



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Prise en charge de la douleur chez les patients cancéreux non palliatifs
par les médecins généralistes du Nord Pas de Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 16 Mai 2018 à 18h heures

Au Pôle Formation, Salle 4

Par Yann ANDRE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Arnaud SCHERPEREEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Gwenaël RAOUL

Madame le Docteur Serge DALMAS

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Bruno VEYS

Avertissement

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

Résumé.....	1
Introduction.....	2
Matériels et méthodes	4
Résultats.....	6
Conclusion	46
Références bibliographiques.....	47
Annexes.....	48

RESUME

Introduction : Les médecins généralistes sont en première ligne dans la prise en charge de la douleur chez les patients cancéreux. Si cette prise en charge s'est améliorée depuis plusieurs décennies, le soulagement des patients n'est pas encore optimal. Ce travail réalise un état des lieux des pratiques et des problématiques des médecins généralistes, ainsi que la recherche de moyens de l'améliorer.

Matériel et méthode : Étude prospective par questionnaire en ligne anonyme envoyé aux médecins généralistes du Nord Pas de Calais. Recueil des données entre Septembre 2017 et Mars 2018. Analyse statistique en fonction du nombre d'années d'installation (<20 ans et >20 ans)

Résultats : Bonne utilisation des antalgiques de palier 3 chez les médecins généralistes. Les patients cancéreux non palliatifs sont en partie moins bien soulagés que les patients palliatifs. Les effets indésirables et le risque de dépendance sont les principaux facteurs de cette différence. Les citrates de Fentanyl sont connus et utilisés largement par les médecins généralistes. La formation initiale des médecins sur la douleur s'est améliorée depuis plusieurs années, et la formation médicale continue reste très importante et a un réel impact sur la prise en charge. Les consultations / centres antidouleur sont sollicités par les médecins généralistes mais, en nombre insuffisants, avec des délais de prise en charge trop long.

Conclusion : La prise en charge de la douleur chez les patients cancéreux non palliatifs est en deçà des objectifs escomptés, la poursuite des efforts des politiques de santé est indispensable, tant au niveau de la formation des médecins que de la création de structures spécialisées permettant une prise en charge rapide des patients.

INTRODUCTION

Selon l'Association Internationale pour l'étude de la douleur (IASP), la douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ».[1]

Chez l'adulte, 75% des patients avec un cancer avancé ont des douleurs [2], et qu'ils bénéficient ou non d'une prise en charge pluri disciplinaire, le médecin généraliste est souvent en première ligne devant un épisode hyperalgique.

Nous avons les moyens de prendre en charge la douleur chez les patients cancéreux dans la plupart des cas, et pourtant cette prise en charge n'est pas optimale. [3] Concernant les patients cancéreux non palliatifs, on peut se poser la question d'une différence de prise en charge par rapport aux patients palliatifs, devant un risque de dépendance, d'effets indésirables ou même de réticence du patient lui-même.

Les accès douloureux paroxystiques sont définis en France depuis 2012 comme « une exacerbation transitoire et de courte durée de la douleur, d'intensité modérée à sévère, survenant sur une douleur de fond contrôlée par un traitement opioïde fort efficace ». [4] [5] [6]. Environ 50% à 80% des patients cancéreux souffrent d'accès douloureux paroxystiques, et l'utilisation de citrates de fentanyl permet de proposer un traitement dont la cinétique correspond à ces douleurs, et également de participer à une épargne opioïde afin d'améliorer la qualité de vie des patients. On peut se demander si les citrates de fentanyl sont suffisamment connus ou utilisés par les médecins généralistes, et si non pour quelles raisons.

L'accès des patients cancéreux à un centre / consultation antidouleur est limité puisque seulement 8% des patients douloureux cancéreux bénéficient d'une consultation douleur, selon l'institut national du cancer en 2012. [7]

Alors qu'au début des années 2000 la lutte contre la douleur était devenue une des priorités en France, les 3 Plans Nationaux Douleur instaurés en 1998-2000, 2002-2005 puis 2006-2010 ont permis une meilleure prise en charge de la douleur, en particulier pour les populations les plus vulnérables dont les patients en fin de vie. [8]

On peut se demander si les mesures prises ont eu un impact sur la formation des médecins généralistes, dont le rôle central a été renforcé ces dernières années.

En 2013, le projet d'un 4^e Plan National Douleur a été abandonné, et la Loi Santé adoptée en 2016 n'aborde pas le sujet de la douleur.

On peut se demander s'il n'existe pas un désintérêt depuis quelques années de la part des pouvoirs publics.

MATERIELS ET METHODES

Population de l'étude :

Cette étude a été menée auprès de 204 médecins généralistes installés du Nord Pas de Calais, ces derniers faisant partie d'une liste de médecins ayant donné leur accord pour répondre aux questionnaires de thèses.

Présentation du questionnaire :

Un questionnaire anonyme a été réalisé sur le site internet Survio, un lien direct vers le questionnaire a ensuite été envoyé par courrier électronique aux médecins généralistes leur permettant de le remplir en ligne directement.

Il comporte 19 questions à choix unique ou à choix multiples et comportent également des zones de réponse libre lorsqu'il était difficile d'établir une liste exhaustive de réponses.

Recueil des données :

Le recueil des données a eu lieu entre Septembre 2017 et Mars 2018.

4 critères ont été recueillis au début du questionnaire :

- Le sexe
- La tranche d'âge
- Le lieu d'installation (urbain, rural, semi-rural)
- Le nombre d'années d'installation

Seul le critère du nombre d'années d'installation a été pris en compte pour toutes les questions.

Objectifs de l'étude :

- Objectif principal :

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux de la prise en charge de la douleur chez les patients cancéreux non palliatifs par les médecins généralistes, et d'identifier les problématiques auxquelles ces derniers peuvent faire face.

- Objectif secondaire :

L'objectif secondaire est de trouver des solutions à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge de ces patients douloureux.

Il est également de mettre en avant le ressenti des médecins généralistes par rapport à la formation qui leur est proposée ainsi qu'à la politique de santé menée actuellement concernant la douleur.

Analyses statistiques

Les réponses aux questionnaires ont été collectées via le site internet Survio puis converties en format Excel.

Devant le faible échantillon récolté, aucun test statistique n'aura été effectué.

RESULTATS

I. Description de la population

Parmi les 206 médecins contactés, seuls 64 ont répondu de manière complète au questionnaire soit un taux de réponse de 31%.

Données descriptives : tableau 1

Tableau 1 : Caractéristiques des 64 médecins ayant répondu au questionnaire

Sexe masculin	42 (65,6%)
Age	
26-35 ans	13 (20,3%)
36-45 ans	9 (14,1%)
46-55 ans	12 (18,8%)
56-65 ans	27 (42,2%)
>65 ans	3 (4,7%)
Lieu d'exercice	
Urbain	42 (65,6%)
Semi-rural	17 (26,6%)
Rural	5 (7,8%)
Type d'exercice	
Seul	23 (35,9%)
Cabinet de groupe	41 (64,1%)

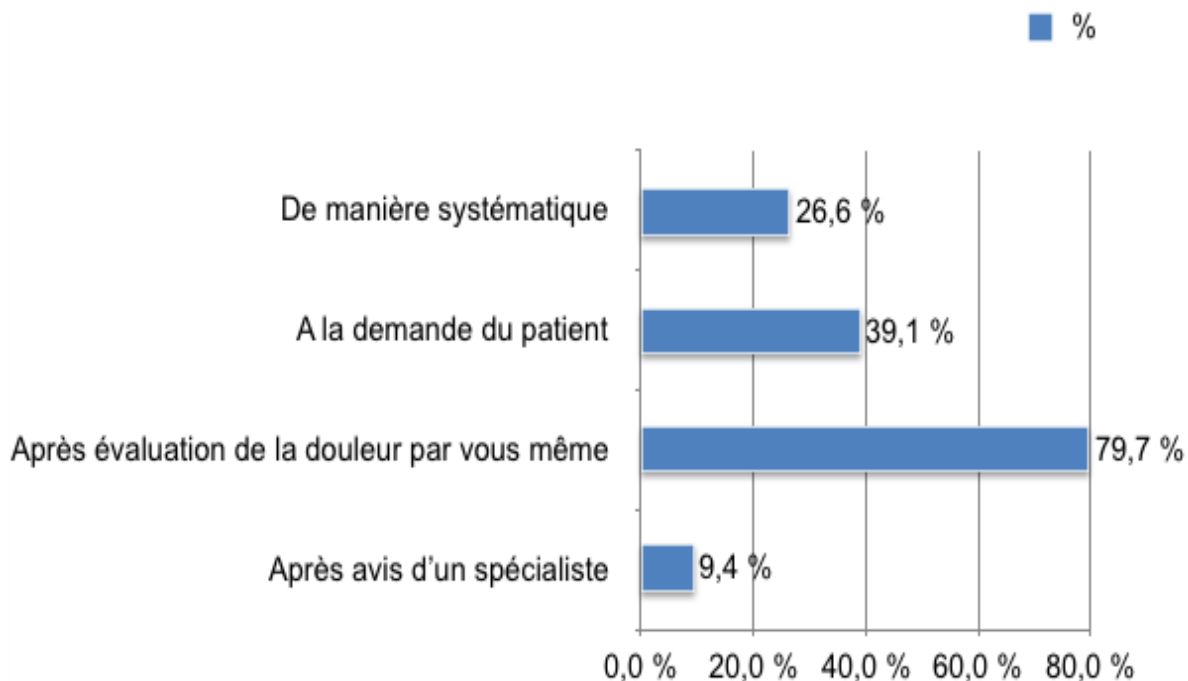
II. Présentation des résultats par question

Les questions 6 et 8 étant libres, elles ne seront pas présentées dans les résultats mais évoquées dans la discussion

A. Question 1 : Prescrivez-vous des antalgiques pour les douleurs cancéreuses ?

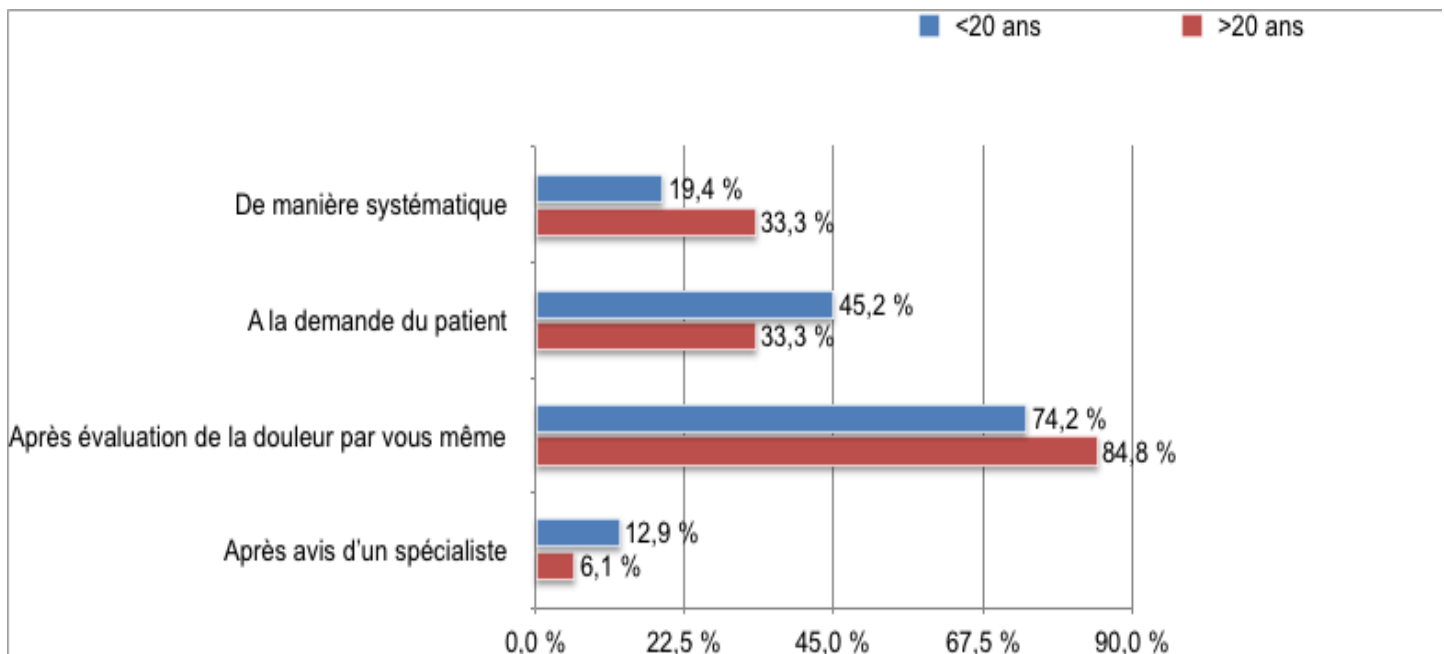
Répartition des résultats pour tous les médecins

	De manière systématique	A la demande du patient	Après évaluation de la douleur par vous même	Après avis d'un spécialiste	Total
<20 ans	6	14	23	4	47
>20 ans	11	11	28	2	52
Total	17	25	51	6	99
%	26,6 %	39,1 %	79,7 %	9,4 %	



Répartition des résultats par années d'installation

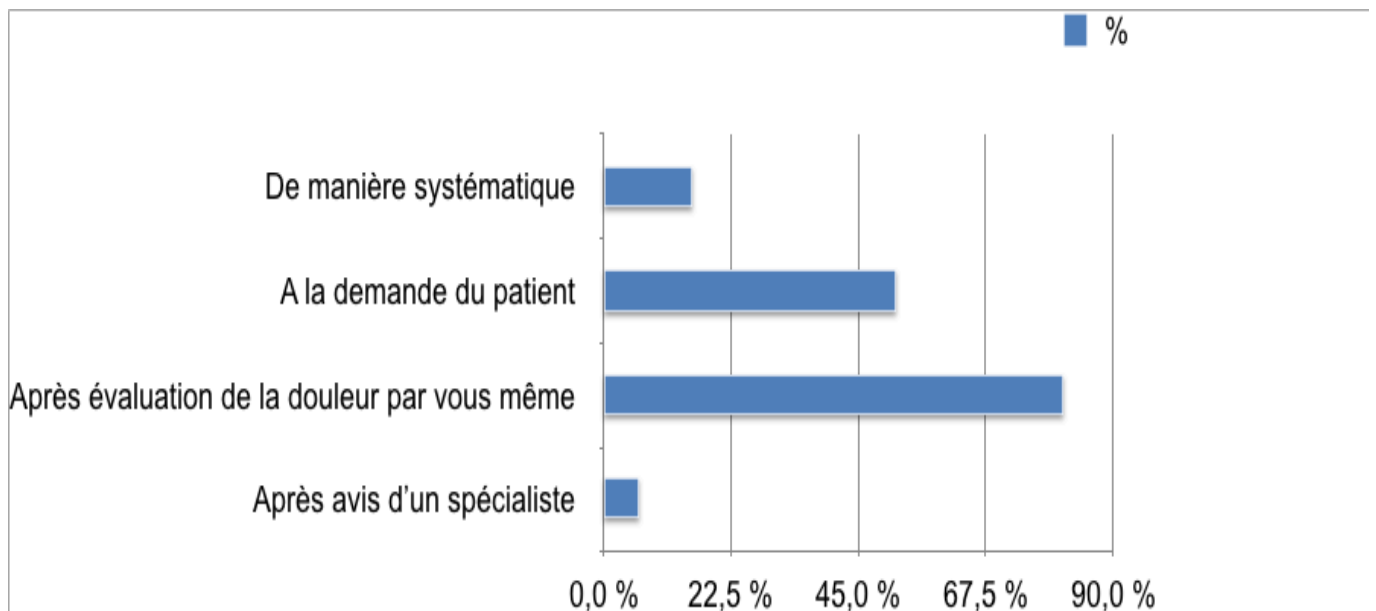
	De manière systématique	A la demande du patient	Après évaluation de la douleur par vous même	Après avis d'un spécialiste	Total
<20 ans	19,4 %	45,2 %	74,2 %	12,9 %	151,6 %
>20 ans	33,3 %	33,3 %	84,8 %	6,1 %	157,6 %



B. Question 2 : Prescrivez-vous des antalgiques pour les lombalgies chroniques ?

Répartition des résultats pour tous les médecins

	De manière systématique	A la demande du patient	Après évaluation de la douleur par vous même	Après avis d'un spécialiste	Total
<20 ans	4	17	23	2	46
>20 ans	6	16	29	2	53
Total	10	33	52	4	99
%	15,6 %	51,6 %	81,3 %	6,3 %	

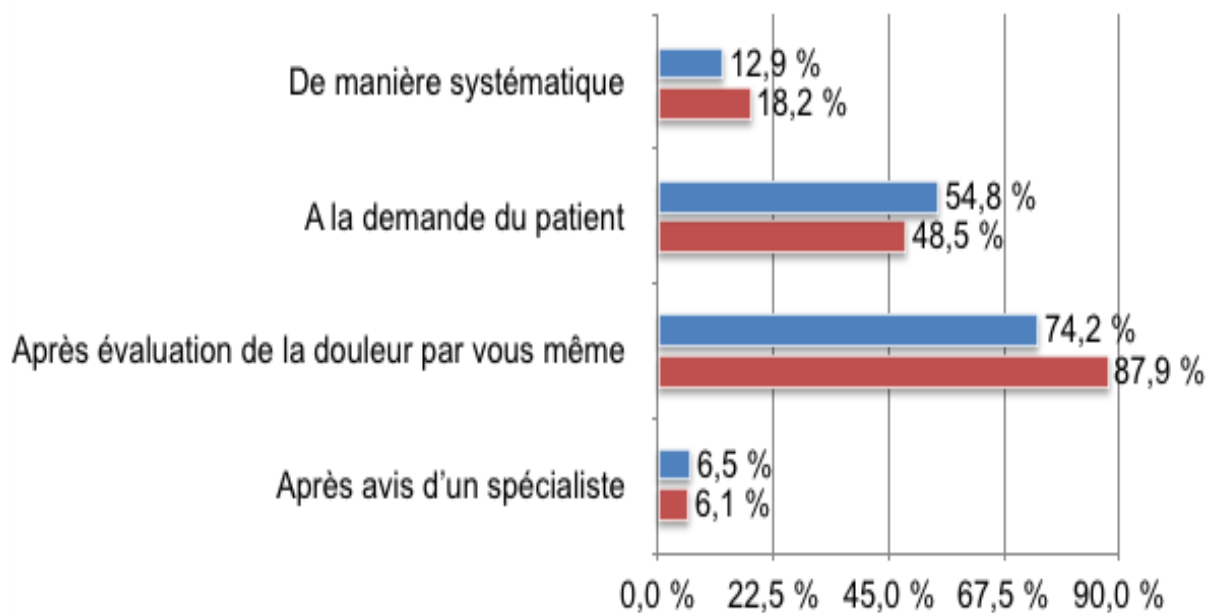


Répartition des résultats par années d'installation

	De manière systématique	A la demande du patient	Après évaluation de la douleur par vous même	Après avis d'un spécialiste	Total
<20 ans	12,9 %	54,8 %	74,2 %	6,5 %	148,4 %
>20 ans	18,2 %	48,5 %	87,9 %	6,1 %	160,6 %

■ <20 ans

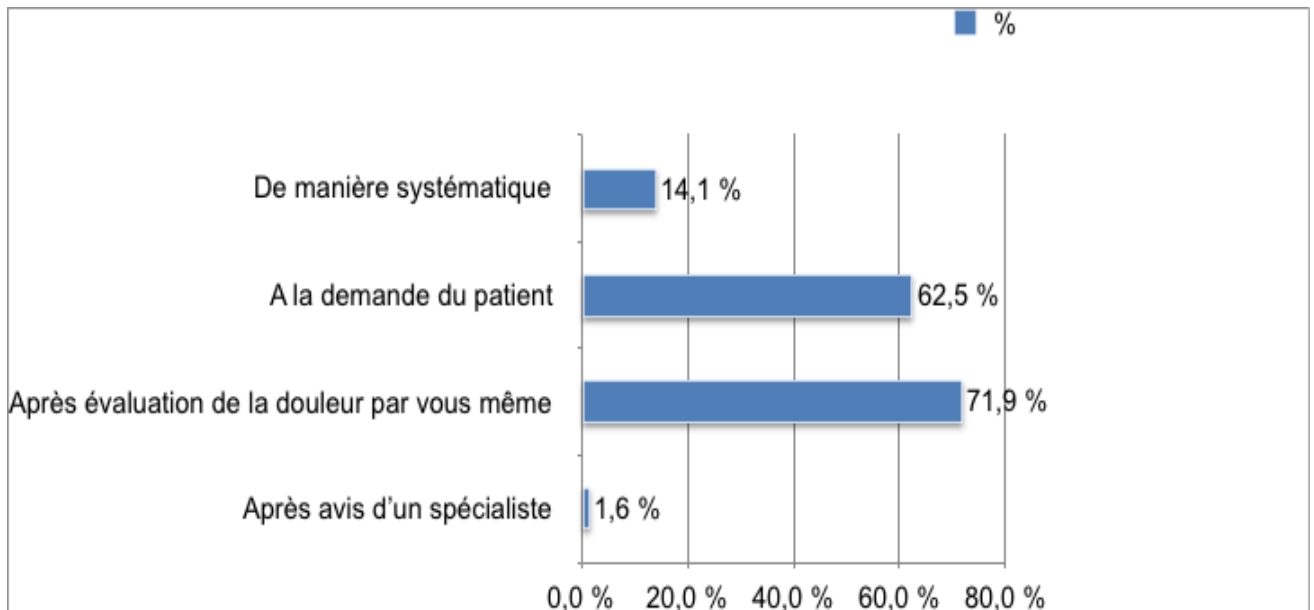
■ >20 ans



C. Question 3 : Prescrivez-vous des antalgiques pour l'arthrose douloureuse ?

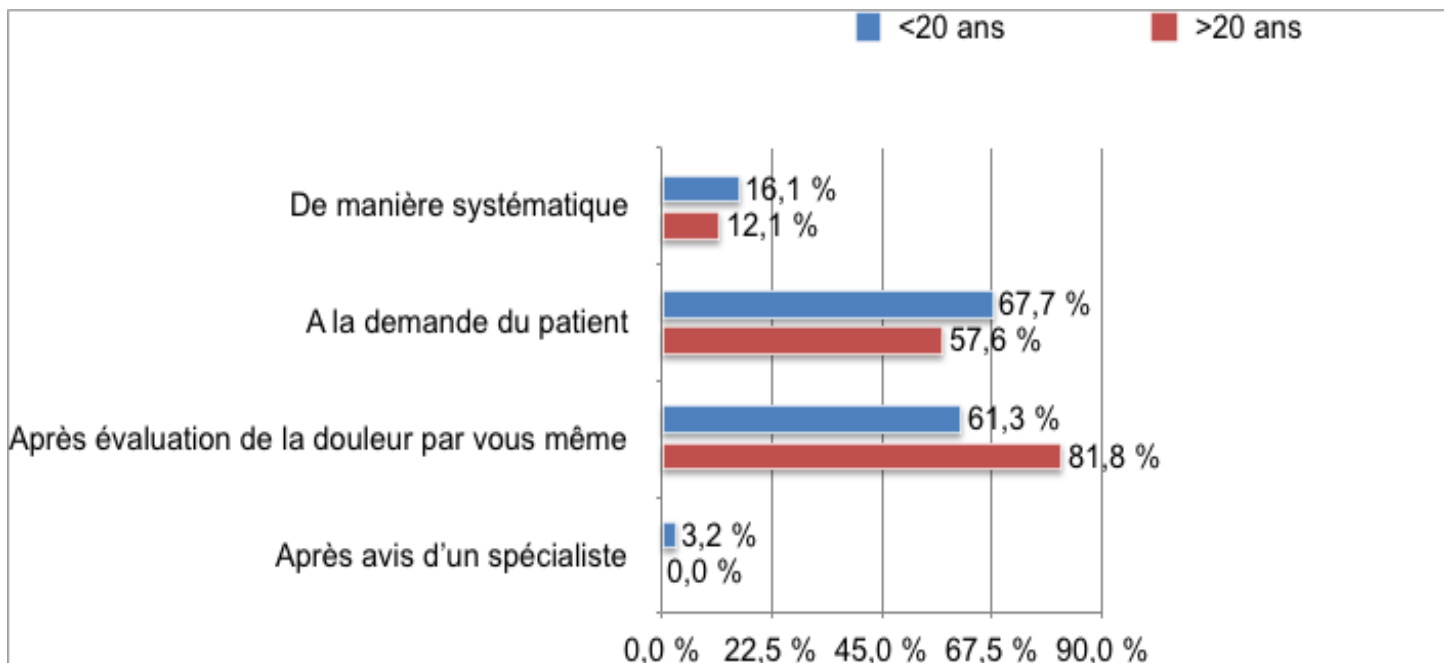
Répartition des résultats pour tous les médecins

	De manière systématique	A la demande du patient	Après évaluation de la douleur par vous même	Après avis d'un spécialiste	Total
<20 ans	5	21	19	1	46
>20 ans	4	19	27	0	50
Total	9	40	46	1	96
%	14,1 %	62,5 %	71,9 %	1,6 %	



Répartition des résultats par années d'installation

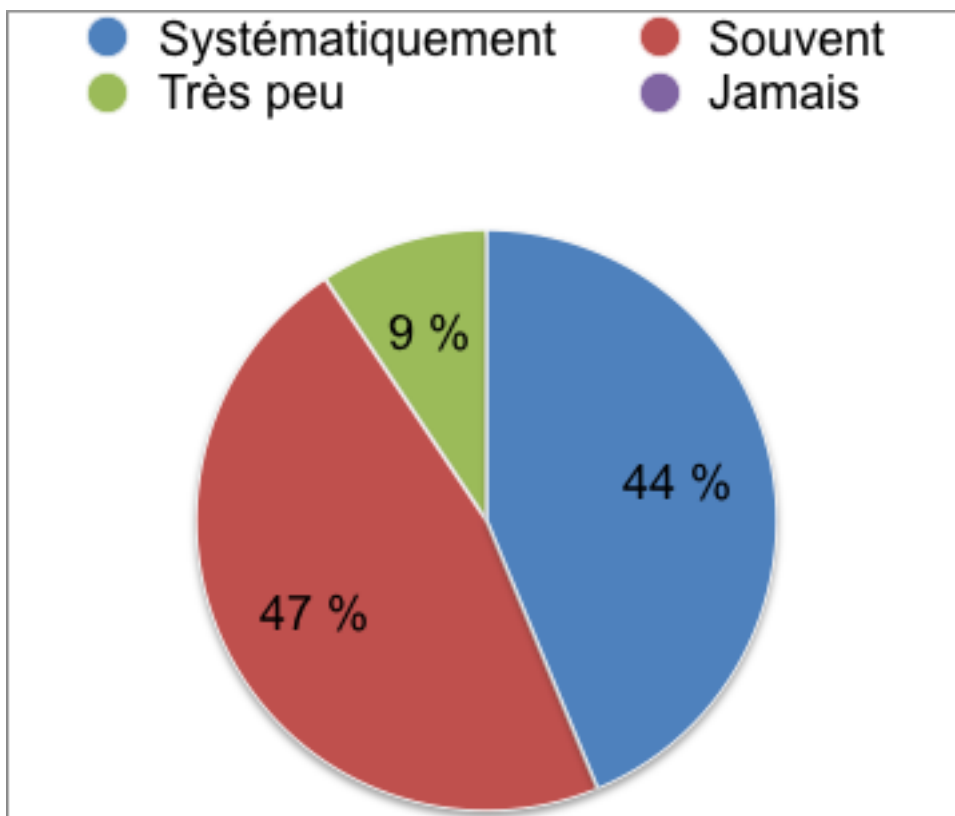
	De manière systématique	A la demande du patient	Après évaluation de la douleur par vous même	Après avis d'un spécialiste	Total
<20 ans	16,1 %	67,7 %	61,3 %	3,2 %	148,4 %
>20 ans	12,1 %	57,6 %	81,8 %	0,0 %	151,5 %



D. Question 4 : Prescrivez-vous des antalgiques de niveau 3, chez vos patients cancéreux non palliatifs, en cas d'inefficacité d'un antalgique de niveau 2?

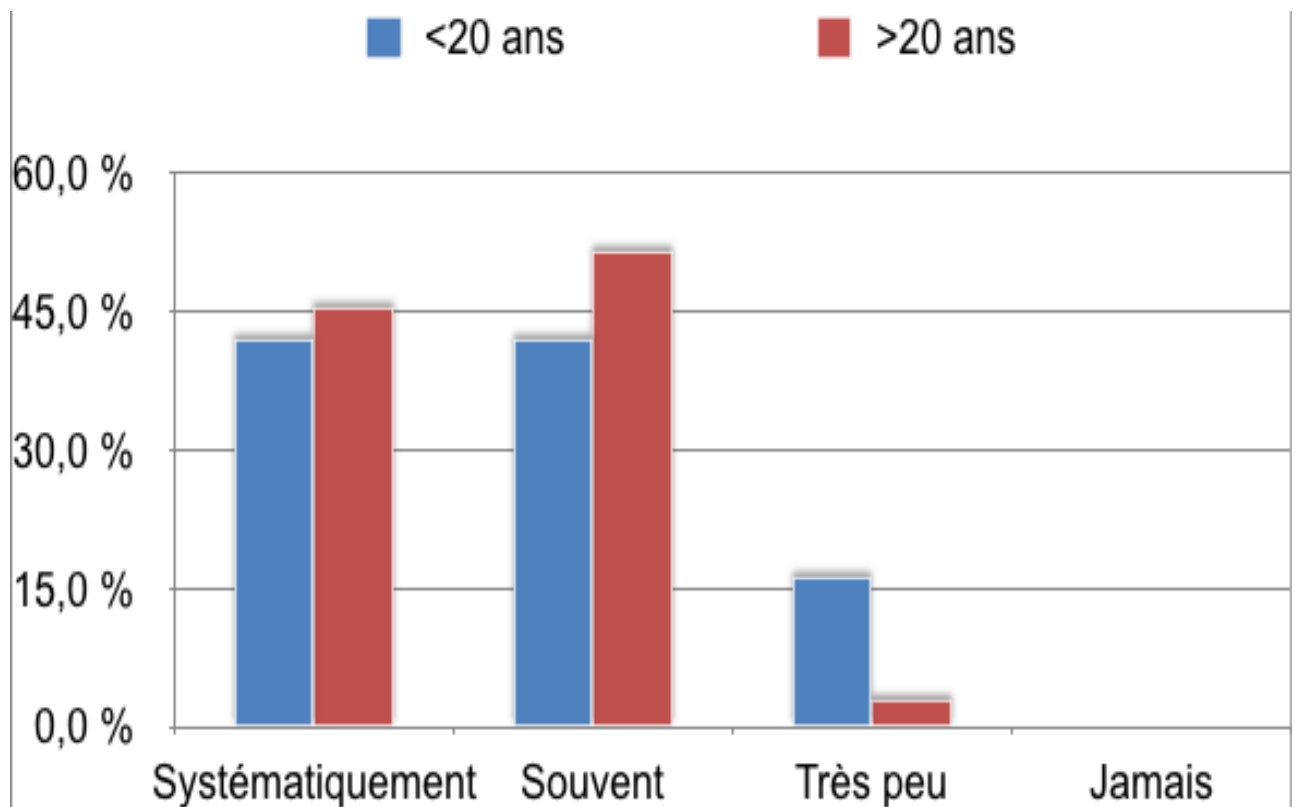
Répartition des résultats pour tous les médecins

	Systématiquement	Souvent	Très peu	Jamais	Total
<20 ans	13	13	5	0	31
>20 ans	15	17	1	0	33
Total	28	30	6	0	64
%	43,8 %	46,9 %	9,4 %	0,0 %	



Répartition des résultats par années d'installation

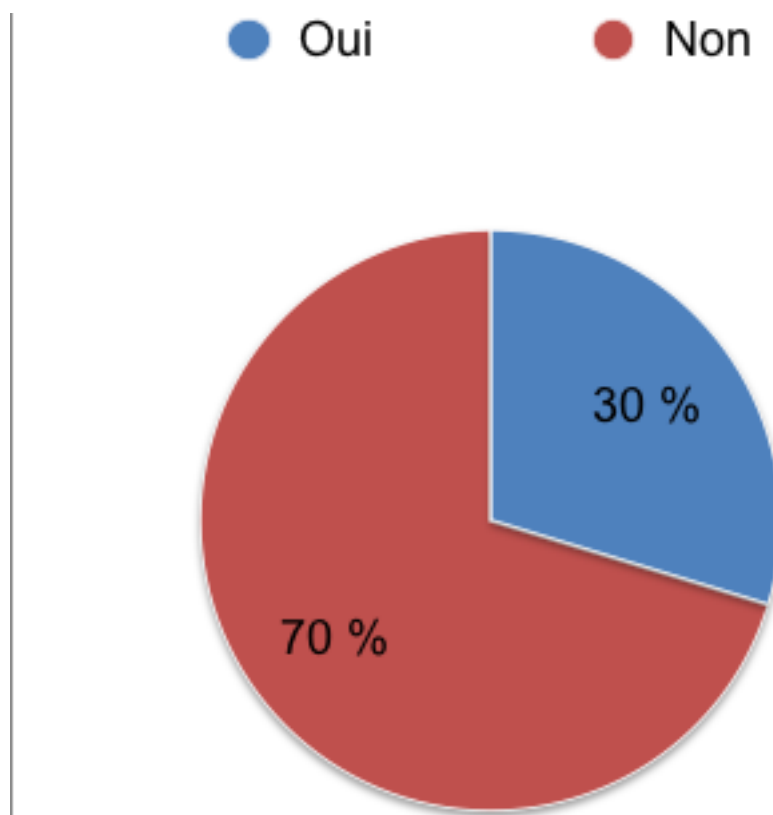
	Systematiquement	Souvent	Très peu	Jamais	Total
<20 ans	41,9 %	41,9 %	16,1 %	0,0 %	100,0 %
>20 ans	45,5 %	51,5 %	3,0 %	0,0 %	100,0 %



E. Question 5 : Prescrivez-vous plus facilement des antalgiques de niveau 3 chez des patients cancéreux palliatifs par rapport aux non palliatifs ?

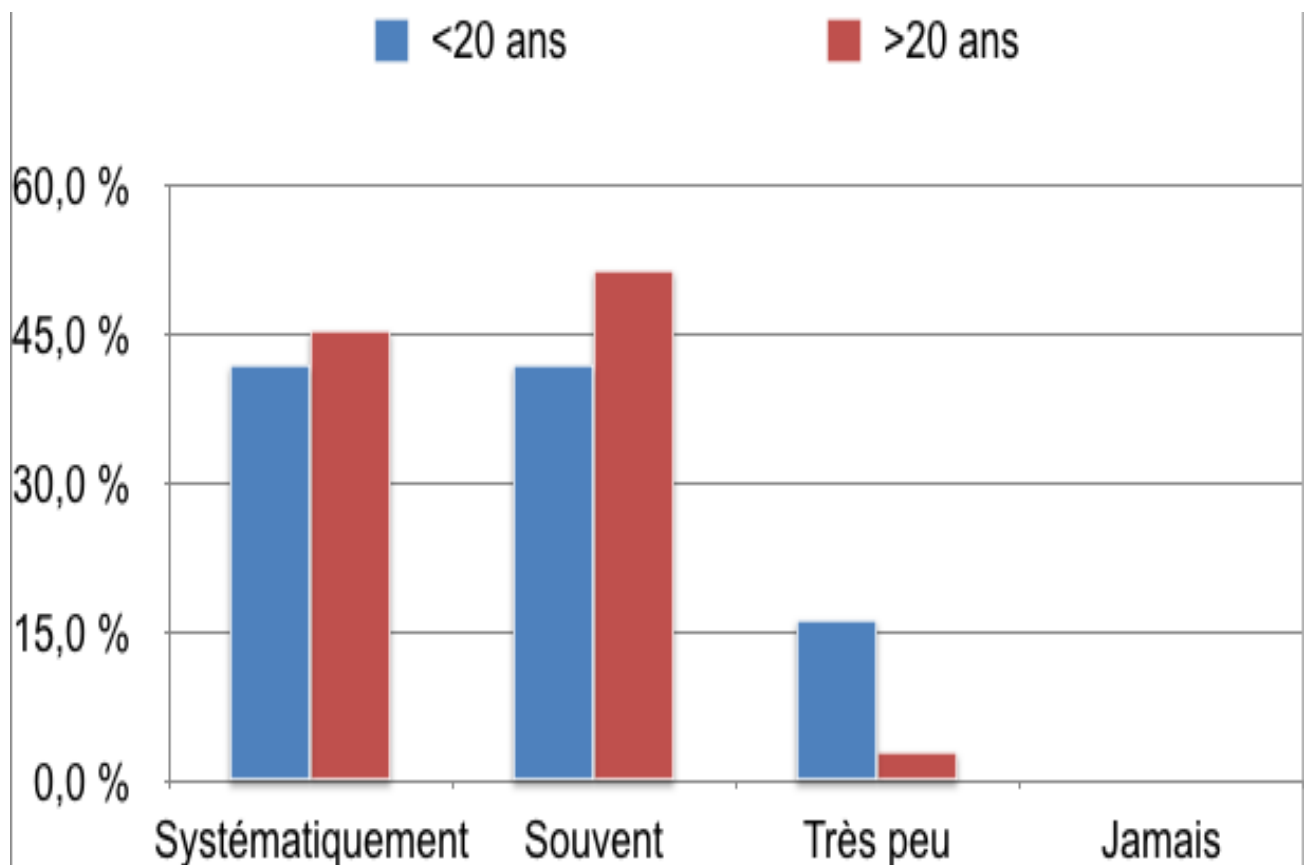
Répartition des résultats pour tous les médecins

	Oui	Non	Total
<20 ans	10	21	31
>20 ans	9	24	33
Total	19	45	64
%	29,7 %	70,3 %	



Répartition des résultats par années d'installation

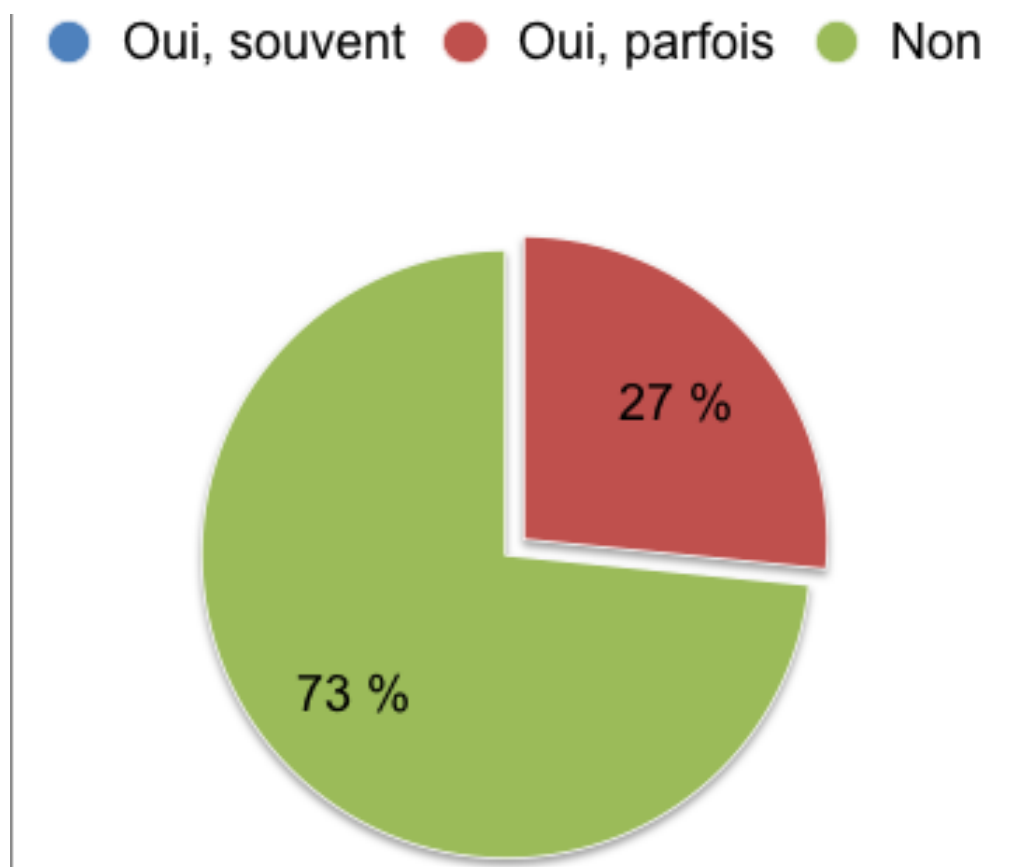
	Systematiquement	Souvent	Très peu	Jamais	Total
<20 ans	41,9 %	41,9 %	16,1 %	0,0 %	100,0 %
>20 ans	45,5 %	51,5 %	3,0 %	0,0 %	100,0 %



F. **Question 7 : Concernant la douleur, pensez-vous que vos patients
cancéreux non palliatifs sont moins bien soulagés que vos patients
cancéreux palliatifs ?**

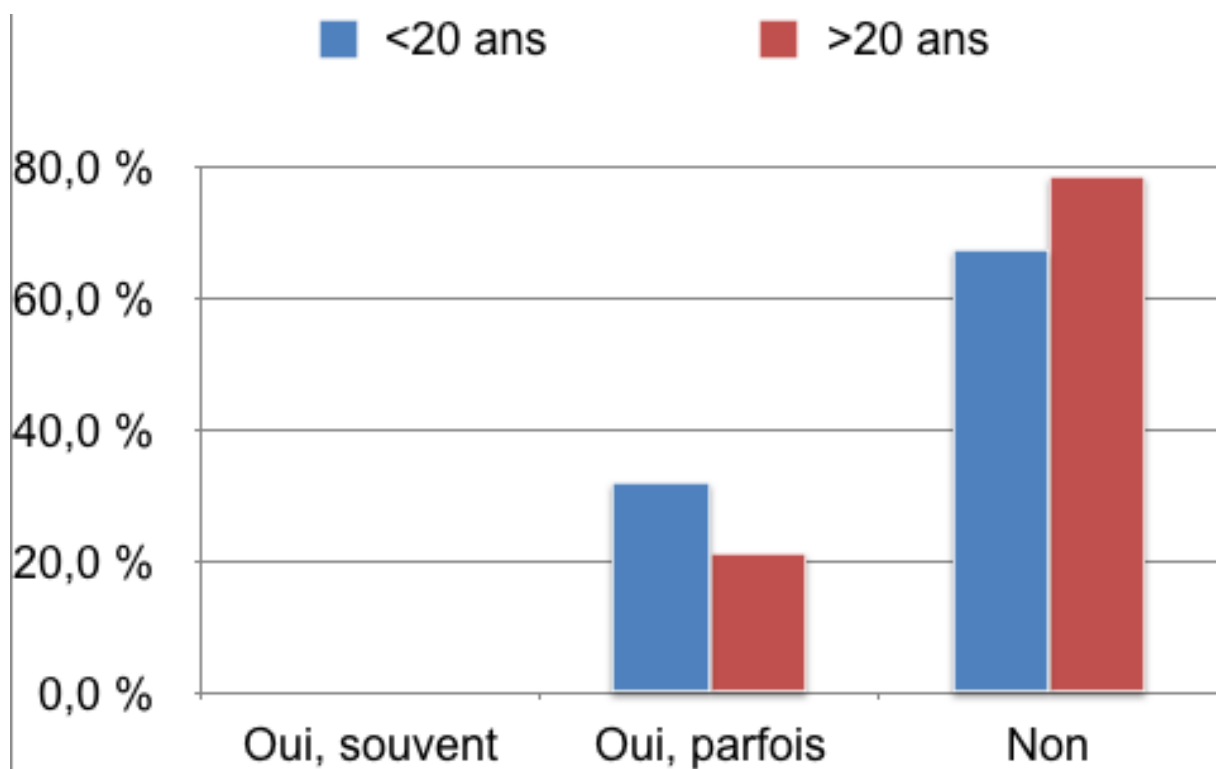
Répartition des résultats pour tous les médecins

	Oui, souvent	Oui, parfois	Non	Total
<20 ans	0	10	21	31
>20 ans	0	7	26	33
Total	0	17	47	64
%	0,0 %	26,6 %	73,4 %	



Répartition des résultats par années d'installation

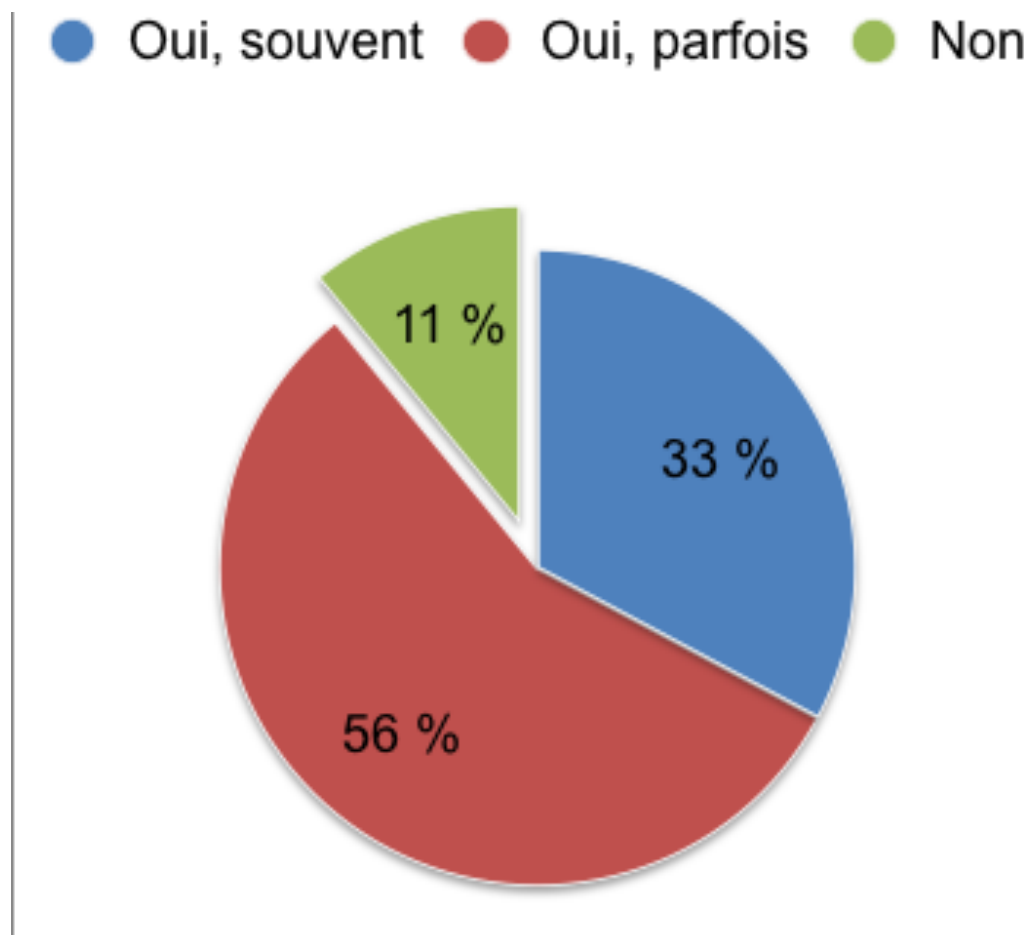
	Oui, souvent	Oui, parfois	Non	Total
<20 ans	0,0 %	32,3 %	67,7 %	100,0 %
>20 ans	0,0 %	21,2 %	78,8 %	100,0 %



G. Question 9 : Parmi les antalgiques de niveau 3, utilisez-vous chez vos patients cancéreux non palliatifs des citrates de fentanyl ?

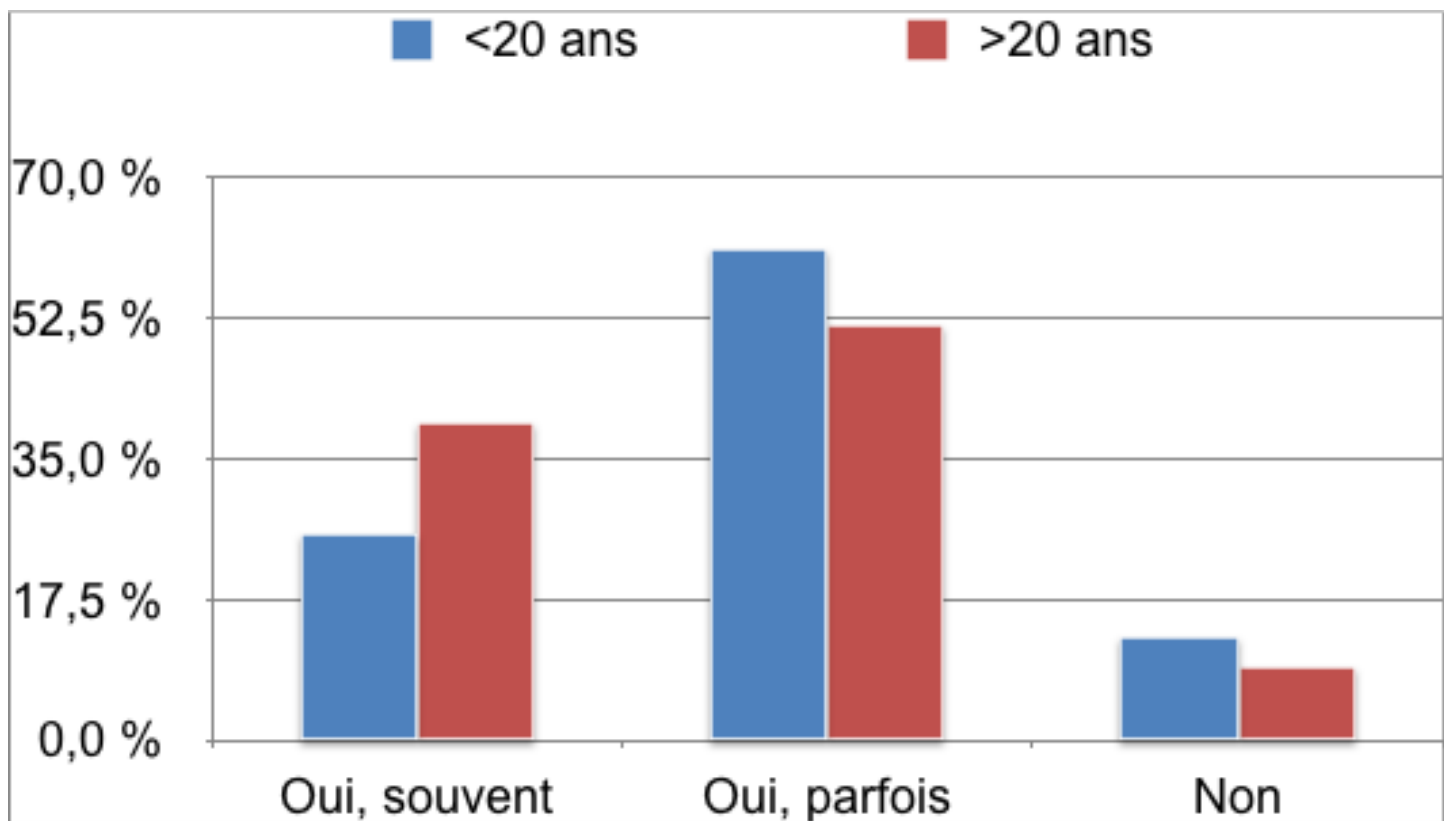
Répartition des résultats pour tous les médecins

	Oui, souvent	Oui, parfois	Non	Total
<20 ans	8	19	4	31
>20 ans	13	17	3	33
Total	21	36	7	64
%	32,8 %	56,3 %	10,9 %	



Répartition des résultats par années d'installation

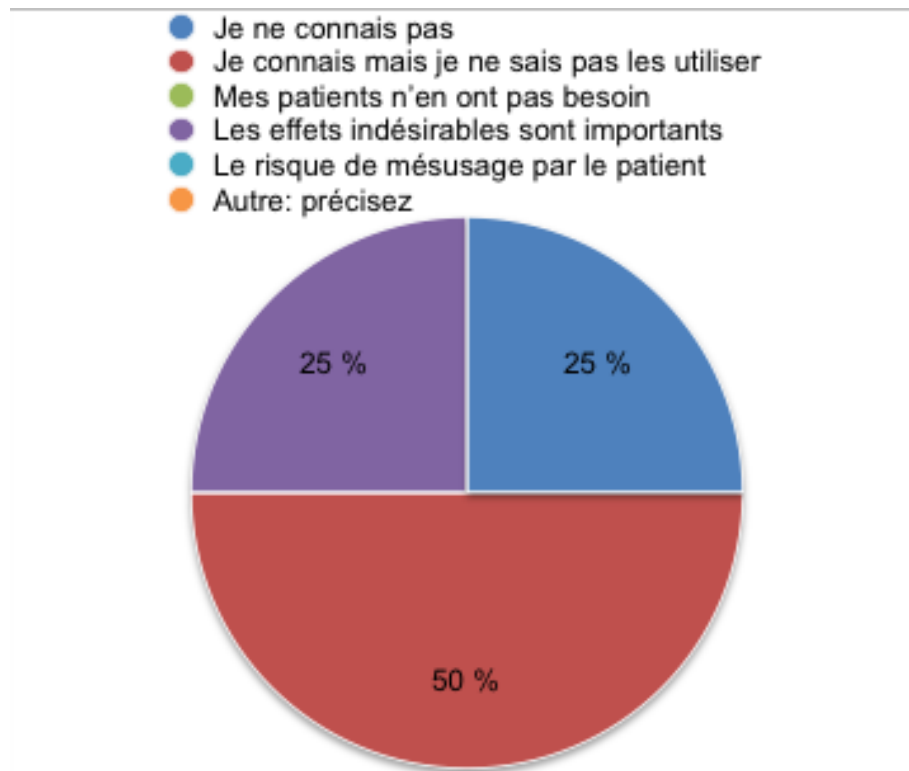
	Oui, souvent	Oui, parfois	Non	Total
<20 ans	25,8 %	61,3 %	12,9 %	100,0 %
>20 ans	39,4 %	51,5 %	9,1 %	100,0 %



H. Question 10 : Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

Répartition des résultats pour tous les médecins

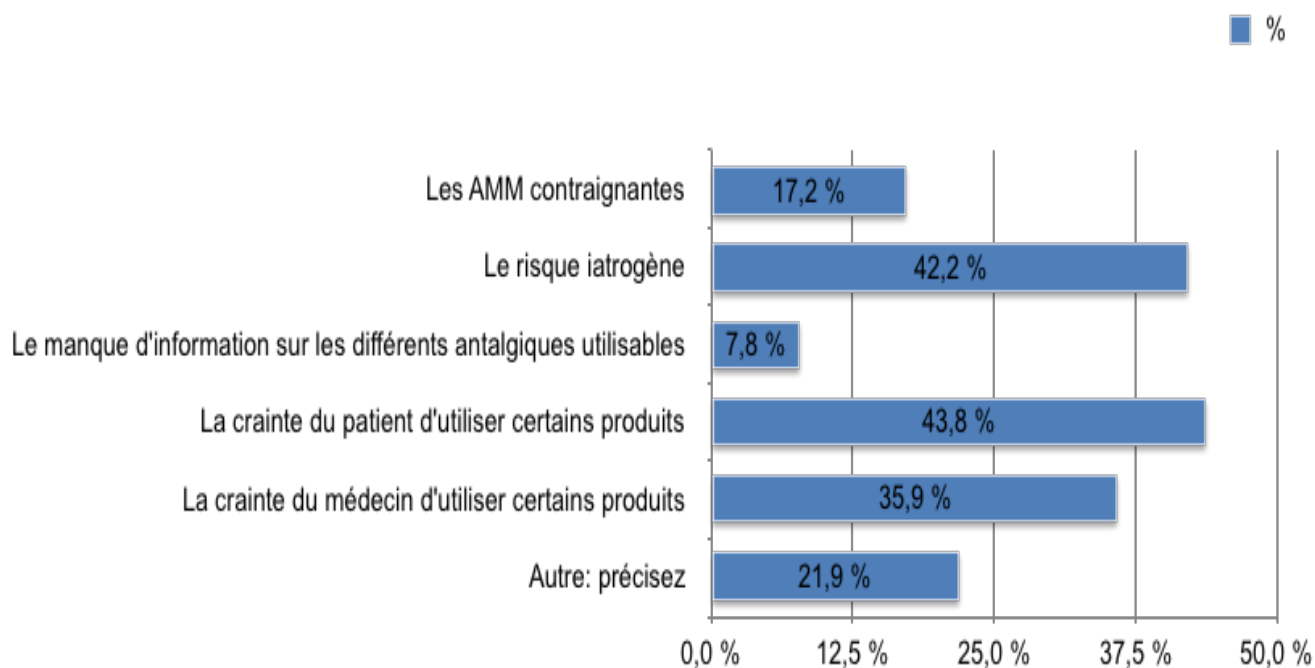
	Je ne connais pas	Je connais mais je ne sais pas les utiliser	Mes patients n'en ont pas besoin	Les effets indésirables sont importants	Le risque de mésusage par le patient	Autre : précisez	Total
< 20 ans	0	4	0	1	0	0	5
>20 ans	2	0	0	1	0	0	3
Total	2	4	0	2	0	0	8
%	25,0 %	50,0 %	0,0 %	25,0 %	0,0 %	0,0 %	



I. **Question 11 : Quels sont pour vous les freins à la prescription d'antalgiques chez les patients cancéreux ?**

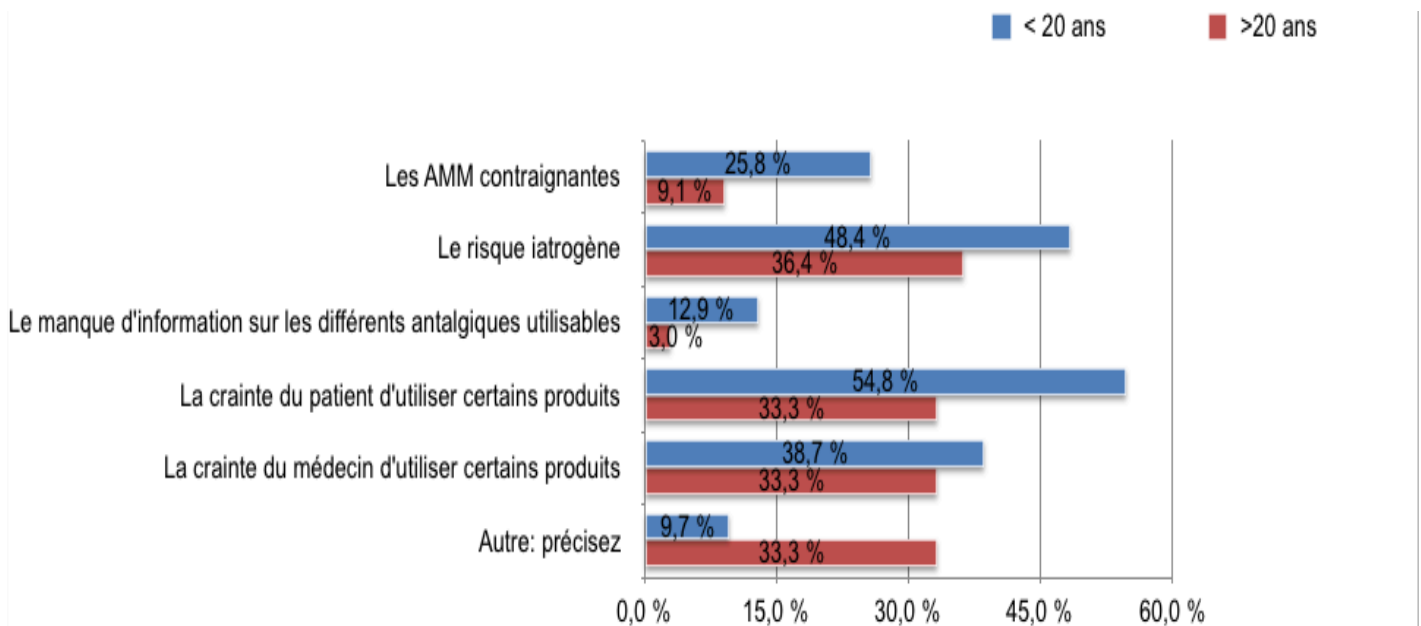
Répartition des résultats pour tous les médecins

	Les AMM contraignantes	Le risque iatrogène	Le manque d'information sur les différents antalgiques utilisables	La crainte du patient d'utiliser certains produits	La crainte du médecin d'utiliser certains produits	Autre : précisez	Total
< 20 ans	8	15	4	17	12	3	59
>20 ans	3	12	1	11	11	11	49
Total	11	27	5	28	23	14	108
%	17,2 %	42,2 %	7,8 %	43,8 %	35,9 %	21,9 %	



Répartition des résultats par années d'installation

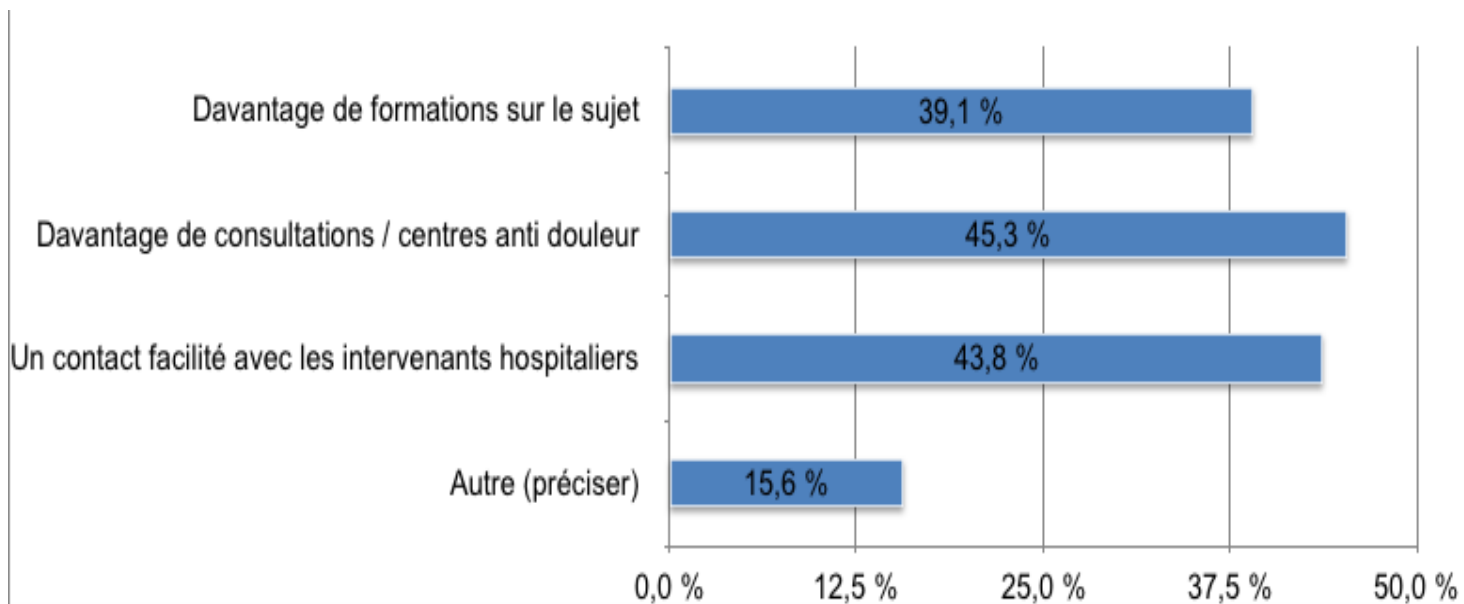
	Les AMM contraignantes	Le risque iatrogène	Le manque d'information sur les différents antalgiques utilisables	La crainte du patient d'utiliser certains produits	La crainte du médecin d'utiliser certains produits	Autre : précisez	Total
< 20 ans	25,8 %	48,4 %	12,9 %	54,8 %	38,7 %	9,7 %	190,3 %
>20 ans	9,1 %	36,4 %	3,0 %	33,3 %	33,3 %	33,3 %	148,5 %



J. Question 12 : Quels sont les éléments qui pourraient vous aider dans la prise en charge de la douleur chez vos patients cancéreux non palliatifs ?

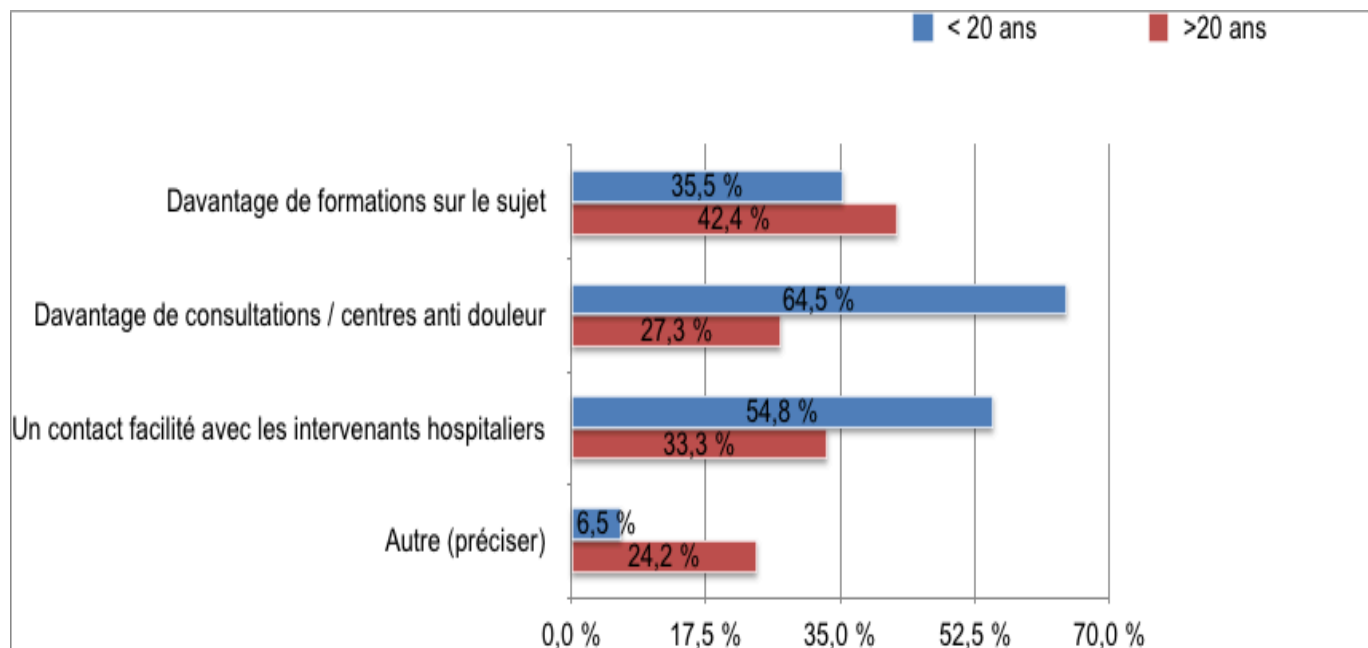
Répartition des résultats pour tous les médecins

	Davantage de formations sur le sujet	Davantage de consultations / centres anti douleur	Un contact facilité avec les intervenants hospitaliers	Autre (préciser)	Total
< 20 ans	11	20	17	2	50
>20 ans	14	9	11	8	42
Total	25	29	28	10	92
%	39,1 %	45,3 %	43,8 %	15,6 %	



Répartition des résultats par années d'installation

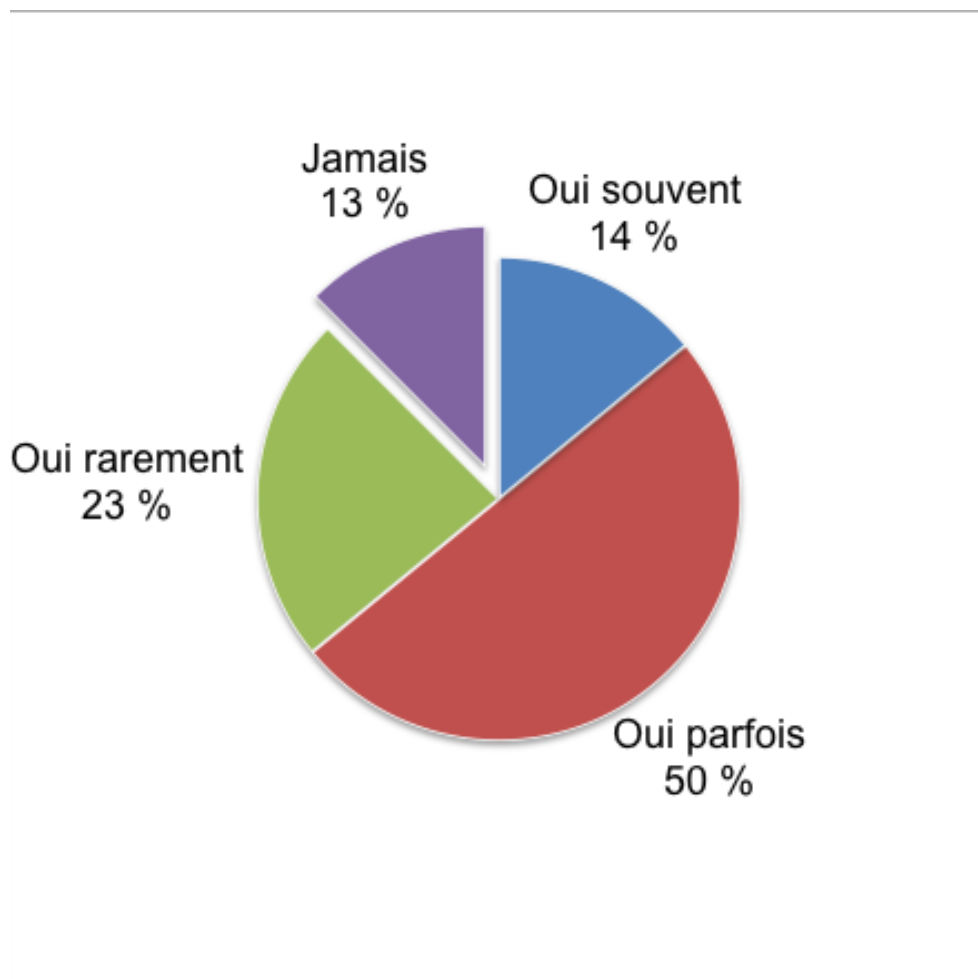
	Davantage de formations sur le sujet	Davantage de consultations / centres anti douleur	Un contact facilité avec les intervenants hospitaliers	Autre (préciser)	Total
< 20 ans	35,5 %	64,5 %	54,8 %	6,5 %	161,3 %
>20 ans	42,4 %	27,3 %	33,3 %	24,2 %	127,3 %



K. Question 13 : Avez-vous déjà adressé un patient cancéreux non palliatif à une consultation antidouleur ?

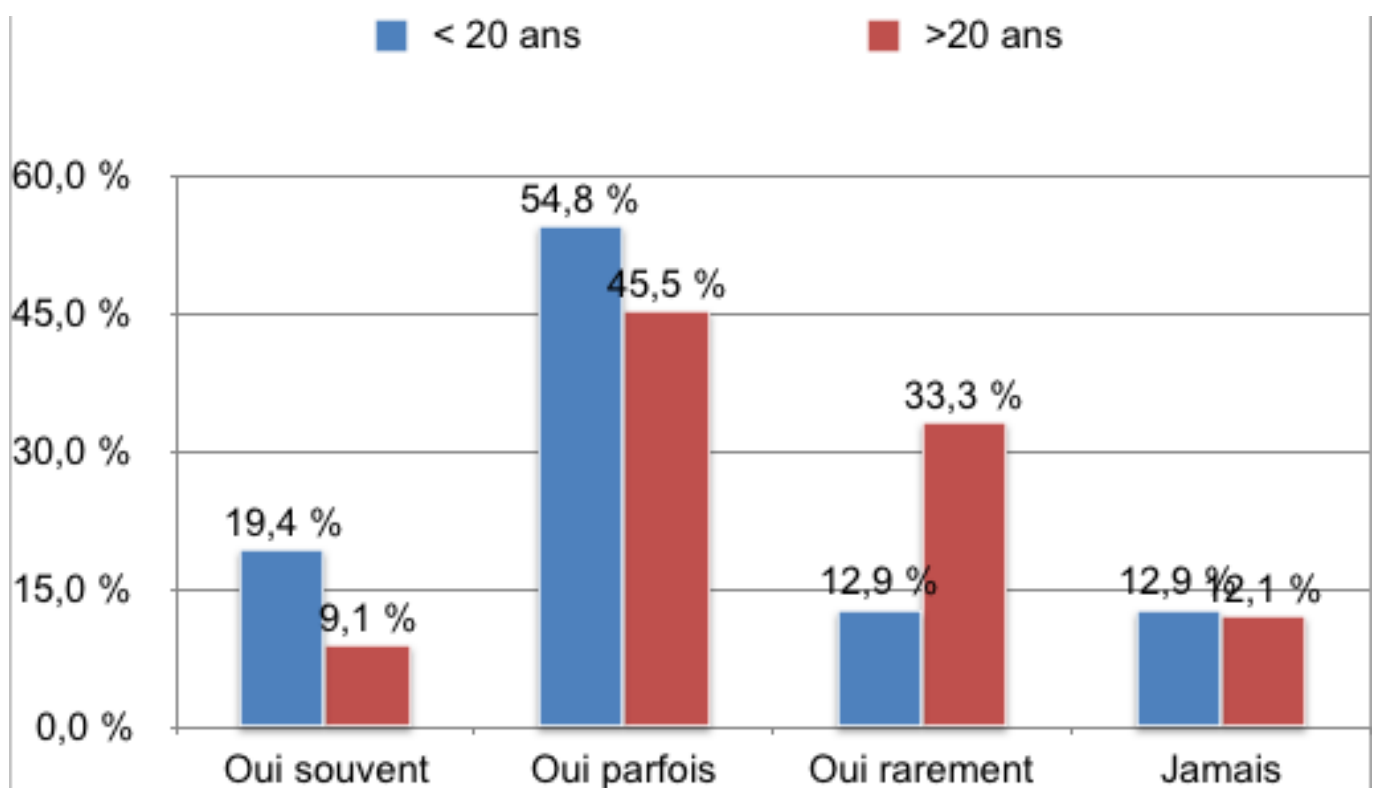
Répartition des résultats pour tous les médecins

	Oui souvent	Oui parfois	Oui rarement	Jamais	Total
<20 ans	6	17	4	4	31
>20 ans	3	15	11	4	33
Total	9	32	15	8	64
%	14,1 %	50,0 %	23,4 %	12,5 %	100,0 %



Répartition des résultats par années d'installation

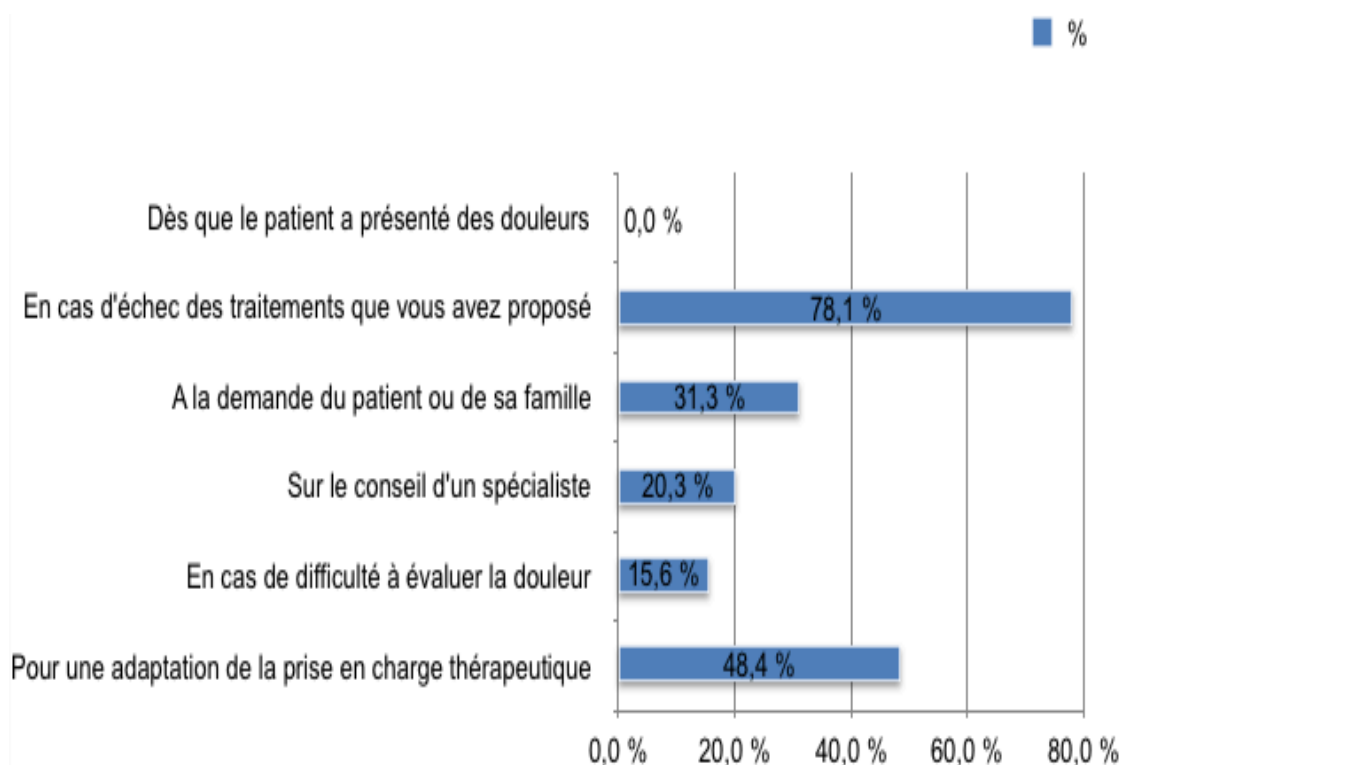
	Oui souvent	Oui parfois	Oui rarement	Jamais	Total
< 20 ans	19,4 %	54,8 %	12,9 %	12,9 %	100,0 %
>20 ans	9,1 %	45,5 %	33,3 %	12,1 %	100,0 %



L. Question 14 : Si oui, pour quel motif ?

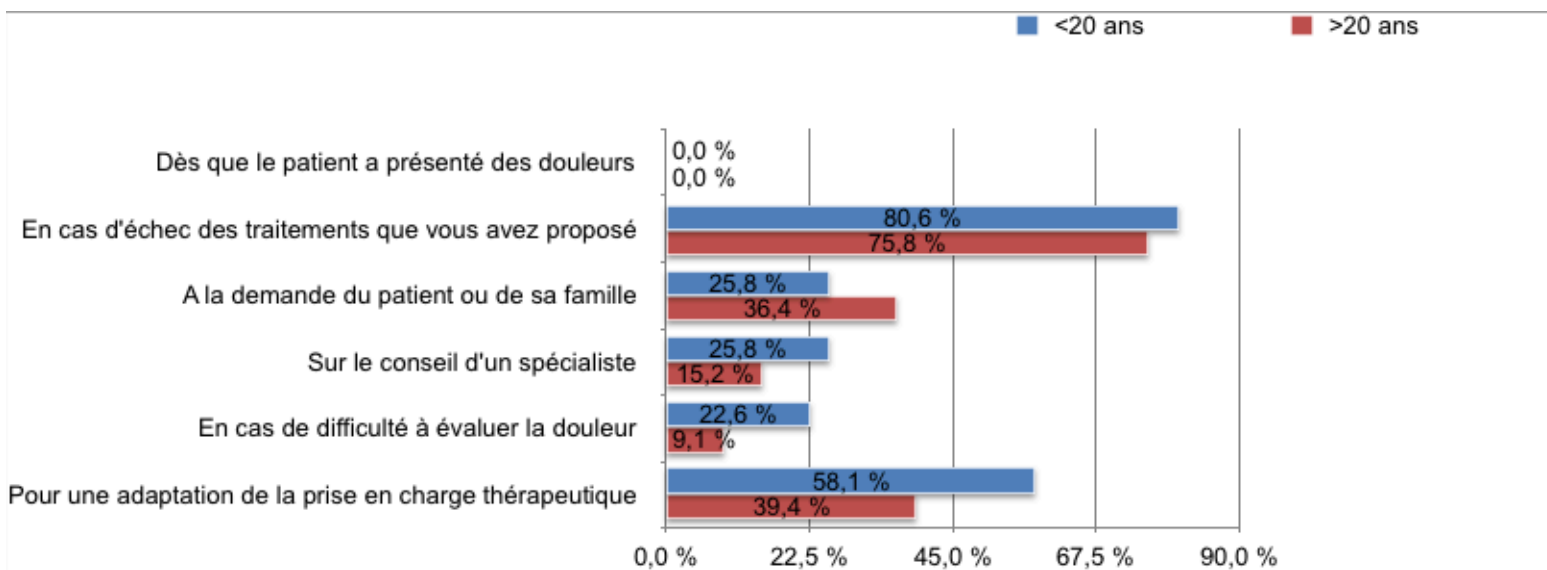
Répartition des réponses pour tous les médecins

	Dès que le patient a présenté des douleurs	En cas d'échec des traitements que vous avez proposé	A la demande du patient ou de sa famille	Sur le conseil d'un spécialiste	En cas de difficulté à évaluer la douleur	Pour une adaptation de la prise en charge thérapeutique	Total
<20 ans	0	25	8	8	7	18	66
>20 ans	0	25	12	5	3	13	58
Total	0	50	20	13	10	31	124
%	0,0 %	78,1 %	31,3 %	20,3 %	15,6 %	48,4 %	



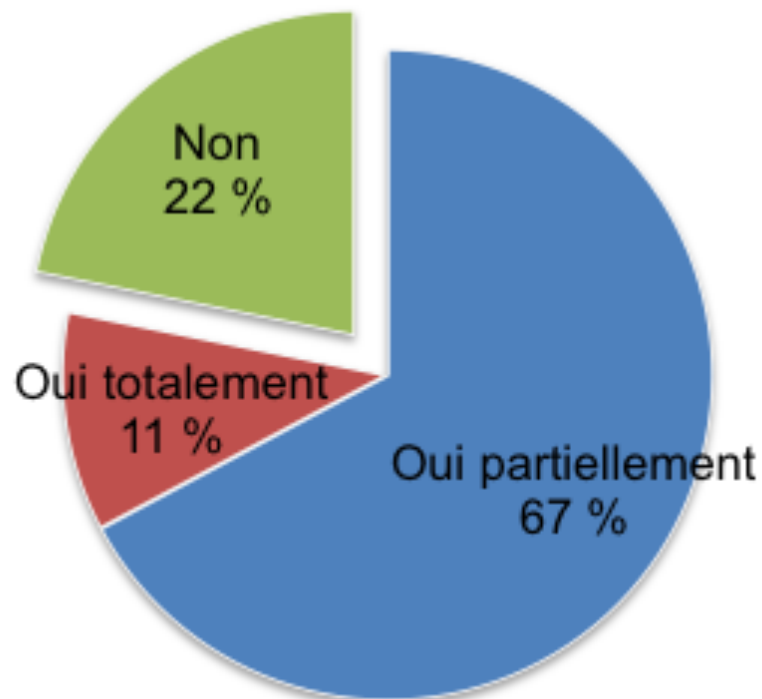
Répartition des résultats par années d'installation

	Dès que le patient a présenté des douleurs	En cas d'échec des traitements que vous avez proposé	A la demande du patient ou de sa famille	Sur le conseil d'un spécialiste	En cas de difficulté à évaluer la douleur	Pour une adaptation de la prise en charge thérapeutique	Total
<20 ans	0,0 %	80,6 %	25,8 %	25,8 %	22,6 %	58,1 %	212,9 %
>20 ans	0,0 %	75,8 %	36,4 %	15,2 %	9,1 %	39,4 %	175,8 %



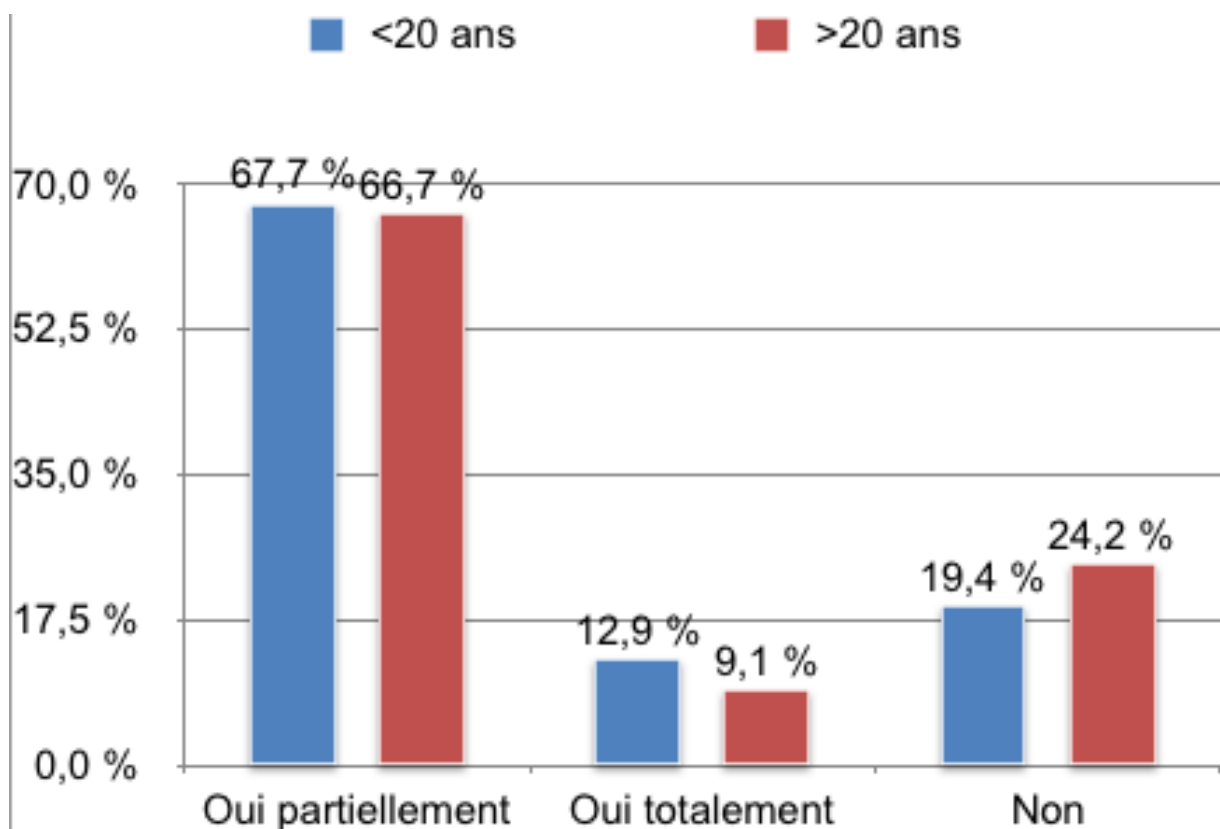
M. Question 15 : Le patient a-t-il été satisfait par cette consultation ?**Répartition des réponses pour tous les médecins**

	Oui partiellement	Oui totalement	Non	Total
<20 ans	21	4	6	31
>20 ans	22	3	8	33
Total	43	7	14	64
%	67,2 %	10,9 %	21,9 %	



Répartition des résultats par années d'installation

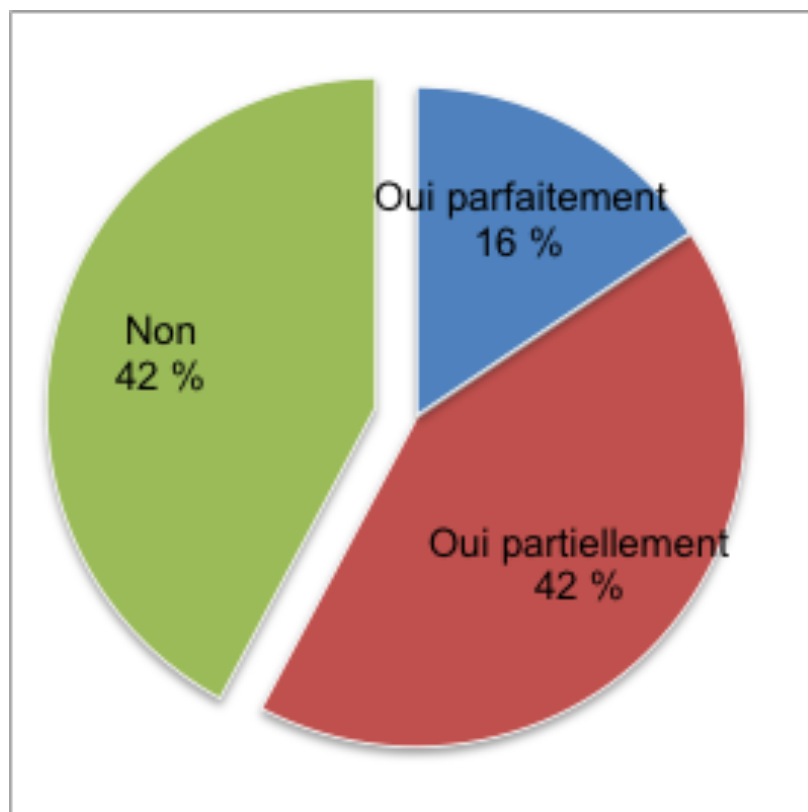
	Oui partiellement	Oui totalement	Non	Total
<20 ans	67,7 %	12,9 %	19,4 %	100,0 %
>20 ans	66,7 %	9,1 %	24,2 %	100,0 %



N. Question 16 : Êtes-vous satisfait de la formation initiale que vous avez reçu concernant la prise en charge de la douleur ?

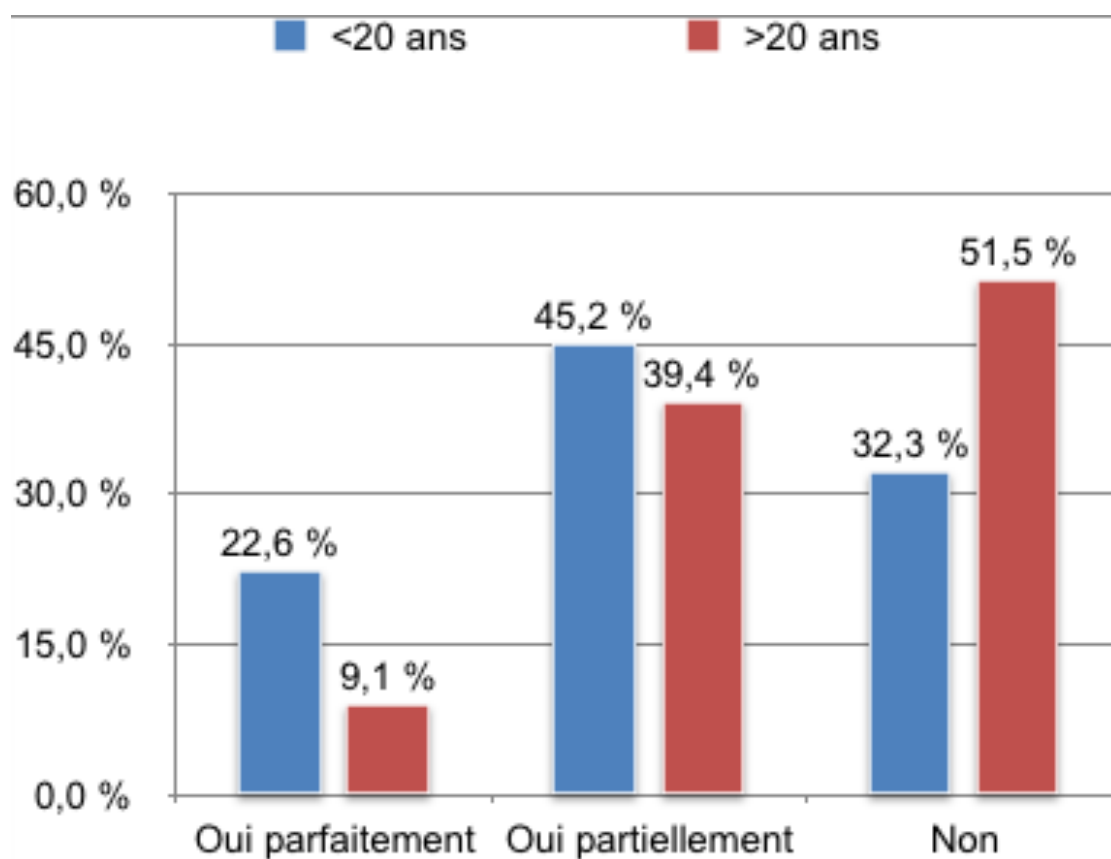
Répartition des réponses pour tous les médecins

	Oui parfaitement	Oui partiellement	Non	Total
<20 ans	7	14	10	31
>20 ans	3	13	17	33
Total	10	27	27	64
%	15,6 %	42,2 %	42,2 %	



Répartition des résultats par années d'installation

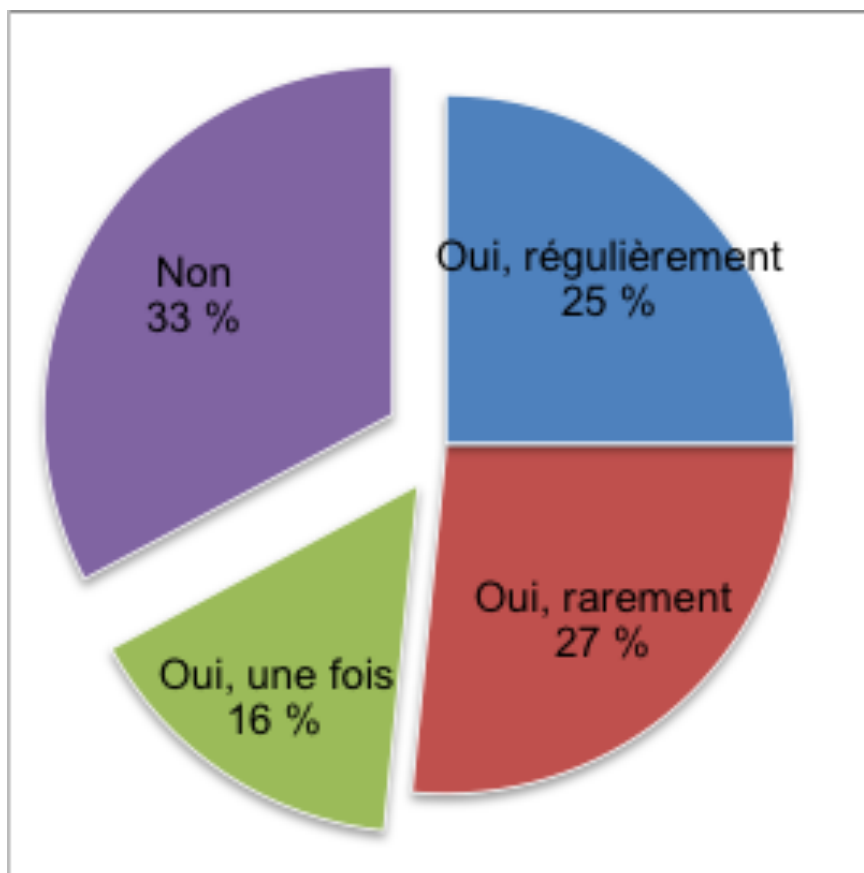
	Oui parfaitement	Oui partiellement	Non	Total
<20 ans	22,6 %	45,2 %	32,3 %	100,0 %
>20 ans	9,1 %	39,4 %	51,5 %	100,0 %



O. Question 17 : Avez-vous déjà participé à une formation médicale continue sur le sujet de la prise en charge de la douleur ?

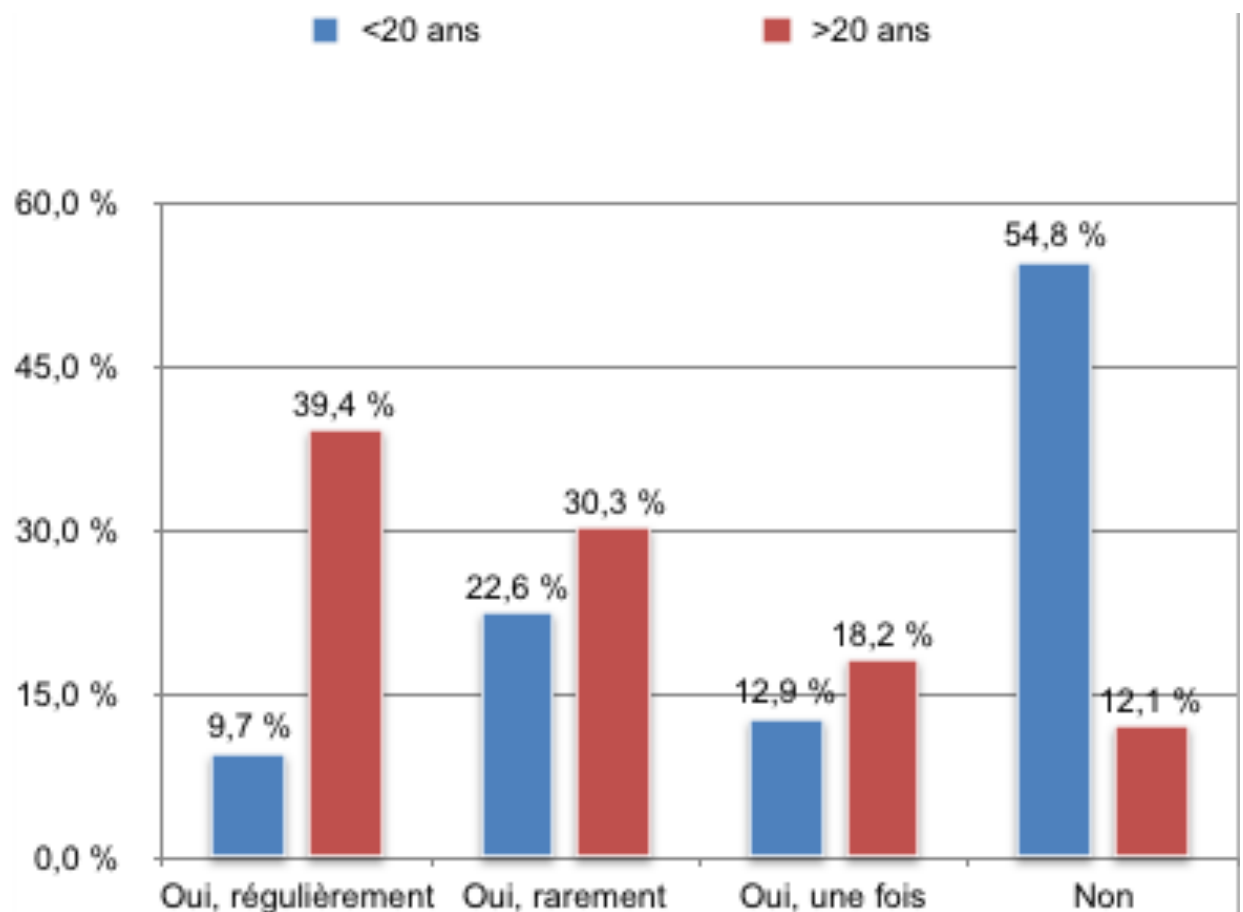
Répartition des réponses pour tous les médecins

	Oui, régulièrement	Oui, rarement	Oui, une fois	Non	Total
<20 ans	3	7	4	17	31
>20 ans	13	10	6	4	33
Total	16	17	10	21	64
%	25,0 %	26,6 %	15,6 %	32,8 %	



Répartition des résultats par années d'installation

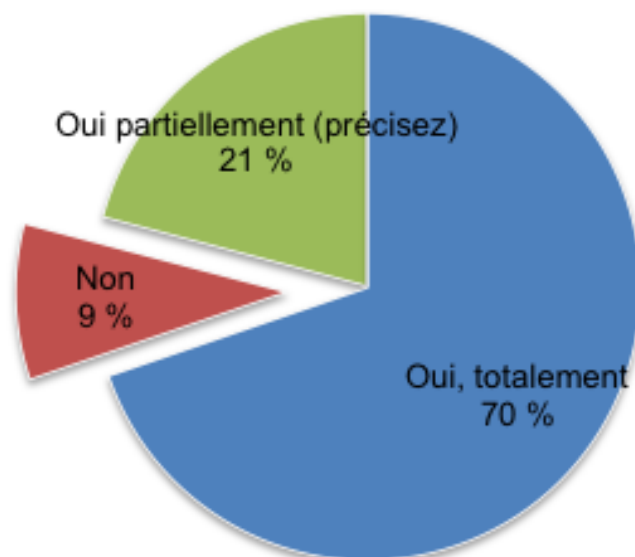
	Oui, régulièrement	Oui, rarement	Oui, une fois	Non	Total
<20 ans	9,7 %	22,6 %	12,9 %	54,8 %	100,0 %
>20 ans	39,4 %	30,3 %	18,2 %	12,1 %	100,0 %



P. Question 18 : Si oui, cette formation médicale continue a-t-elle influencé votre pratique ?

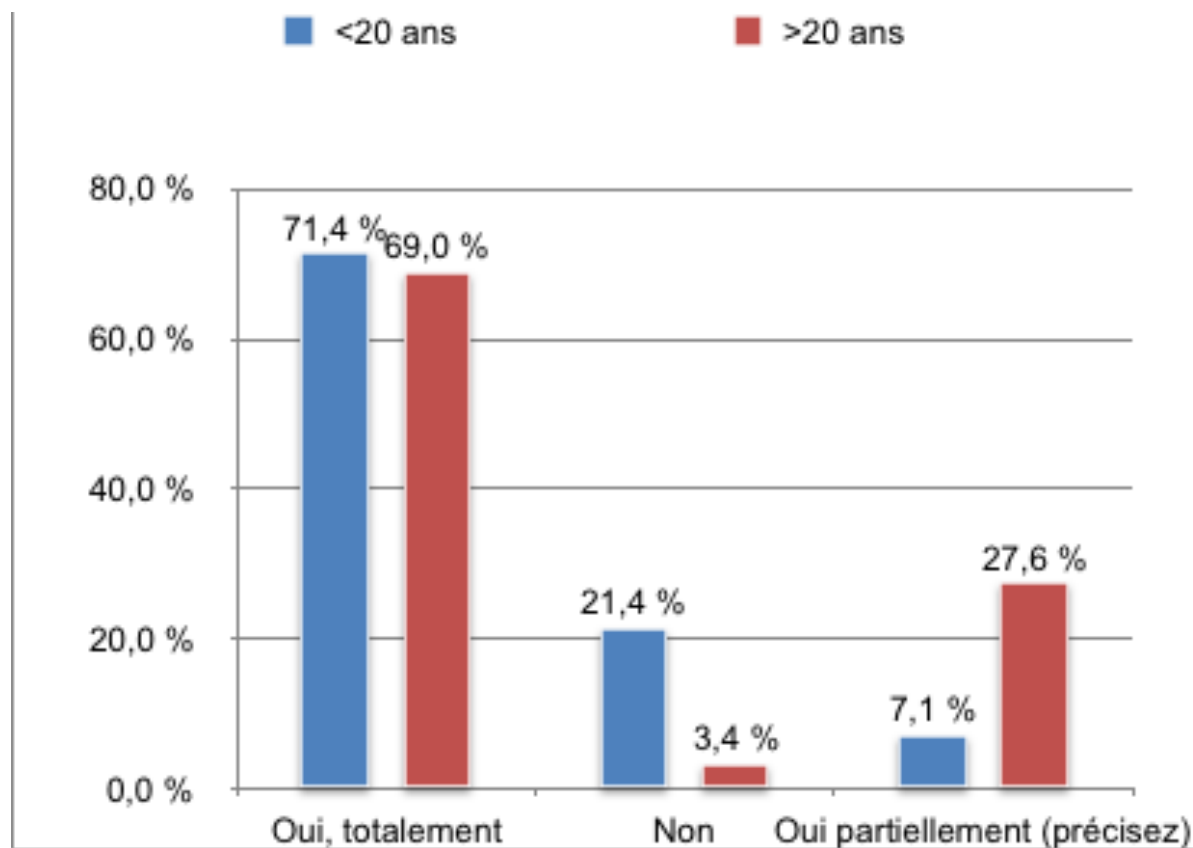
Répartition des réponses pour tous les médecins

	Oui, totalement	Non	Oui partiellement (précisez)	Total
<20 ans	10	3	1	14
>20 ans	20	1	8	29
Total	30	4	9	43
%	69,8 %	9,3 %	20,9 %	



Répartition des résultats par années d'installation

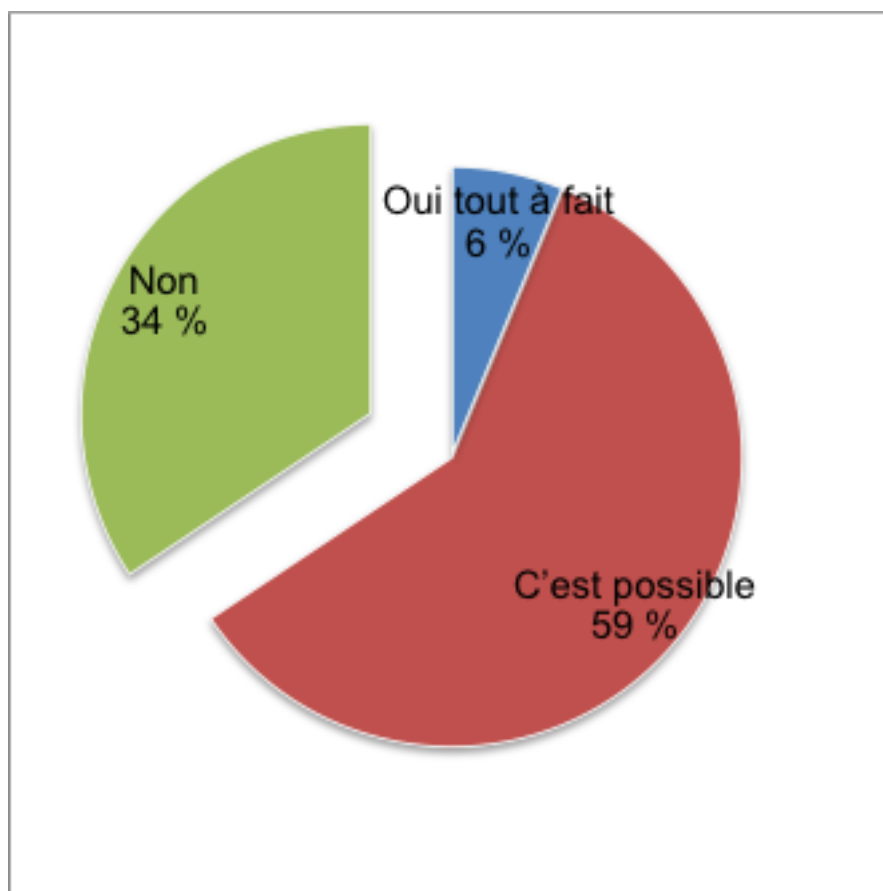
	Oui, totalement	Non	Oui partiellement (précisez)	Total
<20 ans	71,4 %	21,4 %	7,1 %	100,0 %
>20 ans	69,0 %	3,4 %	27,6 %	100,0 %



Q. Question 19 : Pensez-vous qu'il y a une baisse d'intérêt des pouvoirs publics par rapport à la prise en charge de la douleur ?

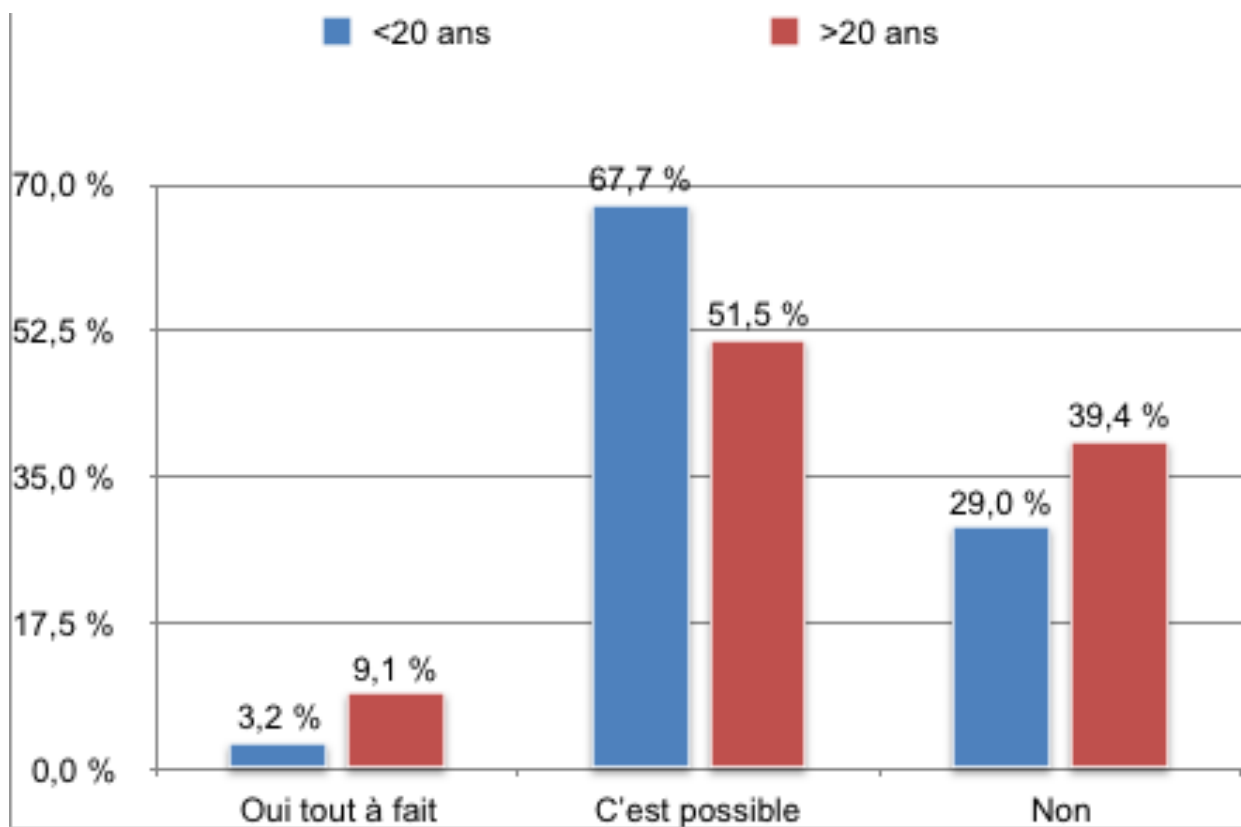
Répartition des résultats pour tous les médecins

	Oui tout à fait	C'est possible	Non	Total
<20 ans	1	21	9	31
>20 ans	3	17	13	33
Total	4	38	22	64
%	6,3 %	59,4 %	34,4 %	



Répartition des résultats par années d'installation

	Oui tout à fait	C'est possible	Non	Total
<20 ans	3,2 %	67,7 %	29,0 %	100,0 %
>20 ans	9,1 %	51,5 %	39,4 %	100,0 %



Discussion

A. La prise en charge de la douleur selon l'origine de la douleur et le type de patient

Les trois premières questions permettent de mettre en évidence une différence de prise en charge lorsque la douleur est d'origine cancéreuse puisque 26,6% des médecins interrogés prescrivent des antalgiques de manière systématique alors que pour les lombalgies et l'arthrose douloureuse ils ne sont que 15,6% et 14,1%. La prescription d'antalgiques se fait alors plus à la demande du patient, respectivement 51,6% et 62,5% contre seulement 39,1% pour les douleurs cancéreuses. Dans tous les cas la prescription se fait en grande majorité (80%) après évaluation de la douleur par le médecin généraliste.

Cela montre d'une part l'intérêt pour l'évaluation de la douleur, clé d'une bonne prise en charge, et d'autre part une volonté forte de soulager les patients cancéreux. La limite ici est le manque d'informations concernant la qualité de l'évaluation faite par les médecins généralistes.

B. Le cas des patients cancéreux non palliatifs

Les quatrième et cinquième questions nous montrent une bonne utilisation des antalgiques de palier 3 lorsque c'est nécessaire chez les patients cancéreux non palliatifs, puisque 97% des médecins interrogés en prescrivent systématiquement ou souvent, indépendamment de l'ancienneté. Cependant ils sont 29,7% tous médecins confondus à déclarer prescrire plus facilement des antalgiques de palier 3 lorsque les patients sont en phase palliative.

La sixième question permettait aux médecins qui déclaraient le faire d'argumenter leur choix. Les motifs évoqués sont majoritairement :

- Des douleurs plus fréquentes et plus intenses chez les patients palliatifs
- Pour privilégier le confort et la qualité de vie chez ces patients
- Un risque de dépendance pesant moins lourd dans la balance et une crainte des effets secondaires moindre

Les septième et huitième questions montrent que 26,6% des médecins interrogés estiment que leurs patients cancéreux non palliatifs sont parfois moins bien soulagés de la douleur que leurs patients palliatifs. Les raisons principales qui sont évoquées sont :

- Là encore la crainte des effets secondaires et du risque de dépendance, qui peut amener à augmenter moins rapidement les posologies
- Des patients moins entourés par rapport aux patients pris en charge par des équipes de soins palliatifs dédiées
- Une sous-estimation de la douleur chez ces patients
- La difficulté de partage de l'évaluation de la douleur entre l'oncologue et les généralistes

C. Les citrates de fentanyl

Les neuvième et dixième questions nous révèlent que les citrates de fentanyl sont globalement connus et utilisés par les médecins généralistes, qui ne sont que 11% à ne pas en prescrire.

Les médecins avec plus de 20 ans d'installation en prescrivent modérément plus puisqu'ils sont 39,4% à en prescrire régulièrement contre 25,8% chez les médecins avec moins de 20 ans d'installation.

Parmi les raisons évoquées pour la non utilisation des citrates de fentanyl apparaissent : la méconnaissance du produit, de la manière de l'utiliser et les effets indésirables engendrés.

Devant cette utilisation fréquente des citrates de fentanyl, un simple questionnaire ne permet malheureusement pas de distinguer un bon usage d'un mésusage, en effet en 2013 l'Agence Nationale de sécurité du médicament (ANSM) a alerté en 2013 de l'augmentation des mésusages des citrates de fentanyl : prescriptions hors cancer, ou avec un traitement opioïde de fond inexistant ou faible, ou à des posologies supérieures aux autorisations de mise sur le marché (AMM). [9]

D. Les freins à la prescription d'analgiques chez les patients cancéreux non palliatifs

La onzième question nous apprend que les freins principaux à la prescription d'analgiques sont d'abord l'appréhension des patients à utiliser certains produits pour 43,8% des médecins interrogés, suivi du risque iatrogène pour 42,2% des médecins interrogés. Viennent ensuite l'appréhension des médecins à utiliser certains produits (35,9%) et les contraintes des autorisations de mise sur le marché.

A noter que les médecins considèrent être bien informés sur les différentes molécules disponibles puisque seulement 7,8% considèrent ne pas l'être.

Chez les médecins plus expérimentés (>20 ans d'installation), les 33,3% qui ont choisi la réponse « Autre : précisez » ont tous répondu « Pas de frein » sans exception, alors que seulement 9,7% des médecins plus jeunes ont choisi cette réponse, dont 2 seulement répondant « Pas de frein ».

La douzième question cherchait à connaître les besoins des médecins généralistes pour les aider dans la prise en charge de la douleur : tous les items ont été pertinents mais on note quelques différences entre le groupe avec moins de 20 ans d'installation versus l'autre groupe. Les médecins plus jeunes semblent plus demandeurs de centres / consultations anti douleur et d'un contact amélioré entre la ville et l'hôpital. L'item libre intitulé « Autre : précisez » a à nouveau été majoritairement choisi par les médecins plus expérimentés qui expriment des avis variés :

- Délai beaucoup trop long pour obtenir une consultation antidouleur (ce qui aurait pu rentrer dans la case « davantage de consultations / centre antidouleur »)
- Demande d'une meilleure disponibilité pour la ville du matériel et des molécules utilisés en soins palliatifs à l'hôpital
- Demande d'une prescription en ligne avec disparition des ordonnances sécurisées

E. Les consultations antidouleur

La treizième question met en évidence un fait notable : 13% des médecins, indépendamment de l'ancienneté, n'ont jamais adressé de patient vers une consultation antidouleur. Les médecins les plus jeunes sont ceux qui le font le plus régulièrement, avec 19,4% d'entre eux qui déclarent le faire souvent, contre seulement 9,1% des médecins plus expérimentés.

Le motif principal motivant les médecins à adresser les patients vers une consultation antidouleur est l'échec des traitements proposés initialement. Les médecins les plus jeunes sont plus enclins à le faire sur les conseils d'un spécialiste ou lorsqu'ils ont des difficultés à évaluer la douleur.

La limite ici est la méconnaissance des raisons pour lesquelles les médecins n'adressent pas leur patient vers une consultation antidouleur, notamment si des critères géographiques ou de délais entrent en ligne de compte.

Les médecins interrogés déclarent dans 22% des cas que leurs patients ne sont pas satisfaits de ces consultations, et seulement 11% totalement satisfaits. La difficulté ici tient dans l'interprétation de « l'insatisfaction » car elle diffère de l'absence de soulagement de la douleur. Mais cela montre néanmoins que des changements sont à faire à ce niveau-là.

F. La formation des médecins généralistes

Les résultats des questions 16, 17 et 18 sont assez intéressantes puisqu'on note que 42,2% des médecins interrogés ne sont pas satisfaits de la formation initiale qu'ils ont reçue concernant la prise en charge de la douleur. La différence entre les médecins plus jeunes et les plus expérimentés est flagrante puisque seulement 9,1% de ces derniers sont totalement satisfaits et plus de la moitié sont insatisfaits.

Cela montre donc qu'il y a eu, avec l'intérêt des pouvoirs publics, une amélioration de la qualité de la formation initiale, et donc l'importance de la politique de santé dans la qualité de la prise en charge.

Les médecins plus expérimentés, moins satisfaits de leur formation initiale, se sont investis pour améliorer leurs connaissances puisqu'ils sont presque 40% à participer régulièrement à une formation médicale continue sur le sujet, contre seulement 9,7% chez les médecins plus jeunes. Ils sont presque 80% à avoir participé plus d'une fois, ce qui montre leur sensibilisation et leur investissement dans ce domaine.

Les médecins plus jeunes, qui sont globalement plus satisfaits de leur formation initiale, et qui participent moins aux formations médicales continues (54,8% n'y ont jamais participé), sont pourtant ceux qui ont le plus exprimé l'existence de freins à la prescription d'antalgiques chez les patients cancéreux. Ils adressent également plus facilement leurs patients en consultation antidouleur et sont plus demandeurs de nouvelles consultations / nouveaux centres antidouleur.

Concernant l'intérêt de la formation médicale continue, le résultat est sans appel puisque 91% des médecins interrogés, indépendamment de l'expérience, considère cette formation comme ayant eu une influence sur leur pratique.

A noter néanmoins que 21,4% des médecins plus jeunes ont répondu qu'elle n'avait pas eu d'influence, contre seulement 3,4% chez les médecins plus expérimentés.

G. Un désintérêt des pouvoirs publics ?

Les avis sont partagés concernant un éventuel désintérêt des pouvoirs publics concernant la prise en charge de la douleur, même si 59% estiment ce cas « possible ».

CONCLUSION

Les médecins généralistes sont bien sensibilisés à la prise en charge de la douleur chez les patients cancéreux.

Bien que modérée, il existe une différence de prise en charge de la douleur chez les patients cancéreux non palliatifs versus palliatifs, à la fois du fait des médecins, mais également des patients, chez qui persiste une image négative de certains produits.

Les citrates de fentanyl sont bien connus et utilisés fréquemment par les médecins généralistes. La bonne utilisation de ces antalgiques devra peut-être être réévaluée dans une autre étude.

Les médecins adressent régulièrement leurs patients en consultation antidouleur mais les bénéfices de ces consultations ne sont pas à la hauteur espérée. De plus il semblerait que ces consultations ne soient pas en nombre suffisant pour assurer des délais corrects de prise en charge.

La formation initiale des médecins généralistes semble s'être améliorée depuis quelques années, mais l'intérêt des formations médicales continues sur ce thème reste entier et l'investissement dans ces formations doit se poursuivre.

La prise en charge de la douleur doit rester une des priorités des pouvoirs publics car les investissements dans ce domaine ont montré leur efficacité, et a permis la création des centres / consultations antidouleur et renforcé le rôle du médecin généraliste dans cette prise en charge.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Haute autorité de santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Recommandations de Décembre 2008.

[2] Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer. Rapport original de Mai 1995 mis à jour en septembre 2003

[3] Abel A, Lassaunière JM, Flahault A. Médecine palliative, Vol 3, N°3 – Juin 2004 ; 126-133. Prise en charge médicamenteuse de la douleur cancéreuse en médecine générale.

[4] Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition and management. *Oncology (Williston Park)* 1989; 3 (8 Suppl) 25-9

[5] Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain* 1990; 41(3): 273-81

[6] Poulain P, Michenot N, Ammar D, Delorme C, Delorme T, Diquet B, et al. Mis au point sur l'utilisation du fentanyl transmuqueux chez le patient présentant des douleurs d'origine cancéreuse

[7] Delorme T, Bréchet JM, Bousquet PJ. Synthèse de l'enquête nationale 2010 sur la prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints de cancer. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer (INCA) ; 2012

[8] Plans douleurs. Accessibles sur le site de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur, à l'adresse <http://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur>

[9] Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Fentanyl transmuqueux : rappel de ses effets indésirables et de la nécessité de bien respecter ses indications - point d'information 25/09/2013.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

- Êtes vous :
 - Une femme
 - Un homme
- Quel âge avez-vous ?
 - 26-35 ans
 - 36-45 ans
 - 46-55 ans
 - 56-65 ans
 - > 65 ans
- Travaillez vous :
 - En ville
 - En semi rural
 - En rural
- Travaillez vous :
 - Seul
 - En cabinet de groupe
- Depuis combien d'années êtes vous installé ?
- Question 1 : Prescrivez vous des antalgiques pour les douleurs cancéreuses ?
 - De manière systématique
 - A la demande du patient
 - Après évaluation de la douleur par vous-même
 - Après avis d'un spécialiste

- Question 2 : Prescrivez vous des antalgiques pour les lombalgies chroniques ?
 - De manière systématique
 - A la demande du patient
 - Après évaluation de la douleur par vous-même
 - Après avis d'un spécialiste
- Question 3 : Prescrivez vous des antalgiques pour l'arthrose douloureuse ?
 - De manière systématique
 - A la demande du patient
 - Après évaluation de la douleur par vous-même
 - Après avis d'un spécialiste
- Question 4 : Prescrivez vous des antalgiques de palier 3, chez vos patients cancéreux non palliatifs, en cas d'inefficacité d'un antalgique de palier 2 ?
 - Systématiquement
 - Souvent
 - Très peu
 - Jamais
- Question 5 : Prescrivez vous plus facilement des antalgiques de palier 3 chez des patients cancéreux palliatifs par rapport aux non palliatifs ?
 - Oui
 - Non
- Question 6 : Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? Brièvement
- Question 7 : Concernant la douleur, pensez vous que vos patients cancéreux non palliatifs sont moins bien soulagés que vos patients cancéreux palliatifs ?
 - Oui, souvent
 - Oui, parfois
 - Non
- Question 8 : Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? Brièvement

- Question 9 : Parmi les antalgiques de palier 3, utilisez vous chez vos patients cancéreux non palliatifs des citrates de fentanyl ?
 - Oui, souvent
 - Oui, parfois
 - Non
- Question 10 : Si non, pour quelle(s) raison(s)
 - Je ne connais pas
 - Je connais mais je ne sais pas les utiliser
 - Mes patients n'en ont pas besoin
 - Les effets indésirables sont importants
 - Le risque de mésusage par le patient
 - Autre (précisez)
- Question 11 : Quels sont pour vous les freins à la prescription d'antalgiques chez les patients cancéreux ?
 - Les AMM contraignantes
 - Le risque iatrogène
 - Le manque d'information sur les différents antalgiques utilisables
 - La crainte du patient d'utiliser certains produits
 - La crainte du médecin d'utiliser certains produits
 - Autre (précisez)
- Question 12 : Quels sont les éléments qui pourraient vous aider dans la prise en charge de la douleur chez vos patients cancéreux non palliatifs ?
 - Davantage de formation sur le sujet
 - Davantage de consultations / centres antidouleur
 - Un contact facilité avec les intervenants hospitaliers
 - Autre (précisez)
- Question 13 : Avez-vous déjà adressé un patient cancéreux non palliatif à une consultation anti douleur ?
 - Oui, souvent
 - Oui, parfois
 - Oui rarement
 - Jamais

- Question 14 : Si oui, pour quel motif ?
 - Dès que le patient a présenté des douleurs
 - En cas d'échec des traitements que vous avez proposé
 - A la demande du patient ou de sa famille
 - Sur les conseils d'un spécialiste
 - En cas de difficulté à évaluer la douleur
 - Pour une adaptation de la prise en charge thérapeutique
- Question 15 : Le patient a-t-il été satisfait par cette consultation ?
 - Oui, partiellement
 - Oui, totalement
 - Non
- Question 16 : Êtes vous satisfait de la formation initiale que vous avez reçu concernant la prise en charge de la douleur ?
 - Oui, parfaitement
 - Oui, partiellement
 - Non
- Question 17 : Avez-vous déjà participé à une formation médicale continue sur le sujet de la prise en charge de la douleur ?
 - Oui, régulièrement
 - Oui, rarement
 - Oui, une fois
 - Non
- Question 18 : Si oui, cette formation médicale continue a-t-elle influencé votre pratique ?
 - Oui, totalement
 - Oui, partiellement (précisez)
 - Non
- Question 10 : Pensez vous qu'il y a une baisse d'intérêt des pouvoirs publics par rapport à la prise en charge de la douleur ?

AUTEUR : Nom : ANDRE

Prénom : Yann

Date de soutenance : 16 mai 2018

Titre de la thèse : Prise en charge de la douleur chez les patients cancéreux non palliatifs par les médecins généralistes du Nord Pas de Calais

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : médecine générale, douleur, cancer, non palliatif

Introduction : Les médecins généralistes sont en première ligne dans la prise en charge de la douleur chez les patients cancéreux. Si cette prise en charge s'est améliorée depuis plusieurs décennies, le soulagement des patients n'est pas encore optimal. Ce travail réalise un état des lieux des pratiques et des problématiques des médecins généralistes, ainsi que la recherche de moyens de l'améliorer.

Matériel et méthode : Étude prospective par questionnaire en ligne anonyme envoyé aux médecins généralistes du Nord Pas de Calais. Recueil des données entre Septembre 2017 et Mars 2018. Analyse statistique en fonction du nombre d'années d'installation (<20 ans et >20 ans)

Résultats : Bonne utilisation des antalgiques de palier 3 chez les médecins généralistes. Les patients cancéreux non palliatifs sont en partie moins bien soulagés que les patients palliatifs. Les effets indésirables et le risque de dépendance sont les principaux facteurs de cette différence. Les citrates de Fentanyl sont connus et utilisés largement par les médecins généralistes. La formation initiale des médecins sur la douleur s'est améliorée depuis plusieurs années, et la formation médicale continue reste très importante et a un réel impact sur la prise en charge. Les consultations / centres antidouleur sont sollicités par les médecins généralistes mais, en nombre insuffisants, avec des délais de prise en charge trop long.

Conclusion : La prise en charge de la douleur chez les patients cancéreux non palliatifs est en deçà des objectifs escomptés, la poursuite des efforts des politiques de santé est indispensable, tant au niveau de la formation des médecins que de la création de structures spécialisées permettant une prise en charge rapide des patients.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Arnaud SCHERPEREEL

Assesseurs : Monsieur le Professeur Gwenaël RAOUL

Monsieur le Docteur Serge DALMAS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bruno VEYS