils maîtrisent mal.

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce travail montre les difficultés des médecins généralistes dans la mise en place d'un soin technique particulier, la PCA de morphine.

Cet aspect est loin d'être le seul à compliquer la prise en charge des patients palliatifs en ambulatoire.

I - MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DU PATIENT PALLIATIF EN AMBULATOIRE

Le médecin généraliste est le premier recours du patient douloureux en ambulatoire, et, par extension, du patient douloureux palliatifs. Il lui incombe d'identifier la douleur, de la caractériser et de la prendre en charge. Son aptitude à le faire participera à favoriser le maintien à domicile des patients palliatifs.

Un enseignement spécifique est prévu dans la formation médicale initiale. Et de nombreuses recommandations existent pour aider tout praticien dans la prise en charge de la douleur, ainsi que des échelles d'évaluation [43-45].

L'étude présentée dans ce travail retrouve des difficultés des médecins généralistes dans la mise en place et la gestion de la PCA de morphine au domicile. Dans la mesure où c'est un soin technique peu rencontré en ambulatoire, cette situation peut être compréhensible. Mais à la lecture de la littérature, on constate que, bien en amont de la mise en place de la PCA de morphine au domicile, les médecins généralistes connaissent des difficultés dans la caractérisation de la douleur [46] et dans sa prise en charge, particulièrement lorsque des antalgiques de palier III sont indiqués, sous quelque forme que ce soit [34].

Les principes de mise en place d'un traitement opioïde fort, notamment la titration, sont mal maîtrisés [46, 47], les associations d'antalgiques sont parfois aléatoires [48]. La douleur est souvent sous évaluée et les outils d'évaluation sous utilisés [49].

Un constat positif : la douleur est mieux prise en compte [48]

II - MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SOINS PALLIATIFS EN

AMBULATOIRE

« Accompagner la personne en fin de vie, c'est reconnaître et respecter ses droits, son histoire, sa situation sociale, sa culture, sa spiritualité et ses attachements. ».

« L'accompagnement est un processus dynamique ».

« L'accompagnement est affaire de société dans la mesure où il n'est envisageable que dans la dynamique d'une mobilisation, d'une prise de conscience qui concerne la cité dans ses différentes composantes » [50].

Au domicile, la mission d'accompagnement du patient palliatif repose sur le médecin généraliste, médecin référent.

Dans le contexte particulier des soins palliatifs, les missions du médecin traitant sont nombreuses. Evidemment, c'est à lui de prendre en charge les symptômes physiques ; mais il doit également assurer le soutien psychologique du patient, garantir son autonomie, préserver son aptitude à prendre les décisions qui le concernent [50].

Il a la délicate mission d'anticiper les complications. La prise de décisions peut être compliquée par un sentiment d'isolement et un questionnement éthique importants [51].

Par ailleurs, la spécificité des soins palliatifs est qu'ils intègrent l'accompagnement de l'entourage.

La tâche du médecin généraliste est donc lourde. Pour l'aider, de nombreuses structures spécialisées existent, ainsi que des guides résumant les recommandations de bonne pratique [30, 52]. L'interdisciplinarité et le travail d'équipe sont indispensables.

Pourtant, malgré les efforts de développement des soins palliatifs en ambulatoire, les difficultés persistent :

- nombre insuffisant des acteurs de santé,
- manque de coordination entre eux,
- difficultés pour les réunir,
- difficultés pour assurer la permanence des soins,
- cloisonnement et déficit de communication entre la ville et l'hôpital,
- la disponibilité insuffisante du matériel médical,
- les conditions de vie de la personne malade et de sa famille [50].

En dehors de ces aspects pratiques, le médecin généraliste éprouve des difficultés dans la prise en charge psychologique du patient et de l'entourage [34, 36, 51, 53, 54].

Les soins palliatifs amènent souvent une implication personnelle importante, des risques d'identification au patient et/ou à l'entourage, d'autant plus que le médecin généraliste connaît généralement le patient et l'entourage depuis longtemps. Certains peuvent franchir une frontière en laissant trop de place à la subjectivité. Le médecin généraliste doit gérer la souffrance du patient, de l'entourage et la sienne [51, 53].

Malgré tout, le médecin généraliste peut avoir le sentiment d'une activité insuffisamment valorisée et d'un épuisement professionnel réel jusqu'à refuser la prise en charge des patients palliatifs au domicile [51].

Certes, c'est une de ses missions, mais le médecin généraliste n'a-t-il pas également le devoir, comme tout médecin, de se préserver pour garantir à l'ensemble de ses patients la qualité de son travail et de son investissement ?

CONCLUSION GÉNÉRALE

Comme le souligne le code de déontologie médical dans l'article 38, « *le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et des mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage* » [55].

Placé naturellement au cœur de la prise en charge des patients palliatifs, le médecin spécialiste de la médecine générale se heurte au manque de temps et de formation nécessaires aux soins palliatifs, plus particulièrement aux soins techniques.

Les structures spécialisées dans la prise en charge palliative au domicile se sont donc développées et les médecins généralistes ont eu accès à des formations spécifiques.

Pourtant, cela reste insuffisant. Des efforts restent à fournir pour soutenir les médecins généralistes et garantir aux patients la qualité de vie à laquelle ils ont droit.

Dans le Douaisis, le lien ville-hôpital pourrait être renforcé au travers de l'intervention d'une EMSP de l'hôpital au domicile pour les patients connus de l'USP et ainsi soutenir les médecins généralistes dans leur mission d'accompagnement.

La mise en place de DPC reste une démarche utile.

Au-delà de la situation dans le Douaisis, l'offre de soins en matière de soins palliatifs en ambulatoire doit encore se développer pour répondre à une exigence légale au droit à mourir dans la dignité.

Signature du Président du jury :

Monsieur le Professeur Serge BLOND

BIBLIOGRAPHIE

1. Société Française d'Accompagnement de Soins Palliatifs (SFAP), **Histoire des soins palliatifs**, <http://www.sfap.org/content/histoire-des-soins-palliatifs> (consulté le 10/10/2013)
2. Maillé, O., **La place du sujet en médecine**, ed. S. Médical, 2013. 1-115.
3. Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, 1986, **Circulaire Laroque relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale**, <http://www.sfap.org/pdf/circulaire%20laroque.pdf>. (consulté le 12/10/2013)
4. Société Française d'Accompagnement de Soins Palliatifs (SFAP), **Définition des soins palliatifs et de l'accompagnement**, <http://www.sfap.org/content/d%C3%A9finition-des-soins-palliatifs-et-de-laccompagnement> (consulté le 10/10/2013)
5. Jusqu'à La Mort Accompagner La Vie, **Qui sommes nous?**, <http://www.jalmaalv.fr/do.php?n=Qui-sommes-nous.Jalmaalv-pourquoi> (consulté le 11/10/2013)
6. Code de la santé publique, 1991, **Article L711-4**, http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=3E71ED509A3436831E7FCECBA8D646E4.tpdjo15v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006694647&dateTexte=20131010&categorieLien=cid#LEGIARTI000006694647 (consulté le 10/10/2013).
7. Delbecque, H., 1993, **Rapport Henri Delbecque**, <http://www.usp-lamirandiere.com/delbecque.htm> (consulté le 10/10/2013).
8. Neuwirth, L., 1998, **Rapport d'information sur les soins palliatifs**, http://www.senat.fr/rap/r98-207/r98-207_mono.html (consulté le 10/10/2013).
9. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2003, **Plan triennal 1999 - 2001 sur le développement des soins palliatifs**, <http://www.sante.gouv.fr/le-premier-plan-de-developpement-des-soins-palliatifs-1999-2001.html> (consulté le 10/10/2013).
10. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2003, **Plan quadriennal 2002-2005 - programme national de développement des soins palliatifs**, <http://www.sante.gouv.fr/le-plan-2002-2005,8059.html> (consulté le 10/10/2013).
11. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, **Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs**, 2002.
12. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2003, **Plan cancer 2003-2007**, www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Historique/Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf (consulté le 10/10/2013).

13. Leonetti, J., 2005, **Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie**, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 10/10/2013).
14. Sicard, D., 2012, **Réflexion sur la fin de vie en France**, <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf> (consulté le 10/10/2013).
15. WONCA World family doctors caring for people, **La définition européenne de la médecine générale - médecin de famille**, 2002.
16. Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative, 2009, **Loi HPST - Hôpital, Patients, Santé, Territoire**, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf (consulté le 12/10/2013).
17. Kouchner, B., 1998, **Circulaire DGS/DH N°98/586**, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_DGS_DH_98_586_240998.pdf (consulté le 10/10/2013).
18. Caisse Nationale d'Assurance Maladie, 2003, **CIR 21/2003 relative au financement du dispositif de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs**, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_de_la_CNAM_noCIR-21-2003_en_date_du_4_fevrier_2003_relative_au_financement_du_dispositif_de_maintien_a_domicile_dans_le_cadre_des_soins_palliatifs.pdf (consulté le 12/10/2013).
19. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2010, **Plan Cancer 2009 - 2013**, http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/synthese_plan_cancer.pdf (consulté le 12/10/2013).
20. Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative, 2008, **Circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs**, http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-04/ste_20080004_0100_0113.pdf (consulté le 10/10/2013).
21. Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000, **Circulaire N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile**, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_295_300500.pdf (consulté le 12/10/2013).
22. Code de Santé Publique, 2002, **Article L1110-1**, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685741&dateTexte=20130823> (consulté le 13/10/2013).

23. Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004, **Décret no 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile**, <http://www.fhf.fr/Actualites/Vieillesse-Handicap/Alternatives-a-l-hebergement-PASA-UHR-AJ-TH-SSIAD/nouvelle-reglementation-ssiad-et-comment-creer-des-places> (consulté le 12/10/2013).
24. Code de l'action sociale et des familles, **Article L312-1**, 2004.
25. Le, L., S. Lebroi, and E. Graive, **Handicap Douleur Module 4 & 6**. Médecine KB, ed. V. Grego, 2007.
26. Neuwirth, L., 1994, **Rapport d'information sur les problèmes posés, en France, par le traitement de la douleur**, <http://www.senat.fr/rap/r94-138/r94-138.html> (consulté le 10/10/2013).
27. Ministère des affaires Sociales et de la Santé, **Circulaire DGS/DH/N° 94-3 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques**, 1994.
28. Ministère de l'emploi et de la solidarité délégué à la santé, 2002, **Programme de lutte contre la douleur 2002-2005**, http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf (consulté le 12/10/2013).
29. Ministère de la santé et des solidarités, 2006, **Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010**, http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/plan_douleur06_2010.pdf (consulté le 12/10/2013).
30. Société Française d'Accompagnement de Soins Palliatifs (SFAP), **Recommandations pour l'indication et l'utilisation de la PCA à l'hôpital et à domicile pour l'administration de morphine chez le patient atteint de cancer et douloureux, en soins palliatifs - mars 2006**, *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique*, 2007, 6(2), 114-143.
31. Rostaing-Rigattier, S., 2004, **Utilisation de la PCA de morphine en médecine**, http://www.cnrdr.fr/?page=article-imprim&id_article=252 (consulté le 12/10/2013)
32. Marrilliet, A., Ruhlmann, Cécile, Laval, Guillemette, Labarère, José, **Intérêt d'une permanence téléphonique de soins palliatifs. Enquête postale auprès des médecins généralistes isérois**, *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique*, 2012, 12(1), 32-41.
33. Vantomme, C., **Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge au domicile de patients en soins palliatifs. Enquête auprès de 268 médecins généralistes dans le Val de Marne**, 2007, Thèse pour le doctorat de Médecine Générale.

34. Fougère, B., I. Mytych, C. Baudemont, E. Gautier-Roques, and L. Montaz, **Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes**, *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique*, 2011, 11(2), 90-97.
35. Daydé, M.-C., **Complexité, incertitude et interdisciplinarité : l'apport du travail en réseau**, *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique*, 2012, 11(3), 164-169.
36. Lavalard-Jaud, C., **Les médecins généralistes doivent-ils et peuvent-ils s'approprier la démarche palliative?**, 2009, Thèse pour le doctorat de Médecine Générale.
37. Pedussaut, C., **Les médecins généralistes de l'Isère et la PCA de morphine à domicile chez le patient douloureux et atteint de cancer en soins palliatifs: Evaluation d'intérêt et de connaissances**, 2010, Thèse pour le doctorat de Médecine Générale.
38. Birot, E., **Ressenti des médecins généralistes face à la prise en charge palliative dans le cadre de l'hôpital à domicile**, 2010, Thèse pour le doctorat de Médecine Générale.
39. Jacquemin, D., **Interdisciplinarité : spécificité du rôle infirmier et regard de l'infirmier dans l'interdisciplinarité en soins palliatifs**, *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique*, 2009, 8(2), 72-77.
40. Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004, **Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier**, <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html> (consulté le 27/10/2013).
41. Boespflug, O., R. Hermet, T. Crepeau, and J. Schmidt, **Le médecin face au malade en fin de vie : enquête auprès du corps médical sur la formation aux soins palliatifs et l'accompagnement des malades en fin de vie**, *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique*, 2005, 4(4), 165-171.
42. Leheup, B.F., C. Lamouille, and V. Robert, **Consultation externe et continuité des soins palliatifs**, *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique*, 2009, 8(2), 66-71.
43. ANAES, **Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire**, 1999.
44. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, **Standards, Options et Recommandations 2002 pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour (rapport abrégé)**, 2002.

45. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, **Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer (mise à jour) – Rapport abrégé** 2003.
46. Emery, C., B. George, J.-M. Gomas, D. Delfieu, V. Mimaud, P. Guillon, and F. Fagnani, **Prise en charge de la douleur en médecine générale : l'étude EPIDOL, Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement**, 2005, 6(6), 366-373.
47. Bernard-Camara, A., **La douleur chez les patients cancéreux en soins palliatifs: prise en charge à domicile. Titration des opioïdes et accès douloureux paroxystiques.**, 2013, Thèse pour le doctorat de Médecine Générale.
48. Abel, A., J.-M. Lassaunière, and A. Flahault, **Prise en charge médicamenteuse de la douleur cancéreuse en médecine générale**, *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique*, 2004, 3(3), 126-133.
49. Liard, F., O. Chassany, K. Keddad, and I. Jolivet-Landreau, **Enquête sur la prise en charge de la douleur et les besoins de formation en médecine générale**, *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 2002, 2(2), 69-73.
50. ANAES, **L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches: Texte des recommandations (version longue) - 14 et 15 janvier 2004, Paris**, *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique*, 2004, 3(4), 166-194.
51. Texier, G., W. Rhondali, V. Morel, and M. Filbet, **Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ?**, *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique*, 2012, 12(2), 55-62.
52. Susagna, A. and P. Cluzeau-Duchaussoy, **Guide d'aide à la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile destiné aux médecins généralistes**, 2012, Thèse pour le doctorat de Médecine Générale.
53. Serresse, L., **Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ?**, *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Ethique*, 2010, 10(6), 286-291.
54. Texier, G., **Difficultés des médecins généralistes dans les prises en charge au domicile de leurs patients en soins palliatifs. Enquête réalisée auprès des médecins généralistes du département Ille et Vilaine**, 2011, Thèse pour le doctorat de Médecine Générale.
55. Code de Déontologie Médicale, 1995, **Devoirs envers les patients**, <http://www.sfap.org/pdf/VI-A2h-pdf.pdf> (consulté le 10/10/2013).

ANNEXES

ANNEXE 1 :

Plan cancer 2003 – 2007, mesures 42 et 43

Assurer aux patients un accompagnement global de la personne, au delà des protocoles techniques, par le développement des soins complémentaires et des soins palliatifs :

Mesure 42 :

Accroître les possibilités pour les patients de bénéficier de soins de support, en particulier prise en compte de la douleur et soutien psychologique et social.

- Créer des unités mobiles de soins de support en oncologie, en particulier dans les centres spécialisés, et éventuellement, au sein des réseaux : médecins de la douleur, assistants sociaux, psychologues, kinésithérapeutes, nutritionnistes...

Dans les hôpitaux non dédiés à la cancérologie, ces équipes devraient être disponibles au delà du cancer, pour répondre à l'ensemble de la demande en soins complémentaires, toutes pathologies confondues.

Ces équipes, comme les centres de coordination en cancérologie, contribueront à redonner du temps aux médecins cliniciens, qui doivent faire face à un afflux de patients dans un contexte de pénurie démographique.

Les établissements de petite taille doivent pouvoir, dans le cadre du réseau, orienter leurs patients vers des équipes de support des établissements appartenant au réseau.

- Accroître la possibilité de recours pour le patient à des consultations psycho-oncologiques de soutien. Cette augmentation pourra prendre deux formes complémentaires :

- l'augmentation du nombre de psychologues et de psychiatres au sein des unités mobiles de soutien, dans les hôpitaux sous DGF et dans les cliniques (environ 150 postes). Ces professionnels auront été formés à la psycho-oncologie avant intégration dans les unités.

- le financement auprès des réseaux de soins d'un forfait de 3 à 5 consultations auprès de psychologues de ville formés à la psycho-oncologie, et associés au réseau.

- Former les soignants et les médecins cliniciens à la dimension psychologique de l'accompagnement du patient.
- Poursuivre le programme de lutte contre la douleur (2000-2005).
- Améliorer le soutien aux familles des patients, en particulier dans le cas des enfants, en impliquant les associations.

Mesure 43 :

Soutenir le développement des soins palliatifs, dont 80% de l'activité est consacrée au cancer, dans le cadre du programme national de développement des soins palliatifs.

Le premier objectif est de sensibiliser l'ensemble des soignants et médecins aux besoins et attentes particulières des patients en fin de vie :

- former et soutenir les équipes soignantes de cancérologie : cela peut être réalisé par les équipes mobiles de soins palliatifs, comme par des institutions spécialisées de soins palliatifs.

La formation pourra également s'appuyer sur des échanges accrus entre unités identifiées de soins palliatifs et services de cancérologie ou de médecine ;

- favoriser des évènements, rencontres, temps forts au sein des hôpitaux et cliniques de cancérologie, sur le thème de la fin de vie, afin de sensibiliser l'ensemble des soignants aux attentes des patients et de leurs familles ;
- impliquer les associations de soins palliatifs, qui peuvent contribuer très utilement à ces dispositifs.

Le second objectif est d'augmenter de façon significative la capacité de prise en charge, en favorisant toutes les formes d'organisation, en institution et à domicile :

- créer des réseaux supplémentaires de soins palliatifs à domicile pour atteindre au minimum un réseau par département ;

- convertir en tant que de besoin des lits MCO en lits identifiés de soins palliatifs, à l'hôpital et dans les cliniques privées (actuellement 316 lits identifiés au sein d'unités MCO non spécialisées) ;
- créer des équipes mobiles de soins palliatifs (au moins 100), dont au minimum une équipe dans chaque centre de référence en cancérologie, CHU et CLCC (actuellement 291 équipes) ;
- créer 200 unités de soins palliatifs en institution, dont au moins une unité dans chaque pôle régional de cancérologie (actuellement 91 unités).

ANNEXE 2 :**plan cancer 2009 – 2013**

Mesure 18 : Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.

La complexité des parcours de soins en cancérologie et la multiplicité des acteurs nécessitent une meilleure coordination pour que les malades soient mieux accompagnés pendant et après la phase aiguë de leur traitement. Les patients demandent un parcours de soins plus fluide pour éviter tout sentiment de rupture, en particulier entre l'hôpital et la ville. Le médecin traitant dont le rôle de pivot a été confirmé dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » est un acteur essentiel de la prise en charge en ville et doit être mieux informé et associé à ce parcours afin qu'il dispose de tous les éléments pour assurer pleinement la prise en charge globale de proximité du patient. Un relais concret entre les équipes hospitalières et les professionnels de proximité, que représentent, en particulier aux côtés des médecins généralistes, les infirmiers libéraux, les pharmaciens et les réseaux territoriaux de santé poly-thématiques, est un facteur clé de la réussite de cette coordination. Des formations seront développées pour ces professionnels de santé de proximité, afin qu'ils disposent de l'accès à une actualisation de leurs connaissances ainsi que d'outils pour faciliter la continuité des prises en charge sur le terrain via, en particulier, le dossier communicant de cancérologie.

ANNEXE 3 :

La circulaire N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 redéfinit l'HAD et ses rôles.

L'HAD est mise en place sur prescription médicale, par un médecin hospitalier ou libéral.

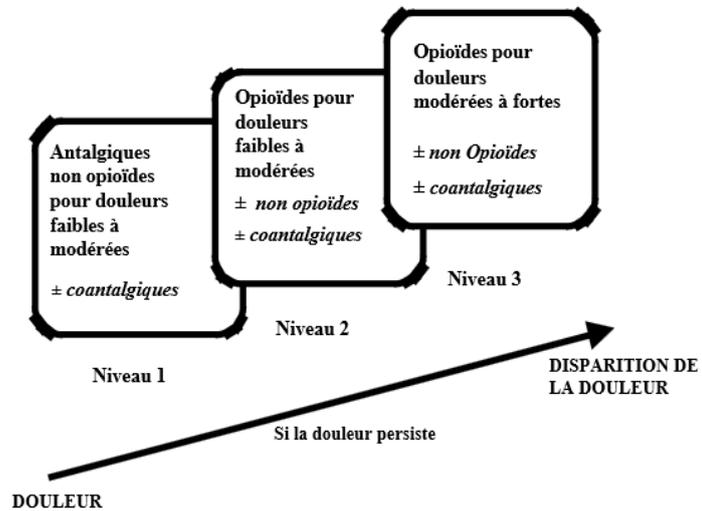
Les services d'HAD sont tenus d'assurer la permanence et la continuité des soins.

Les soins complexes que nécessite le malade sont formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psycho-social. Sont donc nécessaires : une coordination des soins, une évaluation médicale au moins hebdomadaire, des soins infirmiers quasi quotidiens sinon l'intervention d'un kinésithérapeute. Le patient pourra également éventuellement bénéficier de soins une aide soignante et/ou d'orthophonie et/ou de conseils diététiques et/ou de soutien psychologique et/ou de l'avis d'un ergothérapeute et/ou d'une prise en charge sociale.

Le médecin traitant, choisi par le patient, doit rester le pivot de la prise en charge à domicile.

Dans la circulaire, l'intervention de personnel paramédical libéral est encouragée.

ANNEXE 4 :

Echelle thérapeutique d'après l'OMS

NB : La version originale de l'échelle O.M.S. est présentée sous la forme de marches d'escalier.

ANNEXE 5 :

Tableau d'équivalence des opioïdes

Opioïdes				Posologie (mg)	
Opioïdes forts	Agnostes purs	Morphine	PO	60	
			SC	30	
			IV	20	
		Fentanyl	Patch	25 (µg/h)	
		Hydromorphone	PO	8	
	Oxycodone	PO	30		
Agoniste partiel	Buprénorphine	SubL	1,5		
		IM	1		
Agoniste/antagoniste	Nalbuphine	IM	20		
Opioïdes faibles	Agonistes purs	Codéine	PO	350	
		Tramadol	PO	300	

Tableau d'équianalgésie des opioïdes forts

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

1 morphine orale = 1/2 morphine SC = 1/3 morphine IV - Délais d'action approximatifs de morphine LI : Per os : 40 mn, SC : 20 mn, IV : 10 mn.
 1 morphine orale = 1/2,4 fentanyl transdermique (pour un ratio de 1/100) = 1/7,5 hydromorphone orale = 1/2 oxycodone orale.
 1 morphine IV = 1 oxycodone IV ou SC.
 1 oxycodone orale = 1/2 oxycodone SC ou IV (en pratique, le ratio d'équianalgésie est entre 1/2 et 1 du fait de la variabilité inter-individuelle).

Version 5 - Janvier 2010
 Fédération soins de support - soins palliatifs - CHU de Grenoble
 coordination.support@chu-grenoble.fr - soins.paliatifs@chu-grenoble.fr

Morphine en mg				Oxycodone en mg						Hydromorphone en mg		Fentanyl en µg					
Dose / 24h	PO		SC		IV		PO		SC - IV		Dose / 24h	Transdermique					
	Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose / 24h		Dose du bolus**			Dose / 72h	Dose de bolus				
	1/10	1/6	1/10	1/6	1/10	1/6	Dose / 24h	Dose du bolus**	Dose / 72h	Dose de bolus							
Moscontin cp LP Skénan gel LP 10 - 30 - 60 100 - 200 mg	Actiskénan gel LI 6 - 10 - 20 - 30 mg	Sévrindol cp LI 10 - 20 mg	Oramorph sol bur unidose LI 10 - 30 - 100 mg/5ml	Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg	Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg	OxyContin cp LP 5 - 10 - 20 - 40 80 - 120 mg	Targinact* (oxycodone / naloxone) cp LP 5/2,5 - 10/5 - 20/10 - 40/20 mg	OxyNorm gel LI 5 - 10 - 20 mg	OxyNormDRO cp orodispersible LI 5 - 10 - 20 mg	OxyNorm sol inj amp 10 - 20 50 - 200 mg	Sophidone gel LP 4 - 8 - 16 - 24 mg	Duroleic Fentanyl Ratiopharm Fentanyl Sandoz Fentanyl Winthrop Morfien patch 12 - 25 - 50 75 - 100 µg/h	Abstral cp sublingual 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg	Actiq appl. buccal 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg			
20	2	3,5	10	1	1,5	6,5	0,5	1	10	10	1	1,5	6,5	0,5	1		
30	3	5	15	1,5	2,5	10	1	1,5	15	15	1,5	2,5	10	1	1,5		
60	6	10	30	3	5	20	2	3	30	30	3	5	20	2	3	8	25
90	9	15	45	4,5	7,5	30	3	5	45	45	4,5	7,5	30	3	5		37
120	12	20	60	6	10	40	4	7	60	60	6	10	40	4	7	16	50
160	16	27	80	8	13	53	5	9	80	80	8	13	53	5	9		
180	18	30	90	9	15	60	6	10	90	80 + 10*	9	15	60	6	10	24	75
200	20	33	100	10	17	67	7	11	100	80 + 20*	10	17	67	7	11		
240	24	40	120	12	20	80	8	13	120	80 + 40*	12	20	80	8	13	32	100
280	28	47	140	14	23	93	9	16	140	80 + 60*	14	23	93	9	16		
300	30	50	150	15	25	100	10	17	150	80 + 70*	15	25	100	10	17	40	125
360	36	60	180	18	30	120	12	20	180	80 + 100*	18	30	120	12	20	48	150
400	40	67	200	20	33	133	13	22	200	80 + 120*	20	33	133	13	22		
480	48	80	240	24	40	160	16	27	240	80 + 160*	24	40	160	16	27	64	200
540	54	90	270	27	45	180	18	30	270	80 + 190*	27	45	180	18	30	72	225
600	60	100	300	30	50	200	20	33	300	80 + 220*	30	50	200	20	33	80	250
720	72	120	360	36	60	240	24	40	360	80 + 280*	36	60	240	24	40	96	300
900	90	150	450	45	75	300	30	50	450	80 + 370*	45	75	300	30	50	120	375
1000	100	167	500	50	83	333	33	56	500	80 + 420*	50	83	333	33	56		412

* A paroi. ** Dose de supplémentation = 1/5 à 1/10 de la dose totale par 24 heures par la même voie. LP = Libération prolongée = durée d'action 12 h. U = Libération immédiate = durée d'action 4 à 8h.
 ▲ Accès à une dose de 80 mg par 24h, l'augmentation de la posologie se fait en associant OxyContin à Targinact.

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

ANNEXE 6 :

Les ordonnances « type »(Source : la SFAP - <http://www.sfap.org/pdf/VIII-I4b-pdf.pdf>)Ordonnance destinée à la pharmacie

<p>SPÉCIMEN</p> <p>À RECOPIER SUR UNE ORDONNANCE SÉCURISÉE</p> <p>Morphine injectable.....</p> <p>..... milligrammes * (en lettres)</p> <p>par jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • en sous-cutanée • en intraveineux avec pompe PCA. <p>Soit..... ampoules de morphine</p> <p>à..... milligrammes pour 28 jours.</p> <p>Bien inscrire en toute lettre la posologie maximale que peut recevoir le patient en cumulant la dose de fond et celle de tous les bolus autorisés.</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>

Ordonnance destinée à l'IDE :

<p>Ce document, destiné à l'infirmier(e), tient lieu d'ordonnance et s'intègre dans le cadre du traitement de l'affection de longue durée.</p>	
<p>Identification du prescripteur</p>	<p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>N° S.S. :</p>
<p>Faire pratiquer par une IDE à domicile tous les jours dimanches et jours fériés compris pendantjours oumois :</p>	
<p>• Une perfusion de morphine : <input type="checkbox"/> par voie sous-cutanée <input type="checkbox"/> par voie veineuse centrale</p>	
<p>en continu par un système actif ambulatoire (PCA) :</p>	
<p>Débit continu mg/h</p>	
<p>Dose du bolus mg</p>	
<p>Période réfractaire entre les bolus min</p>	
<p>Nombre maximum de bolus/h</p>	
<p>• Pose, organisation et surveillance de la perfusion.</p>	
<p>• Changement de l'aiguille et pansement tous les 3 jours (± selon protocoles) si voie sous-cutanée ou tous les 7 jours si voie veineuse centrale et plus souvent si nécessaire.</p>	
<p>• Évaluation douleur et surveillance du traitement.</p>	

Ordonnance destinée au prestataire de service ou à la pharmacie :

Ce document, destiné au pharmacien ou au prestataire de service, tient lieu d'ordonnance et s'intègre dans le cadre du traitement de l'affection de longue durée.

Identification du prescripteur	NOM :
	Prénom :
	N° S.S. :

Forfait de mise à disposition du système actif de perfusion portable (ou non portable) avec PCA.

- **Location de la pompe** type pour une durée de (en jours ou en mois).
- **Accessoires de remplissage et de perfusion adaptés** : cassette demillilitres ou poches souples demillilitres.
- **Si chambre implantable** : une aiguille d'Huber de type I ou type II et un set de pose pour chambre implantable par semaine soitaiguilles pourmois.
- **Si cathéter central tunnelisé** : un set de pose pour cathéter central tunnelisé par semaine.
- **Si voie sous-cutanée** : deux sets de pose pour voie sous-cutanée par semaine.

ANNEXE 7 :

Education du patient et de son entourage – fiche explicative(Source : la SFAP - <http://www.sfap.org/pdf/VIII-I4a-pdf.pdf>)

L'antalgique le plus utilisé : la morphine

- La morphine suscite parfois des craintes et pourtant c'est un médicament qui, bien indiqué et utilisé selon des règles précises, est bien toléré et rapidement efficace sur les douleurs. C'est celui le plus souvent utilisé avec la PCA.
- Les risques d'accoutumance (besoin de + en + de morphine au cours du temps) ou les risques de dépendance (réaction de manque à l'arrêt du traitement) sont rares et peuvent aujourd'hui être évités par un traitement bien conduit.
- La morphine peut entraîner des effets indésirables plus ou moins gênants, à surveiller et à signaler. Il peut s'agir principalement de nausées et/ou vomissements, de constipation et de somnolence. Ces effets sont variables d'une personne à l'autre et feront l'objet d'une surveillance personnalisée.

L'utilisation de la PCA vous permettra plus d'autonomie et de rapidité d'action dans le traitement de votre douleur.

Bien comprise, il s'agit d'une pratique très performante qui cependant reste indissociable d'un partenariat entre vous et l'équipe soignante qui vous accompagne.

N'hésitez pas à les contacter si besoin :

- Médecin :
Tél. :
- Infirmière :
Tél. :
- Réseau, pharmacien ou prestataire :
Tél. :

Extrait des recommandations du groupe de travail "Pôle Qualité" de la S.F.A.P pour l'administration de morphine par PCA. Février 2006

Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
106 avenue Emile Zola - 75015 Paris
www.sfap.org

Comment utiliser la PCA ?

Plaquette à destination des patients et de leurs familles

Vous êtes porteur d'une pompe PCA (Analgésie Contrôlée par le Patient).

Cette méthode très sûre vous permet d'agir vous même sur la douleur dès qu'elle se fait sentir, au moyen d'une pompe qui vous administrera immédiatement un supplément d'antalgique.

Cette plaquette a pour objectif de vous aider à participer à la prise en charge de votre douleur en vous donnant des informations utiles.

Présentation de la pompe



Présence pompe + bouton-poussoir

Comment cela fonctionne ?

Lors de la mise en place de la pompe, une programmation est effectuée par l'infirmière sur prescription médicale.

Elle permet :

- une administration continue d'antalgique,
- une possibilité de doses supplémentaires d'antalgique appelées bolus et gérées par vous en fonction de la douleur, de vos activités ou en prévision de certains soins douloureux (ex : pansement, toilette, mobilisations...).

Intérêts du système

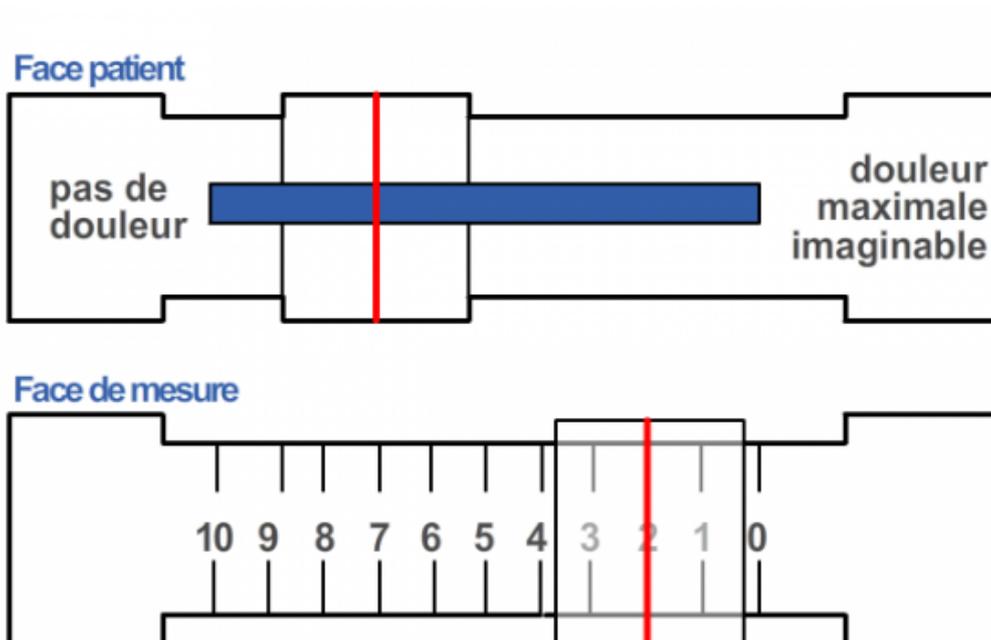
- Autonomie vis-à-vis de la douleur.
- Meilleure adaptation du traitement et donc meilleure efficacité de prise en charge.
- Gain en terme de qualité de vie par la diminution des douleurs et par les mobilisations facilitées au quotidien.
- Sécurité du système qui mémorise toutes vos demandes d'antalgiques et facilite le suivi du traitement par l'équipe soignante.

Conseils d'utilisations

- C'est vous seul(e) qui jugez si vous avez mal et qui décidez (dans la mesure du possible) de vous administrer un supplément d'antalgique en vue de soulager la douleur.
- N'hésitez pas à appuyer sur le bouton-poussoir dès que la douleur se fait sentir. Il est préférable de ne pas attendre que la douleur soit trop intense car elle serait plus difficile à soulager.
- Sachez qu'il faudra quelques minutes pour que le produit agisse.
- Si les douleurs persistent, le traitement devra être réévalué ; n'hésitez pas à en parler à votre médecin ou infirmier(e).

ANNEXE 8 :

Echelle visuelle analogique



ANNEXE 9 :**Echelle de Rudkin**

Score	
1	Patient complètement éveillé et orienté
2	Patient somnolent
3	Patient avec les yeux fermés mais répondant à l'appel
4	Patient avec les yeux fermés mais répondant à une stimulation tactile légère, traction sur le lobe de l'oreille
5	Patient avec les yeux fermés et ne répondant pas à une stimulation tactile légère

ANNEXE 10 :

Carte du Douaisis

ANNEXE 11 :

Lettre d'information destinée aux médecins généralistes

Madame, Monsieur,

Je suis interne en Médecine Générale à la faculté de Médecine Henri Warembourg de Lille, en 5^e semestre. Je suis actuellement en stage dans l'Unité de Soins Palliatifs du centre hospitalier de Douai.

Je prépare ma thèse, raison pour laquelle je me permets de vous solliciter.

Mon projet de thèse a pour but d'évaluer l'utilisation des PCA de morphine par les médecins généralistes en ambulatoire chez les patients en phase palliative d'une pathologie évoluée.

Mon expérience est certes modeste, mais j'ai pu constater, durant mon stage, que les hospitalisations en USP pour prise en charge des douleurs étaient fréquentes. Ceci m'a amenée à me demander quelles étaient les difficultés en ambulatoire pour prendre en charge ces patients douloureux, dans le contexte particulier que sont les soins palliatifs, et, particulièrement, pour l'utilisation des PCA de morphine.

J'essaie de comprendre les difficultés rencontrées par les médecins généralistes, les recours dont ils disposent et les solutions qui pourraient être proposées.

Pour cela, vous trouverez un questionnaire joint à ce courrier, adressé à tous les médecins généralistes du Douaisis, ainsi qu'une enveloppe pour me retourner vos réponses. Je souhaiterais récupérer les questionnaires pour fin avril – mi mai.

Je comprends que votre emploi du temps soit plus que chargé, mais j'espère que vous trouverez quelques minutes pour remplir le questionnaire.

Je vous remercie à l'avance pour l'aide précieuse que vous pourrez m'apporter.

Dans l'attente de vos réponses.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

ANNEXE 12 :

Questionnaire adressé aux médecins généralistes du Douaisis

**SOINS PALLIATIFS ET
PCA DE MORPHINE EN AMBULATOIRE**

1/ Quelle est votre tranche d'âge ?

25 – 40,
40 – 55,
55 – 70

2/ Quel est votre secteur d'activité ?

urbain,
rural,
semi rural

3/ Combien de patients en phase palliative d'une maladie évolutive avez-vous, par an, dans votre patientèle ?

4a/ Avez-vous déjà été amenés à prescrire vous même une PCA de morphine pour un de vos patients ?

OUI NON

4b/ Si non, pour quelles raisons ?

Manque d'habitude,
Prescription généralement faite en milieu hospitalier et relayée par l'HAD,
Pas de nécessité,
Pas la forme antalgique de choix en ambulatoire,
Trop difficile à instaurer en ambulatoire ?

5/ Pour mettre en place une PCA de morphine, faites-vous appel :

Au réseau de soins palliatifs ?
À une USP ?
À une équipe de la douleur ?
À un prestataire de service ?
À un pharmacien référent pouvant fournir les morphiniques ?
À une pharmacie hospitalière ?
À un(e) IDE ?

6a/ Pour vos patients bénéficiant d'une antalgie par PCA de morphine, pensez-vous être le référent pour l'adaptation thérapeutique ?

OUI NON

6b/ Si non, vers qui vous orientez vous pour un suivi et une adaptation thérapeutique ?

Réseau de santé
Prestataire

IDE
Equipe Mobile de Soins Palliatifs

7/ Pour les patients pris en charge en HAD, restez-vous le référent pour l'adaptation des posologies de PCA ?

OUI NON

8/ Quelles sont vos relations avec les HAD ? (réponse libre)

9/ Avez-vous un contact facile avec les IDE prenant en charge vos patients au domicile ?

OUI NON

10/ Pensez vous que le binôme IDE/médecin soit fondamental pour la prise en charge des patients sous PCA ?

OUI NON

11/ Dans le cadre de la mise en place d'une PCA de morphine au domicile, quels moyens vous seraient utiles afin de gérer les difficultés inhérentes à cette voie d'administration ? (Dose, technique, effets secondaires, facilité d'obtention des présentations...)

Contact avec un référent de l'USP ?
Contact avec un référent du réseau ?
Contact avec un prestataire ?
Contact avec un pharmacien ?
Contact avec un(e) IDE formé(e) ?
Autre ? (réponse libre)

12/ Dans l'approche du patient en phase palliative, quels sont les éléments qui vous posent le plus de problèmes ?

Prise en charge antalgique ?
Prise en charge d'autres symptômes tels que vomissements, dyspnée, etc.... ?
Prise en charge psychologique ?
Contexte palliatif lui-même ?

13a/ L'intervention d'une EMSP en ambulatoire pour les patients connus d'une USP vous serait il utile ?

OUI NON

13b/ Si cela existait pensez-vous y faire appel ?

OUI NON

14/ Si mon questionnaire a suscité de la curiosité, seriez vous intéressés par la mise en place d'une FMC ?

OUI NON

ANNEXE 13 :

Tableaux de résultats*Questions 1, 2, 4a, 6a, 7, 8, 9, 10, 13a, 13b et 14 :*

Médecins	question 1	question 2	question 3	question 4a	question 6a	question 7	question 9	question 10	question 13a	question 13b	question 14
1	2	3	5 à 10	Non	Oui	Oui	Non	Oui	NC	NC	NC
2	2	3	NC	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	NC	Oui
3	2	1	5à10	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
4	1	1	4	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
5	3	1	10	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non
6	1	1	5	Non	NC	NC	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
7	3	3	2	Non	NC	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
8	2	2	2à4	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
9	2	1	1ou2	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
10	1	3	1à2	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
11	3	3	5	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	NC	NC	NC
12	3	3	1à2	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
13	3	3	5	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Abv	Abv	Non
14	2	3	4	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	NC	Oui
15	1	3	3	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Abv	Abv	Oui
16	2	1	5	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
17	2	2	5	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
18	2	3	4	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
19	2	1	1à2	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
20	3	3	6	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
21	2	1	1	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
22	2	3	5	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
23	1	1	4	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
24	3	1	10	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
25	2	1	5à10	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
26	3	1	0	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui
27	3	1	5	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
28	3	3	5à6	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
29	3	1	4	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
30	2	1	1à2	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
31	1	3	2	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
32	3	2	2	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
33	3	2	10	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
34	2	1	2à3	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
35	3	3	2	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
36	3	3	2	Non	NC	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
37	2	1	2	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non
38	2	1	8à10	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Abv	Abv	Non

39	2	1	4à5	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
40	3	3	1à3	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
41	2	3	4	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui
42	3	1	5	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
43	3	3	2ou3	Oui							
44	2	3	0à1	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Abv	Abv	Non
45	3	3	0	Non	NC						
46	3	3	0à2	Non	Oui	Oui	Oui	NC	Oui	Oui	Oui
47	3	3	2	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
48	2	1	5	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
49	3	3	1	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	NC	Non
50	3	3	2à3	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	NC	Non
51	3	2	2	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
52	3	3	4à6	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
53	2	1	5à10	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Abv	Abv	Non
54	2	3	1	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
55	3	3	2	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui
56	1	3	1	Non	Oui						
57	2	3	1à2	Non	Non	Non	Oui	Oui	NC	NC	NC
58	3	3	2à3	Non	NC	NC	Oui	Oui	Non	Non	Oui
59	3	1	1	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
60	2	3	2à8	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	NC	NC	Oui
61	2	1	2	Oui							
62	3	1	1à3	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
63	1	2	4	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
64	2	3	5	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
65	2	3	3à4	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
66	3	3	4	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
67	3	1	5à10	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
68	2	3	5à10	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
69	3	3	5	Non	NC	NC	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
70	2	1	1	Non	Non	NC	Oui	Oui	Abv	Abv	Oui
71	2	1	1à3	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
72	3	1	2à3	Non	Non	Non	Oui	NC	Oui	Oui	Non
73	2	1	4	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
74	3	1	5	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
75	1	1	5	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
76	2	1	1à2	Oui							
77	3	3	5	Oui							
78	1	3	2	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
79	2	1	2à3	Non	Non	Non	Oui	Oui	Abv	Abv	Non
80	1	3	3	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Abv	Abv	Non
81	3	3	2	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
82	2	1	5	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
83	1	2	10	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

84	2	3	3à10	Oui							
85	3	1	4à5	Oui	Non						
86	2	1	5	Non	Oui						

25-40 = 1	Urbain = 1
40-55 = 2	Rural = 2
55-70 = 3	Semi-rural = 3

NC = non concerné/pas de réponse

Abv = problème abréviations

Question 4b : 0 = réponse non choisie – 1 = réponse choisie

Médecins							Médecins							Médecins											
1	1	1	1	0	0		29	0	1	0	0	0		58	1	0	0	0	0	1					
2	0	0	0	0	0		30	0	0	0	0	0		59	0	1	1	0	0	0					
3	1	1	0	0	0		31	0	0	0	0	0		60	0	1	0	0	0	0					
4	0	1	0	0	0		32	1	1	0	0	1		61	0	0	0	0	0	0					
5	0	0	0	0	0		33	0	0	0	0	1		62	0	1	0	0	0	0					
6	1	1	0	1	0		34	0	1	0	0	1		63	0	1	0	1	0	0					
7	0	1	0	0	0		35	1	1	0	0	0		64	0	0	0	0	0	0					
8	0	0	0	0	0		36	1	1	0	0	0		65	0	1	0	0	0	1					
9	1	1	0	0	0		37	1	1	0	0	1		66	0	0	0	0	0	1					
10	1	1	0	1	1		38	0	0	0	0	0		67	1	1	0	1	1	0					
11	0	0	0	0	0		39	1	1	0	0	1		68	0	1	0	1	0	0					
12	1	1	0	0	0		40	1	1	0	0	1		69	1	1	0	0	0	1					
13	1	1	0	0	0		41	1	0	0	0	1		70	1	0	1	0	0	0					
14	0	0	1	0	0		42	1	1	0	0	0		71	1	1	0	0	0	1					
15	1	1	0	0	0		43	0	0	0	0	0		72	0	1	0	1	0	0					
16	0	1	0	0	0		44	0	0	0	0	0		73	1	1	0	0	0	1					
17	0	1	0	0	0		45	0	0	1	0	0		74	1	1	0	0	0	0					
18	0	0	0	0	1		46	0	1	1	0	0		75	0	1	1	0	0	0					
19	1	1	0	0	0		47	0	1	0	0	0		76	0	0	0	0	0	0					
20	0	0	0	0	0		48	0	1	0	0	0		77	0	0	0	0	0	0					
21	0	1	0	0	0		49	0	0	0	0	0		78	0	1	0	0	0	0					
22	0	0	0	0	0		50	1	0	0	1	1		79	1	1	0	1	0	0					
23	0	0	1	0	0		51	0	1	0	0	0		80	0	0	0	0	0	0					
24	0	0	0	0	0		52	0	1	0	0	0		81	0	0	1	0	0	0					
25	0	0	1	0	1		53	0	0	0	0	0		82	0	0	0	0	0	0					
26	0	0	0	0	1		54	1	1	0	1	1		83	0	1	0	1	0	0					
27	1	1	0	0	1		55	0	0	0	0	0		84	0	0	0	0	0	0					
28	0	0	0	0	0		56	0	0	1	0	0		85	0	0	0	0	0	0					
							57	0	1	0	0	0		86	1	1	0	0	0	0					

Question 5 : 0 = réponse non choisie – 1 = réponse choisie

Médecins							
1	0	0	1	1	1	0	0
2	0	0	0	1	1	0	1
3	0	0	0	0	0	0	1
4	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	1	1	0	0
6	0	1	0	0	0	0	0
7	1	0	0	1	0	0	0
8	0	0	0	0	1	0	1
9	0	0	1	0	0	0	0
10	1	0	0	0	0	0	0
11	1	0	0	0	0	0	0
12	1	1	0	0	0	0	0
13	1	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	1
15	0	1	0	0	0	0	0
16	0	0	0	1	0	0	0
17	0	1	0	0	0	0	0
18	1	0	0	0	0	0	0
19	1	1	1	0	0	0	0
20	1	0	0	0	0	0	1
21	1	0	0	0	0	0	0
22	0	0	1	0	0	0	0
23	0	0	0	1	0	0	0
24	1	0	1	0	0	0	0
25	1	0	0	0	0	0	0
26	1	1	0	0	0	0	0
27	0	0	0	0	0	0	0
28	1	0	0	0	0	0	0
Médecins							
29	1	0	0	0	0	0	0
30	1	0	0	0	0	0	0
31	1	0	1	0	1	0	1
32	1	0	1	0	0	0	1
33	1	0	0	0	0	0	1
34	1	1	0	0	0	0	0
35	1	0	0	1	0	0	0
36	0	0	0	0	0	0	0
37	0	0	0	0	0	0	0
38	0	0	0	1	0	1	1
39	1	0	0	0	0	0	0
40	1	0	0	0	0	0	0
41	0	0	0	0	0	0	1
42	1	0	0	0	0	0	0
43	0	0	0	1	1	0	0
44	1	0	0	0	0	0	0
45	0	0	0	0	0	0	0
46	0	0	0	0	0	0	0
47	1	0	0	0	0	0	0
48	1	0	0	0	0	0	0
49	0	0	0	0	0	0	0
50	1	0	0	0	0	0	0
51	0	0	0	1	0	0	1
52	0	1	0	0	0	0	0
53	1	1	1	0	0	0	1
54	0	0	0	0	0	0	0
55	1	1	0	1	0	0	0
56	0	0	0	1	1	0	1
57	1	0	0	0	0	0	0
Médecins							
58	0	0	0	0	0	0	0
59	1	0	1	0	0	0	0
60	1	0	0	0	0	0	0
61	1	0	0	0	0	0	0
62	1	0	0	0	0	0	0
63	1	1	0	0	0	0	0
64	0	0	0	0	0	0	1
65	0	1	0	0	0	0	0
66	1	1	0	0	0	0	0
67	1	1	1	0	0	0	0
68	0	0	0	0	0	0	0
69	1	0	0	0	0	0	0
70	0	0	0	0	0	0	0
71	1	0	1	0	0	0	0
72	0	1	0	0	0	0	0
73	0	0	0	0	0	0	0
74	1	1	0	0	0	0	0
75	1	0	0	0	0	0	0
76	1	1	0	0	1	0	1
77	1	0	0	0	0	0	1
78	0	0	1	0	0	0	0
79	0	0	0	0	0	0	0
80	1	1	0	0	0	0	0
81	0	0	0	0	0	0	0
82	1	0	1	0	1	0	1
83	0	1	0	0	0	0	0
84	1	0	1	1	0	0	1
85	0	0	0	0	0	0	0
86	1	0	1	0	0	0	0

Question 6b : 0 = réponse non choisie – 1 = réponse choisie

Médecins					
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	1	0
7	0	0	0	1	0
8	0	0	0	0	0
9	0	0	0	1	1
10	0	0	0	1	0
11	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0
16	1	0	0	0	0
17	0	0	0	1	0
18	0	0	0	0	1
19	0	0	0	0	1
20	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0
22	0	0	0	0	0
23	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0
25	0	0	0	1	0
26	0	0	0	1	1
27	0	0	0	1	0
28	0	0	0	0	0
Médecins					
29	0	0	0	1	0
30	0	0	0	0	0
31	0	0	0	0	0
32	0	0	1	1	0
33	0	0	0	0	1
34	0	0	0	1	1
35	0	0	0	1	0
36	0	0	0	0	0
37	0	0	0	1	1
38	0	0	0	0	0
39	0	0	0	1	0
40	0	0	0	1	0
41	0	0	0	1	0
42	1	0	0	1	0
43	0	0	0	0	0
44	0	0	0	0	0
45	0	0	0	0	0
46	0	0	0	0	0
47	0	0	0	0	1
48	0	0	0	1	0
49	0	0	0	0	0
50	0	0	0	1	0
51	0	0	1	0	0
52	0	0	0	0	1
53	0	0	0	0	0
54	0	0	0	1	0
55	1	0	0	0	1
56	0	0	0	0	0
57	0	0	0	1	0
Médecins					
58	0	0	0	0	0
59	0	0	0	1	1
60	0	0	0	0	0
61	0	0	0	0	0
62	0	0	0	1	0
63	0	0	0	1	0
64	0	0	0	0	0
65	0	0	0	0	0
66	0	0	1	1	1
67	0	0	0	1	1
68	0	0	0	0	0
69	0	0	0	0	0
70	0	0	0	0	1
71	0	0	0	1	0
72	0	0	0	1	1
73	0	0	0	1	0
74	0	0	0	1	1
75	0	0	0	1	0
76	0	0	0	1	1
77	0	0	0	0	0
78	0	0	0	0	1
79	0	0	0	0	1
80	0	0	0	1	1
81	0	0	0	1	0
82	0	0	0	1	0
83	0	0	0	1	1
84	0	0	1	0	0
85	0	0	0	0	0
86	0	0	0	0	0

Question 11 : 0 = réponse non choisie – 1 = réponse choisie

Médecins							Médecins						Médecins					
1	1	0	0	0	0	0	29	1	0	0	0	0	58	0	0	0	0	1
2	0	0	0	0	1	1	30	0	1	0	0	0	59	1	1	0	0	1
3	0	0	0	0	0	1	31	0	1	0	1	1	60	0	0	0	0	1
4	1	1	0	1	1	1	32	0	1	0	1	1	61	1	1	0	0	0
5	1	1	1	1	1	1	33	0	1	1	0	1	62	1	0	0	0	0
6	1	0	0	0	0	1	34	1	1	0	1	1	63	1	1	1	1	1
7	1	0	0	0	0	0	35	1	1	0	0	0	64	1	0	0	0	0
8	0	1	0	1	1	1	36	0	1	0	0	0	65	1	0	0	0	0
9	1	0	0	0	0	1	37	1	0	0	0	1	66	1	1	0	0	1
10	1	1	0	0	0	0	38	0	0	0	0	0	67	1	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	39	1	1	0	0	1	68	1	0	0	0	1
12	1	1	0	0	0	0	40	1	0	0	0	0	69	1	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	1	41	0	0	0	1	1	70	1	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	1	42	1	1	0	0	0	71	1	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	1	43	1	0	0	0	0	72	1	0	0	0	0
16	0	0	1	0	0	0	44	0	0	0	0	0	73	1	1	0	0	0
17	0	0	0	0	0	1	45	0	0	0	0	0	74	1	1	0	0	1
18	1	0	1	0	0	0	46	1	0	0	0	1	75	0	1	0	0	0
19	1	1	0	0	0	1	47	1	0	0	0	0	76	0	0	0	0	0
20	1	1	0	0	0	1	48	1	0	0	0	0	77	1	0	0	0	0
21	1	0	0	0	0	0	49	0	0	0	0	0	78	1	0	0	0	1
22	1	0	0	0	0	0	50	1	0	0	0	0	79	1	0	0	1	1
23	0	0	0	0	0	1	51	0	0	1	0	1	80	1	1	1	1	1
24	1	1	0	0	0	0	52	1	0	0	0	0	81	0	0	0	0	1
25	0	0	0	0	0	0	53	1	1	0	0	1	82	0	1	0	0	1
26	1	1	0	0	0	0	54	1	1	0	0	0	83	1	1	0	0	0
27	1	1	1	1	1	1	55	1	1	1	1	1	84	1	1	1	1	1
28	1	0	0	0	0	0	56	0	0	0	0	0	85	0	0	0	0	1
							57	0	0	0	0	0	86	1	1	0	0	1

Question 12 : 0 = réponse non choisie – 1 = réponse choisie

Médecins					Médecins					Médecins				
1	0	1	0	0	29	0	0	0	1	58	0	0	0	0
2	0	0	0	0	30	0	0	1	0	59	1	1	1	0
3	0	0	0	1	31	0	0	1	0	60	1	1	0	0
4	0	1	0	0	32	1	1	1	1	61	1	1	1	0
5	0	1	1	0	33	0	0	1	0	62	0	0	0	1
6	1	0	1	0	34	0	0	1	0	63	1	0	1	0
7	0	0	0	1	35	0	1	0	0	64	0	0	1	0
8	0	1	0	0	36	0	1	1	0	65	1	0	0	0
9	0	0	1	0	37	1	1	1	1	66	0	0	0	0
10	0	0	0	1	38	0	1	0	0	67	1	1	1	1
11	0	0	0	0	39	1	1	0	0	68	1	0	0	1
12	0	0	0	1	40	1	1	0	0	69	1	0	1	0
13	0	0	0	1	41	1	0	1	0	70	0	0	1	0
14	0	0	0	0	42	1	0	1	0	71	0	1	1	0
15	0	1	0	0	43	0	0	0	1	72	0	0	0	1
16	0	1	1	1	44	0	0	1	0	73	0	0	0	1
17	0	1	1	0	45	0	0	0	0	74	1	0	1	0
18	0	0	1	0	46	0	0	0	1	75	0	0	0	0
19	1	1	1	1	47	0	0	0	1	76	0	1	1	0
20	0	0	1	1	48	0	1	0	0	77	0	1	1	0
21	0	1	0	0	49	0	0	0	0	78	1	0	0	0
22	1	0	1	0	50	0	1	1	1	79	0	0	0	1
23	0	1	1	0	51	0	1	0	0	80	0	0	1	1
24	1	1	1	1	52	0	0	0	1	81	0	0	0	0
25	1	0	0	0	53	0	0	0	0	82	1	0	0	1
26	1	1	1	0	54	1	0	0	0	83	0	1	0	1
27	0	0	1	0	55	0	0	1	0	84	0	0	0	1
28	0	0	1	0	56	0	0	0	0	85	1	1	1	0
					57	0	0	0	0	86	0	0	1	1

ANNEXE 14 :

Liste des figures

Figure 1 - Médecins généralistes du Douaisis et motifs de non prescription de la PCA de morphine

Figure 2 - Modalités de mise en place de la PCA de morphine - comparaison des groupes "médecins ayant déjà prescrit une PCA de morphine" et "médecins n'ayant jamais prescrit de PCA de morphine" ($p = 0,0039$)

Figure 3 - Notion de médecin référent quand une PCA de morphine est en place - comparaison des groupes "médecins ayant déjà prescrit une PCA de morphine" et "médecins n'ayant jamais prescrit de PCA de morphine" ($p < 0,0001$)

Figure 4 - Recours pour l'adaptation de la PCA et le suivi des patients - comparaison des groupes "médecins ayant déjà prescrit une PCA de morphine" et "médecins n'ayant jamais prescrit de PCA de morphine" ($p = 0,0018$)

Figure 5 - Notion de médecin référent quand une HAD est en place - comparaison des groupes "médecins ayant déjà prescrit une PCA" et "médecins n'ayant jamais prescrit de PCA" ($p < 0,0001$)

Figure 6 - Contacts utiles pour mettre en place et gérer la PCA - comparaison des groupes "médecins généralistes ayant déjà prescrit une PCA" et "médecins généralistes n'ayant jamais prescrit de PCA" ($p = 0,1037$)

Figure 7 - Intérêt pour une formation médicale continue - comparaison des groupes "médecins généralistes ayant déjà prescrit une PCA de morphine" et "médecins généralistes n'ayant jamais prescrit de PCA de morphine"

Figure 8 - Difficultés dans la prise en charge des patients palliatifs en ambulatoire - comparaison des groupes "médecins ayant déjà prescrit une PCA de morphine" et "médecins n'ayant jamais prescrit de PCA de morphine" ($p = 0,2010$)

ANNEXE 15 :

Liste des tableaux

Tableau 1 - Description de la population de médecins généralistes répondeurs

Tableau 2 - Médecins généralistes et IDE

Tableau 3 - Intervention d'une EMSP de l'hôpital en ambulatoire

