



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
Année : 2016

**La prescription de morphiniques de palier 3 par le médecin généraliste chez les plus de 75ans dans le Nord-Pas-De-Calais.
Quels sont en pratique les facteurs favorisant la prise de décision ?**

Présentée et soutenue publiquement le 24/10/2016 à 18h00
au Pôle Formation de la faculté
Par Antoine POUARD

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Serge BLOND

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Christian NOEL

Monsieur le Professeur Éric BOULANGER

Monsieur le Professeur Marcel-Louis VIALLARD

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Gilles ROESCH

Avertissement

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans
les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

LISTE DES ABREVIATIONS

- AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- AVC : Accident vasculaire cérébral
- DREES : La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- EVA : Echelle visuelle analogique
- HAD : Hospitalisation au domicile
- HAS : Haute autorité de santé
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- SFETD : Société française d'étude et de traitement de la douleur
- SFR : Société française de rhumatologie

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES ABREVIATIONS	6
TABLE DES MATIERES	7
RESUME.....	11
INTRODUCTION	12
La douleur chez la personne âgée	12
A propos de la morphine	14
A/ Anamnèse	14
B/ Rappel pharmacologique.....	15
1/ Pharmacocinétique.....	15
2/ Pharmacodynamie :	16
3/ Les modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques chez les personnes âgées :	16
Matériels et méthodes.....	19
Le choix du type d'étude et du recueil de données	19
Recrutement.....	19
Déroulement des entretiens	20
L'analyse des données.....	21
Résultats et Analyse	22
Les entretiens :.....	22
La douleur chez la personne âgée :	22
A/ Le questionnaire sur la douleur en tant qu'acte systématique au cours de la consultation :.....	22
1/ Le questionnaire systématique :.....	22
2/ Le questionnaire non systématique :.....	23
3/ Le questionnaire sur la douleur dépend du motif de la consultation :.....	23
B/ Les spécificités de la personne âgée :.....	24
1/ La fréquence de la plainte douloureuse	24
2/ Le patient âgé moins sensible à la douleur :	24
3/ L'augmentation de la part de personne âgée dans la patientèle :.....	24
4/ La polypathologie chez le patient âgé :	25
5/ La polymédication chez le patient âgé :	25
6/ La personne âgée : un patient comme les autres.....	26
C/ L'apport de l'EVA dans l'examen clinique de la personne âgée :	26
D/ Prise en charge spécifique chez les patients peu ou pas communicatifs du fait de troubles de cognition ou de langage :.....	27

1/	Les spécificités de l'examen clinique chez la personne non communicante :	27
2/	L'apport d'une bonne connaissance de sa patientèle :	27
3/	L'utilisation des échelles non verbales :	28
4/	L'apport de l'entourage dans l'évaluation de la douleur chez le patient non communicant.	28
E/	Existe-t-il une douleur « acceptable » chez la personne âgée ?.....	28
1/	La douleur peut éventuellement être acceptable :	28
2/	La douleur n'est jamais acceptable :	29
3/	L'acceptabilité de la douleur dépend du ressenti du patient :	29
4/	L'acceptabilité de la douleur dépend aussi du ressenti du médecin :	30
	Les morphiniques chez la personne âgée :	31
A/	Les principales pathologies ciblées :	31
1/	Les pathologies oncologiques :	31
2/	Les pathologies d'orientation rhumatologiques :	31
3/	Dans les ulcères :	33
4/	Dans les neuropathies :	33
5/	Avant un soin qui s'annonce douloureux :	33
B/	Les principaux freins à la prescription de morphinique chez le patient âgé :	34
1/	La défiance des intervenants vis-à-vis du traitement :	34
2/	La crainte des effets secondaires et du risque de dépendance :	36
3/	Le déficit d'entourage :	37
C/	Les modalités de prescription des morphiniques :	38
1/	L'initiation d'un traitement antalgique non morphinique :	38
2/	L'initiation d'un traitement antalgique morphinique :	39
3/	Les spécificités du patient âgé dans l'introduction d'un traitement morphinique : ..	40
4/	Les galéniques de préférence des médecins généralistes chez le patient âgé :	41
5/	L'initiation d'un traitement antalgique morphinique en première intention :	42
6/	L'importance de la réévaluation après l'initiation d'un traitement antalgique :	43
D/	Les facteurs favorisant la prescription de morphiniques chez la personne âgée :	43
1/	Le maintien de la qualité de vie pour le patient :	43
2/	L'intensité de la douleur :	44
3/	Introduction d'un traitement antalgique morphinique à la demande du spécialiste : 45	
4/	Introduction d'un traitement antalgique morphinique à la demande du patient :	46
5/	Introduction d'un traitement morphinique en prévision d'un geste douloureux :	46
6/	L'introduction d'un traitement antalgique morphinique facilitée par un bon état général de base du patient :	47
7/	La morphine est fréquemment introduite dans la fin de vie :	47

8/	La morphine est fréquemment introduite dans la prise en charge palliative :.....	48
E/	Les bénéfices de la prescription de morphiniques par le médecin généraliste :.....	48
1/	Un allègement thérapeutique :.....	48
2/	La stabilité de l'effet antalgique sur le long terme :.....	49
3/	La flexibilité des morphiniques du fait des différentes galéniques :.....	49
4/	La variabilité interindividuelle moindre des morphiniques en comparaison aux antalgiques de palier 2 :.....	50
5/	Les morphiniques peuvent permettre un reconditionnement à l'effort chez la personne âgée :.....	51
6/	Les morphiniques perçues comme faiblement pourvoyeurs d'effets secondaires :.....	51
7/	Les divers outils d'aide la prescription :.....	52
8/	La facilité de prescription comparativement aux anciennes méthodes :.....	52
	L'influence de l'entourage dans l'utilisation des morphiniques chez la personne âgée :.....	54
A/	L'influence de l'entourage familial :.....	54
1/	L'entourage familial en tant qu'informateur :.....	54
2/	L'entourage familial en tant que demandeur :.....	54
3/	L'entourage familial comme facilitateur :.....	55
B/	L'influence de l'entourage soignant :.....	56
1/	L'entourage soignant en tant qu'informateur :.....	56
2/	L'entourage soignant en tant que demandeur :.....	56
3/	L'entourage soignant en tant que facilitateur :.....	57
	L'utilisation des réseaux de soins et centres antidouleur dans l'utilisation des morphiniques chez la personne âgée :.....	58
A/	Quels sont les partenaires ?.....	58
1/	Les équipes et réseaux de soins palliatifs.....	58
2/	Les centres antidouleur hospitaliers :.....	58
B/	Les freins évoqués par les médecins généralistes dans le travail avec les réseaux hospitaliers :.....	59
1/	Les délais de rendez-vous et le manque de mobilité de la personne âgée :.....	59
2/	Le manque de confiance envers les centres hospitaliers :.....	59
C/	Les apports des centres antidouleur dans la prescription de morphiniques :.....	60
1/	Un apport de connaissance :.....	60
2/	Une aide à l'initiation d'un traitement morphinique :.....	60
3/	L'apport du travail en équipe :.....	60
	L'importance de la formation dans la prescription de morphiniques chez la personne âgée :.....	62
A/	La formation initiale des médecins généralistes concernant la douleur et les moyens de la soulager :.....	62
1/	L'évolution de la formation initiale :.....	62
2/	L'inégalité de la formation initiale selon les médecins :.....	62

B/ La formation continue des médecins généralistes concernant la douleur et les moyens de la soulager	63
1/ Les moyens de formation continue :.....	63
2/ Les apports de la formation continue :	64
3/ La demande de formation continue :.....	64
DISCUSSION.....	66
Discussion de l'étude qualitative :	66
A/ Discussion de l'étude :.....	66
1/ Discussion du mode de recueil :.....	66
2/ Discussion de l'échantillon	67
B/ Discussion des limites de l'étude :.....	67
1/ Biais de recrutement :	67
2/ Biais de mémoire :.....	67
3/ Limite de l'étude de type qualitatif :.....	68
4/ Absence de triangulation de l'analyse des verbatim :.....	68
Discussion des résultats :.....	69
A/ Certaines pathologies favorisent l'usage des morphiniques :.....	69
B/ Le maintien de la qualité de vie du patient, sa demande de soulagement et le positionnement du médecin face à la douleur :.....	72
C/ L'apport pharmacologique des morphiniques :.....	74
D/ L'apport de l'entourage dans la prescription de morphiniques :.....	76
E/ Les aides à l'utilisation des morphiniques : les échelles d'évaluation, la prescription simplifiée, la formation continue et le travail en réseau.....	77
F/ L'apport des connaissances universitaires dans la prescription de morphiniques :.....	80
G/ Les freins à la prescription de morphiniques : des pistes d'amélioration potentielles :	81
CONCLUSION	83
Références bibliographiques.....	85
ANNEXES I : Fiche d'entretien	89

RESUME

Contexte : La douleur chez la personne âgée est un motif fréquent de consultation chez le médecin généraliste. Elle est trop souvent mal soulagée par peur de l'utilisation des morphiniques dans cette population. L'objectif de cette étude est de mettre en avant les déterminants de la prescription de morphiniques chez la personne âgée par le médecin généraliste dans le Nord-Pas-de-Calais afin de permettre une meilleure prise en charge de la douleur au quotidien.

Méthode : Nous avons mené une étude de type qualitatif auprès de médecins généralistes installés dans le Nord et le Pas-de-Calais, en procédant à des entretiens individuels semi-directifs en vis-à-vis basés sur une fiche d'entretien évolutive. Onze médecins ont été interrogés avant d'atteindre la saturation de données.

Résultats : L'étude a permis de mettre en avant de nombreux déterminants de la prescription de morphiniques chez la personne âgée : le type de pathologie concerné, le maintien de la qualité de vie du patient, ses demandes, le positionnement du médecin face à la douleur. La prescription de morphiniques est également favorisée par la flexibilité des différentes molécules et galéniques, leur efficacité, la reproductibilité de leurs effets, le peu d'effets secondaires constatés. Nous avons aussi constaté l'apport de l'entourage en tant qu'informateur et facilitateur. Il existe des nombreuses aides à l'utilisation des morphiniques : les échelles d'évaluation, la prescription simple, la formation continue et le travail en réseau. Des pistes d'amélioration ont également été mises en évidence : une meilleure connaissance des stratégies de prescription, une meilleure information des patients en ce qui concerne les morphiniques, le développement des relations confraternelles.

Conclusion : Les facteurs favorisant la prescription de morphiniques sont nombreux mais il existe peu de recommandations spécifiques concernant la personne âgée. Ces données pourraient servir de base à la réalisation d'un fascicule d'aide à la prescription de morphiniques.

INTRODUCTION

La douleur chez la personne âgée

La définition de la douleur selon la SFETD consiste en « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes » (1).

En 2016, la population âgée de 65 ans et plus compte 12270036 personnes, dont 5240604 hommes et 7029432 femmes, soit 19% de la population pour 14% en 1991 (2).

Plus de 45% des personnes âgées souffrent de douleurs aiguës ou chroniques (3). En fin de vie, la prévalence de la douleur peut atteindre 80 % (4).

En France, un patient douloureux consulte en moyenne dix fois son généraliste et quatre fois un spécialiste d'organe en moyenne par an (5).

Le médecin traitant est donc le premier acteur et le premier maillon de la chaîne de soins pour cette partie importante de la population.

La population âgée présente de nombreuses spécificités. Les personnes âgées sont bien souvent polypathologiques. On définit la polypathologie par « la cooccurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période » (6). Selon l'HAS on évalue à 93% de la population de plus de 75 ans la prévalence de la polypathologie (7). Il en résulte une polymédication et donc un risque iatrogène. Les antalgiques représentent une part importante de cette polymédication, trois des cinq premiers médicaments achetés sont en effet des antalgiques (8). Le patient âgé souffre également de nombreuses insuffisances d'organes exposant à des risques d'effets secondaires élevés. La population âgée est à risque de mésestimation et de prise en charge insuffisante de la douleur (9). Enfin, la sénescence de la perception de la douleur est régulièrement évoquée concernant la population âgée, pourtant cette idée est plutôt invalidée par

la plupart des études expérimentales. (10).

L'étude « survey of chronic pain in Europe » précise que 75 millions de personnes en Europe sont victimes de douleurs chroniques, dont 7 millions en France. La majorité d'entre elles sont prises en charge par des médecins généralistes. Un tiers ne reçoit aucun traitement et 4% seulement reçoivent des morphiniques. L'étude confirme donc une sous-prescription des morphiniques (11).

Plusieurs études évoquent spécifiquement la sous-prescription des morphiniques chez le patient âgé (12) entraînant une médiocre prise en charge de la douleur dans cette population (13).

Dans les cahiers de gérontologie de 2013, Pickering décrit que 45 à 80% des personnes de plus de 65 ans présentent une douleur qui demeure sous-traitée (14).

On doit donc porter une attention toute particulière au choix des thérapeutiques liées à la prise en charge de la douleur. Cet état de fait met en exergue l'importance de la responsabilité du médecin traitant en tant que coordonnateur des traitements et des soins comme le rappelle l'arbre de la « world family doctors caring for people » (15).

C'est pourquoi, dans le travail qui va suivre, nous allons mettre en avant les déterminants de la prescription de morphiniques chez le patient âgé par le médecin généraliste en nous basant sur la pratique au quotidien de ces derniers.

A propos de la morphine

A/ Anamnèse

Il y a 5000 ans, les Sumériens connaissaient déjà les opiacés. Une inscription datant de 1200 avant Jésus-Christ sous Ramses II indiquait que l'opium permettait de calmer « les enfants qui crient trop fort ». Avec le temps, les indications se sont précisées et au Moyen-Age, les opiacés étaient utilisés contre les maux de tête, l'insomnie, les douleurs, la diarrhée, la toux, la fièvre et la dysenterie.

La morphine est isolée en 1805 par F.W. Sertürner mais sa structure ne sera élucidée par les chimistes que dans les années 1920. L'étude se poursuit alors avec la découverte des récepteurs à la morphine (1971) et leur clonage (1996).

La douleur est décrite par le Dr Lorin comme la « Compagne de l'Homme depuis l'origine, la douleur traverse l'histoire de la médecine comme sa bande-son bruyante ».

Il faudra attendre Ambroise Paré (« La première intention d'un chirurgien doit être d'apaiser la douleur ») puis la création en 1961 du premier centre de la douleur, le Washington University Multidisciplinary Pain Center pour voir la douleur étudiée dans toutes ses composantes.

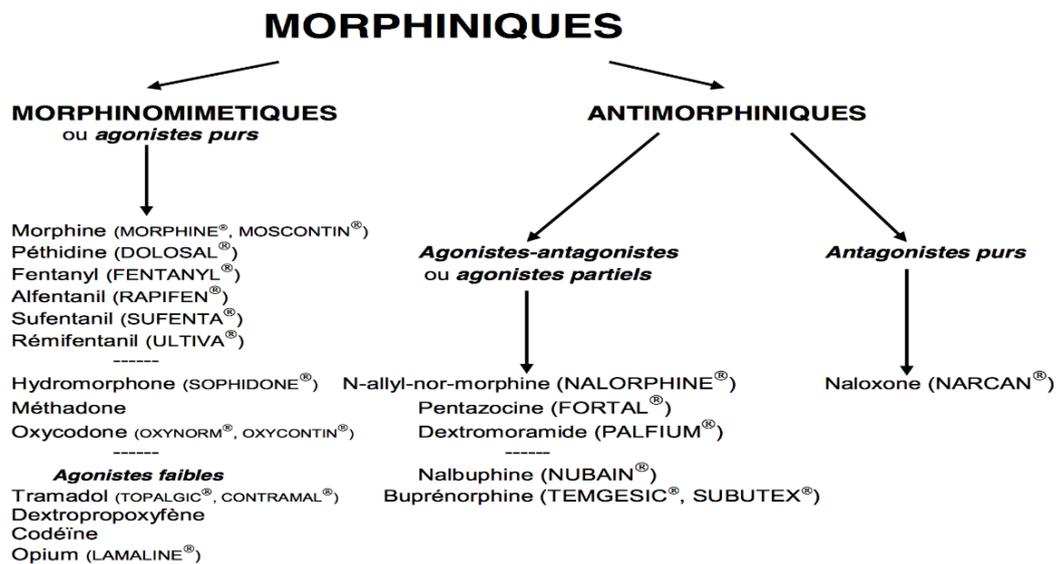
Au fil des années, on apprend à connaître les nombreux effets de la morphine à la fois stimulants et dépresseurs, à trouver la « bonne dose », tout en évitant les complications, c'est la titration. Les indications de la morphine s'élargissent par la suite aux patients « à risque », du prématuré aux personnes très âgées et son usage sort de l'hôpital pour rejoindre le patient à son domicile.

B/ Rappel pharmacologique

1/ Pharmacocinétique

Les morphiniques sont de deux types : les agonistes purs ou morphinomimétiques et les agonistes antagonistes. Ils présentent de nombreuses différences en particulier sur la relation dose-effet et l'antagonisation par les agonistes antagonistes.

Ces différences vont impliquer des indications et des utilisations très différentes.



Les morphiniques agissent par des récepteurs spécifiques dont les principaux types sont : μ , δ , κ , σ . Ce sont essentiellement les récepteurs μ qui sont responsables des effets cliniques des morphiniques. Ces récepteurs sont situés à 3 niveaux : au niveau périphérique sur les terminaisons libres, au niveau de la moelle (corne dorsale) et au niveau cérébral (noyaux gris centraux et plancher du IV Ventricule). Il existe également d'autres localisations au niveau du tube digestif, de la médullo-surrénale, des poumons, du foie, du cœur, des vaisseaux, des tissus sous-cutanés, des lymphocytes T et des chémorécepteurs carotidiens.

- Les agonistes purs ont une activité intrinsèque de 1, ils activent tous les récepteurs auxquels ils

se fixent et entraînent une analgésie illimitée avec l'augmentation des doses.

Ils ont les mêmes propriétés pharmacologiques dose-dépendantes pour l'analgésie et les effets indésirables.

- Les agonistes partiels possèdent une activité intrinsèque entre 0 et 1, tous les récepteurs occupés ne sont pas activés, il existe donc un effet plafond. Les agonistes partiels déplacent les agonistes purs et limitent leurs effets.
- Les agonistes/antagonistes possèdent une activité intrinsèque entre 0 et 1, ils activent partiellement les récepteurs κ et occupent mais n'activent pas les récepteurs μ . Il existe également un effet plafond.
- Les antagonistes purs antagonisent les récepteurs μ et κ avec une activité intrinsèque nulle, c'est une occupation des récepteurs sans activation. Il existe une affinité compétitive de l'agoniste et de l'antagoniste sur le récepteur.

2/ Pharmacodynamie :

La morphine possède des effets inhibiteurs et excitateurs, l'effet inhibiteur est responsable de l'analgésie, de la dépression respiratoire et de la somnolence. L'effet excitateur est responsable du myosis, des nausées et vomissements et de l'effet sur le système limbique.

3/ Les modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques chez les personnes âgées :

Le vieillissement peut s'accompagner de modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques d'importance variable selon les thérapeutiques. Les changements physiologiques liés au vieillissement peuvent entraîner des modifications de la pharmacocinétique même chez les patients ne présentant aucune pathologie.

Les modifications pharmacocinétiques concernent l'absorption, la distribution, le métabolisme et

l'excrétion des médicaments (16).

a) L'absorption :

L'absorption des médicaments est peu modifiée chez le sujet âgé dont la muqueuse gastrique n'est pas altérée (17). En général, elle est ralentie par plusieurs phénomènes qui s'associent. Le pH gastrique augmente et peut entraîner une modification de la dissolution de la forme galénique. La vidange gastrique et la motilité intestinale diminuent en fonction de l'âge. Le changement pharmacocinétique se situe plutôt au niveau de la vitesse d'absorption que de la quantité absorbée.

Ce ralentissement de l'absorption peut être aggravé par une gastrite atrophique, une pullulation microbienne par IPP, l'huile de paraffine, des pansements gastriques et le calcium (16).

b) Distribution

Le volume dans lequel le médicament va se répartir peut être modifié pour plusieurs raisons. Parmi les plus importantes, on note une augmentation de la masse grasse au détriment de la masse musculaire, une diminution de l'eau corporelle totale et une modification de la liaison aux protéines plasmatiques (16).

L'augmentation de la masse grasseuse au détriment de la masse musculaire entraîne une augmentation du volume de distribution des molécules lipophiles et une diminution du volume de distribution des molécules hydrophiles (18).

Le pourcentage de liaison d'un médicament aux protéines plasmatiques est un facteur déterminant dans l'intensité de son action pharmacologique. En effet, seule la concentration libre se répartie dans les tissus principalement par un phénomène de diffusion passive, elle est donc la seule forme active.

En conséquence, la diminution de l'albuminémie en relation avec une dénutrition chronique fréquente chez le sujet âgé entraîne une augmentation de la fraction libre des médicaments et de

leur possible toxicité.

c) Métabolisation

Certains médicaments sont métabolisés de façon importante par le foie. En fonction de l'âge, on observe une diminution de la masse hépatique, du flux sanguin hépatique et du pouvoir métabolique hépatique.

Le métabolisme hépatique diminue d'environ 30 % après 70 ans (19). Les médicaments les plus concernés sont ceux dont la clairance hépatique intrinsèque est élevée, comme la morphine.

Les processus d'oxydation, réduction et hydrolyse sont diminués alors que les réactions de conjugaison ne sont pas altérées. Selon le type de biotransformation du médicament, il sera ou ne sera pas diminué. Le paracétamol, par exemple, est conjugué par glucuroconjugaison et sulfoconjugaison et aucun changement n'est observé avec l'âge (20).

d) Élimination

Tous les composés hydrosolubles sont éliminés par voie rénale, c'est-à-dire la molécule parent et les métabolites. En dehors de toute pathologie spécifique, une diminution de la filtration glomérulaire en fonction de l'âge est normale (21). On observe aussi une perte de la fonction tubulaire et une diminution de la capacité de réabsorption. La mesure de la clairance de la créatinine est indispensable. C'est sur ce paramètre que l'on adaptera les posologies.

Avant d'administrer un médicament à une personne âgée, il est important de connaître l'état de vieillissement du patient et le comportement pharmacocinétique et métabolique du médicament pour pouvoir adapter la posologie (22). Ces données permettent de définir la dose et l'intervalle entre les prises de façon à minimiser le risque de toxicité.

Matériels et méthodes

Le choix du type d'étude et du recueil de données

Le choix a été fait d'une étude de type qualitatif. La recherche qualitative est particulièrement adaptée à la médecine générale car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins (23).

Afin d'explorer et de décrire les facteurs favorisant la prescription de morphiniques chez la personne âgée, nous avons procédé à des entretiens avec des médecins généralistes. L'objectif étant d'explorer leurs ressentis ainsi que leurs comportements.

Le choix de recueil de données s'est porté sur des entretiens individuels semi-directifs en face à face. Une fiche d'entretien (annexe 1) a été réalisée auparavant avec mon directeur de thèse. Les questions ne sont pas obligatoirement posées dans le même ordre, l'objectif étant d'obtenir la plus grande fluidité au cours de l'entretien.

Les questions ont pour but de couvrir un large champ de la pratique du médecin généraliste avec plusieurs relances afin d'affiner les réponses et d'aider à la réflexion du médecin interrogé.

Le Correspondant Informatique et Liberté a donné son accord pour la réalisation de cette étude le 21 mai 2016.

Recrutement

Du fait de la recherche qualitative, l'échantillon de la population ne vise pas une représentativité statistique, mais la diversité du vécu, des expériences et des profils (24).

Le recrutement a été fait en recherche de variation maximale sur les critères d'âge, de sexe, de lieu, de formation et de durée d'installation dans le but d'obtenir un échantillon pertinent.

Le nombre d'entretiens n'était pas initialement connu. La saturation des données a été obtenue au dixième médecin et confirmée au onzième.

Caractéristiques des médecins interrogés :

	Année d'installation		Lieu d'exercice		Sexe
Médecin n°1	1997		Semi - rural		M
Médecin n°2	1998		Rural		F
Médecin n°3	2001		Semi - rural		M
Médecin n°4	1988		Semi - rural		M
Médecin n°5	1986		Rural		F
Médecin n°6	1982		Rural		M
Médecin n°7	2016		Urbain		M
Médecin n°8	1994		Urbain		M
Médecin N°9	2015		Urbain		M
Médecin N°10	2012		Urbain		M
Médecin N°11	2015		Urbain		F

Déroulement des entretiens

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été enregistrés avec l'accord des participants. Un canevas d'entretien a été réalisé et expérimenté par l'investigateur auprès de son entourage (annexe 1). Ils se sont déroulés en vis-à-vis, ont été enregistrés avec l'application dictaphone d'un Iphone et retranscrits intégralement avec l'aide du logiciel SONAL. Cette retranscription a été faite dans le respect de l'anonymat des professionnels de santé ayant participé à l'étude.

L'analyse des données

Nous avons fait le choix de l'analyse thématique des verbatims obtenus par la retranscription intégrale des entretiens. Les verbatims nous ont dictés les thèmes, nous n'avons pas cherché à extrapoler (25).

Le codage des thèmes a été réalisé avec l'aide du logiciel NVIVO. Il nous a permis d'extraire des mots et des phrases, de catégoriser le texte et ainsi d'obtenir des thèmes et des sous-thèmes s'ajoutant au fur et à mesure des entretiens.

Résultats et Analyse

Les entretiens :

Nous avons réalisé onze entretiens afin d'atteindre et de confirmer la saturation de données.

La durée moyenne des entretiens a été de 15 minutes et 20 secondes, le plus court a duré 9 minutes et 8 secondes et le plus long 29 minutes et 55 secondes.

Deux médecins contactés par le recruteur ont refusé de participer aux entretiens au motif de la faible part de personnes âgées dans leur patientèle suite à l'énoncé du thème.

La douleur chez la personne âgée :

A/ Le questionnement sur la douleur en tant qu'acte systématique au cours de la consultation :

1/ Le questionnement systématique :

- Certains médecins évoquent systématiquement le problème de la douleur lors de leurs consultations chez la personne âgée :

« Un acte systématique, oui, souvent les personnes âgées se plaignent d'une douleur par-ci par-là, oui, je dirai que oui. » (N°2)

« Systématique, oui, on va dire à 90%, sauf si c'est des patients que je connais bien, mais euh... » (N°7)

« Et bah euh, en fait c'est une question que je pose presque pour tous les examens cliniques, c'est d'abord "vous allez bien ?" et puis " Alors pas de douleur ? Rien du tout, vous êtes sûr ?".

Voilà, une question un peu ouverte dans le genre. » (N°7)

- Pour d'autres le questionnement est présent mais pas forcément exhaustif :

« Ouais ouais ouais, systématique mais bon peut-être pas aussi bien évalué qu'à l'hôpital, parce qu'on a pas le temps, c'est vrai qu'on utilise pas de règles. » (N°3)

« Le questionnement sur la douleur, non. Le questionnement sur l'existence d'une plainte, oui. "Est-ce qu'il y a quelque chose que je peux faire pour vous ? Est-ce qu'il y a quelque chose dont vous vous plaigniez ?" » (N°9)

2/ Le questionnement non systématique :

- Pour plusieurs médecins le questionnement bien que fréquent n'est pas une part systématique de l'interrogatoire :

« Pas forcément systématique mais en général ça peut être un motif de consultation » (N°1)

« Euh... Systématique non, fréquent oui. » (N°8)

« Systématique non, mais fréquemment, très très fréquent en fonction du motif de consultation. » (N°11)

- Selon quelques médecins, le questionnement n'est pas utile, en effet si le patient souffre d'une douleur, il l'évoquera de lui-même :

« bah on n'en parle pas, s'il n'en parle pas, on n'en parle pas systématiquement mais en général comme je leur demande s'il n'y a pas de soucis particuliers, ils vont éventuellement évoquer une douleur quelconque. » (N°1)

« Non, car quand elles ont mal, elles le disent directement. » (N°6)

« Systématique non, mais il peut y avoir des plaintes, quand la personne en parle, bah je prends ça en compte mais c'est pas systématique. » (N°10)

3/ Le questionnement sur la douleur dépend du motif de la consultation :

- Quelques médecins n'évoquent pas la douleur si la consultation porte sur un autre problème, mais le fera s'il existe une plainte ou un motif de douleur :

« On se pose pas la question systématiquement. Le type il vient pour renouveler un traitement pour une hypertension artérielle, il y a aussi une démence ou un parkinson évolué, tu te poses

pas toujours la question si ils ont mal. » (N°1)

« Bah ça dépend s'il y a des raisons d'avoir mal quoi. » (N°4)

« Si c'est de la cancéro, c'est systématique quand même hein. Traumato, ouais si on, par exemple, une dame qui était suivie, qui avait une hernie discale, c'est sûr que le questionnaire sur la douleur ouais. » (N°4)

B/ Les spécificités de la personne âgée :

1/ La fréquence de la plainte douloureuse

- La plainte douloureuse est une plainte quasi systématique chez le patient âgé pour certains médecins :

« Mais souvent oui, je dirai qu'à peu près 90% des personnes âgées de plus de 75 ans se plaignent de douleurs » (N°2)

« Le vieux il se plaint quasi toujours de douleurs de toute façon. » (N°8)

2/ Le patient âgé moins sensible à la douleur :

- Un médecin pense que la patientèle âgée sera parfois moins sensible à la douleur par « accoutumance » :

« Plus un patient est âgé moins il est sensible à la douleur. Le cerveau, il l'oublie un peu ou alors il se fait à la douleur. » (N°2)

3/ L'augmentation de la part de personne âgée dans la patientèle :

- Deux médecins évoquent l'augmentation de la part des personnes âgées dans la patientèle, l'un les considère même comme « à la mode » :

« Ça a été beaucoup les douleurs pédiatriques aussi, maintenant c'est le vieux, le vieux est à la mode, parce qu'il y en a de plus en plus! "rire" » (N°5)

« Le vieux il se plaint quasi toujours de douleurs de toute façon. En plus ils sont de plus en plus donc bon... « rire ». » (N°8)

4/ La polypathologie chez le patient âgé :

- Plusieurs médecins évitent les morphiniques chez certains patients du fait du sur-risque d'effets secondaires dangereux consécutif à la polypathologie :

« Mais bon il a telle pathologie, tel truc, etc., si je mets des choses plus fortes, d'abord il va avoir des effets secondaires au niveau respiratoire etc.... » (N°2)

« On a toujours peur des effets secondaires, les personnes âgées elles sont généralement insuffisantes cardiaques, insuffisantes respiratoires, insuffisantes rénales, insuffisantes hépatiques, insuffisantes cérébrales, ils sont insuffisants de partout. » (N°5)

« Une petite insuffisance rénale, ils éliminent... Ils ont du mal à éliminer tout ça. Et souvent en première hypothèse quand ils sont âgés et polypathologiques » (N°10)

5/ La polymédication chez le patient âgé :

- La polymédication et les problèmes d'interactions médicamenteuses ou de surdosage qui peuvent en découler sont des problèmes fréquemment évoqués par les médecins interrogés :

« Ça allège un peu le traitement quand ils sont déjà polymédiqués grâce aux patchs et puis en enlevant les quinze AINS, doliprane® et compagnie. » (N°3)

« Moi j'utilise souvent les patchs de Durogesic®. Euh... Parce que ce sont souvent des personnes polymédiquées, donc c'est bien pratique. » (N°8)

« Ne pas donner de choses trop trop fortes pour pas les casser. Parce qu'ils ont souvent plusieurs médicaments » (N°10)

6/ La personne âgée : un patient comme les autres.

- Selon deux médecins la personne âgée doit être traitée comme un patient classique, c'est la douleur qui est importante :

« Non. Non (rires). Comme chez n'importe qui. » (N°4)

« Non, non non non, car je fais pas de différence entre la personne âgée et la personne plus jeune. C'est les douleurs qui font la différence. C'est pas l'âge de la personne. » (N°6)

C/ L'apport de l'EVA dans l'examen clinique de la personne âgée :

- Peu de médecins utilisent l'EVA :

« Ouais ouais ouais, systématique mais bon peut-être pas aussi bien évalué que l'hôpital, parce qu'on a pas le temps, c'est vrai qu'on utilise pas de règles. » (N°3)

« Moi je demande une EVA en quantifiant leur douleur entre 0 et 10, "comment quantifiez-vous votre douleur ?". Je n'ai pas de réglette, je demande comme ça oralement. » (N°10)

- Certains médecins évoquent l'EVA mais ne l'utilisent pas :

« J'utilise très peu les règles si tu veux savoir ; c'est un truc je dois en avoir une. Mais je les utilise sur des douleurs, par exemple, des douleurs métastatiques ou des trucs comme ça pour réévaluer d'une fois sur l'autre le traitement » (N°5)

« Ça fait partie de l'interrogatoire quotidien, alors c'est pas forcément quantifié, je fais pas forcément une EVA, mais voilà. » (N°7)

- Un médecin décrit les limites de l'EVA du fait de la subjectivité du ressenti des patients :

« Parce que quelques fois, vous avez des douleurs qui sont atroces, un 9 hein, et puis euh, vous vous rendez compte que c'est... Il y a des gens qui sont toujours à 9, puis y a des gens qui sont toujours à 2. Alors ceux qui sont toujours à 2, de temps en temps ça monte à 5, ça c'est vrai. Mais ceux qui sont toujours à 9, ça descend jamais. » (N°6)

D/ Prise en charge spécifique chez les patients peu ou pas communicatifs du fait de troubles de cognition ou de langage :

1/ Les spécificités de l'examen clinique chez la personne non communicante :

- La plupart des médecins recherchent systématiquement des douleurs en cas de troubles cognitifs, en manipulant, en palpant le patient et en prêtant une attention particulière au faciès, aux grimaces :

« Faut essayer de déterminer la douleur à travers d'autres signes comme par exemple, les grimaces, un faciès assez tiré ou dès qu'on bouge quelque chose ils se plaignent d'une certaine façon. » (N°2)

« Euh bah l'examen physique, manipulation des membres, des articulations, des trucs comme ça... Voir s'il y a des réponses verbales, des grimaces, des cris... enfin bon euh pas facile... » (N°2)

« Voir s'il y a des réponses verbales, des grimaces, des cris... enfin bon euh pas facile... » (N°4)

- Selon quelques médecins, la famille peut être le point d'appel d'un examen clinique ciblé :

« Et puis en écoutant l'entourage, parce que l'entourage parfois peut être une bonne information » (N°1)

« Alors quand il y a l'entourage qui peut dire « ah bah oui il est constipé », en palpant le ventre on peut trouver des choses qui ne sont pas que la constipation. » (N°2)

« Donc là, quand ils sont accompagnés ou institutionnalisés, oui. Je peux m'aider de l'infirmier, de l'aidant, et là je pose la question. » (N°7)

2/ L'apport d'une bonne connaissance de sa patientèle :

- L'un des médecins s'aide des modifications de comportement de ses patients, pour

ce faire il faut bien les connaître :

« C'est la mimique, la manière de s'expliquer qui est pas comme d'habitude, etc. C'est l'avantage de connaître ses clients. » (N°6)

3/ L'utilisation des échelles non verbales :

- Un seul médecin les évoque mais ne s'en sert pas :

« Et alors comment je le fais, c'est pas très carré non plus, mais euh... bah d'abord je pose la question de façon classique et ensuite j'essaie d'évaluer aussi de façon comportementale ou au jugé, il y a pas une échelle que j'utilise. » (N°7)

4/ L'apport de l'entourage dans l'évaluation de la douleur chez le patient non communicant.

- Plusieurs médecins se fient à l'entourage pour les prévenir en cas de douleur présumée chez la personne âgée non communicante :

« J'ai eu le cas, j'ai un patient qui, qui avait des troubles d'élocution suite à un AVC, donc là c'est sûr que tu demandes à la famille. Et à un moment la famille te dit "si si, il a très mal, machin" donc bon. » (N°4)

« Souvent il y a une préparation pour les patients qui ont un traitement médicamenteux par une infirmière qui passe plus souvent que moi donc c'est la première personne à qui je demande parce qu'elle le connaît mieux que moi. » (N°9)

E/ Existe-t-il une douleur « acceptable » chez la personne âgée ?

1/ La douleur peut éventuellement être acceptable :

- Pour quelques médecins la douleur est naturelle et peut être tolérée si elle ne limite pas la qualité de vie du patient :

« La douleur c'est un signe d'inconfort, tant qu'il reste tolérable c'est naturel quoi. Je crois que sur

beaucoup de gens, on surtraite les douleurs. » (N°5)

« Une douleur qui euh, qui soit ressentie et perçue comme une douleur, mais dont le niveau de souffrance on va dire, euh, provoquée, n'entrave pas la qualité de vie. » (N°9)

- L'un des médecins considère qu'une souffrance légère est envisageable du fait de l'âge du patient :

« Ouais on se dit que plus de 75 ans on peut souffrir un peu, c'est ça... » (N°3)

- Un autre respecte la douleur en tant que signal d'alerte et de protection du patient :

« Acceptable ça dépend ce qu'on veut dire... Si c'est acceptable dans le sens utile, la douleur signal d'alerte euh... Oui ça c'est acceptable par exemple un traumatisé, c'est bien qu'il ressent une certaine douleur dans certains mouvements parce qu'il ne peut pas encore les faire. Donc ça, ça c'est acceptable, la douleur signal d'alerte oui... » (N°7)

2/ La douleur n'est jamais acceptable :

- Pour d'autres médecins, la douleur n'est simplement pas tolérable si on peut la soulager :

« Chez personne non, on n'a pas le droit d'avoir mal. Il y a pas de raison. » (N°11)

« Bah moi je suis toujours en colère quand je rencontre une personne âgée qui a mal et qu'on lui a pas proposé sous prétexte qu'on prescrit pas de la morphine à une personne âgée » (N°11)

3/ L'acceptabilité de la douleur dépend du ressenti du patient :

- Certains médecins pensent qu'il n'existe pas de seuil, c'est le patient qui peut déterminer si sa douleur est acceptable ou non :

« Le seuil c'est pas quelque chose de... C'est toujours par rapport au patient, c'est-à-dire que c'est eux qui vont déterminer si pour eux la douleur est supportable ou si elle est pas supportable. » (N°2)

POUARD Antoine

« Bah c'est (rires), c'est celui qui est acceptable par la personne âgée hein, c'est pas moi qui détermine (rires). Elles me disent si ça va ou si ça va pas. Si ça va pas, j'augmente. Le seuil acceptable il est en fonction de la personne. » (N°6)

- Pour d'autres c'est la qualité de vie du patient et son éventuelle altération qui poseront l'acceptabilité ou non d'une douleur :

« Est-ce que ça les gêne dans leur vie quotidienne, est-ce que ça les empêche de sortir, de marcher, d'aller faire leurs petites courses, sur la qualité de vie. Dès que ça commence à leur plomber la qualité de vie, faut faire quelque chose. » (N°1)

« Non je suis pas content qu'ils aient mal, après ça dépend s'il y a une répercussion sur la vie courante, s'ils ont vraiment des douleurs pendant les toilettes, ça dépend de la répercussion sur la vie, leur humeur. S'il y a pas vraiment de répercussion on peut considérer que c'est acceptable. » (N°10)

4/ L'acceptabilité de la douleur dépend aussi du ressenti du médecin :

- Un médecin fait remarquer qu'il est possible de sous-estimer la douleur de son patient de manière inconsciente :

« Ouais certainement, je pense qu'inconsciemment on se dit... on ne traite peut-être pas toutes les douleurs, ou pas aussi bien qu'elle devrait l'être... » (N°3)

- Un autre s'assimile à son patient, le seuil tolérable est le seuil qui lui serait tolérable en propre :

« Bah c'est le seuil qui serait acceptable pour moi » (N°5)

Les morphiniques chez la personne âgée :

A/ Les principales pathologies ciblées :

1/ Les pathologies oncologiques :

a) Les pathologies tumorales dans leur globalité

- Pour la quasi-totalité des médecins interrogés, la pathologie tumorale nécessite le plus fréquemment des traitements morphiniques, c'est même souvent une évidence:

« Les cancers évidemment, les cancers... » (N°3)

« Essentiellement ça reste quand même en cancéro. » (N°4)

« En gros c'est les douleurs cancéreuses. C'est principalement les douleurs cancéreuses. » (N°5)

- Pour l'un d'eux, ce sont même les seules pathologies nécessitant un morphinique :

« Uniquement en cas de cancer » (N°6)

b) En particulier les métastases osseuses :

- Pour beaucoup de médecins, au cours de la pathologie oncologique ce sont principalement les métastases osseuses qui entraîneront une initiation de morphiniques :

« Le cancer ! Parce que bon, quand on a des métastases partout, des métastases osseuses, etc... Faut calmer les douleurs, y'a rien à faire, donc là dans les cancers. » (N°2)

« Tout ce qui est osseux sur les métastases » (N°5)

2/ Les pathologies d'orientation rhumatologiques :

a) Du fait de leur fréquence :

- Deux médecins considèrent que les pathologies rhumatologiques sont les premières

concernées par les morphiniques au regard de leur fréquence :

« Dans les pathologies rhumatismales en premier c'est quand même les plus fréquentes rencontrées à cet âge-là... » (N°3)

« Souvent c'est ostéo-articulaire, c'est souvent ça qu'ils ont... » (N°10)

b) Dans l'arthrose :

- Plusieurs médecins pensent que l'arthrose est une pathologie pouvant entraîner l'introduction d'un morphinique :

« Ou alors vraiment dans des grosses grosses poussées d'arthrose. » (N°4)

« Il y a les douleurs osseuses dans l'ostéoporose fracturaire, dans l'arthrose sévère évoluée, dans les canaux lombaires étroits, enfin tout ce qui est traumatisme/rhumato. » (N°11)

c) A l'opposé pour d'autres, il semble évident que l'arthrose ne nécessite pas de traitements morphiniques :

« Bon je mets pas ça dans l'arthrose quoi... » (N°2)

« J'en mets pas pour l'arthrose, ça c'est sûr. » (N°6)

d) Pour une hernie discale :

- Un autre évoque les hernies discales :

« C'est souvent des problèmes d'hernie discale. » (N°4)

e) Au décours des fractures et tassements de vertèbres :

- La plupart des médecins utilisent régulièrement la morphine pour soulager une douleur en phase aiguë dans le cadre de fractures et tassements :

« J'utilise aussi dans les fractures chez les gens âgés quand ils ont très mal, traumatisme,

fracture. » (N°1)

« Ou sur des douleurs post-fracturaires, des tassements vertébraux des choses comme ça. »

(N°8)

« Il y a les douleurs osseuses dans l'ostéoporose fracturaire, dans l'arthrose sévère évoluée, dans les canaux lombaires étroits, enfin tout ce qui est traumatolo/rhumato. » (N°11)

3/ Dans les ulcères :

- Certains médecins utilisent les morphiniques dans le cadre des ulcères artéritiques chroniques :

« Les ulcères aussi » (N°1)

« Des ulcères artéritiques, des trucs comme ça qui font super mal » (N°5)

4/ Dans les neuropathies :

- Plusieurs envisagent les morphiniques dans le cadre des neuropathies résistantes et les douleurs post-zostériennes :

« Après il y a certaines neuropathies, si les neuropathies, les diabétiques qui résistent à tout quoi.

» (N°1)

« Les douleurs neuropathiques, quand le Lyrica® par exemple fonctionne pas bien » (N°11)

« Je pense aux douleurs cancéreuses ou post-zostériennes, enfin les douleurs un peu spécifiques où on sait que c'est peu efficace avec le palier 2. » (N°11)

5/ Avant un soin qui s'annonce douloureux :

- Une part importante des médecins interrogés prévoit une prise de morphine rapide avant un soin infirmier occasionnant une douleur prévisible :

« Bon quelqu'un qui a des ulcères, on peut mettre je dirai une petite dose de morphine une demi-

heure avant pour supporter le passage de l'infirmier » (N°2)

« Egalement pour faire des soins, j'ai un exemple d'ulcère de jambe hyperalgique et on lui donne un morphinique une demi-heure avant les soins. » (N°8)

« Les douleurs lors des soins, en maison de retraite. Quand ils ont des escarres, quand ils sont algiques à la mobilisation. » (N°10)

B/ Les principaux freins à la prescription de morphinique chez le patient âgé :

1/ La défiance des intervenants vis-à-vis du traitement :

a) La défiance du patient :

- Selon quelques médecins les patients font souvent l'amalgame selon lequel la morphine est assimilée à la fin de vie :

« Parce que pour eux, pour les gens souvent c'est synonyme de fin de vie un petit peu, il y a une notion comme ça, alors je leurs explique parfois que bah non ça peut être temporaire parfois ça peut être pour améliorer leur qualité de vie. » (N°1)

« Ceux qui ont plus de 75 ans (...) Pour eux, c'est encore dans la mentalité : « si j'ai de la morphine, c'est que je vais mourir ». » (N°5)

- Un autre explique qu'il est important de rassurer et d'expliquer le traitement au patient afin d'espérer une observance de qualité :

« Le patient il a forcément une expérience, un vécu, ils ont tout entendu, ils ont tout vu, euh... Donc voilà, s'il a eu une mauvaise expérience un mauvais témoignage, j'essaie de resituer avec lui, je lui dis on va surveiller, on va voir. » (N°11)

- Certains patients ont une représentation des morphiniques en tant que drogue et s'opposent donc à l'introduction d'un morphinique selon un autre médecin :

« Il y a des gens qui veulent absolument pas de morphine parce que c'est psychologique, la morphine pour eux c'est Tintin au pays de l'Opium et du coup ils en ont peur et donc euh... »

(N°7)

b) La défiance de l'entourage :

- Un seul médecin évoque une méfiance de l'entourage :

« Les morphiniques sont culturellement mal perçus par certaines personnes. » (N°8)

c) La défiance du médecin :

- Un médecin a un ressenti négatif vis-à-vis des morphiniques sans réelles justifications :

« On nous en a parlé peut-être il y a un an ou deux en disant qu'il fallait étendre un peu plus pour les personnes âgées, pourquoi pas donner un petit peu de morphine pendant une semaine. (...)

Mais j'aime pas trop... J'emploie pas trop trop la morphine... »

- Un autre parle de sa défiance non pas vis-à-vis des traitements, mais vis-à-vis des outils d'équivalence :

« Enfin les équivalences, enfin c'est la théorie... Au domicile, c'est... Je n'aime pas trop... Je me suis jamais fié à ça... » (N°3)

- Un des médecins exprime une probable sous-utilisation des morphiniques dans sa pratique quotidienne :

« Euh non, je pense que je les utilise probablement pas assez en tous cas au regard de ce que j'avais lu dans les revues, je suis censé les utiliser plus et limite pas utiliser du tout de palier 2. »

(N°7)

« Donc je sais qu'en théorie, je devrais mettre de la Morphine et concrètement je le fais pas toujours. » (N°7)

2/ La crainte des effets secondaires et du risque de dépendance :

a) A propos des effets secondaires :

- Un seul médecin évoque d'expérience des effets secondaires néfastes :

« Je sais bien qu'on peut utiliser pour d'autres pathologies, mais y'a toujours une chose, la personne âgée, tant qu'elle garde son autonomie c'est bien, si elle la perd parce qu'on lui a donné un traitement, c'est là que ça va plus. » (N°8)

b) A propos de la dépendance :

- Quelques médecins n'introduisent pas certains types de morphinique d'action rapide du fait d'un ressenti de sur-risque de dépendance :

« J'ai jamais mis de sucette parce que j'ai eu une toxico dans la clientèle, qui a eu ça une fois et du jour au lendemain elle est devenue dépendante. » (N°5)

« Alors euh, voilà, maintenant, y-a des morphiniques rapides, mais que j'aime pas trop, c'est les sucettes puis les trucs dans le nez. » (N°6)

- L'un d'eux explique ce sur-risque par l'effet « shoot » de certaines thérapeutiques et ne veut donc pas les utiliser en dehors de la fin de vie :

« Les autres qui sont en nasal ou en sucette, ça fait des shoots, donc c'est, bon à la fin je m'en fiche quand même, quand on doit arrêter après, c'est niet » (N°6)

c) Le risque de surdosage du traitement morphinique majoré par la perte d'acuité de la personne âgée :

- La diminution de l'acuité visuelle chez la personne âgée et le risque d'erreur qui en découle est évoquée par un médecin :

« Après tout ce qui est machin, les trucs... à faire fondre, à sucer... Ça me fait un peu peur, c'est des gens qui voient pas bien, ils peuvent se planter dans les cachetons. » (N°3)

- Quelques autres s'inquiètent de la diminution des capacités de concentration et de compréhension de certaines personnes âgées :

« Chez des vieux souvent c'est compliqué de comprendre le LP et l'interdose. Donc euh... Ça c'est pas forcément... C'est un frein pour moi. » (N°7)

« Si c'est un patient qui a des troubles cognitifs ou chez qui la délivrance n'est pas strictement réalisé par une infirmière, je vais éviter la forme en comprimé ou en gélule parce qu'il y a un risque de surdosage qui est trop important, notamment s'il y a des troubles amnésiques. » (N°9)

d) Le manque de temps comme obstacle à la prescription de morphiniques :

- Un médecin dit manquer de temps pour réévaluer le patient douloureux, ce qui l'empêche parfois de prescrire un morphinique.

« On n'a pas vraiment toujours le temps nous de rester, de voir la personne au quotidien. Donc je peux pas toujours prescrire un morphinique. » (N°3)

3/ Le déficit d'entourage :

- Pour l'un des médecins, l'absence d'un entourage familial ou paramédical de qualité est un frein à la prescription de morphiniques :

« Si je sens que la personne âgée est pas bien entourée, la famille ou les soignants... ça va un peu m'empêcher d'aller vers les morphiniques. » (N°3)

- En effet, il s'inquiète des risques d'une mauvaise tolérance au traitement chez une personne seule au domicile :

« On a toujours peur de la tolérance surtout les personnes âgées, au domicile... » (N°3)

C/ Les modalités de prescription des morphiniques :

1/ L'initiation d'un traitement antalgique non morphinique :

- L'initiation d'un traitement antalgique se fait de manière relativement similaire pour la plupart des médecins, en commençant par un antalgique de palier 1, puis si la douleur persiste, en enchaînant sur un palier 2, que ça soit le tramadol, la codéine ou la Lamaline® :

« Antalgique, je commence toujours par le paracétamol. Si c'est pas suffisant, bah j'essaie de monter avec soit du tramadol associé en combinaison, ou bien alors associé au paracétamol. »

(N°2)

« Oh bah palier 1, du paracétamol, d'abord. Puis après, en cas de crise plutôt arthrosique, ou insomniante, j'ajoute un petit anti-inflammatoire. » (N°6)

« Le tramadol sous sa version libération prolongée, quand j'ai besoin d'un palier 2, les anti-inflammatoires si pas de contre-indication et qu'on est vraiment sur un problème rhumatologique identifié. » (N°9)

- Certains médecins procèdent de même mais précisent préférer ne pas utiliser d'anti-inflammatoires chez la personne âgée du fait des risques rénaux et gastriques :

« Les AINS bon bah, c'est pas top. Après, c'est comme chez n'importe quel patient, mais en évitant les anti-inflammatoires, donc palier 1, après, si ça ne suffit pas, la codéine ou tout ce qui est Ixprim® ou Lamaline® » (N°4)

- Un seul médecin propose de l'Acupan® :

« En palier 2 j'ajoute aussi souvent de l'Acupan®, en per os, j'insiste. » (N°11)

2/ L'initiation d'un traitement antalgique morphinique :

a) Fréquence d'initiation d'un traitement antalgique morphinique :

- Les médecins interrogés sont unanimes sur la rareté du passage aux morphiniques :

« C'est quand même assez anecdotique, moins de 5% quoi. » (N°1)

« C'est pas beaucoup, c'est... Ce n'est pas beaucoup... pfff... Non, je ne sais pas moi, ça peut représenter... moins de 5% euh » (N°3)

« C'est pas beaucoup... » (N°7)

« Bah, c'est assez rare, mais j'hésite pas quand c'est nécessaire et... » (N°11)

b) Stratégie de prescription d'un traitement antalgique morphinique :

- Plusieurs médecins débutent généralement par une forme à libération prolongée, de type patch de fentanyl, oxycodone et sulfate de morphine à libération prolongée, puis adaptent si besoin avec un morphinique d'action rapide :

« Et si j'utilise des morphiniques, si je suis coincé, j'utilise généralement des patchs, donc c'est fentanyl si ma mémoire est bonne. Et accessoirement, les formes en LP par la bouche mais de préférence je mets des patchs. » (N°5)

« Alors là pour le coup, c'est vraiment, vraiment des petites doses, j'ai pas de scrupule à commencer par du... je sais pas, de la morphine LP5 matin et soir quitte à monter tout doucement par la suite mais en général je commence vraiment très doucement. » (N°7)

« En général, euh, j'essaie de commencer, euh, avec une dose de l'équivalent de 10 milligrammes en libération prolongée matin et soir, sur des morphiniques comme (je connais pas les génériques pour le coup), pour en libération prolongée, je préfère toujours les libérations prolongées, euh, et je fais participer l'infirmière quand vraiment il y en a une qui est disponible. Les inter-doses je les limite assez, j'en donne pas 6, euh, j'en donne que 4. » (N°9)

- Certains préfèrent débiter par un morphinique d'action rapide type Oxynorm® puis

éventuellement ajouter un morphinique à libération prolongée :

« Des actions rapides. Voir si ça suffit, plusieurs fois dans la journée. Et si ça suffit pas, des traitements longs avec du LP, avec des trucs à actions rapides en plus s'il le faut. » (N°4)

« A des petites doses, et on augmente très progressivement et souvent les inter-doses, on peut donner Oxynorm® souvent, où alors Oxycontin®, ça peut être pas mal aussi. Soit je mets Durogésic ou alors Oxycontin® et Oxynorm® en inter-dose. » (N°10)

- Un seul médecin réalise une titration soit par inter-doses de morphiniques d'action rapide avant d'introduire un morphinique à libération prolongée, soit en débutant par un morphinique à libération prolongée en adaptant les inter-doses :

« Alors on fait une titration, donc on essaye de trouver la dose minimale efficace. Donc au départ moi je mets que des inter-doses, soit je mets que des inter-doses en disant au patient qu'il les prend à la demande en fonction des douleurs et au bout de quelques jours on réévalue et je mets une dose de fond et je vérifie qu'il ait plus besoin d'inter-doses. Soit je mets de petites doses de fond avec des inter-doses si besoin et s'il utilise trop les inter-doses, j'augmente la dose de fond. » (N°11)

3/ Les spécificités du patient âgé dans l'introduction d'un traitement morphinique :

- Pour l'un des médecins, quelle que soit la douleur, quel que soit le traitement antalgique initial, chez la personne âgée, on commencera par la plus petite dose :

« Très petite dose au domicile, la plus petite » (N°3)

« Je ne suis pas vraiment les équivalences donc j'essaie toujours la plus petite dose, quitte à réévaluer deux jours après » (N°3)

- Un autre procédera de la même manière chez le sujet âgé et chez le sujet jeune mais avec une diminution des doses :

« Et puis bien sûr, on y va plus doucement avec l'âge, c'est tout. Mais autrement c'est pas parce

qu'elle est vieille ou pas. C'est exactement les mêmes indications que les personnes plus jeunes sauf qu'on y va un peu plus doucement pour pas... ouais. Voilà. » (N°6)

- Plusieurs autres médecins diminueront les doses initiales théoriques du fait de la polypathologie et de la perte de réserve fonctionnelle de l'organisme :

« Je la divise par deux pour une personne que je considère comme très âgée ou à risque de chute, ou qui est de constitution euh, qui est maigre tout simplement. Je passe sur du 30 mg. En 1ère intention. Donc 2 x 10 avec des inter-doses de 5. » (N°9)

« Parce qu'ils ont souvent plusieurs médicaments, une petite insuffisance rénale, ils éliminent... Ils ont du mal à éliminer tout ça. Et souvent en première hypothèse quand ils sont âgés et polypathologiques, c'est du Durogésic® que j'essaie de mettre, en patch. » (N°10)

4/ Les galéniques de préférence des médecins généralistes chez le patient âgé :

- Les patchs de fentanyl ont la préférence d'une bonne partie des médecins :

« Chez la personne âgée, j'ai plus tendance à l'utiliser en patch, Durogesic®. » (N°1)

« Moi j'utilise souvent les patchs de Durogesic®. Euh... Parce que ce sont souvent des personnes polymédiquées, donc c'est bien pratique. » (N°8)

- Mais parmi eux, certains évoquent leurs doutes quant à la libération effective de principes actifs sur la durée théorique :

« Les patchs, c'est bien et c'est pas bien, c'est bien le premier jour, le deuxième jour, le troisième jour on sait plus ce qui reste... » (N°2)

« Le dispositif que je préfère c'est les patchs... Mais le problème c'est le troisième jour, on s'aperçoit qu'ils ont de nouveau mal... Bah d'ailleurs ça m'arrive de faire changer tous les deux jours... » (N°3)

- Un médecin préfère les comprimés si le patient est apte à les utiliser :

« C'est en fonction des possibilités de donner per os ou pas. Donc si la personne peut avaler,

moi j'ai l'habitude avec le Skenan® ou l'Actiskenan®. C'est facile à manipuler. » (N°4)

- Un seul médecin a évoqué les formes intraveineuses ou sous-cutanées mais pour dire qu'il ne les utilisait pas faute d'une formation adaptée :

« Euh, la forme en intraveineuse ou en sous-cutanée, je l'utilise pas, parce que je ne sais pas la titrer et parce que j'en ai même pas sur ma valise de visite à domicile et comme c'est quelque chose que je ne sais pas faire et à laquelle je n'ai pas été formé, donc je ne le fais pas. Voilà. »

(N°9)

5/ L'initiation d'un traitement antalgique morphinique en première intention :

- Quelques médecins évoquent la possibilité d'introduire un morphinique sans passer par le palier 2.
- L'un d'eux du fait de l'isolement d'une personne afin d'éviter les effets secondaires de ces derniers :

« Quand je vois une personne, pour le coup une personne un peu fragile, un peu isolée, j'aurai tendance à mettre plus facilement un morphinique qu'un palier 2. » (N°7)

- La plupart des autres se basent sur la pathologie et l'intensité initiale de la douleur :

« La deuxième me paraissait très algique et donc, euh... Je suis passé directement du Paracétamol à la morphine 5mg LP matin et soir. » (N°7)

« Ou euh, ou la perception d'une douleur initialement très élevée avec une pathologie qui est connue comme douloureuse. » (N°9)

« Si vraiment on a du mal à s'en sortir, je passe pas tout de suite aux morphiniques, c'est assez rare tout de même de passer aux morphiniques, mais dans certains cas, avec des pathologies lourdes ou si vraiment ils ont des EVA hyper importantes » (N°10)

6/ L'importance de la réévaluation après l'initiation d'un traitement antalgique :

- Réévaluer le traitement est un impondérable pour plusieurs médecins, même par le biais d'une infirmière :

« Puis si je les revoie quelques jours après, enfin 2 à 3 semaines après pour réévaluer si on a un bon résultat ou pas. » (N°1)

« Réévaluer, nous on n'a pas trop le temps mais au moins par le passage d'une infirmière. » (N°3)

« Au bout de quelques jours on réévalue » (N°11)

- Deux médecins évoquent l'importance de bien réévaluer l'observance thérapeutique avant d'introduire un traitement morphinique :

« Ou alors a contrario il prend pas le traitement que vous lui donnez, donc il a mal il se plaint d'avoir mal mais il le prend pas donc il veut pas le prendre donc à ce moment-là j'ai peut-être pas besoin de passer à la morphine » (N°1)

« Après ça dépend aussi de l'observance du patient. » (N°11)

D/ Les facteurs favorisant la prescription de morphiniques chez la personne âgée :

1/ Le maintien de la qualité de vie pour le patient :

a) Dans le cadre d'une perte d'autonomie :

- Pour beaucoup de médecins la perte d'autonomie et le retentissement sur la vie quotidienne sont des facteurs majeurs de la recherche d'antalgie par un traitement morphinique :

« Est-ce que ça les gêne dans leur vie quotidienne, est-ce que ça les empêche de sortir de marcher, d'aller faire leurs petites courses, sur la qualité de vie. Dès que ça commence à leur plomber la qualité de vie, faut faire quelque chose. » (N°1)

« Le traitement actuel n'est pas suffisant et qu'elle a perdu de l'autonomie, elle peut plus rien

faire elle a des douleurs. » (N°3)

« Sur l'importance du retentissement général de la douleur. » (N°5)

b) Dans le cadre d'un trouble thymique secondaire à cette perte d'autonomie :

- Plusieurs médecins introduiront plus facilement un morphinique si le patient présente un trouble thymique secondaire à la douleur :

« Quand ils font comprendre que leur quotidien est pourri et qu'ils peuvent plus rien faire quoi... » (N°3)

« S'il y a pas vraiment de répercussions on peut considérer que c'est acceptable. Si euh... Ces gens commencent à être un peu déprimé ou alors sortent moins, là on peut considérer que ce n'est plus acceptable. » (N°10)

2/ L'intensité de la douleur :

a) Antalgie non atteinte sous un traitement bien mené par des antalgiques de palier 1 puis 2 ou en association :

- Pour la plupart des médecins interrogés, l'introduction d'un morphinique s'effectue après l'échec d'un antalgique de palier 2 :

« Pas en premier, si vous avez quand même l'impression que c'est une douleur assez forte, vous commencez logiquement par un palier 2, logiquement. Et si vraiment ça ne passe pas, on passe en palier 3. » (N°4)

« Bah en fonction du genre de douleurs. Bon on commence d'abord par le palier 1, puis si ça suffit pas, on met du palier 2, puis si ça suffit pas, on met du palier 3. » (N°6)

« Euh, sur une persistance d'une douleur malgré un palier 2 à dose efficace. » (N°9)

- Pour d'autres, on peut débiter par un morphinique sans passer par les antalgiques

de palier 2 dans certains cas :

« Quand je vois qu'une personne, pour le coup une personne un peu fragile, un peu isolée, j'aurai tendance à mettre plus facilement un morphinique qu'un palier 2. » (N°7)

« Où euh, où la perception d'une douleur initialement très élevée avec une pathologie qui est connue comme douloureuse. » (N°9)

b) Antalgie non atteinte sous traitements non médicamenteux :

- L'un des médecins n'introduit de morphiniques qu'après avoir épuisé l'arsenal thérapeutique non médicamenteux :

« Antalgie non atteinte sous un traitement bien mené par antalgiques de palier 1 puis 2 » (N°2)

c) Intensité de la douleur à l'EVA :

- Plusieurs médecins se basent également sur un résultat d'EVA élevé :

« Si on fait une EVA pour moi c'est au-dessus de 7 ou 8. » (N°8)

« Si vraiment on a du mal à s'en sortir, je passe pas tout de suite aux morphiniques, c'est assez rare tout de même de passer aux morphiniques, mais dans certains cas, avec des pathologies lourdes ou si vraiment ils ont des EVA hyper importantes » (N°10)

3/ Introduction d'un traitement antalgique morphinique à la demande du spécialiste :

- La proposition par un spécialiste est un critère positif à la prescription de morphiniques selon un médecin :

« Donc euh, j'ai toujours été un petit peu réticente, donc quelque fois quand il y a les rhumato qui disent : « si on peut mettre des morphiniques pour telle personne », bah je mettais des morphiniques » (N°2)

4/ Introduction d'un traitement antalgique morphinique à la demande du patient :

- La demande du patient est un facteur évident pour la plupart des médecins. Le patient est au centre du processus de soin et l'objectif premier est de le soulager et de répondre à sa demande :

« C'est la douleur exprimée par le patient qui va m'influencer le plus à dire : bon bah on a tout essayé avant, y'a pas de choses à opérer, à traiter d'autre que cette douleur. » (N°2)

« On doit prendre en compte ce que dit la personne. Par principe, les gens qui viennent chez le médecin ne racontent pas de conneries. » (N°5)

« Bah je pense que si le patient le demande, c'est qu'il en ressent le besoin. Et que du coup sa demande doit être prise en compte. Et bien sûr, ça va influencer ma décision. » (N°9)

- A contrario plusieurs médecins s'accordent sur le fait que le patient est rarement à l'origine d'une demande spécifique de morphiniques :

« Ah ils ne vont pas te demander de mettre la morphine, non. » (N°2)

« Pour les morphiniques ils sont rarement demandeur. » (N°3)

« Je n'ai jamais eu de demande de morphiniques de la part d'une personne âgée. » (N°8)

- Pour un des médecins le patient peut parfois être demandeur :

« Après il y a les patchs, j'ai l'impression que les personnes âgées aiment beaucoup les patchs. C'est quelque chose qui est assez facilement demandée finalement. » (N°11)

- Un autre pense qu'une demande expresse de morphinique est plutôt un frein à l'initiation du traitement :

« On peut réévaluer et si à l'inverse il réclame des morphiniques d'emblée, j'ai tendance à au contraire ralentir un peu parce que je trouve ça un peu particulier. » (N°11)

5/ Introduction d'un traitement morphinique en prévision d'un geste douloureux :

- Quelques médecins répondent également à la demande des soignants qui vont être

acteurs d'un geste douloureux :

« L'infirmière en général on a des contacts elles vont dire "bah oui quand on fait le pansement c'est vraiment très douloureux qu'est-ce qu'on peut faire ?" donc en général on s'arrange pour leur faire prendre un morphinique d'action rapide avant le pansement une demi-heure une heure avant. » (N°1)

« Bon quelqu'un qui a des ulcères, on peut mettre je dirai une petite dose de morphine une demi-heure avant pour supporter le passage de l'infirmier » (N°2)

- Un médecin utilisera dans ce cas des morphiniques d'action très rapide type transmuqueux :

« Les sucettes, c'est justement bien pour le passage de l'infirmier, quand il doit faire des soins. » (N°2)

6/ L'introduction d'un traitement antalgique morphinique facilitée par un bon état général de base du patient :

- Pour un autre, l'introduction d'un morphinique se fera plus facilement chez un patient en bon état général du fait de la bonne tolérance probable :

« Après pour des critères de tolérance, si la personne est en bon état général. » (N°3)

7/ La morphine est fréquemment introduite dans la fin de vie :

- Pour plusieurs médecins, la fin de vie est un critère majeur de la prescription de morphiniques :

« Moi le critère c'est surtout chez la personne âgée, les gens en fin de vie, je veux dire, qu'il n'y a plus rien à espérer. Euh... Autant les soulager, pour les aider à finir leur vie de façon... dans une meilleure qualité possible. » (N°2)

« Bon, quand c'est en fin de vie, je m'en fiche parce que de toute façon, faut les soulager c'est

tout. » (N°6)

« Fin de vie, mais... Des douleurs en fin de vie. Moi souvent chez les personnes âgées euh... Pas en bout de course non plus mais en fin de vie dans le cadre... » (N°10)

8/ La morphine est fréquemment introduite dans la prise en charge palliative :

- Selon un médecin, s'il n'y a pas d'améliorations prévisibles sur le plan physique ou cognitif, on fera tout pour soulager la douleur :

« Dans des pathologies, comme je disais tout à l'heure, cette brave dame qui est alitée de façon permanente, qui se casse la hanche, l'autre hanche, les vertèbres, bah là ici on va pas espérer, euh, lui donner 100 ans de plus. Donc automatiquement, on va lui donner de la morphine. » (N°2)

« Si c'est des gens qui ont déjà Alzheimer, quand c'est déjà plus très clair, autant les soulager » (N°2)

- Plusieurs médecins introduiront plus facilement des morphiniques sur le conseil d'une équipe de soins palliatifs :

« L'équipe mobile de soins palliatifs quand je commence vraiment à être en difficulté, pour demander un avis, je travaille avec eux. » (N°10)

« Ça m'est arrivé de travailler avec des réseaux de soins palliatifs au domicile. » (N°11)

E/ Les bénéfices de la prescription de morphiniques par le médecin généraliste :

1/ Un allègement thérapeutique :

- Quelques médecins considèrent que les morphiniques permettent de diminuer le nombre de comprimés quotidien grâce à certaines galéniques ou simplement grâce à un soulagement plus rapidement atteint :

« Je préfère utiliser les patchs effectivement, parce que c'est une autre voie d'abord du traitement, et puis ça évite de rajouter des comprimés à avaler qui se mélangent qui s'emmêlent les pinceaux

POUARD Antoine

dedans. » (N°1)

« Ça allège un peu le traitement quand ils sont déjà polymédiqués grâce aux patchs et puis en enlevant les quinze AINS, doliprane® et compagnie. » (N°3)

« Moi j'utilise souvent les patchs de Durogésic®. Euh... Parce que ce sont souvent des personnes polymédiquées, donc c'est bien pratique. » (N°8)

2/ La stabilité de l'effet antalgique sur le long terme :

- Un médecin apprécie la possibilité d'un effet antalgique stable sur la durée :

« La galénique facilite quand on a des formes qui sont, qui évitent les flashes quoi. Donc c'est toutes les formes au long cours, à diffusion lente. Je mets quasiment que des patchs, pour être sûr d'avoir un traitement qui soit euh... Continue quoi... C'est vachement facile. » (N°5)

3/ La flexibilité des morphiniques du fait des différentes galéniques :

a) La galénique permet de s'adapter aux capacités de la personne âgée :

- Pour plusieurs médecins les formes galéniques variées des morphiniques permettent de s'adapter aux possibilités de déglutition du patient :

« Après ceux qui sont vraiment très très bien et n'ont quasiment pas de traitements, on peut leur donner des formes comprimées, c'est peut-être plus facile au début pour le dosage. Et parce qu'on peut augmenter plus progressivement et trouver la dose vraiment adéquate » (N°1)

« Si pour des gens qui ont des difficultés pour avaler, on va à ce moment-là mettre plutôt des patchs mais bon pour les gens qui savent avaler autant prendre les morphiniques en comprimé. »

(N°2)

« On peut avoir des troubles de la déglutition, on peut avoir des troubles de la conscience, des états un peu limite qui freinent la consommation de médicaments par voie orale. » (N°8)

b) La galénique permet de favoriser l'observance thérapeutique du patient âgé :

- Selon certains médecins, les galéniques variées vont favoriser l'observance aussi bien sur la praticité que sur le ressenti :

« La galénique peut m'influencer dans la facilité et puis l'observance du traitement... » (N°3)

« Il y a des patients qui veulent pas prendre les traitements toute la journée. Il y a des patients qui préfèrent une prise matin et soir et puis y'en a d'autres qui préfèrent l'effet placebo et si je leur dis je vais vous donner un médicament matin et soir et ça suffira ils y croient pas du tout et donc ils sont demandeurs inter-doses. » (N°11)

c) La galénique permet de s'adapter aux différents types de douleur de la personne âgée :

- Quelques médecins voient l'avantage de pouvoir prescrire la forme la plus adaptée au type de douleur, qu'elle soit paroxystique ou continue :

« Euh, ça va jouer selon le type de douleurs, si c'est une douleur de fond continue, je préfère des formes à diffusion transdermique, qui ont un effet continue sur la journée. Euh, si vraiment c'est une douleur qui est paroxystique uniquement, c'est vrai que les libérations rapides en voie orale, je vais les préférer. » (N°9)

« Moi j'essaie de mettre ce qu'il a de mieux toléré pour la personne âgée, après je me débrouille pour les équivalences parce que c'est pas toujours facile et puis faut que ça soit adapté au type de douleur aussi. » (N°11)

4/ La variabilité interindividuelle moindre des morphiniques en comparaison aux antalgiques de palier 2 :

- L'un des médecins pense que les morphiniques ont l'avantage d'une meilleure reproductibilité interindividuelle de leur effet que les antalgiques de palier 2 :

« Le palier 2, l'élimination hépatique est pas tout à fait... est très variable selon les gens pour le

tramadol et la codéine donc il y a une forte variabilité inter-individuelle. Alors que l'effet de la morphine est beaucoup plus reproductible d'un patient à un autre donc j'aurai un effet plus fiable à priori. Au niveau de la dose je risque moins de me rater. » (N°7)

5/ Les morphiniques peuvent permettre un reconditionnement à l'effort chez la personne âgée :

- Pour un autre médecin, le soulagement par la morphine permet un reconditionnement à l'effort :

« Ça permet de reconditionner les gens à l'effort... » (N°3)

6/ Les morphiniques perçues comme faiblement pourvoyeurs d'effets secondaires :

- Selon l'un des médecins, la morphine a l'avantage d'effets secondaires moindres chez la personne âgée comparée à d'autres traitements antalgiques :

« La difficulté à prescrire des anti-inflammatoires. (Cf. critères favorisant la prescription de morphiniques) » (N°4)

- Un autre médecin considère que les effets secondaires sont rares tant qu'on reste raisonnable et progressif dans le traitement :

« En fait tant qu'on reste raisonnable, on a très peu d'effets secondaires en dehors de la constipation. L'accoutumance, la dépendance, j'ai pas l'impression qu'elle soit si importante que ça quand on le donne dans des trucs raisonnables. » (N°5)

- Un troisième médecin constate que la tolérance aux morphiniques est très bonne dans sa pratique quotidienne :

« Je trouve que c'est plutôt bien toléré quand même les molécules qu'on donne en ce moment, je trouve qu'on les casse pas trop. J'ai l'impression que c'est quand même bien toléré, sur mon expérience. Au niveau de la tolérance... Voilà. » (N°10)

7/ Les divers outils d'aide la prescription :

- Plusieurs médecins utilisent des plaquettes d'équivalence thérapeutique afin de substituer les morphiniques entre eux ou de les substituer à des paliers 2 :

« Bah les plaquettes de labo qu'on avait avec les équivalents thérapeutiques et puis dans mon sac j'ai en général une plaquette avec les équivalents morphiniques pour, par rapport pour substituer du tramadol à la morphine et les morphiniques entre eux. » (N°1)

« Le petit tableau de conversion des morphiniques entre eux. Et ouais, ça je m'en sers parfois quand j'ai un petit doute entre les équivalences par exemple avec le fentanyl ou la voie sous-cut/per os. Ça oui je m'en sers. »

« C'est essentiellement les échelles de la douleur, après il y a les règles d'équivalence de dose pour les inter-doses et les doses de fond ou les équivalences entre les morphiniques qui se trouvent sur internet assez facilement. » (N°11)

- Un médecin utilise l'outil informatique :

« Si jamais je dois passer d'un truc à un autre, il y a toujours Univadis qui va nous aider. » (N°2)

- Un autre utilise le Vidal :

« Je regarde dans le Vidal. » (N°4)

- Quelques autres utilisent une réglette d'EVA afin de réévaluer la douleur d'une consultation à l'autre :

« J'utilise très peu les règles si tu veux savoir ; c'est un truc je dois en avoir une. Mais je les utilise sur des douleurs, par exemple, des douleurs métastatiques ou des trucs comme ça pour réévaluer d'une fois sur l'autre le traitement. » (N°5)

8/ La facilité de prescription comparativement aux anciennes méthodes :

- Deux médecins évoquent la simplicité de la prescription de morphinique depuis la fin

des carnets à souche, les ordonnances sécurisées sont une amélioration :

« Il fallait garder les souches et les transmettre au conseil de l'ordre. C'était pas simple la morphine. Maintenant c'est quand même beaucoup plus facile, on prend une feuille sécurisée et donc on met ce qu'on a besoin et la pharmacie le délivre. C'est plus facile maintenant. » (N°2)

« Faut être simple, à l'époque on avait le carnet à souche qui était envoyé par le conseil de l'ordre, quand vous commandiez un carnet, si vous en aviez déjà commander un trois semaines à l'avance on vous demandait pourquoi. » (N°5)

L'influence de l'entourage dans l'utilisation des morphiniques chez la personne âgée :

A/ L'influence de l'entourage familial :

1/ L'entourage familial en tant qu'informateur :

- L'entourage familial est un informateur indispensable concernant les souffrances de la personne âgée selon plusieurs médecins :

« Souvent ça va être l'entourage qui va dire on a l'impression qu'il a mal par moment parce que il fait des choses un peu bizarres. » (N°1)

« Bah généralement les gens de la famille voient bien. Ils passent tous les jours, ils remarquent si la personne se plaint plus. » (N°4)

- Pour un médecin, l'entourage peut être source de surestimation des douleurs étant donnée la part d'affect inhérente à leur condition :

« Quand, peut-être, la connaissance de l'entourage, mais qui est entachée, c'est pas une tâche mais, qui est accompagné d'affect, qui peut parfois surestimer euh le ressenti douloureux, ou sous-estimer aussi, c'est possible. » (N°9)

2/ L'entourage familial en tant que demandeur :

- Pour quelques médecins, l'entourage familial peut être demandeur quand il s'agit de soulager la personne âgée, mais pas demandeur d'un morphinique en tant que tel :

« J'essaie de ne pas me faire influencer par la famille pour garder mon libre-arbitre, parce qu'il y a quelques fois des familles qui vont te dire " bah oui mais bon il a mal malgré les antidouleurs". »

(N°2)

« Bah quand je prescris des morphiniques, je préviens l'entourage, pour qu'elle sache qu'elle a de la morphine et que, parce qu'ils se plaignent souvent à l'entourage, aussi en même temps qu'au médecin. Et l'entourage, quelques fois, il pousse pour avoir plus etc. » (N°6)

- A l'opposé, un médecin décrit l'exemple d'une demande directe de morphinique :
« Ça peut arriver, si si ça peut arriver, parfois que l'entourage... Je me souviens d'une patiente qui avait eu un tassement vertébral qui était mal soulagé par les paliers 2, c'était les enfants qui me demandaient : " Il faut faire quelque chose docteur, donnez-lui de la morphine ! ". » (N°7)

- Pour un autre la demande de morphine par la famille est inexistante et présente uniquement dans l'imaginaire collectif :
« Je crois que c'est encore un mythe ça, ceux qui se posent des questions c'est les infirmières, c'est les aides-soignantes ou... C'est eux qui vont vous dire « ah vous avez mis ça... » mais la fille, le fils, le petit-fils, généralement ils trouvent qu'il y a trop de médicaments, ça c'est automatique. » (N°5)

- L'un des médecins déplore que la présence familiale chez les personnes âgées soit généralement minime voire inexistante, le problème ne se pose donc pas :
« Et bien malheureusement on est dans une société où les patients âgés sont plutôt isolés et en général, dans la douleur, euh, ça fait longtemps que j'ai pas eu le cas d'une influence familiale dans la prise en charge de la douleur, donc, pour moi, une influence, je laisse très peu de place à l'influence dans la prescription. » (N°9)

3/ L'entourage familial comme facilitateur :

- Selon un médecin interrogé un bon entourage familial est un élément rassurant au cours d'une éventuelle prescription de morphiniques :
« Bah, pour moi ça va être plus facile de donner des morphiniques à quelqu'un qui est entouré parce que je sais que s'il y a des effets secondaires, ils vont ressortir plus facilement, l'entourage va être plus vigilant. Et donc pour moi ça va être facilitateur. » (N°7)

B/ L'influence de l'entourage soignant :

1/ L'entourage soignant en tant qu'informateur :

- Pour la plupart des médecins, les soignants sont des acteurs fondamentaux de la prise en charge de la douleur chez le patient âgé. La proximité qu'ils entretiennent au quotidien permet une information de qualité :

« Pareil, le personnel dans les maisons de retraite, ils les voient tous les jours donc ils ont aussi l'habitude des plaintes des résidents. » (N°4)

« ... C'est en EHPAD, il y a plus d'entourage là où je vais, c'est plus le personnel soignant, les infirmières, les aides-soignants qui peuvent être amenés un peu à m'orienter là-dedans. » (N°10)

« Là aussi c'est la surveillance des effets secondaires essentiellement, après pour les patients non communicants ou institutionnalisés, c'est vrai qu'eux ils ont le recul du suivi quotidien, pluriquotidien et sur le long terme, donc là on est plus à l'écoute de ce qu'ils peuvent nous dire. Mais à l'initiation en général c'est le patient surtout. » (N°11)

- Un médecin évoque le contrecoup de cette présence constante, l'excès d'empathie :

« Peut-être un petit trop dans l'excès d'empathie et dans l'exagération de l'intensité des symptômes ça peut arriver. » (N°8)

- Un autre quant à lui fait confiance aux soignants pour éliminer une éventuelle part d'affect qui fausserait leur évaluation :

« Ah elle est beaucoup plus élevée. Beaucoup plus élevée. Euh, si on parle de douleur, ou on parle de ressenti douloureux, euh, je fais plus confiance en l'objectivité et le détachement des soignants. » (N°9)

2/ L'entourage soignant en tant que demandeur :

- Pour beaucoup de médecins, les soignants sont régulièrement à l'origine d'une majoration des traitements antalgiques du fait du temps passé avec le patient et des

soins qu'ils sont amenés à prodiguer :

« L'infirmière en général on a des contacts elle va dire "bah oui quand on fait le pansement c'est vraiment très douloureux qu'est-ce qu'on peut faire ?" donc en général on s'arrange pour leur faire prendre un morphinique d'action rapide avant le pansement une demi-heure une heure avant » (N°1)

« C'est eux qui font majorer la prescription souvent. Bon c'est les gens qui mobilisent aussi qui créent le plus de douleurs. » (N°5)

« Bah ils sont plus au contact du patient comme je disais, lors des toilettes, lors de soins d'escarre ou de choses comme ça qui peuvent être douloureux. Ils peuvent m'orienter en me... Pas en poussant... Mais en facilitant un antalgique un peu plus fort. » (N°10)

- Par contre ils ne demanderont pas non plus directement des morphiniques :

« Ah ils ne vont pas te demander de mettre la morphine, non. » (N°2)

3/ L'entourage soignant en tant que facilitateur :

- Selon quelques médecins un bon entourage paramédical est un bénéfice au même titre qu'un bon entourage familial :

« Chez les personnes âgées faut être un peu plus simple. Y'a quelqu'un qui leur prépare leurs médicaments souvent parce qu'ils sont plus capables de le faire tout seul, euh » (N°2)

« Alors, c'est un peu la même chose, s'il y a une infirmière qui passe, qui va administrer le traitement ; moi ça me rassure. Si elle peut surveiller les effets secondaires, voilà... Et puis je suis aussi attentif si eux signalent que les patients ont mal. » (N°7)

L'utilisation des réseaux de soins et centres antidouleur dans l'utilisation des morphiniques chez la personne âgée :

A/ Quels sont les partenaires ?

1/ Les équipes et réseaux de soins palliatifs

- Plusieurs médecins travaillent avec des équipes de soins palliatifs au domicile spécialisées dans le soin de la personne âgée :

« Ouais, Santelys et réseau diamant essentiellement. » (N°8)

« J'envoie des fois des gens au centre antidouleur du CHR de Lille et toujours pareil parce qu'on parle de la personne âgée, l'équipe mobile de soins palliatifs quand je commence vraiment à être en difficulté, pour demander un avis, je travaille avec eux. » (N°10)

« Ca m'est arrivé de travailler avec des réseaux de soins palliatifs au domicile. » (N°11)

2/ Les centres antidouleur hospitaliers :

- Deux médecins travaillent quant à eux avec des centres antidouleur dans les cas où ils n'arrivent plus à gérer seuls les douleurs :

« J'ai notamment une dame qui a un Alzheimer et chez qui ce n'est pas facile de savoir qui a déjà eu des fractures des deux cols fémoraux d'une épaule et c'est pas toujours facile d'évaluer sa douleur et donc on a recours parfois pour elle » (N°1)

« Je pense aux centres de lutte contre la douleur du CHR de Lille, celui de Roubaix avec qui aussi je peux travailler. » (N°9)

- La fréquence de ces prises en charge reste faible pour les médecins d'après d'autres médecins :

« Là j'ai deux patients sur euh 20 ou 30 comme ça à la louche donc ça fait... Environ 10%. » (N°10)

« Alors actuellement pas du tout parce que j'ai pas de patients euh... Qui nécessitent ce genre

de réseaux. » (N°11)

B/ Les freins évoqués par les médecins généralistes dans le travail avec les réseaux hospitaliers :

1/ Les délais de rendez-vous et le manque de mobilité de la personne âgée :

- Les deux principaux obstacles au travail avec les centres antidouleur chez la personne âgée sont d'après quelques médecins les délais importants de rendez-vous et le manque de mobilité de la personne âgée :

« Bah la personne âgée, vous l'envoyez rarement. Vu les délais pour avoir un rendez-vous, en plus, quand vous voyez quelqu'un qui se tord de douleurs "bah prenez rendez-vous dans 3 mois dans un centre antidouleur !" » (N°4)

« Ah le centre antidouleur ? Euh, pour les personnes âgées, bah c'est un peu difficile, parce que moi les personnes âgées que je connais, elles ont du mal à se déplacer. Donc pour aller au centre antidouleur, bah elles y vont pas, donc on se débrouille sans. » (N°6)

« Le seul truc que je sais c'est que les rendez-vous sont très long à avoir. » (N°7)

2/ Le manque de confiance envers les centres hospitaliers :

- Plusieurs médecins n'ont pas l'impression que les centres antidouleur fassent mieux qu'eux, au contraire, ils empireraient la situation en entraînant une perte d'autonomie due à la sur-médication.

« Ouais ouais mais bon... Ils font pas beaucoup mieux que nous finalement "rire". Les personnes sont bien shootées. » (N°3)

« Les centres antidouleur, on va dire oui. Ils font comme nous, ils épluchent le Vidal. C'est vrai hein. Ça ça n'a pas marché, on va essayer ça". Je suis mauvaise langue. » (N°4)

« Comment ça s'appelle, l'hôpital à domicile, on est bien obligé de travailler avec. Mais ça marche pas bien dans le valenciennois. » (N°6)

C/ Les apports des centres antidouleur dans la prescription de morphiniques :

1/ Un apport de connaissance :

- L'un des médecins nous dit bénéficier des prescriptions du centre antidouleur pour utiliser des thérapeutiques dont il ne se servirait pas sans lui :

« Ca m'aide parce que parfois ils vont donner des produits que je n'utilise pas forcément moi, euh, parce que j'en ai pas l'expérience, parce que j'ai pas eu la formation sur ces produits-là, » (n°1)

- Quelques médecins se forment au contact des intervenants qui bénéficient d'une plus grande expérience dans la prise en charge de la douleur chez la personne âgée :

« Oui ça peut avoir un impact effectivement, par le biais d'échanges avec les médecins coordinateurs. » (N°8)

« Bah en général oui, parce que c'est des médecins qui font... Qui ont plus l'habitude que moi et que l'échange est toujours intéressant donc euh... Oui ! » (N°11)

2/ Une aide à l'initiation d'un traitement morphinique :

- Certains médecins, eux, utilisent le crédit du centre auprès du patient pour introduire un morphinique sans rencontrer d'opposition :

« Euh, bah oui, si eux ils me disent, bah finalement on peut passer aux morphiniques, pour calmer etc... Bah ok, on passe aux morphiniques et les patients disent rien ! » (N°2)

« Et c'est vrai que quand on est plusieurs à s'accorder sur l'utilité d'un traitement morphinique, ça fait que renforcer son indication. » (N°9)

3/ L'apport du travail en équipe :

- Selon deux médecins, la prise en charge de la douleur se doit d'être

pluridisciplinaire :

« On doit pas être le seul intervenant dans ces histoires de douleurs. Donc il faut toujours euh qu'ils voient aussi d'autres intervenants, que ça soit des rhumato, des cancéro, que ce soit aussi le centre de la douleur, que ce soit tout ça. » (N°2)

« Ou des rhumatologues de ville avec qui j'ai l'habitude de travailler. » (N°9)

- Le travail en équipe permet à certains médecins d'échanger sur leur pratique et donc de se remettre en question sans forcément passer par une formation académique :

« Et puis comme on se réunit, bah bien souvent on en discute entre nous, et ça permet, sans avoir de formation vraiment euh académique, d'en rediscuter et d'échanger. » (N°6)

« De ne pas travailler seul, parce que nous en médecin on est toujours seul à prendre des décisions, c'est ça qui est compliqué des fois. Ça permet un peu d'avoir un appui. » (N°10)

L'importance de la formation dans la prescription de morphiniques chez la personne âgée :

A/ La formation initiale des médecins généralistes concernant la douleur et les moyens de la soulager :

1/ L'évolution de la formation initiale :

- Un médecin évoque l'évolution du ressenti vis-à-vis des morphiniques depuis sa formation initiale :

« Euh, de toute façon, en 80 on utilisait les morphiniques que sur les mecs qui allaient claquer. »

(N°5)

2/ L'inégalité de la formation initiale selon les médecins :

a) La formation théorique :

- Pour beaucoup de médecins, la formation initiale à la faculté était insuffisante, voire inexistante :

« Je m'en souviens plus "rire" Je ne sais même pas si j'en ai eu une formation... » (N°3)

« Ma formation initiale n'existait pas. A l'époque. » (N°6)

« Et pour en avoir discuté avec une interne il y a pas si longtemps, je crois que ça doit pas être bien intégré dans la formation parce qu'elle avait pas l'air au clair non plus. » (N°7)

- Pour l'un d'entre eux, la formation était de qualité :

« On a eu quand même une bonne formation sur les antalgiques et la douleur. Même s'il y a des nouvelles formes qui sont sorties, il y en a pas mal. » (N°10)

b) La formation pratique :

- Deux médecins sont passés dans des stages où la prise en charge de la douleur de

la personne âgée était un combat quotidien, soit la cancérologie, le soin palliatif et la gériatrie. L'un d'entre eux a également bénéficié des enseignements d'un maître de stage ambulatoire formé sur cette problématique. Il considère avoir été très bien formés sur ces problématiques :

« Moi ce qui m'avait beaucoup aidé, c'était le soin pal aux Bateliers. Les soins palliatifs aux Bateliers, en gériatrie, j'en ai beaucoup bouffé. » (N°7)

« Bah moi je suis passé en gériatrie et en cancéro donc ça m'a aidé. Après en ville j'ai aussi euh... Suivi un médecin qui faisait beaucoup de gériatrie et qui était très à l'écoute de ses patients et aussi très régulièrement en formation continue donc j'ai eu cette formation-là. » (N°11)

B/ La formation continue des médecins généralistes concernant la douleur et les moyens de la soulager

1/ Les moyens de formation continue :

- Quelques médecins se forment par les journaux :

« Quotidien du médecin, les journaux, dans les soirées... » (N°4)

« Après tout, ces histoires de variabilité interindividuelle, les histoires de palier 2 qui sont très changeant d'une personne à une autre, je l'ai lu dans Prescrire, finalement ça compte dans la formation continue. » (N°7)

- Plusieurs participent à des soirées :

« Donc j'ai appris sur le tas. Et avec les EPU, les enseignements post-universitaires. C'est les réunions qu'on a tous les mois. Et puis euh, un appel au confrère ou des choses comme ça. » (N°6)

« Alors j'ai participé à des FMC sur la douleur. » (N°8)

- Quelques autres n'ont pas bénéficié d'une formation continue sur le thème de la

douleur ou des morphiniques :

« Niveau morphine, on nous en parle pas beaucoup en formation continue. » (N°2)

« On est sur une formation continue qui est surtout très hospitalière quoi. » (N°5)

- Un médecin nous dit que les visites médicales des laboratoires participent à sa formation :

« Formation continue, c'est avec toutes les nouvelles formes d'introduction de la morphine: les sucettes dans la joue, les sprays, ça c'est plus (rires) la visite médicale... » (N°4)

- Un autre est plutôt réfractaire à ces visites :

« Je reçois pas beaucoup les labos, voire pas du tout. Donc j'ai pas beaucoup ce retour-là. »

2/ Les apports de la formation continue :

- La formation continue a permis à un des médecins de rester au point sur les nouvelles galéniques :

« Formation continue, c'est avec toutes les nouvelles formes d'introduction de la morphine : les sucettes dans la joue, les sprays, ça c'est plus (rires) la visite médicale... » (N°4)

- Un autre nous dit qu'il lui serait profitable d'être formé sur les nouvelles indications de traitements morphiniques, pas sur les nouveaux traitements :

« Je considère qu'on a pas mal d'armes, de médicaments pour lutter contre ça. Après sur l'évaluation, sur les indications ça pourrait valoir le coup de se mettre un peu à niveau effectivement. » (N°9)

3/ La demande de formation continue :

- Plusieurs médecins estiment qu'il leur serait profitable de bénéficier de plus de formation concernant la douleur étant donné la place importante qu'elle occupe dans

POUARD Antoine

leur activité :

« La formation continue pourquoi pas oui. Sur la douleur, ça peut être intéressant, c'est la première chose qu'on doit soulager en étant soignant oui. » (N°9)

« Après sur l'évaluation, sur les indications ça pourrait valoir le coup de se mettre un peu à niveau effectivement. Mais moi j'en ai pas fait personnellement sur les FMC. » (N°10)

DISCUSSION

Discussion de l'étude qualitative :

A/ Discussion de l'étude :

Nous avons réalisé une étude de type qualitatif afin de déterminer les facteurs favorisant la prescription de morphiniques de palier 3 chez la personne âgée par les médecins généralistes. Pour ce faire nous avons essayé de comprendre leurs habitudes de prise en charge de la douleur, leurs ressentis vis-à-vis de la prescription de morphiniques chez la personne âgée et leurs formations sur ces thèmes. Nous avons également évalué la part de l'entourage, de la famille et des réseaux de soins ambulatoires ou hospitaliers dans cette prise en charge. Selon Isabelle Aubin-Auger dans Exercer « la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins » (23).

Sur ces réflexions, le choix du qualitatif semble être plus adapté et plus complet pour prendre en compte à la fois les habitudes, le ressenti, l'affect et les préjugés des médecins interrogés.

1/ Discussion du mode de recueil :

Nous avons choisi de procéder à des entretiens semi-directifs en vis-à-vis.

L'entretien individuel plutôt qu'en focus group nous a semblé plus adapté pour obtenir des réponses diverses et personnelles, non dictées par le regard des autres médecins ou la gêne vis-à-vis de ces derniers. De plus, pour des raisons pratiques de disponibilité et de localisation des médecins interviewés, des entretiens en focus group semblaient relativement difficiles à réaliser. Nous avons décidé de procéder à des entretiens en vis-à-vis plutôt qu'à distance pour un souci de convivialité et de confraternité, le vis-à-vis permettant de mettre à l'aise l'interviewé et aussi de faire participer la gestuelle à l'entretien.

Les entretiens se sont basés sur un guide potentiellement évolutif, qui a d'ailleurs été modifié au

fil des entretiens. Il était composé de questions ouvertes et de relances. L'objectif étant d'obtenir des réponses libres et variées, d'évoquer les expériences professionnelles et le vécu de chaque médecin.

Les entretiens ont par la suite été retranscrits en totalité à l'aide du logiciel Sonal, en faisant apparaître au mieux les onomatopées et autres ponctuations.

2/ Discussion de l'échantillon

L'échantillon des médecins interrogés n'a pas été défini à l'avance. Nous avons interviewé des praticiens de médecine générale, d'âges différents, de modes d'exercice différents et de sexes différents. Ceci dans le but d'obtenir non pas une représentativité statistique mais bien une grande variété d'expérience et de comportements. L'échantillon est donc raisonné et diversifié.

Les médecins interrogés ont été choisis parmi nos connaissances et par bouche à oreille. Nous les avons contactés par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous.

La saturation des données a été obtenue au dixième entretien et confirmée par un onzième.

B/ Discussion des limites de l'étude :

1/ Biais de recrutement :

Les médecins exerçant en milieu rural sont pour la plupart issus de zones géographiques variées du Nord et du Pas-de-Calais. Les médecins d'exercice urbain interrogés pratiquent tous à Lille ou dans la métropole Lilloise ce qui peut occasionner un biais.

De plus, il a été constaté que les médecins les plus âgés se situent davantage en zone rurale ou semi-rurale, et les plus jeunes en zone urbaine.

2/ Biais de mémoire :

Les médecins n'ayant pas été préparés aux questions à l'avance, ils ont dû piocher dans leur mémoire les différentes expériences décrites et ce au cours d'un temps court (entre 9 et 28

minutes). On peut donc penser que les situations les plus récentes ou les plus complexes ont pris le dessus sur la pratique au long cours.

3/ Limite de l'étude de type qualitatif :

Ce qui fait l'avantage de l'étude qualitative fait aussi sa limite. Lors de la discussion de l'analyse, il est possible que nous ayons posé des constats basés sur les réponses d'une partie des médecins interviewés et que nous les ayons généralisés.

4/ Absence de triangulation de l'analyse des verbatim :

L'analyse des verbatims a été effectuée par un seul investigateur. Elle n'a donc pas bénéficié d'une triangulation attestant de la reproductibilité de l'étude (26).

Discussion des résultats :

A/ Certaines pathologies favorisent l'usage des morphiniques :

Les médecins interrogés sont pour la plupart d'accord sur les pathologies nécessitant la prescription de morphiniques.

Le traitement des douleurs cancéreuses est la première cause d'introduction de morphiniques. Ce sont généralement des douleurs chroniques qui peuvent être intenses. Comme le rappelle le Dr GERANTON dans une étude de 2007, la prescription d'opioïdes forts est une thérapeutique maîtrisée et « idéale » du fait de son efficacité et de sa bonne tolérance dans le contexte d'une pathologie cancéreuse où les douleurs sont souvent sévères et chroniques et peuvent donc grandement influencer sur la qualité de vie (27). De plus elles se rapportent régulièrement à la fin de vie qui est une cause admise dans l'imaginaire collectif des médecins interrogés comme source de prescription de morphiniques. D'après les médecins interrogés, parmi les douleurs cancéreuses, les douleurs des métastases osseuses sont les plus pourvoyeuses de morphiniques, du fait de l'intensité des douleurs ressenties par le patient et de la perte d'autonomie majeure qu'elles engendrent.

Le second type de pathologies concernées regroupe les troubles ostéo-articulaires et rhumatologiques, aussi bien aiguës que chroniques, de par leur fréquence importante dans la population âgée. Dans le cadre de l'arthrose, pathologie chronique par excellence mais présentant des poussées aiguës, les avis sont particulièrement mitigés. Certains médecins considèrent l'arthrose comme une pathologie pouvant nécessiter des morphiniques, si elle est sévère ou en phase de poussée. D'autres considèrent cette prescription comme une évidence. Il est à noter que ce ne sont pas les mêmes médecins qui considéraient qu'une douleur peut être acceptable. Des recommandations sur l'arthrose ont été réalisées par l'HAS (28), qui suggèrent

l'utilisation principalement dans ce cadre, de paliers 1 et la mise en place de règles hygiéno-diététiques. Les morphiniques ne sont pas évoqués. La démarche des médecins interrogés semble tout de même raisonnable considérant que le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur indique qu'il est indispensable de soulager au mieux la douleur des personnes âgées (29).

Les morphiniques sont également utilisés pour les hernies discales et dans les douleurs aiguës de type fracturaire comme les tassements vertébraux.

Le caractère aiguë d'une douleur favorise chez certains médecins l'introduction de morphiniques afin de soulager la douleur mais aussi dans l'optique d'un traitement de courte durée.

Les morphiniques sont aussi utilisés dans le cadre d'ulcères artéritiques chroniques hyperalgiques. Peu d'études ont été réalisées sur ce thème en dehors des études concernant le traitement antalgique administré avant un soin douloureux.

Les neuropathies diabétiques ou les douleurs post-zostériennes sont aussi à l'origine de traitements morphiniques. L'HAS recommande dans un avis de 2014 l'utilisation de l'oxycodone à la fois dans les douleurs cancéreuses, mais aussi dans les douleurs neuropathiques rebelles aux traitements usuels bien menés (30).

L'utilisation d'analgésiques morphiniques dans ce cadre est donc justifiée mais probablement pas aussi répandue que nécessaire chez les médecins généralistes.

En 2008 un consensus sur l'utilisation des morphiniques dans la prise en charge de la douleur chronique de la personne âgée a été établi par l'équipe du Docteur PERGOLIZZI. L'utilisation des morphiniques est conseillée dans le cadre des douleurs cancéreuses en prenant en compte les risques d'effets secondaires, de mésusage, l'efficacité des traitements déjà proposés et l'intensité des douleurs. Il conseille également leur utilisation dans les douleurs nociceptives non

cancéreuses telles que les douleurs ostéo-articulaires, sous réserve d'une bonne tolérance au traitement et d'une prise en charge individuelle du patient. On peut par ailleurs utiliser des morphiniques dans les douleurs neuropathiques. La Buprenorphine serait la plus efficace dans cette indication. A l'exception de l'utilisation de la Buprenorphine, les médecins interrogés respectent ce consensus, que ce soit dans les critères de prescription ou dans les pathologies ciblées (31).

Les douleurs citées ci-dessus sont des facteurs favorisant la prescription de morphiniques. Une meilleure connaissance des indications possibles de traitements morphiniques en serait un également.

Les morphiniques d'action rapide sont par ailleurs très utilisés dans la préparation d'un geste de soin (pansement, soin d'ulcère...), afin d'améliorer la qualité du soin, l'observance au soin du patient et sa qualité de vie. En effet comme le dit le Docteur Donnadiou dans une étude de 2008, la prévention et le soulagement des douleurs induites fait partie des obligations devenues réglementaires depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (32) (33). Mais comme le fait remarquer cet article, la durée d'action de la plupart des morphiniques dépasse largement la durée du geste (environ 4h) sans parler des effets secondaires. Les antalgiques morphiniques sont donc loin d'apporter une réponse satisfaisante à la réduction des douleurs induites. L'étude conseille d'utiliser des moyens non médicamenteux et parfois une anesthésie locale, du MEOPA, voire une sédation. Les médecins interrogés n'ont pas pris en compte le facteur pharmacocinétique de la morphine, mais les préconisations de l'étude ne semblent peut-être pas adaptées à une pratique ambulatoire.

Enfin les médecins interrogés introduisent plus facilement un morphinique chez les patients en fin de vie présentant des douleurs intenses. Les médecins sont en effet moins méfiants vis-à-vis des éventuels effets secondaires. De plus la morphine est plus facilement acceptée par les

patients et les familles dans ce contexte.

De même ils prescriront plus facilement des morphiniques chez les patients suivis en médecine palliative, principalement dans les cas où l'état de base du patient a peu de chances de s'améliorer même si l'on n'est pas obligatoirement dans un cadre de fin de vie. Selon une étude du Dr FOUGERE parue en 2012, 98% des médecins généralistes utilisent facilement les morphiniques lorsque les antalgiques de palier 1 et 2 ne sont plus efficaces dans le cadre d'une prise en charge palliative au domicile (34).

B/ Le maintien de la qualité de vie du patient, sa demande de soulagement et le positionnement du médecin face à la douleur :

Le maintien de la qualité de vie du patient est un facteur décisionnel important dans le passage aux analgésiques morphiniques.

Les personnes âgées expriment rarement une douleur intense mais vont facilement exprimer des difficultés au quotidien pour les courses, le ménage, la marche ou le sommeil. Certaines douleurs impactent directement les possibilités des personnes âgées à effectuer ces actes de la vie quotidienne. Il convient donc de les soulager.

Dans la même optique, la douleur impacte fortement le moral des personnes âgées, les troubles thymiques entraînant eux aussi une baisse de la qualité de vie. Le recueil Douleur et personne âgée coordonné par le Docteur BEROUD en 2011 nous rappelle que les douleurs chroniques présentées par les personnes âgées méritent d'être envisagées dans leur complexité et leurs dimensions psychosociales. Elles peuvent indiquer la présence d'un trouble affectif ou d'une souffrance personnelle ou relationnelle (35). Afin de maintenir la qualité de vie et l'autonomie du patient âgé, les médecins introduiront éventuellement un traitement morphinique si nécessaire.

L'utilisation de morphiniques apporte quasiment systématiquement au patient le soulagement de ses douleurs, ce qui permet dans certains cas un reconditionnement à l'effort. Selon le Dr BEAULIEU, la prise en charge de la douleur chronique passe par une remise en activité

progressive des patients avec des bénéfices à la fois sur le plan de la douleur et sur la qualité de vie (36). L'introduction d'un morphinique peut donc faire entrer le patient dans un cercle vertueux de lutte contre les douleurs chroniques.

La demande du patient a une importance capitale dans la décision d'initier un traitement morphinique. En effet, le patient est et demeure au centre du processus de soins et le soulager est l'objectif final. Ainsi, la douleur exprimée par le patient, le ressenti de ce dernier vis-à-vis des morphiniques, le soulagement obtenu ou non et les plaintes physiques ou morales sont des éléments majeurs de la prise de décision.

Nous avons également interrogé les médecins généralistes sur leur éventuelle conception d'un seuil de douleur acceptable ou tolérable chez la personne âgée.

Les avis divergent du tout au tout. Comme le décrit la SFETD en 2001 dans son plan d'évaluation triennal, le contexte culturel autour des représentations de la douleur a changé. Nous sommes passés d'une douleur rédemptrice à une douleur qu'il faut traiter, même si la douleur reste pour certains patients et soignants un indicateur (37). On retrouve cette évolution dans les réponses des médecins interrogés, certains considèrent en effet que la douleur est naturelle et peut être tolérée tant qu'elle ne nuit pas à la qualité de vie du patient ou à son moral. Une douleur légère peut être normale passé un certain âge.

D'autres, en revanche, considèrent avec plus ou moins de véhémence que la douleur est inacceptable moralement et physiquement tant pour le patient que pour le médecin dès lors que l'on est capable de l'éviter.

Certains médecins pensent en outre que ce n'est pas le rôle du médecin de définir si une douleur est acceptable ou non, mais bien celui du patient lui-même selon son ressenti et son vécu.

Une étude de la DRESS décrit que les personnes âgées intériorisent facilement leur douleur. En effet la douleur étant individuelle et très subjective, ils ont l'impression d'être mal compris par les soignants. Les personnes âgées interrogées dans l'étude en question affirment qu'il est

nécessaire d'accepter les douleurs car elles sont normales et que le médecin sera impuissant à les soulager (38). Cette étude est en accord avec une partie des médecins interrogés. La douleur de la personne âgée leurs semblait parfois acceptable. La douleur n'est jamais banale et se doit d'être soignée.

L'évolution du ressenti des médecins et des patients vis-à-vis de la douleur pourrait être un facteur favorisant la prescription de morphiniques afin de maîtriser les douleurs « banales » de la personne âgée non soulagées par les antalgiques de palier 2.

C/ L'apport pharmacologique des morphiniques :

La flexibilité des morphiniques selon leur galénique est un bénéfice fréquemment décrit par les médecins interrogés.

Les différentes galéniques permettent de s'adapter facilement aux possibilités des patients. La possibilité de déglutir est la plus évidente. En effet une voie transdermique permet facilement d'éviter cette problématique présente chez de nombreuses personnes âgées atteintes de troubles neurologiques.

L'observance est également favorisée par la possibilité de s'adapter à la demande et au ressenti des patients. En effet la prise de médicaments tout au long de la journée est parfois aussi importante que le fait d'être soulagé, cet « effet placebo » est pris en compte par la possibilité d'inter-dose.

Les modes d'action rapide ou longue durée des morphiniques permettent par ailleurs de s'adapter de manière bien plus précise au type de douleur ressenti par la personne âgée. Un morphinique d'action rapide sera prescrit en cas de douleurs paroxystiques irrégulières et un morphinique d'action prolongée devant des douleurs intenses mais stables sur la durée.

Plusieurs médecins préfèrent les formes transdermiques chez le sujet âgé du fait de leur simplicité d'administration et de leur longue durée d'action. Pour rappel, l'indication thérapeutique des patchs de Durogésic® concerne le traitement des douleurs chroniques sévères qui ne

peuvent être correctement traitées que par des analgésiques opioïdes (39). De ce fait, l'utilisation des patchs semble parfaitement indiquée quel que soit le type de pathologie, l'importance étant l'intensité de la douleur. D'autres préfèrent une forme per os du fait d'une adaptation de dose plus facile.

Certaines galéniques de type transdermiques permettent un allègement des thérapeutiques souvent lourdes de la personne âgée en diminuant la quantité de traitements per os. L'argument de la diminution du nombre de cachets est intéressant pour le médecin mais surtout pour le patient qui adhère plus facilement à un nouveau traitement qui n'entraîne pas de prise supplémentaire.

Ainsi la variété des galéniques disponibles et leur flexibilité d'usage sont des facteurs favorisant la prescription de morphiniques.

Les galéniques de longue durée d'action que ce soit le fentanyl, l'oxycodone et le Sulfate de morphine, permettent une stabilité de l'effet antalgique sur le long terme, jusqu'à 72h pour la voie transdermique. Ce type de traitement est particulièrement adapté aux douleurs chroniques et constantes sans douleurs paroxystiques associées. Ces galéniques de longue durée évitent par ailleurs, selon un médecin, les effets « flash » de certains morphiniques rapides qui seraient plus à risque de dépendance.

Selon un article du magazine Prescrire, les morphiniques ont pour avantage une variabilité interindividuelle moindre que les antalgiques de palier 2 et sont donc moins impactés par la réserve fonctionnelle organique individuelle du patient (40). On obtient donc un effet plus reproductible avec les morphiniques de palier 3 qu'avec les paliers 2.

Au cours des entretiens, les effets secondaires néfastes des morphiniques n'ont été évoqués qu'une fois. En pratique, les médecins interrogés trouvent que la tolérance des morphiniques est

excellente chez le patient âgé sous réserve d'une introduction raisonnable et progressive. Un article de 2010 compare les opioïdes aux paliers 2 dans l'occurrence d'effets secondaires indésirables. La codéine, le tramadol, l'oxycodone et l'hydrocodone ont été comparés : il n'a pas été constaté de sur-risques cardiovasculaires, le risque de fracture est inférieur pour le tramadol, les autres effets secondaires étaient comparables (41).

D/ L'apport de l'entourage dans la prescription de morphiniques :

L'importance de l'entourage a fait l'unanimité durant les entretiens concernant la prise en charge de la douleur de la personne âgée. L'entourage familial est un informateur de qualité. En effet, les contacts quotidiens ou pluriquotidiens qu'ils partagent avec la personne âgée leur permettent de repérer les éventuels changements de comportement évoquant un syndrome confusionnel secondaire à une douleur. Ils peuvent également simplement être plus à l'écoute d'une augmentation de la fréquence des plaintes.

La famille a tout de même ses limites en tant qu'informateur. La part affective qui lie la personne âgée à sa famille peut faire surestimer ou sous-estimer une douleur.

L'entourage familial influe donc sur la prescription d'antalgiques grâce aux informations qu'il fournit. Il peut également être à l'origine d'une demande de morphiniques, mais il en est surtout le facilitateur du fait de sa présence au quotidien.

Une étude du Journal of Pain and Symptom Management de 2002 a évalué l'importance de l'évaluation de la douleur par l'entourage des personnes âgées. Il en ressort que moins l'entourage est présent, moins il est capable d'évaluer sa douleur. L'évaluation est plus efficace si le parent est l'enfant que si c'est le conjoint. L'entourage permet également d'informer le médecin sur les antécédents douloureux (42).

De même, l'entourage soignant est indispensable à une prise en charge de la douleur de qualité. Sa connaissance du patient mais aussi de sa pathologie et des douleurs en général en fait un allié de proximité incomparable. En institution, ils remplacent la famille et s'occupent de tous les

aspects de la prise en charge des morphiniques, de l'administration du traitement, de sa réévaluation en passant par la surveillance de la tolérance du patient.

Les infirmiers peuvent ainsi influencer le médecin dans la majoration du traitement, en constatant une perte de qualité de vie, une douleur insuffisamment soulagée ou en pratiquant certains soins douloureux. Il semble qu'ils ne soient pas non plus demandeur de morphinique en tant que tel mais, comme la famille, facilitateur d'un éventuel traitement.

Le vieillissement pathologique comme le vieillissement physiologique sont des freins à la prescription de morphiniques chez la personne âgée qui peuvent être contournés par la présence d'un entourage de qualité.

En effet, dans un contexte de vieillissement physiologique, la personne âgée présente souvent une perte d'acuité sensorielle pouvant entraîner des erreurs d'observance. Les erreurs peuvent également être la conséquence de problèmes de concentration ou de compréhension.

Une étude de 2007 concernant le risque d'effets secondaires résultant des erreurs des patients âgés décrit un risque majoré du fait de la polymédication et incite à mettre en place des stratégies systématique d'aide à l'administration des médicaments (43).

E/ Les aides à l'utilisation des morphiniques : les échelles d'évaluation, la prescription simplifiée, la formation continue et le travail en réseau.

Les outils d'aide à la prescription de morphiniques sont nombreux. Les médecins ont évoqué les plaquettes d'équivalence thérapeutique, les outils de prescription en ligne type Univadis et tout simplement le Vidal®. Ces différentes aides permettent aux praticiens de pallier si besoin un éventuel manque de connaissance sur certaines thérapeutiques.

Afin de favoriser la prescription de morphiniques, il convient d'évaluer la douleur dans les meilleures conditions. Parmi les médecins interrogés, peu utilisent les échelles d'hétéro-

évaluation de la douleur pourtant utile dans la population âgée. L'HAS a mis en place en 2000 une recommandation sur l'évaluation et la prise en charge des douleurs chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale (4). Afin d'évaluer leur douleur, il faut guetter tout changement de comportement spontané ou au décours d'un soin. Il convient également d'utiliser des échelles d'hétéro-évaluation type DOLOPLUS 2.

L'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur permettrait une meilleure prise en charge des douleurs des personnes souffrant de troubles de la communication, si besoin en passant par un morphinique.

L'évolution de la prescription de morphiniques a été évoquée. Les médecins interviewés considèrent les ordonnances sécurisées comme une nette amélioration comparativement aux carnets à souches fournis par le conseil de l'ordre par le passé. La simplification de la prescription est un facteur favorisant la prescription de morphiniques.

La formation continue est une obligation légale pour tout médecin généraliste installé selon le décret n°2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins (44), mais les thèmes ne sont pas définis.

Parmi les médecins interrogés, peu ont bénéficié d'une formation continue en rapport avec la douleur ou l'utilisation des morphiniques. Les moyens de formation évoqués sont principalement les journaux médicaux type Prescrire et les soirées proposées par divers organismes de formation médicale continue. Les visites des représentants de laboratoires participent également à la formation bien que certains médecins y soient réfractaires à cause du risque de conflit d'intérêt.

La formation continue a permis aux médecins de rester au point sur les nouveautés en matière de galéniques. Nous avons pu noter que certains médecins auraient souhaité être formés sur les nouvelles indications potentielles d'un traitement morphinique.

Une étude du Dr LIARD et de son équipe en 2008 a évalué les besoins de formation concernant la prise en charge de la douleur en médecine générale. Les résultats indiquent que les besoins se situent dans une sensibilisation et une formation à l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur et une amélioration des méthodes relationnelles (9).

Les médecins interrogés n'ont pas évoqué ce besoin mais ils seraient susceptibles d'en bénéficier, les outils d'évaluation de la douleur favorisent en effet la prise en charge de la douleur chez la personne âgée.

Les médecins interrogés travaillent habituellement avec des réseaux de soin locaux, soit d'HAD, soit de soin palliatif au domicile. Ils travaillent également avec les centres antidouleur hospitaliers. La fréquence de ces associations est faible, un ou deux patients au mieux par patientèle.

Pourtant, la prise en charge de la douleur est par essence pluridisciplinaire, le dialogue et l'échange avec les autres praticiens permettent aux médecins interrogés de se former et de se mettre à jour sur le côté pratique de la prescription de morphiniques.

Comme le rappelle un article d'un collectif de médecins en 2007 dans Douleurs, la multidisciplinarité est le maître mot dans une prise en charge de la douleur réussie. Il persiste tout de même la problématique de services d'HAD et de centres antidouleur, insuffisamment développés dans certaines régions et grevés de lourdeurs administratives, limitant de par les délais de rendez-vous un travail d'équipe de qualité (27).

Par ailleurs, le travail en équipe permet de légitimer la prescription de morphinique auprès du patient, le poids du spécialiste diminuant leur opposition. De plus, il a pu être constaté que les médecins interrogés prescrivent plus facilement un morphinique suite à la proposition d'un spécialiste d'organe.

Les relations entre les médecins interrogés et les structures hospitalières ne sont pas toujours de qualité. En effet, les médecins évoquent des difficultés récurrentes à communiquer avec les centres antidouleur. Dans une publication de 2011, le Docteur GHADI évoque par ailleurs la

défiante existante entre les médecins généralistes et la structure hospitalière. Les médecins généralistes évoquent la difficulté à joindre les services et la quasi-impossibilité de contact direct avec le médecin hospitalier (45).

L'amélioration des relations confraternelles avec les centres dédiés à la douleur est un facteur qui pourrait favoriser la prescription de morphiniques.

F/ L'apport des connaissances universitaires dans la prescription de morphiniques :

Les médecins interrogés ont, à peu de chose près, les mêmes pratiques d'introduction de traitements antalgiques. Ces pratiques consistent à suivre les paliers de l'OMS qui mènent si besoin à la prescription de morphiniques.

Une mise au point de l'AFSSAPS en association avec la SFR et la SFETD (46) conseille de prescrire du paracétamol dans les douleurs aiguës nociceptives légères à modérées, un AINS ou un antalgique de palier 2 dans les douleurs modérées à intenses et, selon l'intensité, d'introduire un antalgique de palier 3.

Les stratégies de prescription sont aussi variées que le nombre de médecins ayant participé aux entretiens.

En ce qui concerne l'initiation d'un traitement morphiniques, l'HAS conseille en cas d'utilisation d'oxycodone de débuter un traitement à libération prolongée de type Oxycontin® LP 10mg toutes les 12 heures en association à des doses 5mg toutes les 4 à 6h d'Oxynorm® en cas de primo-introduction d'un traitement morphinique et de se fier aux échelles d'equianalgésie en cas de substitution. La majoration en cas d'insuffisance de la dose comprimée à libération prolongée se fera par palier de 25 à 50% avec maintien d'un intervalle de 12h, les doses de libération immédiates seront majorées de 25 à 50% soit en augmentant la dose soit en réduisant l'intervalle (30).

Comme indiqué précédemment, les médecins interrogés procèdent de manière très variée, rarement selon les recommandations usuelles et principalement en se basant sur leur expérience

personnelle et sur les capacités du patient. Une meilleure connaissance des stratégies de prescription simplifierait peut-être la prescription de morphiniques chez la personne âgée.

L'intensité prévisible de la douleur selon la pathologie est également un facteur important d'initiation de morphiniques en première intention. Selon le Docteur LEQUEUX dans un dossier documentaire de 2015, il convient de suivre la progression des paliers de l'OMS, mais il ne faut pas hésiter à utiliser des morphiniques d'emblée en cas de douleur intense (47).

G/ Les freins à la prescription de morphiniques : des pistes d'amélioration potentielles :

La recherche des freins à la prescription de morphiniques n'était pas l'objectif de l'étude. Toutefois, du fait de l'entretien semi-directif et des questions ouvertes, bon nombre de médecins les ont évoqués. Nous en avons extrait des pistes d'aides à la prescription de morphiniques.

L'information des patients et de leurs familles est un facteur favorisant la prescription des morphiniques. En effet, pour de nombreux patients, les morphiniques sont encore fortement liés à la fin de vie et aux soins palliatifs, ils sont donc réticents à l'initiation de ce type de thérapeutique. Comme le dit un des médecins interrogés, une explication de la thérapeutique, de ses risques et de ses effets peut limiter ces freins.

Il persiste également une représentation de la morphine en tant que drogue. Les patients ne souhaitent pas risquer une addiction dans le seul but de soulager leur douleur. Une meilleure connaissance des patients et de leurs risques de dépendance serait un facteur favorisant la prescription de morphiniques.

Une étude de la DRESS nous donne l'avis des patients âgés. L'étude décrit une mauvaise acceptation des morphiniques par peur des effets secondaires ou d'une éventuelle dépendance

(38). En outre, certains médecins ne souhaitent plus utiliser de morphiniques suite à des expériences de sevrage difficile secondaire à l'introduction de ces traitements. Selon une étude de 2014, interrogeant 100 médecins généralistes sur leur perception des risques de survenue d'une dépendance suite à la prescription d'un opioïde fort, 15% des patients souffrant de douleurs non cancéreuses, contre 10% des patients souffrant de douleurs cancéreuses, sont à risque de développer une dépendance, les facteurs de risques étant les antécédents de toxicomanie, de dépendance à d'autres substances ou de pathologies psychiatriques concomitantes (48). La connaissance des antécédents des patients à risque permettrait de lever ce frein.

CONCLUSION

L'évaluation et la prise en charge des douleurs aussi bien physiques que psychiques de la personne âgée occupent une place prépondérante dans la pratique du médecin généraliste.

Trop souvent, on constate une souffrance réfractaire aux antalgiques de palier 2 sans pour autant qu'un morphinique de palier 3 ne soit proposé. Cette sous-prescription est souvent la conséquence d'une défiance bien ancrée dans la population mais aussi chez les médecins.

Les médecins généralistes interrogés nous ont permis de mettre en évidence de nombreux facteurs décisionnels de prescription chez la personne âgée, mais aussi de nombreuses pistes d'améliorations.

L'évaluation systématique de la douleur chez la personne âgée est le point de départ d'une prise en charge de qualité. Il est indispensable de prendre en compte la polypathologie et la polymédication inhérente à cette population.

Le point de vue des médecins généralistes concernant la notion de « douleur acceptable » chez la personne âgée doit évoluer afin de mieux prendre en charge les douleurs chroniques, en introduisant un morphinique si besoin. La douleur n'est plus « utile » ou « normale », la douleur est une pathologie qu'il convient de soigner.

Une meilleure information des patients et des médecins concernant les morphiniques pourrait diminuer les peurs et les amalgames encore trop fréquents assimilant la morphine à la fin de vie et au risque d'addiction.

Les morphiniques sont actuellement principalement utilisés dans la cancérologie, les pathologies ostéo-articulaires, les douleurs neuropathiques et les douleurs induites par les soins. Une formation concernant les indications potentielles d'un traitement morphinique pourrait renforcer la qualité de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée.

Une bonne maîtrise des stratégies de prescription de morphiniques et leur adaptation chez la

personne âgée permettrait d'initier un traitement au bon moment, simplement et en limitant les risques. La maîtrise des différentes galéniques permettrait quant à elle une grande flexibilité de la prescription de morphiniques et cette flexibilité permettrait une parfaite adaptation au patient et à sa douleur, toujours unique.

De nombreux facteurs favorisant l'introduction d'un traitement morphinique ont été mis en exergue : le maintien de la qualité de vie de la personne âgée, l'intensité de la douleur ressentie, la participation du patient, de la famille et des soignants à la prise en charge, l'aide des spécialistes d'organes et des réseaux de soins, la prévention de la douleur induite par les soins et enfin l'objectif de qualité et de dignité de la fin de vie de la personne âgée.

La prise en charge de la douleur, aussi bien que la prescription de morphiniques, est par essence pluridisciplinaire. Afin de les faciliter, il convient de faire participer aussi bien l'entourage familial, que l'entourage paramédical. Il convient également de travailler dans la confraternité avec les différents intervenants.

Les facteurs favorisant la prescription de morphiniques chez la personne âgée mis en évidence dans cette étude pourraient servir de base à la mise en place d'un fascicule destiné aux médecins généralistes afin d'élargir le recours aux morphiniques chez la personne âgée.

Références bibliographiques

- (1) SFETD Définition Disponible sur : <http://www.sfetd-douleur.org/definition>
- (2) INSEE Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2016, France métropolitaine http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2.htm
- (3) Gianni W, Ceci M, Bustacchini S, Corsonello A, Abbatecola AM, Brancati AM, et al. Opioids for the treatment of chronic non-cancer pain in older people. *Drugs Aging*. 2009 Dec ;26 Suppl 1:63–73
- (4) ANAES Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale ; 2000. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulpersag.pdf>
- (5) SFETD Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. La douleur en question 2e édition ; 2008 Disponible sur : http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Doul_en_questions_EDIT2.pdf
- (6) Almirall J, Fortin M. The coexistence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. *Journal of Comorbidity*, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 4-9, oct. 2013.
- (7) Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
- (8) Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. *Gérontologie Société*. 2002 Dec 1; n° 103(4):13–27.
- (9) Liard F., Chassany O., Keddad K., & Jolivet-Landreau I. (2002). Enquête sur la prise en charge de la douleur et les besoins en formation en médecine générale. *Douleurs*, 3(2), 69-73. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/article/81931/Enquete-sur-la-prise-en-charge-de-la-douleur-et-les-besoins-en-formation-en-medecine-generale>
- (10) Lussier D. Approche et évaluation multidimensionnelle de la douleur chronique chez les patients gériatriques. *La revue de gériatrie* 2000, vol. 25 Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/docpremannee/0303AbdoulevaRDG2000.pdf>
- (11) Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D, Survey of chronic pain in Europe : Prevalence, impact on daily life, and treatment- *European Journal of Pain* 10 (2006) 287–333 Disponible sur : <http://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Survey-of-chronic-pain-in-Europe.pdf>
- (12) Auret K, Schug SA. Underutilisation of opioids in elderly patients with chronic pain: approaches to correcting the problem. *Drugs Aging*. 2005 ;22(8) :641–54.
- (13) David E., Maresca B., Fontaine n° 63 – août 2006 Prise en charge de la douleur chronique ou liée aux soins chez les personnes âgées, par la médecine de ville, les services à domicile et l'hospitalisation à domicile Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud63.pdf>
- (14) Pickering G. Douleur, opioïdes et sujet âgé. *cah année gerontol*. 2013 Dec 21 ;6(1) :21–5.
- (15) Mola E, Eriksson T. T. The European definition of general practice/family medicine-Wonca Europe 2011 Edition. 2011 Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>

- (16) Péhourcq F., Molimard M., Pharmacocinétique chez le sujet âgé Revue des Maladies Respiratoires Vol 21, N°5-c3 - novembre 2004 pp. 825-9
- (17) Rowland M, Tozer TN : Clinical Pharmacokinetics Concepts and Applications. Third Edition : Lippincott Williams & Wilkins. 1995 : 230-47.
- (18) Lowenthal D : Clinical pharmacology. In : Abrams W. Berkow R. editor. Merck manual of geriatrics. Rahway (NJ) : Merck & Co Inc, 1990.
- (19) Sotaniemi EA, Arranto AJ, Pelkonen O, Pasanen M : Age and cytochrome P450-linked drug metabolism in humans : an analysis of 226 subjects with equal histopathologic conditions. Clin Pharmacol Ther 1997 ; 61 : 331-9.
- (20) Divoll M, Abernethy D, Ameer B, Greenblatt DJ : Acetaminophen kinetics in the elderly. Clin Pharmacol Ther 1982 ; 31 : 151-6.
- (21) Rowe JW, Andres R, Tobin JD, Norris AH, Shock NW : The effect of age on creatinine clearance in men : a cross-sectional and longitudinal study. J Gerontol 1976 ; 31 : 155-63.
- (22) De Waizière B. Médicaments et personnes âgées. ECN 171 2006-2007 MIF Vieillessement : ECN 171 : médicaments et personnes âgées
- (23) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ; 84 : 142-5. Disponible sur : <http://www.exercer.fr/numero/84/page/142/>
- (24) Approches qualitatives dans le champ de la santé Disponible sur : [https://facmed.univ-rennes1.fr/wkf//stock/RENNES20090224100752ambegueApproches qualitatives dans le champ de la santE.doc](https://facmed.univ-rennes1.fr/wkf//stock/RENNES20090224100752ambegueApproches%20qualitatives%20dans%20le%20champ%20de%20la%20santE.doc)
- (25) Negura L. L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. SociologieS 2006 Oct 22 Disponible sur : <http://sociologies.revues.org/993>
- (26) Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/La_recherche_qualitative.pdf
- (27) Géranton L. Le médecin généraliste et les douleurs d'origine cancéreuse. Douleurs Vol 8, N°5 -octobre2007 pp. 313-319 Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/137516>
- (28) HAS Prise en charge de l'arthrose : le paracétamol en première intention lors des crises douloureuses Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1725979/fr/prise-en-charge-de-larthrose-leparacetamol-en-premiere-intention-lors-des-crisis-douloureuses

- (29) Ministère de la Santé et des Solidarités. Troisième plan national de lutte contre la douleur Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan d amelioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 .pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf)
- (30) HAS - OXYCONTIN, OXYNORM, OXYNORMORO (oxycodone), opioïde Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1774637/fr/oxycontin-oxynorm-oxynormoro-oxycodoneopioide?xtmc=&xtcr=34
- (31) Pergolizzi J, Böger RH, Budd K, Dahan A, Erdine S, Hans G, et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). Pain Pract Off J World Inst Pain. 2008 Aug;8(4):287–313.
- (32) Donnadiou S. Annales d'otolaryngologie et de chirurgie cervico-faciale 124 (2007) S23–S27 disponible sur : <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/ACTUS/institut-upsa-douleur-actu-prevention-cepahlees.pdf>
- (33) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
- (34) Fougère B., Mytych I., Baudemont C., Gautier-Roques E., Montaz L. Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes Original Research Article. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique, Volume 11, Issue 2, April 2012, Pages 90-97 Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/706108>
- (35) Beroud F, Douleur et Personne Âgée, 2011 Disponible sur : <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/OUVRAGES/Dpa/institut-upsa-ouvrage-douleur-personne-agee.pdf>
- (36) Beaulieu, P. Bénéfices de l'activité physique : accent sur la douleur chronique.
- (37) Lothon-Derliac C., Laurent-Becq A., Marec P. Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur. 2001, SFSP Disponible sur : http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/evaluation_plan_triennal.pdf
- (38) Alberola, E., and B. Maresca. "La prise en charge de la douleur chez les personnes âgées vivant à domicile." Études et résultats Drees 566 (2007). Disponible sur : <http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/documents/reprise/D9325.pdf>
- (39) Haute Autorité de Santé - DUROGESIC Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1013227/fr/durogestic?xtmc=&xtcr=1
- (40) Les antalgiques opioïdes dits faibles. Rev Prescrire 2015 ;35 (385) : 831-838 Disponible sur : <http://www.prescrire.org/Fr/649C50EA329A7A9E3F1AE979B2531F70/ViewClipping.aspx>
- (41) Solomon DH, Rassen JA, Glynn RJ, Garneau K, Levin R, Lee J, et al. The comparative safety of opioids for nonmalignant pain in older adults. Arch Intern Med. 2010 Dec 13 ;170(22) :1979–86.

- (42) Cohen-mansfield J. Relatives' Assessment of Pain in Cognitively Impaired Nursing Home Residents - Journal of Pain and Symptom Management. J Pain Symptom Manage. 2002 Feb 2 ;24(6) :562-71. Disponible sur : [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(02\)00521-3/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(02)00521-3/pdf)

- (43) Field TS, Mazor KM, Briesacher B, et al.— Adverse drug events resulting from patient errors in older adults. J Am Geriatr Soc, 2007, 55, 271-276. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17302666>

- (44) Décret n°2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins. 2011-2116 déc30, 2011. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025062446&categorieLien=id>

- (45) Ghadi V, Rôle d'interface d'un réseau gérontologique entre les acteurs du sanitaire et du maintien à domicile - Santé publique 2011/4 (Vol23)

- (46) AFSSAPS Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a6497f74fc2f18e8db0022973f9327e1.pdf

- (47) Lequeux Y, Prescription des morphiniques en médecine générale 2015 Disponible sur : <http://www.urps-m-paysdelaloire.fr/APIMED/uploads/pdf/Morphiniques/Dossier%20documentaire.Prescriptions%20morphiniques.pdf>

- (48) Serra, É. Douleur analg (2012) 25 : 67. Les outils de repérage d'un risque d'addiction chez les patients douloureux traités par opioïdes

ANNEXES I : Fiche d'entretien

1/ Le questionnement sur la douleur est-il un acte systématique au cours de vos consultations chez les personnes âgées ?

Si le patient ne l'évoque pas, comment en parlez-vous ?

2/ Si le patient présente des troubles de cognition ou de langage, évaluez-vous systématiquement sa douleur ? De quelle manière ?

3/ Quels traitements antalgiques utilisez-vous habituellement chez la personne âgée ? Utilisez-vous des morphiniques ? Dans quelle proportion et sur quels critères ? Quelle est votre stratégie de prescription de morphiniques ? Existe-t-il pour vous un seuil « acceptable » de douleur chez la personne âgée ?

4/ Dans quel type de pathologie de la personne âgée utilisez-vous plus facilement des morphiniques ? Et pourquoi ?

5/ La demande du patient influence-t-elle votre décision ? De quelle manière ?

6/ Comment l'entourage familial influe-t-il sur votre prescription de morphiniques ? Et les soignants ?

7/ Quelle est l'influence de la galénique sur vos prescriptions de morphiniques chez la personne âgée ?

8/ Votre formation initiale vous apporte-t-elle toutes les clés du bon usage des morphiniques chez la personne âgée ? Et votre formation continue ? Utilisez-vous des outils spécifiques à la prescription de morphiniques ?

9/ Travaillez-vous avec des réseaux de soins ou des centres antidouleur ? A quelle fréquence ? Ont-ils un impact positif sur votre utilisation de morphiniques chez la personne âgée ?

10/ Auriez-vous quelque-chose à rajouter sur votre utilisation des morphiniques chez la personne âgée après tout ce dont nous venons de discuter ?

AUTEUR : Nom : POUARD

Prénom : Antoine

Date de Soutenance : 24 Octobre 2016

Titre de la Thèse : La prescription de morphiniques de palier 3 par le médecin généraliste chez les plus de 75 ans dans le Nord-Pas-de-Calais.

Quels sont en pratique les facteurs favorisant la prise de décision ?

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : douleur, gériatrie, morphinique, antalgique, médecine générale

Résumé : Contexte : La douleur chez la personne âgée est un motif fréquent de consultation chez le médecin généraliste. Elle est trop souvent mal soulagée par peur de l'utilisation des morphiniques dans cette population.

L'objectif de cette étude est de mettre en avant les déterminants de la prescription de morphiniques chez la personne âgée par le médecin généraliste dans le Nord-Pas-de-Calais afin de permettre une meilleure prise en charge de la douleur au quotidien.

Méthode : Nous avons mené une étude de type qualitatif auprès de médecins généralistes installés dans le Nord et le Pas-de-Calais, en procédant à des entretiens individuels semi-directifs en vis-à-vis basés sur une fiche d'entretien évolutive. Onze médecins ont été interrogés avant d'atteindre la saturation de données.

Résultats : L'étude a permis de mettre en avant de nombreux déterminants de la prescription de morphiniques chez la personne âgée : le type de pathologie concerné, le maintien de la qualité de vie du patient, ses demandes, le positionnement du médecin face à la douleur. La prescription de morphiniques est également favorisée par la flexibilité des différentes molécules et galéniques, leur efficacité, la reproductibilité de leurs effets, le peu d'effets secondaires constatés. Nous avons aussi constaté l'apport de l'entourage en tant qu'informateur et facilitateur. Il existe des nombreuses aides à l'utilisation des morphiniques : les échelles d'évaluation, la prescription simple, la formation continue et le travail en réseau. Des pistes d'amélioration ont également été mises en évidence : une meilleure connaissance des stratégies de prescription, une meilleure information des patients en ce qui concerne les morphiniques, le développement des relations confraternelles entre le médecin généraliste et les médecins hospitaliers.

Conclusion : Les facteurs favorisant la prescription de morphiniques sont nombreux mais il existe peu de recommandations spécifiques concernant la personne âgée. Ces données pourraient servir de base à la réalisation d'un fascicule d'aide à la prescription de morphiniques.

Composition du Jury :

Président : Mr le professeur Serge BLOND

Assesseurs : Mr le professeur Christian NOEL

Mr le professeur Eric BOULANGER

Mr le professeur Marcel-Louis VIALARD

Directeur de thèse : Mr le docteur Gilles ROESCH