

2018-2019

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Prescription des antalgiques de palier 3 : représentations des personnes âgées en ambulatoire

BRARD Baptiste ■

Né le 13 juillet 1991 à Nancy (54)

L'HUILLIER Marie-Lys ■

Née le 24 juin 1991 à Toulouse (31)

Sous la direction de Mme GHALI Maria et de ■
Mme CADE Charline

Membres du jury

Monsieur le Professeur Connan Laurent	Président
Madame le Docteur Ghali Maria	Directeur
Madame le Docteur Cade Charline	Codirecteur
Monsieur le Professeur Cailliez Éric	Membre
Monsieur le Professeur Verny Christophe	Membre
Monsieur le Docteur Guineberteau Clément	Membre

Soutenue publiquement le :
31 octobre 2019 à Angers

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussigné BRARD Baptiste
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l' étudiant le **14/10/2019**

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée L'HUILLIER Marie-Lys
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **14/10/2019**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas LEROLLE

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Cédric ANNWEILER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine

CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine

GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine

MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine

SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine

CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie

MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
-------------	-----------------------------------	-----------

CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
---------------	-----------------	-----------

LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie
------------------	-----------------	-----------

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

REMERCIEMENTS

Baptiste

A Marie-Lys sans qui cette thèse n'aurait pas pu être possible.

Au Dr GUINEBERTEAU, qui a su me conseiller lors ma phase de recherche.

Au professeur CONNAN, en qui nous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites de présider notre jury de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de notre respectueuse considération.

Aux Professeurs CAILLEZ et VERNY et au Dr CADE, merci à vous d'être présents aujourd'hui.

A Maria, merci d'avoir accepté de faire partie de cette aventure, tes conseils nous auront été plus qu'utiles.

A mes parents, merci pour votre présence et votre soutien durant ses années difficiles.

A Maurice, qui a choisi une voie difficile mais tellement enrichissante, a très vite.

A Thibault, Christophe, Clotilde, Manon, Aurélien, Laura, Jean, car ce qui se passe à Mayenne reste à Mayenne.

A Flore, my friends, à qui j'ai fait découvrir le bibi.

A Marion, merci d'apporter ton rire et ta bonne humeur (et pépin) en toute circonstance.

A P'tit Poule, frère de kangoo, la plus belle rencontre de cet internat. Ne t'inquiète pas Gwen il ne te fait pas d'infidélité

Sans oublier Gwen Baptiste et Pepin.

Merci aux Docteurs DALIBARD, DEVAUD et JEROME pour leur gentillesse et la possibilité d'effectuer cette thèse au sein de leur cabinet.

Et merci à toi Pascaline, pour ta présence à mes côtés depuis maintenant 8 ans et pour je l'espère de nombreuses années encore.

PLAN

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Description des participants

- 1.1. Recrutements des patients
- 1.2. Caractéristiques des patients

2. Présentation des résultats

- 2.1. La connaissance globale des patients
 - 2.1.1. La morphine
 - 2.1.2. Les fausses connaissances et méconnaissances
 - 2.1.3. Sources des connaissances
 - a) L'entourage
 - b) La société
 - c) Les médias
 - d) Faits divers
- 2.2. L'attente envers le médecin
 - 2.2.1. Expliquer
 - 2.2.2. La relation entre le médecin et le patient
- 2.3. Ressenti
 - 2.3.1. Médicament
 - 2.3.2. Maladie
 - 2.3.3. Patient

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Discussion

- 1.1. Résumé des principaux résultats.
- 1.2. Forces et limites de l'étude
 - 1.2.1. Forces
 - 1.2.2. Limites et biais
 - 1.2.3. Présupposés des chercheurs
 - 1.2.4. Discussion générale et comparaison avec la littérature

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Répartition du travail

Auteurs

Réalisation de l'introduction par Marie-Lys L'HUILLIER

Réalisation de la méthode par Baptiste BRARD

Réalisation des entretiens par Marie-Lys L'HUILLIER et Baptiste BRARD

Réalisation des codages par Marie-Lys L'HUILLIER et Baptiste BRARD

Réalisation de l'analyse des résultats par Marie-Lys L'HUILLIER et Baptiste BRARD

Réalisation de la discussion par Marie-Lys L'HUILLIER et Baptiste BRARD

Réalisation de la conclusion par Marie-Lys L'HUILLIER

RESUME

Introduction : La France observe depuis plusieurs années une augmentation de l'espérance de vie et une amélioration de l'état de santé de sa population, notamment pour les patients âgés de plus de 75 ans. On constate par ailleurs en médecine générale, une part importante de patients âgés douloureux non ou insuffisamment traités. Dans ce contexte, de nombreux traitements à visée antalgique peuvent être utilisés, dont les traitements morphiniques. Différentes études se sont intéressées aux représentations de la morphine chez la population générale, mais la population âgée de plus de 75 ans était faiblement représentée. L'objectif de cette étude visait à explorer les représentations de patients naïfs de morphine, de plus de 75 ans, au sujet de traitements par opioïdes forts.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par analyse thématique de contenu au moyen d'entretiens individuels semi dirigés, réalisés auprès de personnes âgées de plus de 75 ans consultant dans des cabinets de médecine générale. L'ensemble de l'étude a été réalisée au sein de la subdivision d'Angers, après avoir obtenu le consentement écrit des participants.

Résultats : Dix-neuf entretiens ont été réalisés au total. La saturation des données a été obtenue au seizième. La relation de confiance entre le patient et son médecin généraliste était le sentiment le plus représenté, avec pour la plupart la description d'une relation paternaliste qui influençait positivement l'observance du traitement morphinique. Les demandes d'explications de la part des patients étaient également souhaitées. Les connaissances des patients vis-à-vis des traitements morphiniques étaient suffisantes, les principales sources d'information étant l'entourage. La majorité des personnes âgées interrogées voyaient la morphine comme un traitement inhabituel, beaucoup la considéraient comme un médicament dangereux.

Conclusion : Il persiste chez les personnes âgées des réticences à la prescription d'opioïdes forts. Les plus courantes sont la peur d'une maladie grave et l'apparition d'effets indésirables. Cependant la relation de confiance entre le patient et son médecin semble prépondérante à ses craintes. Il est donc nécessaire que le médecin informe le patient de manière claire et adaptée pour améliorer son observance.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, la France observe une augmentation de l'espérance de vie et une amélioration de l'état de santé de sa population (1)(2). Il est actuellement difficile de définir le « sujet âgé » sur le seul critère de l'âge, qui a longtemps été de 65 ans selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (3). En effet, dans la littérature, le critère de l'âge pour parler d'une personne âgée n'est pas consensuel. Récemment, différents travaux publiés par la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la prise en charge de la personne âgée se sont appuyés sur le rapport « vivre ensemble plus longtemps » du Centre d'Analyse Stratégique (4)(5). Ainsi, afin de mieux correspondre à l'amélioration de l'état de santé de la population et à l'augmentation de l'espérance de vie, l'âge seuil définissant la personne âgée semble concerner les plus de 75 ans, ou les personnes ayant plus de 65 ans et présentant des polypathologies. En effet, c'est à partir de 75 ans que de potentielles vulnérabilités commencent à apparaître avec une santé se dégradant durablement. La personne âgée peut alors être une personne fragile, polypathologique, avec de nombreuses plaintes, notamment algiques.

En Médecine Générale, la douleur représente 36 à 54% des motifs de consultation (6). Parallèlement, un consensus d'experts en algologie et gériatrie a estimé en 2017 entre 40 et 75%, la proportion de personnes âgées douloureuses vivant à domicile, cette proportion pouvant atteindre jusqu'à 90% chez les personnes âgées vivant en institution (7). La douleur semble sous-traitée, dans l'ensemble des milieux de soins. On estime à seulement 34% le nombre de personnes âgées douloureuses recevant un traitement antalgique à leur domicile (8). Ainsi, la prise en charge insuffisante de la douleur chez les personnes âgées est responsable d'un passage accru aux urgences, où 40% des consultations ont pour motif une douleur non soulagée, comme le montre une étude publiée en 2003 par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (9).

Afin de prendre en charge ce symptôme, plusieurs antalgiques existent, naturels ou synthétisés. Ils sont prescrits selon le type de douleur (nociceptive, neuropathique, nociplastique ou mixte) et son intensité.

La morphine est le premier alcaloïde découvert en 1804 par le pharmacien allemand Friedrich Sertürner, grâce à l'isolement d'opium brut. La morphine est aujourd'hui reconnue comme un traitement antalgique de référence. Utilisée pendant de nombreux siècles par voie per os, elle a été administrée par voie intraveineuse dès les années 1850 (10). Depuis le milieu du 20^{ème} siècle, elle est synthétisée, permettant la création de plusieurs énantiomères. Ces opioïdes forts sont recommandés dans les douleurs nociceptives cancéreuses intenses, certaines douleurs chroniques non cancéreuses (douleurs neuropathiques, lombalgies chroniques réfractaires, douleurs arthrosiques des membres inférieurs) et pour des douleurs intenses liées à des pathologies aiguës ou en post opératoire. Leur consommation française a augmenté de façon importante depuis une dizaine d'années, avec entre 2006 et 2017, une majoration de 738% pour l'oxycodone et de 339% pour le fentanyl transmuqueux, selon le dernier rapport de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) paru en 2019. La population âgée est la principale concernée. En 2015, l'âge médian des consommateurs d'opioïdes forts était de 64 ans, et 31% des nouveaux utilisateurs avaient plus de 75 ans. Le médecin généraliste initie la première prescription dans 62,9% des cas (11).

Au cours de ces dernières années, différents travaux se sont intéressés aux habitudes de prescriptions des antalgiques par les médecins généralistes (12-15). Ils ont montré une disparité de prescriptions des morphiniques chez les personnes âgées. Les raisons avancées étaient multifactorielles et les principaux freins concernaient le manque de formation des médecins, la peur des effets indésirables, la réticence exprimée de la part de l'entourage des patients et enfin les représentations de la morphine du prescripteur et celles qu'il se faisait du patient.

Concernant les représentations de la morphine par le patient, des études récentes françaises et étrangères réalisées au sein de la population générale, retrouvaient une opinion majoritairement négative des opioïdes (16). Les principales réticences mises en évidence étaient une crainte de la dépendance et des effets indésirables liés à la prise de ce traitement, ainsi qu'une tendance à associer la prise de morphiniques et la fin de vie. Cependant, lors de ces études, la population gériatrique âgée de plus de 75 ans était peu, voire pas représentée.

Il semblait donc intéressant d'étudier cette population spécifique, en s'attachant à l'expérience et au vécu singulier liés à ces prescriptions médicamenteuses.

L'objectif de ce travail visait à explorer les représentations des patients de plus de 75 ans, naïfs de morphine en ambulatoire, vis-à-vis des traitements par opioïdes forts.

MÉTHODES

1 Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'étudier les représentations de la prescription de morphiniques chez des patients naïfs de morphine et âgés de plus de 75 ans.

2 Matériel et Méthode

2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par analyse thématique de contenu au moyen d'entretiens semi dirigés, réalisés auprès de personnes âgées de plus de 75 ans consultant dans des cabinets de médecine générale. L'ensemble de l'étude a été réalisée au sein de la subdivision d'Angers (départements du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Sarthe). L'étude était conçue pour répondre à un maximum de critères qualité de la grille COREQ pour Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Annexe 1).

2.2 Recrutement des participants

Dans le cadre de cette étude qualitative, le recrutement des participants était réalisé en variation maximale sur les critères suivants : l'âge, le sexe et la(les) pathologie(s) intercurrente(s). Ainsi, il était recherché une diversité des expériences, des vécus, des profils et des connaissances.

Par conséquent, les critères d'inclusions qui ont été retenus étaient :

- Patients ayant un âge strictement supérieur à 75 ans consultant chez des médecins généralistes installés en zone rurale, semi-rurale ou urbaine ;
- L'absence de prise antérieure ou en cours de traitements morphiniques.

Les critères de non-inclusion comprenaient :

- La prise de traitement morphinique connu ;
- Le refus du patient ;
- Les patients présentant des troubles cognitifs ou vivant en institutions.

Le recrutement des participants s'était effectué selon plusieurs méthodes :

- Par avis auprès des maîtres de stage auprès desquels les chercheurs effectuaient leur stage ;
- Suite à une première rencontre lors d'une consultation au sein du cabinet.

Puis, une rencontre a eu lieu au cabinet du médecin traitant, au domicile du patient ou dans un lieu neutre. Le nombre d'entretiens n'a pas été défini à priori au début de l'étude. Il a été ajusté au fur et à mesure des informations recueillies et de l'analyse au fil de l'eau. L'inclusion a été arrêtée lorsque le phénomène de saturation de données semblait avoir été observé, puis confirmé par trois entretiens supplémentaires.

2.3 Présupposés des chercheurs

Les présupposés des chercheurs étaient :

- La représentation erronée de la morphine par de nombreuses personnes âgées ;
- Une peur d'utilisation du traitement ;
- Le souhait d'une alternative au traitement morphinique.

2.4 Guide d'entretien

Un premier guide d'entretien a été élaboré à partir des présupposés des chercheurs et des recherches bibliographiques (Annexe 2). L'analyse des données était réalisée au fil de l'eau faisant ainsi évoluer le guide d'entretien.

2.5 Dérroulement des entretiens et recueil des données

Les entretiens se déroulaient de manière individuelle ou accompagnés par une tierce personne selon le souhait du patient. Aucune limite de temps n'a été fixée durant les entretiens. Les participants étaient informés au préalable de l'objet de l'étude et du fait qu'ils avaient la possibilité de mettre fin à l'entretien à tout moment (Annexe 4). Le recueil des données a été effectué, après avoir obtenu le consentement écrit des participants (Annexe 5), à l'aide de la fonction dictaphone des téléphones portables des chercheurs. Les entretiens audios ont ensuite été retranscrits dans leur intégralité, en respectant le langage oral via le logiciel Word. Les expressions et attitudes non verbales ont été retranscrites en italique dans le texte. Chaque entretien a ensuite été anonymisé à l'aide d'attribution d'un numéro pour chaque participant. Les données géographiques et les identités des personnes mentionnées lors des entretiens ont été également anonymisées. Aucune donnée personnelle concernant les participants n'a été ensuite conservée.

RÉSULTATS

1. Description des participants

1.1. Recrutements des patients

Le recrutement des participants ainsi que la réalisation des entretiens ont été effectués entre les mois de juin 2019 et août 2019. Durant cette période, dix-neuf patients ont accepté de participer aux entretiens. La durée moyenne des entretiens était de 15 minutes [7-40min]. Par ailleurs, deux patients ont refusé la participation à l'étude. Les raisons évoquées par ces personnes étaient :

- Une raison familiale l'empêchant de se présenter à l'entretien ;
- Une mauvaise compréhension de la démarche du chercheur.

La saturation semblait avoir été atteinte à partir du seizième entretien, et a été confirmée par trois entretiens supplémentaires.

1.2. Caractéristiques des patients

Les différents profils des participants sont rassemblés dans le tableau 1.

Interviewé	Âge	Sexe	Situation actuelle	Durée	Pathologie oncologique	Prise de morphine dans entourage	État de santé déclaré par le patient	Ancienne Profession
P1	75	H	retraité	9:48	Oui	NSP	Infarctus du myocarde et cancer de prostate	Employé de banque
P2	83	H	aménageur foncier	22:39	Non	Oui	Moyen	
P3	80	F	retraîtée	14:05	Non	Oui	Bon	Commerçante
P4	84	F	retraîtée	40:54	Non	oui récent	Bon	Contrôleur des finances puis femme au foyer
P5	83	F	retraîtée	12:15	Non	oui, pense pour SEP de sa mère	Pas très bon	Agricultrice
P6	84	H	retraité	07:56	non	oui, pas récent	Satisfaisant	Administration territoriale
P7	90	F	retraîtée	12:42	non	Oui	Bonne santé	Femme au foyer
P8	75	F	retraîtée	23:30	non	non	Pas mauvaise	Poissonnière
P9	82	H	retraité	10:40	non	Oui	Bonne santé	Agriculteur
P10	80	H	retraité	10:33	non	Non	Stable (Parkinson)	Plombier Chauffagiste
P11	92	F	retraîtée	24:50	non	peut être	Bon	Ouvrière
P12	84	F	retraîtée	21:09	non	Non	Mauvais	Femme au foyer puis garde d'enfant
P 13	79	H	retraité	7:19	non	Non	Bonne santé	Exploitant agricole
P 14	80	F	retraîtée	11:30	oui	Oui	Bonne Santé	Agricultrice
P 15	87	H	retraité	8:55	non	oui certainement	Se sent bien	Employé de presse

P16	79	H	retraité	26:52	oui	Oui	Bon	Comptable
P 17	85	H	retraité	10:47	non	Oui	En bonne forme	Gérant de commerce
P 18	82	F	retraîtée	12:46	non	Oui	Douleur importante	Gérante de commerce
P19	86	F	retraîtée	11:32	non	Non	Bonne santé	Institutrice

Tableau 1 : caractéristiques des participants

LEGENDE :

H : Homme

F : Femme

2. Résultats

Un entretien est incorporé en annexe (Annexe 3).

2.1. La connaissance globale des patients

D'une manière générale, la majorité des patients avait des connaissances limitées sur les antalgiques de palier 1 (paracétamol, « Doliprane », « Efferalgan »). Spontanément, très peu mentionnaient les morphiniques ou les paliers 2. Une minorité confondait les antalgiques avec d'autres classes médicamenteuses (Antibiotiques, Anti parkinsonniens).

2.1.1. La morphine

Les connaissances sur la molécule et ses **modalités de prise** semblaient peu importantes pour les patients interrogés. La plupart pensait qu'un traitement par morphine n'était possible qu'en injectable : « Je pense que c'est par piqure, j'en suis pas certain » (P15). Un seul patient semblait bien informé sur son origine : « je sais que c'est tiré du pavot, qui sert à élaborer l'opium, oui... (...) je sais qu'elle a fait ses preuves ! » (P6).

Concernant le **lieu de prescription**, pour de nombreux patients, l'utilisation de la morphine ou son initiation devait être hospitalière : « *Pour moi je pense que c'est à l'hôpital, chez soi je pense pas* » (P6) ; « *Je ne pense pas que l'on donne un traitement de morphine pur à quelqu'un chez soi, donc je pense que l'on s'en sert surtout dans les hôpitaux, cliniques et tout ça* » (P8).

En revanche, pour certains participants, il existait des exceptions : « *Bah non, ça peut être utilisé partout, c'est souvent à l'hôpital d'accord mais à défaut si c'est un cas grave ça peut être à la maison* » (P18). Finalement, très peu pensaient qu'une prescription de morphine pouvait être initiée en ambulatoire : « *en cabinet, prescrire de la morphine me paraît assez bizarre* » (P16).

L'ensemble des patients ont cité que **l'indication** principale de la morphine était le traitement de la douleur : « *la morphine c'est pour enlever les douleurs ou pour pas sentir les douleurs* » (P13), et notamment d'une douleur d'intensité élevée : « *Bah c'est justement quand les gens ont beaucoup de mal quoi, de maux plutôt, on leur fait de la morphine pour calmer la douleur* » (P15). Très peu ont cité des indications pour des douleurs aiguës ou post opératoires.

L'utilisation de la morphine est souvent mentionnée par les patients pour des douleurs liées au cancer, surtout en phase avancée ou terminale : « *moi j'ai eu ma belle-mère, elle avait un cancer du pancréas, ben elle a fini avec de la morphine, mais bon, on savait que de toute façon là, ... ce serait définitif, qu'il n'y aurait plus rien à faire !* » (P16).

Certains patients voyaient en la morphine un moyen de diminuer la souffrance en plus de la douleur : « *Pour plus endormir le mal. Pour par souffrir, hein ? C'est un peu ça ?* » (P3) ; « *vraiment atténuer la souffrance des gens qui ont des grosses souffrances* » (P1).

L'indication en fin de vie ou en soins palliatifs n'a été évoquée que par quelques-uns : « *pour la fin de vie ou pour aider à supporter le mal. Pas forcément enfin je pense, pas forcément parce que... tu vas mourir, non !* » (P3).

Une patiente a abordé **l'efficacité de la morphine sur le symptôme et non sur la cause de la douleur** : « C'est vraiment un calmant mais cela ne guérit pas » (P18). Un autre mentionnait l'utilisation limitée en terme de tolérance : « *il y a des personnes qui ne peuvent pas le supporter c'est tout. C'est possible* » (P3).

Une minorité de patients connaissait **les effets indésirables et le mésusage** des morphiniques : « *Parce que je sais qu'il y a des effets indésirables mais je ne les connais pas* » (P18). Les principaux effets indésirables cités étaient la confusion et le risque de dépendance : « *Euh sachant que l'accoutumance ou la dépendance peut survenir* » (P16).

2.1.2. Les fausses connaissances et méconnaissances

Beaucoup de patients interrogés ont avoué avoir peu, voire aucune connaissance sur la morphine, « *la morphine pour moi c'est inconnu. C'est un mot : je n'ai rien pour ni contre* » (P2). La principale cause évoquée était qu'ils n'en avaient jamais pris : « *mais je connais pas parce que j'en ai jamais eu* » (P1). Une part minoritaire semblait méconnaître totalement ces traitements : « *Je ne sais pas si ça fait longtemps que ça existe la morphine ?* » (P1). Enfin, un petit nombre de patients relataient des connaissances erronées : « *Pour moi la morphine et l'opium c'est différent* » (P8) ; « *j'ai un doute je crois que c'est le venin du serpent* » (P17).

2.1.3. Sources des connaissances

a) L'entourage

La principale source d'informations des patients était les expériences vécues par leur entourage : « *C'est l'entourage et puis de ce qu'on entend, mais oui c'est l'entourage* » (P6). La quasi-totalité des patients interrogés ont mentionné un exemple d'utilisation de la morphine par un membre de leur famille ou amis.

Ces expériences avaient un **impact positif** sur la majorité des patients du fait du soulagement de la douleur chez leur proche : « *elle était redevenue gaie, enfin, elle ne souffrait plus, toujours, elle ne souffrait plus* » (P4), permettant ainsi une opinion plus positive de la morphine : « *Parce que je vois mon compagnon qui s'est fait opérer d'un genou. Et on lui a mis un cathéter et envoyé de la morphine, pour pas qu'il souffre. Alors donc ça peut pas être néfaste* » (P4).

A contrario pour un petit nombre, **l'impact** était **négatif**, par la confrontation aux effets indésirables : « *j'ai eu un petit fils qui a eu un accident de moto, il était très très mal et on lui a donné de la morphine, on a arrêté à un certain moment parce que ça le perturbait* » (P7) ou à la non-efficacité du traitement : « *Et il a souffert, souffert, même malgré la morphine* » (P3).

Mais ces expériences permettaient aussi une **évolution** de l'opinion des patients, notamment chez une patiente ayant accompagné récemment une amie en fin de vie traitée par morphine : « *quand j'étais jeune, toute jeune, je me rappelle : on l'a traitée à la morphine ah ben c'était, c'était terrible, alors que maintenant, moi je vois avec mon amie, elle est morte en douceur* » (P4).

b) La société

Pour certains, les informations acquises étaient issues des « *on dit* » ou autres partages d'expériences non issus de l'entourage : « *j'ai entendu des récits de gens qui avaient été traités par morphine* » (P6).

c) Les médias

Un bon nombre reconnaissait l'importance des médias dans l'acquisition de leurs connaissances, que ce soit des médias télévisés : « *la population, elle est mieux informée, on a quand même la télé, les revues, on jette un coup d'œil, on est quand même un petit peu..., le*

patient est plus informé... enfin celui qui veut s'informer... (rigole) » (P16), ou bien la presse écrite et internet : « je bouquine ou je regarde sur internet. » (P18).

Certains faits divers, notamment l'affaire Vincent Lambert ont été mentionnés à plusieurs reprises pour évoquer l'utilisation de la morphine chez les patients en fin de vie ou dans un coma.

2.2. L'attente envers le médecin

2.2.1. Expliquer

Les **explications** du professionnel de santé faisaient partie intégrante des demandes exprimées par les personnes interrogées. Ces explications portaient principalement sur la raison de l'utilisation de la morphine mais également sur la gravité de la pathologie suspectée par le corps médical : « *d'abord faudrait que l'on m'explique pourquoi* » (P1). Les différents entretiens réalisés ont permis de classer en trois familles les raisons motivant les explications de la part du médecin vis-à-vis de son patient :

La réassurance concernant l'indication thérapeutique était l'élément fondamental s'imposant au médecin : « *Ben oui de le dire, vous avez ça il vous faut ça* » (P13).

Dans un deuxième temps, les explications apportées par le médecin traitant permettaient de diminuer les craintes et les peurs ressenties par le patient vis-à-vis du traitement morphinique : « *Pt'être dire des choses qui me rassureraient !* » (P12).

Enfin, les éléments de réponses attendues de la part des personnes âgées avaient pour effet une **amélioration des connaissances** du patient dans le cadre des traitements antalgiques, facilitant ainsi l'observance du patient.

2.2.2. La relation entre le médecin et le patient

Le rôle de **conseil** de la part des médecins traitants était un élément important dans la relation médecin/patient. De nombreux patients voyaient en leur médecin traitant le seul professionnel de santé capable de les conseiller mais également le seul en qui ils ont confiance : « *je vois personne d'autre qui peut vous donner des conseils à ce sujet, (...) alors je fais confiance au docteur.* » (P10).

Les différents entretiens menés au cours de ce travail ont permis de constater que la relation de **confiance** était l'élément fondamental pour le patient mais également pour le médecin. L'objectif final était une amélioration de l'état de santé du patient grâce à une **observance** améliorée du traitement : « *ça marche à la confiance, si la personne me conseille ça, j'ai confiance en elle, si il me dit c'est la seule solution alors on le fera* » (P6). Ce sentiment de confiance existant entre le patient et son médecin généraliste pouvait s'expliquer par deux facteurs opposés mais complémentaires, s'appliquant d'une part au médecin généraliste, et d'autre part au patient.

Dans un premier temps, pour la plupart des patients, le médecin était considéré comme celui détenant le savoir, que ce soit vis-à-vis du traitement prescrit, mais également de son utilisation ou encore des effets attendus : « *Bah parce que le docteur, il connaît son travail, il connaît son métier* » (P10).

A l'inverse, le patient se positionnait comme une personne sans connaissance vis-à-vis du traitement antalgique. Cela avait pour conséquence la mise en place d'une **relation paternaliste** ne laissant que peu de place à la remise en question de la décision du médecin traitant vis-à-vis de son patient : « *je pense qu'il a fait des études en fonction et il a des formations que moi j'ai pas.* » (P16). Pour certains d'entre eux, cette position était accentuée par les différentes études réalisées au sein de la profession médicale : « *Si on me donne quelque chose c'est que c'est nécessaire, c'est que l'étude a été faite pour que ben on doit faire ce traitement* » (P1).

La mise en place d'une relation de confiance basée sur la position savante du médecin associée à la non-connaissance de la part du patient aboutissait à une relation paternaliste du fait d'une supériorité « intellectuelle » de la part du corps médical. Cette subordination était dans la plupart des cas, acceptée par le patient sans aucune réticence : *« Si il me dit quelque chose... d'impératif... voilà il faut faire ça, je me poserai pas de question. A savoir si le médicament en question est adapté ou pas, c'est pas mon problème, je suis pas médecin, c'est lui le médecin. Donc c'est la confiance » (P2).*

Malgré tout, cette relation était remise en question par une part minoritaire de personnes âgées qui souhaitaient avant tout une recherche de l'**alternative** avant l'utilisation de traitements morphiniques. Ces patients remettaient en cause le principe d'une observance optimale vis-à-vis du futur traitement prescrit du fait d'une non-adhésion au projet thérapeutique : *« Dans la pharmacie, il doit y avoir d'autres possibilités, déjà beaucoup plus léger, enfin moins, moins fort ! et moins risqué, à la limite... » (P16), « je trouve que c'est un bien pour empêcher de souffrir, mais est ce qu'il y a que ça pour empêcher les gens de souffrir ? Il doit y avoir d'autres médicaments ? » (P11).*

Certains entretiens ont également montré une réticence à la prise de traitement morphinique, nécessitant une argumentation supplémentaire de la part du médecin traitant ou une proposition d'alternative thérapeutique. Une patiente rapportait se renseigner sur la réputation du médecin prescrivant ce traitement : *« j'accepterai pas ça de n'importe qui, n'importe comment » (P4).*

Pour d'autres personnes et selon certaines conditions personnelles, un refus était exprimé lorsqu'il y avait un contexte de prescription d'un traitement morphinique. En effet, selon le ressenti des patients, la douleur pouvait être suffisamment tolérable et donc ne pas nécessiter l'utilisation de morphine : *« si la douleur est supportable, non je pourrai pas l'accepter. » (P12).*

Enfin, certains patients estimaient que le médecin traitant n'était pas compétent pour l'instauration des traitements à base de morphine. Selon eux, cette place de prescripteur initial reviendrait aux différents spécialistes présents dans les services hospitaliers : *« que je verrai plutôt un médecin spécialiste me prescrire un tel médicament, je serai septique, je poserai des questions... moi c'est plus le ressort d'un spécialiste, parce que bon, le généraliste ne peut pas tout savoir non plus, par rapport au spécialiste... » (P16).*

2.3. Ressenti

L'évocation du mot « morphine » renvoyait les patients à plusieurs thématiques : des sentiments en lien avec le médicament en lui-même, la représentation de la maladie qui serait traitée par les morphiniques et des idées sur sa propre vie.

2.3.1. Médicament

Pour beaucoup de patients, la morphine était une **drogue** : *« Au point de vue cerveau, ceux qui prennent trop de morphine, ils sont drogués quoi... » (P7)*, dont l'usage était détourné dès le début : *« la morphine, on l'assimile à des trucs, ben plus ou moins drogue, de l'addict à des tas de choses » (P1)*, ou qui pourrait rendre dépendant le malade nécessitant ce traitement *« j'aurai peur de perdre la tête enfin de m'habituer à la drogue et vouloir de la drogue » (P7)*. Un seul patient a déclaré le contraire *« il paraît que les gens qui se soignent à la morphine, ne deviennent pas pour ça dépendants. » (P6)*.

Ce médicament renvoyait pour certains à un sentiment de **peur** qui leur rappelait des épisodes de leur propre histoire : *« dans ma jeunesse, où on en parlait avec une peur pas possible... » (P4)*, ou une peur de l'inconnu : *« parce que c'est à base de quoi la morphine ? »*

(P12), alors que d'autres, moins nombreux, sont plutôt rassurés : « *Je pense pas qu'il faut en avoir peur quoi.* » (P8).

A plusieurs reprises, la morphine était considérée comme un médicament **dangereux** : « *Moi, pour moi, c'est resté un produit dangereux quoi !* » (P4), notamment à cause des effets indésirables possibles. Il persistait chez quelques patients une **méfiance** envers ce traitement malgré les bénéfices qu'il pourrait engendrer : « *j'ai l'impression que c'est des calmants, je crois que ça peut devenir une habitude, faut peut-être s'en méfier, je n'en ai jamais eu, donc je serai peut-être plutôt méfiante !* » (P19).

Finalement, peu de patients interrogés considéraient la morphine comme un médicament comme les autres. Au contraire, beaucoup voyaient en elle un médicament d'exception : « *Ben la morphine c'est quand même pas anodin. On peut pas dire que c'est de l'aspirine, donc c'est à manipuler avec précaution, enfin je trouve* » (P8), plutôt **inhabituel** : « *C'est un médicament que l'on prend quand on a vraiment mal. C'est pas un médicament courant.* » (P9).

2.3.2. Maladie

La prescription de morphine se faisait pour la plupart des patients dans le cadre d'une **maladie grave** : « *Morphine ? Ah oui ça c'est le problème quand on est vraiment malade...* » (P3). D'ailleurs, la proposition d'un traitement par morphine aurait été vue pour plusieurs comme un indicateur de gravité de la maladie « *Moi ça voudrait dire que j'ai quand même une maladie assez grave* » (P8), avec un mauvais pronostic « *Bah je me dirais que je suis vraiment pas bien* » (P14).

Pour quelques-uns, l'usage des opioïdes forts était nécessaire pour diminuer **les souffrances** : « *je sais que la morphine c'est un soulagement quand on a vraiment trop mal* » (P18), dont le sens était perçu comme inutile : « *Au fond, à quoi ça sert de laisser les gens souffrir pendant des mois, tous les gens que vous traitez ils sont pas heureux* » (P11). Ainsi, l'arrêt de la souffrance semblait prévaloir sur les autres craintes : « *moi je ne suis pas contre [la morphine],*

parce que je dis laisser les gens souffrir c'est pas la peine » [...] « Parce que au fond c'est pas bien de souffrir » (P14).

Pour d'autres, cela évoquait un traitement de **fin de vie** : *« ben vous savez quand on est rendu là, on est bien mal en point ! » (P5), utilisé : « Dans les derniers moments de la vie surement » (P17) ; « c'est le traitement de dernière minute » (P18), dont l'intention serait de diminuer la douleur sans vouloir provoquer la mort : « Quand on est en fin de vie, qu'on ne laisse pas les gens souffrir, je pense que l'on doit propulser de la morphine de temps en temps, pas pour faire mourir les gens mais pour enlever la douleur, pour aller progressivement vers la fin » (P8), même si pour un autre patient elle semblait être utilisée pour accélérer la mort : « quand on est prêt à mourir par exemple » (P7).*

2.3.3. Patient

Parler de la morphine a été l'occasion d'aborder des sujets plus personnels avec les patients. Beaucoup de patients parlaient de différentes **morts** vécues dans leur entourage, proches ou éloignées, récentes ou non : *« j'ai perdu un de mes neveux dernièrement » (P3) ; « moi j'ai ma sœur qui est morte d'un cancer généralisé » (P8).* Un entretien a dû être arrêté prématurément devant une évocation trop douloureuse du décès d'un proche. Pour une personne, cela a conduit à parler de sa propre mort et de la crainte de celle-ci : *« j'ai peur déjà, j'ai peur de la mort, de mourir » (P3).*

La question de **l'acharnement thérapeutique** a été abordée par une minorité de patients : *« je ne veux pas qu'on entreprenne un tas de choses sur moi » (P11).* Il était parfois difficile de savoir si la morphine était considérée par le patient comme un acharnement. En effet, devant la proposition d'une prescription de morphine, une personne répondait : *« je ne veux pas qu'on me fasse des traitements thérapeutiques, parce que... quand vous attendez la mort, autant*

*bon s'en aller tout de suite. » (P5). Chez une personne, l'évocation de la morphine a conduit à une discussion longue sur **l'euthanasie** : « Je serais pour l'euthanasie... » (P11).*

Enfin, d'autres ont partagé leur sens de la douleur avec philosophie : « *On a une philosophie, si on a mal c'est qu'on est vivant. Si on ressent plus rien c'est qu'on est mort* » (P1).

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Discussion

1.1. Résumé des principaux résultats.

La connaissance des patients au sujet de la morphine était bonne, alors même qu'ils affirmaient ne pas en avoir au début des entretiens. Les indications d'utilisation de la morphine étaient connues pour la majorité des patients. En revanche, il existait des méconnaissances sur les lieux d'initiation et d'utilisation, les techniques d'administration et l'origine de la morphine. Les connaissances étaient majoritairement acquises suite à l'utilisation de la morphine dans l'entourage. La plupart ont vu un rôle positif dans ce traitement, jusqu'à permettre une évolution de l'opinion à ce sujet. Très peu de patients ont exprimé un retour d'expérience négative.

Dans le cadre de la relation patient-médecin, la confiance vis-à-vis du praticien était le sentiment le plus représenté, avec pour la plupart, une complaisance à un rapport paternaliste. Une personne seulement s'y opposerait. L'explication de l'indication de l'utilisation du traitement restait la demande la plus importante pour les patients. Cette relation de confiance pourrait être mise à mal si l'argumentaire du médecin était absent.

La majorité des personnes âgées interrogées voyait la morphine comme un traitement inhabituel. Beaucoup la considéraient comme un médicament dangereux parce qu'elle pouvait modifier la vigilance des patients et induire une dépendance. En revanche, à leurs yeux un lien avec une drogue ou un mésusage était secondaire.

L'évocation du mot morphine renvoyait, pour de nombreux patients, à un sentiment de peur en lien avec les effets du médicament mais également à la gravité de la maladie nécessitant son utilisation. Pour une majorité, la prescription d'un traitement morphinique serait vécue comme un pronostic péjoratif de leur maladie. Seul un patient a évoqué sa propre mort, alors qu'un bon

nombre de personnes interrogées ont mentionné la fin de vie ou le décès d'un proche traité ou non par morphine. Finalement, la morphine a été l'occasion de discuter avec certains de concepts de fin de vie tel que l'acharnement thérapeutique ou l'euthanasie, et pour d'autres du sens de la douleur.

1.2. Forces et limites de l'étude

1.2.1. Forces

Les entretiens ont permis d'obtenir une diversité d'opinions sur un échantillon de la population de 75 à 92 ans, issu de catégories socio-professionnelles diverses. La saturation des données semblait avoir été atteinte au seizième entretien et a été confirmée par trois entretiens supplémentaires. De plus, l'étude a été conçue pour répondre à un maximum de critères de qualité de la grille COREQ, ce qui permet d'assurer la validité interne de l'étude. Le guide d'entretien a été modifié au fur et à mesure de l'analyse au fil de l'eau, ce qui est un critère de qualité supplémentaire.

Les caractéristiques des chercheurs étaient complémentaires avec un nombre d'entretiens répartis de manière équitable.

L'originalité de cette étude repose sur une population rarement étudiée. La plupart des recherches retrouvées s'intéressaient préférentiellement à un panel d'âge plus large (17).

1.2.2. Limites et biais

Plusieurs inclusions de patients ont été effectuées sur conseils des maitres de stage universitaires chez qui les chercheurs effectuaient leur stage, aboutissant peut-être à un biais de recrutement en ce sens où le patient voulant faire plaisir à son médecin traitant a pu répondre favorablement à la demande de participation à l'enquête.

Cette étude comporte également un biais de déclaration. Faute de connaissance de la part d'un chercheur sur le dossier médical d'un patient, un patient non naïf en morphine a été inclus dans l'étude. Il a été décidé de le maintenir au sein de l'étude pour satisfaire au seuil de saturation.

1.2.3. Présupposés des chercheurs

Les présupposés des chercheurs ont été validés mais la recherche est allée encore plus loin dans l'analyse et a permis de faire ressortir des nouveaux éléments de réflexions.

Il existait pour une majorité de personnes interrogées, une peur quant à l'utilisation d'un traitement par morphine. Cette peur était diminuée par la confiance du patient vis-à-vis de son médecin généraliste.

La plupart des personnes âgées interrogées ne montraient pas de représentation erronée au sujet de la morphine.

Enfin, une minorité de patients souhaitait une alternative à la prescription d'un traitement à base de morphine.

1.2.4. Comparaison avec la littérature

La confiance comme pilier

L'élément principal ressortant de cette étude était l'importance de la relation de confiance existante entre le patient et son médecin traitant. Les patients étaient prêts à accepter une prescription d'opioïdes forts dans la mesure où ils avaient confiance en ses qualifications, ses connaissances et en sa personne. Ce rapport permettrait de maintenir une observance adéquate à l'instauration d'un traitement par morphine malgré des freins à son initiation.

Cette relation de confiance a été étudiée à plusieurs reprises. Dans son étude parue en 2008, le Dr P. BIZOUARN (18) rappelle que cette relation n'est ni immédiate, ni assurée mais

qu'elle doit être construite et entretenue. La confiance y est définie comme une attitude, un état psychologique survenant dans un contexte d'incertitude, de risque et de vulnérabilité. Elle présuppose une information insuffisante ou un manque de connaissance de la part du patient. Le philosophe allemand Georg SIMMEL situait la confiance dans une zone interstitielle entre savoir et non-savoir : puisque « *celui qui sait n'a pas besoin de faire confiance ; [tandis que] celui qui ne sait rien ne peut raisonnablement même pas faire confiance* » (19). C'est donc un mélange entre rationalité et sentiment. Sans réflexion de la part du patient, ce n'est plus un rapport de confiance mais une soumission.

La confiance est donc pluridimensionnelle, comme l'évoquait le Pr V HABERY-KNUESSI (20) à la fois cognitive, affective et sociale. Elle s'applique à un objet qui peut être, par exemple, une personne ou une institution. Le médecin est au croisement de ces deux entités. Le patient bâtit sa relation de confiance envers le médecin sur la qualité de la relation qui s'est établie entre eux depuis qu'il le suit, sur l'estimation de ses compétences, et sur la représentation du médecin et du système de soins dans la société.

Le risque de ce rapport est son échec. Il peut être perçu comme une trahison ou un sentiment de vulnérabilité. C'est pourquoi, une hypothèse serait qu'en améliorant l'information donnée aux patients, le risque pris par la relation de confiance serait moindre.

Regard du patient et du médecin

Les réticences exprimées par les patients ont été nombreuses. Certains n'hésitaient pas à partager leurs peurs ou interrogations lors de cette prescription, alors que d'autres ne sembleraient pas questionner le prescripteur ou laisseraient ce rôle à un tiers (enfants, époux). Pour de nombreux médecins, ces peurs étaient aussi des freins à l'instauration d'un traitement à base de morphine. Dans une étude présentée en 2010 au Congrès de Médecine Générale (21), 74% des médecins interrogés estimaient que les effets indésirables étaient des freins aux yeux des

patients. Selon 70% d'entre eux, les représentations socio-culturelles jouaient également un rôle freinateur dans l'instauration d'un traitement morphinique. A l'inverse, seulement 28% des médecins interrogés pensaient que la gestion d'une consultation constituait un frein à la prescription. Une thèse effectuée en Seine Maritime en 2015 confortait également ces chiffres (12), 49% des médecins interrogés voyaient le patient comme principal frein à l'instauration d'un traitement morphinique. Parmi eux, 80% estimaient être influencés par la capacité de compréhension de leurs patients.

Ces différents travaux menés à quelques années d'intervalle montrent le décalage qu'il peut exister entre la vision du médecin et celle du patient. Même si la notion de freins était retrouvée au sein de cette étude, le patient serait capable de les dépasser grâce à la confiance qu'il place en son médecin. Cette confiance n'était pas évoquée par les médecins aux cours des différents travaux étudiés.

Un besoin de savoir

Les patients étaient en demande d'informations. En retraçant leur parcours médical, plusieurs personnes évoquaient des traitements pris ou plutôt donnés sans information au préalable. Ils étaient incapables de donner le nom du médicament ou l'indication.

Cette volonté d'information avait déjà été énoncée dans un travail effectué en 2012 sur la représentation des morphiniques chez les patients en soins palliatifs, où 61.8% des patients interrogés estimaient être insuffisamment informés au sujet de la morphine (22). Ce souhait d'information a également été retrouvé dans une étude réalisée en 2018 explorant la représentation des opioïdes forts entre les patients et les infirmiers (23). On y constatait un souhait d'information de la part des patients, notamment en regard des effets indésirables.

Les patients interrogés avaient pour la plupart de bonnes connaissances générales sur les traitements morphiniques. Ils étaient nombreux à citer plusieurs indications et des effets

indésirables. Finalement les affirmations erronées étaient peu nombreuses. Ces résultats semblent montrer une amélioration des connaissances chez la population âgée, en comparaison avec l'étude du Pr H. Verloo de 2010 qui montrait qu'un tiers de la population n'avait aucune connaissance sur les opiacés et qu'il existait une corrélation entre l'âge et les fausses croyances sur les traitements par morphine (24).

Ce sont leurs expériences de vie qui semblaient enrichir les connaissances des personnes âgées. Pour l'ensemble de ces patients naïfs en morphine, l'usage d'opioïdes forts par une personne de l'entourage était la première source d'information. De ce fait, il semble non négligeable de prendre le temps d'informer et de répondre aux questions de l'entourage à l'initiation et à la réévaluation des traitements morphiniques. Comme le montrait la thèse du Dr M. Heredia en 2017, l'entourage est perçu comme un frein possible à la prescription et à l'observance par les médecins (13).

Ne plus accepter la douleur

Les patients mentionnaient souvent l'importance de l'antalgie pour « *ne pas laisser les gens souffrir* » (P14). C'était le critère, avec la confiance en le médecin, qui avait le plus d'importance pour les personnes âgées interrogées, bien avant les effets indésirables et les autres réticences. Pour cela, la quasi-totalité des patients étaient prêts à accepter une prescription de morphine. On retrouve des résultats similaires dans l'étude de Mme de Sola parue en 2018 sur les connaissances et les croyances de la population générale espagnole sur les traitements de la douleur par opioïdes (16). Dans leur recherche, les investigateurs ont isolé trois groupes de population en fonction de leur point de vue vis-à-vis des opioïdes : un groupe à l'opinion positive, un groupe à l'opinion mitigée et un groupe à l'opinion négative. Le groupe qui était composé majoritairement de personnes de plus de 65 ans était celui qui avait l'opinion la plus positive. Ces personnes acceptaient plus facilement un traitement par morphine et avaient plus confiance en leur médecin.

Dans les résultats surprenants de cette étude, on peut noter que l'opinion des patients ne semblait pas avoir été influencée par la crise des opioïdes américaines qui est largement représentée dans les médias. Comme l'expliquait le Dr S. Robinet dans un article paru en avril 2019, il existe en France une surmédiatisation de la crise nord-américaine d'overdoses d'opioïdes (25). Depuis le début des années 2010, les États-Unis sont concernés par une surconsommation d'opioïdes forts, à l'origine d'une épidémie de décès par overdose. En 2016, 64 000 décès ont été recensés. Il n'existe pas à ce jour en France de crise équivalente, grâce aux modalités de prescription et de délivrance contrôlées. Des scénarios catastrophiques ont été diffusés sur des médias grands publics, mais durant cette étude aucun participant n'a mentionné ces faits. L'hypothèse évoquée était que les médias qui ont distribué ces informations n'étaient pas destinée aux personnes âgées.

CONCLUSION

Cette étude a permis de mieux comprendre la représentation des personnes âgées au sujet des traitements par morphine. Il persiste dans cette population une réticence à la prescription d'opioïdes forts, parce qu'ils représentent pour beaucoup une maladie grave et sont pourvoyeurs d'effets indésirables. Cependant, la valeur accordée par le patient à la relation de confiance médecin/patient est souvent suffisante pour permettre l'acceptation de ce traitement malgré les freins exprimés initialement.

Une meilleure adhésion aux traitements morphiniques pourrait améliorer son observance et sa tolérance, et réduirait ainsi les freins à la prescription de certains médecins.

Il semble donc indispensable qu'à l'initiation d'un traitement par morphine, le médecin apporte une information claire et adaptée aux craintes du patient. Pour cela, il se doit d'explorer les représentations de son patient vis-à-vis de la morphine et de la douleur lors de la consultation.

Il reste encore à étudier les différentes formes de messages que le médecin traitant pourrait délivrer aux patients en fonction de sa personnalité et de ses craintes. De même, il serait intéressant de comparer l'effet de la relation de confiance médecin/patient entre le milieu ambulatoire et le milieu hospitalier.

BIBLIOGRAPHIE

1. Les gains d'espérance de vie se concentrent désormais aux âges élevés - Insee Focus - 157 [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4160025>
2. esp2017.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
3. 54_poly_viellissement_2.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module05/54_poly_viellissement_2.pdf
4. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. Note méthodologique et de synthèse documentaire Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. 2015 [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015_04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
5. Vivre ensemble plus longtemps : Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française [Internet]. Vivre ensemble plus longtemps : Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. 2010 [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/noteveille185_vieillissement_0.pdf
6. Maisonneuve M. La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale: résultats issus de l'étude ECOGEN. *Médecine Hum Pathol.* 2017;53.
7. Capriz F, Chapiro S, David L, Floccia M, Guillaumé C, Morel V, et al. Consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie : utilisation des antalgiques dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée (hors anesthésie). *Douleurs Éval - Diagn - Trait* [Internet]. 1 oct 2017 [cité 16 juin 2018];18(5):234-47. Disponiblesur:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1624568717301051>
8. Beroud F. Douleur et personne âgée. /data/revues/16245687/v11i5/S1624568710001708/ [Internet]. 19 oct 2010 [cité 16 janv 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/269164>
9. Baubeau C. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. 2003;12.

10. Morphine - Société Chimique de France [Internet]. [cité 1 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.societechimiquedefrance.fr/morphine.html>
11. Etat des lieux de la consommation des antalgiques .pdf [Internet]. [cité 20 sept 2019]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/340b9f75151945cf851676b9d51418d2.pdf
12. Calais N. Prescription des opioïdes forts en médecine générale: état des lieux en Seine-Maritime. :78.
13. Heredia M. La prescription des antalgiques de palier II et III par le médecin de premier recours, chez la personne âgée, vivant au Pays Basque. 2017;113.
14. Antoine P. UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2. :87.
15. Fallet V, Chaabane N, Wislez M, Cadranel J, Raffray Y. Le patient douloureux. Rev Mal Respir Actual [Internet]. 1 oct 2018 [cité 2 janv 2019];10(3):416-24. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877120318300399>
16. de Sola H, Salazar A, Dueñas M, Failde I. Opioids in the Treatment of Pain. Beliefs, Knowledge, and Attitudes of the General Spanish Population. Identification of Subgroups Through Cluster Analysis. J Pain Symptom Manage [Internet]. 1 avr 2018 [cité 2 janv 2019];55(4):1095-104. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392417312253>
17. Archive du Service Commun de la Documentation de l'Université de Nantes [Internet]. [cité 26 août 2019]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=6e5c2771-70e2-4531-a802-613e67dd8866>
18. Bizouarn P. Le médecin, le malade et la confiance. /data/revues/17654629/v5i3/S1765462908000214/ [Internet]. 11 oct 2017 [cité 30 sept 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1162020>
19. Papilloud C. Georg Simmel. La dimension sociologique de la Wechselwirkung. Revue européenne des sciences sociales European Journal of Social Sciences. 1 déc 2000;(XXXVIII-119):103-29.
20. Granier F. « Autonomie au travail. Pourquoi ? Comment ? ». Sociologies pratiques. 27 nov 2017;N° 35(2):121-2.

21. Société Française de Médecine Générale : Freins et obstacles à l'initiation d'un traitement antalgique de palier 3 en médecine générale. Que pensent les médecins de leurs patients? [Internet]. [cité 15 sept 2019].Disponiblesur:http://www.sfm.org/publications/les_publications/freins_et_obstacles_a_linitiation_du_n_traitement_antalgique_de_palier_3_en_medecine_generale_que_pensent_les_medecins_de_leurs_patients.html
22. Taillandier ML, Ducrocq MX, Klein MM, Barroche MG, Villard MJ-F, Lamouille-Chevalier MC. Représentations des traitements morphiniques chez les patients en situation palliative. :130.
23. Barres C. Représentations et gestion des traitements par opioïdes forts: vision croisée des patients et des infirmiers. Les patients. 2018;116.
24. Verloo H, Mpinga EK, Ferreira M, Rapin C-H, Chastonay P. Morphinfobia: the situation among the general population and health care professionals in North-Eastern Portugal. BMC Palliat Care. 22 juin 2010;9:15.
25. Robinet S, Serrie A, Astruc N. Opioïdes et risques addictifs. Quelle est la situation en France ? Que faire pour limiter les risques ? Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement. 1 avr 2019;20(2):45-50.
26. David É, Maresca B, Fontaine A. La 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. :79.
27. Delassus P-Y. Le patient douloureux chronique non ou insuffisamment soulagé par un antalgique de palier 2: réactions de 10 médecins généralistes. 17 févr 2014 [cité 31 août 2019]; Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733901>
28. MFE_Samuel_Zryd.pdf [Internet]. [cité 31 août 2019]. Disponible sur: https://doc.rero.ch/record/27959/files/MFE_Samuel_Zryd.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Critères COREQ

Annexe 2 : Guide d'entretien

Annexe 3 : Exemple d'entretien

Annexe 4 : Lettre d'information à destination des participants

Annexe 5 : Formulaire de consentement

Annexe 6 : Cartographie

Annexe 1 : Critères COREQ

Tableau établi à partir de la traduction française de la grille de lecture COREQ :

Michel Gedda, Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative, *Kinesither Rev* 2015;15(157):50-54. doi: 10.1016/j.kine.2014.11.005

N° et Item	Guide questions/description	Réponse
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	Les étudiants (L'Huillier Marie-Lys, Brard Baptiste)
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Internes en médecine générale
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Internes en médecine générale
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme et un homme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Absence d'expérience pratique de recherche qualitative. Formation lors des cours à la faculté de médecine d'Angers
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Qu'ils étaient internes en médecine générale, réalisant un projet de thèse
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Qu'ils étaient internes en médecine générale, réalisant un projet de thèse
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse inductive du discours, après retranscription en verbatim. Codage ensuite pour l'analyse thématique
Sélection des participants		

10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Selon l'âge et en l'absence de critère d'exclusion.
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	De manière directe après consultation.
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	15-20
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	2

Contexte

14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au cabinet médical de chaque médecin ou au domicile ou lieu neutre selon la volonté du patient.
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Oui
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf Annexe

Recueil des données

17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone numérique
20. Cahier de terrain	Des notes de terrains ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, pendant et après l'entretien
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	15 minutes 45 secondes
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Les étudiants ainsi que leur directeur de thèse
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	

26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Non
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Traitement manuel à partir du logiciel Microsoft Word® et Excel®
28. Vérifications par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 2 : Guide d'entretien

Présentation de l'interne au patient.

Nous effectuons un travail de thèse dans le cadre du diplôme de Docteur en Médecine Générale. Nous souhaitons recueillir l'avis des personnes âgées de plus de 75 ans, que nous avons rencontrées lors des consultations de Médecine Générale durant nos stages, à propos des traitements antalgiques par morphine.

Aucune donnée personnelle vous concernant ne sera conservée après la réalisation du travail. L'entretien sera anonyme. Il sera enregistré à l'aide d'un dictaphone numérique et retranscrit ensuite dans son intégralité pour l'analyse du discours. Vous pouvez vous opposer à tout moment à son exploitation.

Si vous acceptez de participer, un formulaire de consentement présenté avant l'entretien sera à signer.

1) Présentation du patient :

- Pouvez-vous vous présenter (âge, niveau d'étude, profession ou ancienne profession) ?
- Décrivez-moi votre état de santé actuel

2) Connaissances des antalgiques par le patient :

- Quels types de médicaments contre la douleur connaissez-vous ?
- Dans quelle(s) circonstance(s) avez-vous utilisé des traitements contre la douleur ?

3) Evaluation du profil douloureux :

- Avez-vous déjà consulté pour des douleurs ?

Si oui :

- Etaient-ce des douleurs chroniques (plus de trois mois) ou aiguës ?

4) Le patient et sa représentation de la morphine :

- Que vous évoque les traitements par morphine ?

Relance : Si l'on vous dit « morphine » à quoi pensez-vous ?

Que savez-vous à son sujet ? (origine, utilisation). Quand / dans quelle situation pensez-vous qu'ils sont utilisés ?

Relance : Comment avez-vous acquis ces connaissances ?

Si une prescription de morphinique vous est proposée, quelle pourrait être votre réaction ?

Relance si patient se dit réticent : pourquoi ? Qu'est-ce qui vous ferez changer d'avis?

Comment voyez-vous la morphine par rapport aux autres médicaments ?

Quel rôle aurait le médecin généraliste dans cette prescription ?

5) Conclusion :

Avez-vous des remarques ou des commentaires supplémentaires ?

Si non donné lors de l'entretien :

Pouvez-vous donner votre âge, votre niveau d'étude, votre profession, si vous habitez en ville ou zone rurale ?

6) Remerciements.

Annexe 3 : Exemple d'entretien

Entretien numéro 16

Mr de 78 ans. Interview faite en présence d'une amie qui a bénéficié d'un traitement par morphine récemment.

ML : Est-ce que vous pourriez vous présenter, votre âge, votre parcours scolaire (les études que vous avez faites) et les professions que vous avez exercées ?

P16 : Mon âge ? Alors j'ai... je vais avoir 79 ans au mois d'Octobre. Euh, j'ai un CAP d'aide comptable. Donc je n'ai pas fait d'étude secondaire, j'ai mon certificat d'étude c'est tout. Et après bon, j'ai pris des cours particuliers, j'ai suivi mon CAP. Ensuite j'ai travaillé dans plusieurs entreprises, dont des entreprises qui ont disparu de la ville. Dont les établissements Pessonno... au départ, après mon service militaire, 26 mois quand même, et puis après 9 mois dans une vinaigrierie et après euh dans l'assurance comme comptable. Voilà pour le plan professionnel.

ML : Comment décririez-vous votre état de santé actuel ?

P16 : Oh... bonne, à condition d'être surveillé régulièrement. Parce que depuis deux ans j'ai eu quelques ennuis de santé, mais ça c'est... je suis sous surveillance et contrôle. Donc ça a été, et ça va !

ML : Est-ce que vous avez déjà consulté votre médecin traitant pour des douleurs ?

P16 : Ah non ! ça je connais pas !

ML : D'accord, très bien... qu'est-ce que vous connaissez comme médicaments contre la douleur ?

P16 : Ah... arf... ben à part la morphine... euh... ben j'en, non j'en connais pas

ML : Des médicaments pour la douleur ?

P16 : Non j'en connais pas d'autres... ma panoplie pharmaceutique chez moi, c'est restreint !! (rires).

ML : Quand vous avez des douleurs, vous prenez rien de particulier ?

P16 : Ben.. ça dépend de la douleur non j'ai jamais mal, nulle part ! Même quand j'ai été opéré, j'ai jamais eu mal. Alors, on me proposait un comprimé pour « vous avez mal ? » oh ben non non non. Bon maintenant, qu'est-ce qu'ils avaient mis dans la perfusion, ça je sais pas ! (rires), pour le rein, surtout, quand j'ai été opéré du rein. Parce qu'autrement, les polypes de la vessie, y a pas besoin.

ML : Alors, que vous évoquent les traitements par morphine ?

P16 : ... les traitements par morphine ? ... ben ça dépend des cas en fait. Je pense que c'est surtout pour les accidentés, comme ma collègue. Euh pour, pour adoucir la douleur en fin de compte. Mais je pense que ça dépend du dosage derrière. Mais autrement la morphine, oui, c'est principalement pour euh, pour amortir la douleur, du patient. C'est tout ce que je peux vous en dire.

ML : Oui, quand on vous dit le mot morphine, c'est ce à quoi vous pensez ?

P16 : Bon c'est un peu de la cocaïne de toute façon, donc, d'après ce que je sais, donc il peut y avoir par contre une accoutumance, donc, c'est peut-être ça qu'il faut faire attention, les médecins font attention. Hein, la dépendance, à la morphine, c'est ça qui est à craindre ! Pour moi... Mais autrement, oui c'est utile pour la douleur.

ML : Où avez-vous eu toutes ses connaissances sur la morphine ? Ça vient d'où ?

P16 : Comme ça, en regardant des émissions, en lisant des articles, oui, en discutant entre nous. Donc, euh, c'est comme ça, ben la morphine, mais ça va pas au-delà pour moi. (rire).

ML : Si une prescription de morphinique vous étiez proposée, quelle pourrait être votre réaction ?

P16 : Ah justement, j'allais aborder le sujet. Je pense que je pourrais poser des questions sur la durée et sur le dosage. Euh sachant que l'accoutumance ou la dépendance peuvent survenir, et puis apparemment, en (silence) le traitement en lui-même si c'est assez fort, je pense on finit par avoir, on est pas très clair, ça joue quand même sur le cerveau. Quand il peut y avoir, je sais pas, on peut pas appeler ça des confusions, mais euh, des absences, des ... bon d'après... mais je me méfierais de la dépendance surtout.

ML : D'accord c'est ce qui vous inquiète le plus par rapport...

P16 : Voilà, je veillerais, si j'ai de la douleur, que vraiment j'ai mal, oui ! Mais je veillerais quand même, je poserai des questions sur la durée ! Et le dosage ! Et je pense que je le ressentirais au bout d'un moment.

ML : Les effets ?

P16 : Physiquement, oui des effets. C'est ça. Y a quand même des effets sur le plan général. Ah oui oui, le cerveau...

Amie de P16 : Le cerveau, oui, il patauge...

ML : Quel rôle aurait le généraliste dans cette prescription ?

P16 : Le rôle du généraliste ?

ML : Le médecin généraliste ! Votre médecin traitant !

P16 : Ah ben faudrait quand même qu'il m'explique pourquoi il me donne de la morphine. Parce que je verrais plutôt un médecin spécialiste me prescrire un tel médicament. Donc là, si mon médecin me prescrivait de la morphine !? A moins que j'ai vraiment quelque chose à lui dire, que j'ai mal, euh, enfin bon, la morphine, je serais septique, je poserai des questions... moi c'est plus le ressort d'un spécialiste !

ML : D'accord, un spécialiste qu'il soit à l'hôpital ou non ?

P16 : Ben dans le cas,... plus dans le cadre d'une hospitalisation ! Parce que consulter un spécialiste en cabinet, prescrire de la morphine me paraît assez bizarre.

ML : Et pourquoi ça vous paraît bizarre ?

P16 : Parce que je pense que quand on est sous morphine, il faut quand même une surveillance ! Donc euh, surtout si on est seul, donc la morphine...

ML : Et vous pensez que les gens qui ont un traitement par morphine sont forcément hospitalisés tout le long de leur traitement ?

P16 : (silence) Non pas forcément, à dose minime en cas de besoin ! On peut conseiller, éviter de se précipiter chez son médecin, voilà, j'ai mal, j'ai mal. Donc que si on est averti, de prendre un petit comprimé au cas où on a trop mal, à son domicile, bon ok, mais ça me semble quand même...

ML : Et donc si la prescription est faite par un spécialiste, votre médecin traitant, est-ce que vous souhaiteriez qu'il vous réexplique des choses ? Est-ce qu'il aurait une place dans ce traitement ?

P16 : Ben je pense qu'il, que le médecin traitant reçoit le rapport du spécialiste, donc normalement, si, on peut avoir confiance dans son spécialiste, dans son médecin traitant, euh, qui a connaissance du dossier ! Maintenant, oui la morphine c'est, c'est un peu comment dire, ... ça doit être aléatoire.

ML : C'est-à-dire ?

P16 : Ben ça doit pas quelqu'un qui se présente à son médecin généraliste pour dire « il me faut de la morphine, il me faut de la morphine ! Alors j'ai toujours mal » et tout ça ! Je pense que le médecin généraliste doit réorienter son patient.

ML : Vers qui ?

P16 : Sur la ... le spécialiste qui l'a suivi au départ, y a quelque chose qu'il doit revoir ! Parce que bon, le généraliste ne peut pas tout savoir non plus, par rapport au spécialiste... suivant les cas ! Tout dépend si c'est accidentel, si c'est par... l'état de santé général du patient etc.

ML : L'état de santé général du patient ça veut dire quoi ?

P16 : Les intestins, l'estomac, le foie, qui amènerait à prescrire de la morphine, me semble quand même, si le patient continue à se, à se plaindre, vaut mieux lui conseiller de retourner voir son spécialiste... Quoiqu'en principe, on est suivi après, bon ben... Moi je vois, on me fait passer un scanner une fois par an, pour vérifier, donc y a un suivi pendant 5 ans.... Bon maintenant avec la morphine je ne sais pas quel est le suivi qu'on peut avoir après. Le médecin généraliste peut très bien avoir l'accord pour la relève !

ML : Est-ce que vous pensez que le médecin généraliste n'a pas les connaissances suffisantes pour prescrire ce médicament ?

P16 : Oh, je pense que si ! Au cours de ses études il a dû aborder le sujet !

ML : Et est-ce que vous pensez que la morphine est un médicament comme les autres ?

P16 : Ah non ! Non, pour moi non !

ML : Et pourquoi donc ?

P16 : Ben à cause de la cocaïne et du risque de dépendance !

ML : C'est ça qui en fait quelque chose de différent !

P16 : Et puis vous avez les patients à domicile qui sont pas toujours raisonnables ! On prend un comprimé, puis un autre parce que ça n'a pas suffi. Donc vous voyez il peut y a voir un enchainement, suivant la volonté du patient.

ML : Le danger pour le patient ce serait quoi, s'il en prenait deux à la fois ?

P16 : La dépendance et il serait pas bien dans sa peau ! Il le ressentirait je pense. C'est quand même de la cocaïne, c'est... y a peut être quelque chose avec, mais pour moi la base, y a ça quand même ! Et c'est surtout le risque de dépendance !

ML : Qui est le plus important pour vous ! A ce que j'ai compris !

P16 : (rires)

ML : Est-ce que vous avez des remarques supplémentaires sur la morphine ? Ou sur autres choses ?

P16 : Ben je sais pas si il y a d'autres produits ? Est ce qu'on commence un traitement dans le cadre d'une hospitalisation ou est-ce que le médecin généraliste peut prescrire ? Je sais pas ! Qu'est... au cours d'une consultation, est-ce que le médecin généraliste va prendre le risque de prescrire de la morphine ? Tout dépend des cas... tout dépend des cas... de toute façon... et ça dépend des personnes, de la personnalité ! Donc, ça c'est au médecin généraliste de savoir doser son patient ! Et son état général, voire notamment son cadre de vie ! (rires) donc euh, mais bon c'est tout ce que je peux vous en dire... moi je connais pas si y a d'autres produits de substitution...

ML : C'est-à-dire de substitution ?

P16 : Pourrait-il en avoir, mais bon...

ML : Pour soulager la douleur, d'autres produits ?

P16 : Oui pour la douleur, oui il y en a, parce que moi on m'en a proposé, et j'en prenais pas, ben parce que j'ai pas mal, je vais pas prendre... (rires) mais moi j'étais pas cassé alors que toi (se tourne vers son amie) t'étais accidentée et c'était nécessaire presque !

Amie de P16 : On m'a pas demandé mon avis ! De toute façon dans l'état où j'étais, ils risquaient pas !

P16 : Je pense que le généraliste, il doit avoir d'autres produits avant d'arriver à prescrire de la morphine ! Dans la pharmacie il doit y avoir d'autres possibilités, déjà beaucoup plus léger, enfin moins, moins fort ! et moins risqué, à la limite...

ML : Moins risqué, et le risque c'est toujours l'accoutumance ?

P16 : Et la personne se sent pas bien, hein ! Ça calme la douleur mais ça doit calmer aussi au niveau de la ... je sais pas, au niveau du cerveau, de la réflexion, de tout.. non oui.... (silence), donc bon, toi la première (se tourne vers son amie) tu as...

Amie de P16 : J'ai braillé stop !

P16 : Tu braillais, pour dire stop !

ML : Stop à la morphine ?

P16 : Oui, et pourtant elle avait mal !

Amie de P16 : Mais là ça me

P16 : Donc elle devait avoir un ressenti quand même où elle se sentait pas bien, quoi !

ML : C'est ce que vous avez retiré de votre regard de spectateur de la situation, c'est ça ?

P16 : Ah ben moi oui, je...

Amie de P16 : Après avec Mr T vous avez dit que j'avais une sale gueule !

ML : Vous avez dit ça ?

P16 : Non

Amie de P16 : Si avec Mr T...

P16 : Oui

Amie de P16 : Un mois après, que ça me donnait une sale gueule.

P16 : Ah ben oui oui, (rires) mais là tu étais fatiguée... fatiguée...

ML : Est-ce que vous avez d'autres remarques à faire ?

P16 : Oh ben non non, je vous dis de toute façon, vraiment, moi c'est tout ce que j'en connais de la morphine. D'abord par ce que dans mon proche entourage à part ma collègue-là qui en a pris donc, j'ai vu le ressenti qu'elle en avait, donc euh, mais autrement, non je te dis, je vous dis, j'ai pas eu l'occasion d'en avoir. Donc c'est tout. La morphine pour moi c'est base cocaïne-attention-dépendance ! Donc mais à quel niveau aussi la douleur a-t-on mal, c'est ça. Comment analyse-t-on la douleur en fin de compte ? Parce que le barème actuel me semble, quand on dit d'un à dix... ça dépend des gens, y a des gens qui supportent mieux la douleur que d'autres ! Puis bon ben que vous avez d'autres personnes, c'est pas pour autant qu'il faut monter la dose de morphine, sachant qu'il y a quand même certains inconvénients ! Est-ce que c'est la même chose pour les hommes ou pour les femmes (selon leur corpulence par exemple ?). Je connais pas le dosage... mais la douleur oui...

Amie de P16 : Je pense que c'est dosé selon le poids de la personne...

P16 : Tout dépend de l'origine de la douleur aussi ! Mais moi, c'est tout pour moi... vous n'avez pas d'autres questions, parce que je peux pas développer autrement.

ML : Non ! En tous cas merci d'avoir répondu !

P16 : C'est tout ce que je peux vous dire !

ML : C'est déjà pas mal !

P16 : Sauf que j'ai pas subi... j'aime autant !

ML : C'est subir ? Vous disiez subir, c'est quelque chose d'imposée un traitement de ce style ?

P16 : Quand c'est nécessaire, si vraiment j'avais besoin, je prendrai mon comprimé, parce que bon, je fais confiance au médecin de toute façon ! Donc s'il me dit de prendre ça, ben je le prends. Mais c'est pas pour autant que je vais doubler la dose ou autrement, mais je suis les prescriptions.

ML : Si on vous le prescrit avec un schéma déjà défini, vous le suivrez quand même ?

P16 : Ah oui oui oui ! Parce qu'autrement je préfère lui reposer la question : lui dire « voilà, ça va pas ! » mais je vous dis j'ai jamais eu à faire à ça ! Ou alors on me l'a pas dit ! Mais non, j'ai jamais eu de petits comprimés. Si j'avais eu de la morphine, ils me l'auraient dit ! Par contre je sais que pour mon diabète, ils m'ont fait une piqure en urgence d'insuline, parce que dans la nuit, mon taux de diabète était augmenté, mais c'est parce que j'avais rien mangé non plus, là l'infirmière elle est venue me faire une piqure d'insuline, mais c'est tout ce que j'en sais. Mais ça c'est autre chose ! Ça n'a rien à voir avec la morphine.... Avec la douleur.... En fin de compte c'est la douleur qui est traitée par la morphine.... Mais je trouve que les

médecins hésitent beaucoup moins à prescrire de la morphine que dans le temps... dans le temps c'était morphine ? Fallait être presque à l'article de la mort ! pour qu'on mette de la morphine. D'ailleurs quand... le malade était pas mal... (rires). Mais là maintenant, oui heu, je trouve que la médecine a fait des progrès dans la prescription de la morphine et la maîtrise, la maîtrise.... On la maîtrise beaucoup mieux. A mon point de vue ! Donc ils ont fait des progrès, ils hésitent moins, maintenant, je vous dis, ça dépend des individus !

ML : Donc finalement, maintenant, les médecins hésitent moins, donc en prescrivent plus, c'est ce que j'entends ? C'est ça ?

P16 : Oui parce que je pense qu'il y a eu la gestion de la douleur qui est revenue...

ML : Qui est mieux pris en charge ?

P16 : Oui, on nous demande toujours si on a mal, si... donc, quand on est hospitalisé, on gère beaucoup la douleur, donc je pense que ça vient de là ! Et les médecins l'utilisent beaucoup mieux, d'abord parce qu'il doit y avoir des dosages différents et tout ça ! Donc ils hésitent beaucoup moins à donner quelques petits comprimés pour euh, suivant la douleur, suivant l'état du malade, du patient, à lui prescrire un petit comprimé pour sa douleur, pour calmer sa douleur, ce qui doit être le plus efficace à mon point de vue. Donc en cas de douleur assez aiguë quand même.

ML : Et le fait que le médecin hésite moins, est ce que ça vous rassure plus ?

P16 : Ben oui, parce que je pense qu'il a fait des études en fonction et il a des formations que moi j'ai pas. Donc c'est à lui de voir. Je vous dis, moi je fais confiance ! Si, si j'ai mal et qu'il me dit « bon ben je vous donne un comprimé de morphine, bon ben c'est ça, c'est ça ! Par contre si au bout d'un moment je me sens pas... un petit peu dans les vapes et tout ça, euh je commencerai à dire « et dites donc ! » d'après ce que je sais, faudrait pas, faudrait voir si on peut pas supprimer ou alléger le traitement. (rires)

ML : Vous serez capable de le dire !

P16 : Ben j'espère... (rires)

ML : Enfin, vous n'aurez pas peur de le dire en tout cas !

P16 : J'espère tout de même ! Oui surtout qu'avec l'âge, on hésite moins, (rires).

Amie de P16 : Faut dire que dans le temps, compte tenu de notre âge aussi, quand on parlait de morphine, c'était donné à des gens qui étaient en fin de vie...

P16 : Oui c'est ça, c'est ce que j'ai dit... de toute façon quand le médecin arrivait...

Amie de P16 : ... déjà nous, si on dit morphine, y a un peu les cheveux qui se dressent sur la tête... « Qu'est-ce que ça veut dire !!! »

P16 : Oui, dans le temps ça... quand ils commençaient à prescrire de la morphine...

Amie de P16 : Ben c'était que tu étais mal parti...

P16 : Ben oui, moi j'ai eu ma belle-mère, elle avait un cancer du pancréas, ben elle a fini avec de la morphine, mais bon, on savait que de toute façon là, ... ce serait définitif, qu'il n'y aurait plus rien à faire ! Mais autrement... c'est ma femme qui allait faire sa piqure la nuit, pour la calmer... donc euh... mais c'est tout. Donc vous voyez, par rapport à ... y a eu du progrès de ce côté-là ! Dans la maîtrise...

Amie de P16 : Et je pense que les dosages sont mieux faits aussi... On doit mieux connaître pour doser aussi... qui a évolué, les connaissances ont évoluées.

P16 : Puis y a le dialogue avec le médecin, l'infirmière, y a quand même... maintenant...

Amie de P16 : Le chirurgien, il en parle !

P16 : Avec les chirurgiens, c'est beaucoup plus abordable, ils nous expliquent beaucoup mieux... déjà...

Amie de P16 : Ça vient des générations !

P16 : On est informé oui !

Amie de P16 : C'est ça qu'il faut commencer par dire : il y a la génération des jeunes comme vous, voire plus âgés que vous, car vous vous commencez, des chirurgiens qui sont déjà chefs de cliniques dans les hôpitaux qui sont relativement jeunes et qui eux, vous expliquent, ne se prennent pas pour des pontifes... Y a ça aussi qui change, alors qu'avant, quand vous voyiez un docteur avec un renom, vous étiez un peu tremblant devant lui, vous osiez pas le contredire, parce que ben, le timbre de voix qu'il avait : c'était lui qui avait le savoir...

P16 : C'était des sachants

Amie de P16 : Que là quand tu vois comment ils te traitent, c'est nettement différent.

P16 : Oui, puis bon, c'est pareil, la population, elle est mieux informée, on a quand même la télé, les revues, on jette un coup d'œil, on est quand même un petit peu, le patient est plus informé... enfin celui qui veut s'informer... (rires) mais autrement, on sait de quoi il retourne un petit peu... C'est pour ça quand on parle de morphine, on va commencer à demander pourquoi ! (rires) m'enfin c'est pareil, si ils nous parlent de morphine, c'est qu'on souffre ! Donc euh, il aura pas de mal à nous répondre... Et on l'acceptera d'avantage...

Amie de P16 : Faudra que toi aussi tu enregistres ce qu'il te raconte !

P16 : Ah ben oui !!

Téléphone de P16 qui sonne...

ML : J'arrête d'enregistrer...

P16 : D'accord (en se levant)

Annexe 4 : Lettre d'information à destination des patients

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux internes en médecine générale, et nous effectuons notre thèse pour obtenir le diplôme de docteur en médecine, sur les représentations des personnes âgées de plus de 75 ans à propos des traitements contre la douleur.

C'est dans ce cadre, que nous souhaitons vous interroger, afin de connaître votre opinion sur ce sujet.

L'entretien se déroulera en face à face, dans le cabinet de votre médecin généraliste, à votre domicile ou dans un autre lieu à votre convenance.

L'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone numérique, et l'analyse se fera ensuite sur le discours retranscrit par écrit dans son intégralité.

L'entretien sera anonymisé et aucune donnée personnelle vous concernant ne sera conservée au décours du travail.

Si vous l'acceptez, un formulaire de consentement sera à signer, et vous pourrez vous opposer à tout moment à l'exploitation des résultats.

Nous restons bien évidemment disponibles pour tout renseignement complémentaire.

Cordialement

Marie-Lys L'Huilier et Baptiste Brard

marie-lys.lhuillier@etud.univ-angers.fr Baptiste.brard@etud.univ-angers.fr

Annexe 5 : Formulaire de consentement

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Titre du travail : Exploration de la représentation des prescriptions des antalgiques de palier 3 par les personnes âgées

Nom des thésards : Marie-Lys L'Huillier , Baptiste Brard

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____
Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants:

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio par dictaphone,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- les données seront conservées après anonymisation jusqu'à la soutenance publique de la thèse puis qu'une copie de ces données sera proposée pour conservation à l'Université d'Angers
- à ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

A _____, le _____

Signature de l'interviewée :

Signature de l'investigateur ou de la personne
ayant délivré l'information :

*Déclaration de révocation:

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature:

Annexe 6 : Cartographie des résultats



Prescription des antalgiques de palier 3 : représentations des personnes âgées en ambulatoire

RÉSUMÉ

Introduction : La France observe depuis plusieurs années une augmentation de l'espérance de vie et une amélioration de l'état de santé de sa population, notamment pour les patients âgés de plus de 75 ans. On constate par ailleurs en médecine générale, une part importante de patients âgés douloureux non ou insuffisamment traités. Dans ce contexte, de nombreux traitements à visée antalgique peuvent être utilisés, dont les traitements morphiniques. Différentes études se sont intéressées aux représentations de la morphine chez la population générale, mais la population âgée de plus de 75 ans était faiblement représentée. L'objectif de cette étude visait à explorer les représentations de patients naïfs en morphine, de plus de 75 ans, au sujet de traitements par opioïdes forts.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par analyse thématique de contenu au moyen d'entretiens individuels semi dirigés, réalisés auprès de personnes âgées de plus de 75 ans consultant dans des cabinets de médecine générale. L'ensemble de l'étude a été réalisée au sein de la subdivision d'Angers, après avoir obtenu le consentement écrit des participants.

Résultats : Dix-neuf entretiens ont été réalisés au total. La saturation des données a été obtenue au seizième. La relation de confiance entre le patient et son médecin généraliste était le sentiment le plus représenté, avec pour la plupart la description d'une relation paternaliste, qui influençait positivement l'observance du traitement morphinique. Les demandes d'explications de la part des patients étaient également souhaitées. Les connaissances des patients vis-à-vis des traitements morphiniques étaient suffisantes, les principales sources d'information étant l'entourage. La majorité des personnes âgées interrogées voyaient la morphine comme un traitement inhabituel, beaucoup la considéraient comme un médicament dangereux.

Conclusion : Il persiste chez les personnes âgées des réticences à la prescription d'opioïdes forts. Les plus courantes sont la peur d'une maladie grave et l'apparition d'effets indésirables. Cependant, la relation de confiance entre le patient et son médecin semble prépondérante à ses craintes. Il est donc nécessaire que le médecin informe le patient de manière claire et adaptée pour améliorer son observance.

Mots-clés : Personnes âgées / Représentation / Morphine

Title: Prescription of level 3 analgesics: representations of the elderly in outpatients

ABSTRACT

France has been observing for several years an increase in life expectancy and an improvement in the health status of its population. This increase also applies to patients over 75 years of age. There is also a significant proportion of elderly untreated pain patient in the general practice patient. In this context, many treatments with analgesic can be used, including morphine treatments. Various studies have been interested in representations of morphine in the general population. However, the population over 75 was poorly represented. The purpose of this study was to explore the representations of over 75-year-old patient naive morphine treatments about strong opioid treatments.

This was a qualitative study by thematic analysis of content through semi-directed interviews conducted with people over 75 years old who were consultants in general practice. The entire study was conducted within the subdivision of Angers.

The relationship of trust between the patient and his general practitioner was the most represented feeling. For the most part, the presence of a paternalistic relationship. Requests for explanations of the by patients were also desired. Patients' knowledge of opioid treatment was sufficient. The main sources of information being the entourage. The majority of seniors interviewed saw morphine as an unusual treatment. Many considered it a dangerous medicine. On the other hand, in their eyes, a link with drugs or misuse was secondary.

Elderly people still have reluctance to prescribe strong opioids. The most common are the fear of a serious illness and the appearance of side effects. However, the relationship of trust between the patient and his doctor seems to dominate his fears. It is therefore necessary for the doctor to clearly and appropriately inform the patient to improve his compliance.

Keywords: Seniors / Representation / Morphine

