

Tables des matières

Introduction	5
I - Matériel et méthodes.....	6
1) Elaboration du questionnaire.....	6
2) Population	8
3) Recueil et exploitation des données	8
4) Analyse des données	9
II- Résultats de notre étude.....	10
1) Données socio-professionnelles	10
1.1 : Genre	10
1.2 : Age	10
1.3 : Date de début d'internat	10
1.4 : Distance entre le cabinet du médecin généraliste et le référent douleur le plus proche	11
2) Etat des lieux des pratiques	11
2.1 : Morphine et fin de vie	12
2.3 : Morphine et crise arthrosique.....	13
2.4 : Prise en charge d'une douleur neuropathique	14
2.5 : Morphine et douleurs liées aux soins	17
2.6 : Morphine et douleur nociceptive intense récente	18
2.7 : Bilan pré-thérapeutique	20
2.8 : Connaissance des recommandations concernant la prise en charge de la douleur chez les sujets de plus de 75ans	21
3) Limites et freins à la prescription de morphinique de palier 3 chez les patients de plus de 75 ans	23
3.1 : Image globale des morphiniques par les médecins généralistes.....	23
3.2 : Surdosage et freins à la prescription de morphiniques	25
4) Formation : acquis, besoins et attentes.....	26
4.1 : Etats des lieux de la formation	26
4.2 : Thèmes de formation.....	29
4.3 : Modes de formation	29
4.4 : Outils de formation.....	30
III- Discussion	32
1) Objectifs de l'étude	32
2) Limites et forces de l'étude	32
2.1 : Limites de l'étude.....	32
2.2 : Forces de l'étude	33
3) Etat des lieux des pratiques	34
3.1 : Des améliorations notables.....	34
3.2 : Mais persistent des réticences	35
3.3 : Une sous-utilisation des morphiniques pour anticiper les douleurs liées aux soins	36
3.4 : Connaissances des recommandations sur la prise en charge de la douleur	37
4) Limites et freins à la prescription de morphiniques	39
5) La question du bilan pré-thérapeutique.....	40
6) Formation : acquis, besoins et attentes.....	41
6.1 : Le niveau de formation	41
6.2 : Les progrès suite à la loi de 1995	42
6.3 : Les attentes et propositions des médecins généralistes, retrouvées au sein de précédentes études	43
IV- Perspectives et conclusion.....	45
Références bibliographiques	48
Listes des figures et tableaux.....	50
Annexes.....	53

Introduction

Depuis la loi du 4 février 1995, les établissements de santé «mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent». Les centres hospitaliers et universitaires assurent, à cet égard, la formation initiale des médecins et la diffusion des connaissances acquises en vue de permettre la réalisation de cet objectif en ville comme dans les établissements (1).

Un patient douloureux consulte en moyenne dix fois par an son médecin généraliste et quatre fois son spécialiste d'organe (2). Par conséquent, les médecins généralistes sont particulièrement confrontés à la prise en charge de la douleur chez les sujets âgés : dans une thèse publiée en 2011, 93% des médecins généralistes interrogés estiment que la douleur est un symptôme fréquent chez une personne âgée de 75 ans ou plus (3).

En 2006, le troisième plan national de lutte contre la douleur intègre la spécificité de la douleur chez le sujet âgé et donne pour mission d'améliorer le repérage, l'évaluation, le diagnostic et le traitement de la douleur des personnes âgées (4). Néanmoins, d'après Pickering, dans les cahiers de gérontologie de 2013 (5), 45 à 80% des personnes de plus de 65 ans ont une douleur qui demeure sous traitée.

Dans la population âgée, souvent de plus de 75 ans, de nombreux facteurs limitants à la prescription d'opioïdes ont été étudiés. Il ressort de ces études « qu'il est nécessaire de prendre en compte les comorbidités, les effets secondaires et les insuffisances d'organes », comme le montre Sebag-Lanoé(6). Pickering rapporte également des facteurs liés à l'âge affectant la sécurité et l'efficacité du traitement antalgique(5) : la fréquence des comorbidités, la poly-médication et les interactions médicamenteuses. C'est ainsi qu'une thèse de 2013 intitulée « morphine et médecins généralistes » dans le Calvados(6) montre que 58% des médecins généralistes ont des réticences à prescrire des morphiniques de pallier 3.

Certains freins ont déjà été étudiés : une étude de 2002 (7) montre par exemple que les médecins généralistes mettent en avant un manque de temps pour prescrire de façon adaptée des morphiniques. Dans une autre étude, en 2012, ils expriment des besoins concernant la prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs (8). Ils souhaitent en particulier une

amélioration du contact avec le référent hospitalier et une augmentation des formations à la prise en charge des patients douloureux.

A ce jour, il n'existe dans la littérature que peu d'articles faisant état des pratiques des médecins généralistes concernant l'utilisation des morphiniques chez les sujets âgés, en dehors du cadre restreint des douleurs chroniques cancéreuses (9). Une étude permettant de faire un état des lieux quant à la prescription des morphiniques, chez les patients âgés de plus de 75 ans, semble donc présenter un intérêt.

Dans cette étude, les pratiques de prescription de morphiniques pour les patients de plus de 75 ans ont été questionnées dans des situations fréquemment rencontrées par les médecins généralistes : douleurs intenses récentes et exacerbations de douleurs chroniques. Les douleurs chroniques réfractaires, telles qu'elles sont exposées dans les recommandations de Limoges de 1999, revues en 2010 (10), n'ont pas été étudiées.

Ce travail avait donc pour objectif principal de mieux connaître les habitudes de prescription de morphiniques concernant les patients âgés de plus de 75 ans, chez les médecins généralistes, en ambulatoire. Le second objectif de cette étude, était de recenser les besoins des médecins généralistes afin de pouvoir orienter de potentielles actions de formation. Pour cela, l'étude voulait répertorier les attentes des médecins généralistes en termes de thèmes, modes et outils de formation.

I - Matériel et méthodes

1) Elaboration du questionnaire

L'étude était de type quantitatif, descriptif et transversal. Un questionnaire en ligne a été réalisé sur le site google drive. Pour le choix des questions et propositions de réponses, nous nous sommes appuyés sur différentes études qualitatives dont celles citées précédemment. Ont également été utilisées des recommandations comme celle de la Haute Autorité de Santé de 2014 pour la prise en charge d'une crise arthrosique intense.

Un questionnaire test a été envoyé au préalable à trois médecins généralistes au mois de juin. Ceci afin d'en évaluer sa clarté, sa faisabilité et la durée nécessaire pour le compléter

(environ 10 minutes). Certaines questions inappropriées ou trop imprécises ont été supprimées ou modifiées. La version définitive a été établie au début du mois de juillet. Ce type de questionnaire en ligne permettait de maintenir l'anonymat. Les médecins généralistes étaient invités à ne répondre qu'une seule fois.

Le questionnaire est composé de 4 parties (questionnaire en annexe) :

- La première partie (Q1 à Q4) permettait au médecin généraliste interrogé de se présenter par l'intermédiaire de données socio-professionnelles.
- La deuxième partie (Q5 à Q15) a permis de faire un état des lieux des pratiques concernant la prescription de morphiniques et la prise en charge de la douleur chez des patients de plus de 75 ans, en médecine de ville. Sont entendus par médecine de ville, aussi bien les pratiques à domicile ou au cabinet de médecine générale.
- Dans la troisième partie (Q16 à Q18), ont été évalués les limites et freins à la prescription de morphiniques pour des patients de cette même tranche d'âge, ainsi que le ressenti des médecins généralistes interrogés vis-à-vis des morphiniques.
- La quatrième partie (Q19 à Q25) portait sur les besoins de formation et les attentes des médecins généralistes pour une meilleure prise en charge de la douleur.
- Au total, le questionnaire comprenait 27 questions dont deux ouvertes et 25 fermées. Ont été proposées, un nombre restreint de questions ouvertes pour faciliter l'adhésion au questionnaire.

Les questions 1 ; 12 ; 16 ; 19 ; 21 ; 23b ; 25 étaient de type dichotomiques.

Les questions 2 ; 3 ; 4 ; 6 ; 8 ; 10 ; 11 ; 15 ; 20 étaient des questions à réponse unique.

Les questions 14 ; 17 ; 22 ; 23a ; 24 étaient des questions à choix multiples.

Les questions 12 ; 19 ; 23b étaient des questions conditionnelles (ou filtres).

Pour les questions 5 ; 9 ; 10 et 18, une échelle de Likert était utilisée.

La question 7 était une question de classement.

Les questions 13 et 23c étaient des questions ouvertes.

Le terme « morphinique » était clarifié au début du questionnaire: il s'agissait des morphiniques de pallier 3, et leurs dérivés (oxycodone, fentanyl, etc). En revanche, la codéine n'en faisait pas partie. De même, la problématique douloureuse telle qu'entendue dans cette

étude était définie ainsi: il s'agissait d'évoquer les douleurs d'apparition récente, de forte intensité, et l'exacerbation de douleur chronique.

En fin de questionnaire, il était précisé que le chercheur souhaitait pouvoir, grâce à la réalisation de cette étude, proposer des supports et des modes de formation concernant la prise en charge de la douleur chez les patients âgés de plus de 75 ans et répondant à leurs besoins exprimés.

2) Population

Les critères d'inclusion étaient: tout médecin généraliste installé dont l'adresse d'exercice se situe dans les départements de Mayenne, Sarthe et du Maine et Loire. Un large échantillon a été choisi volontairement, dans un territoire de rattachement universitaire au CHU d'Angers. Du fait de la diversité du territoire, nous étions ainsi assurés de la variété du lieu d'exercice : rural, semi-rural ou urbain. Il en était de même concernant l'éloignement par rapport à un référent spécialiste de la douleur.

L'objectif était d'inclure des médecins généralistes de toute génération, formés avant et après les premières formations initiales de la prise en charge de la douleur, introduites suite à la loi de 1995. Cette étude était circonscrite à la médecine de ville : consultations en cabinet et visites à domicile.

La population cible comprenait 1430 médecins généralistes (200 en Mayenne, 415 en Sarthe et 815 en Maine-et-Loire). La population source comprenait environ 620 médecins installés dont nous avons obtenu les adresses mail. Nous espérions un taux de réponses de 30% soit 180 médecins répondants.

3) Recueil et exploitation des données

L'envoi définitif du courriel avec des explications sur notre étude et un lien pour accéder au questionnaire, a eu lieu le 18 juillet 2015 (courriel en annexe). Deux relances ont été effectuées par mail les 31 juillet et 23 août 2015.

La date limite pour répondre au questionnaire a été fixée au 4 septembre. Notre courriel a été transmis à tous les médecins généralistes de Mayenne (200) via le président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. Nous avons récupéré une partie des adresses mail des médecins généralistes de Maine et Loire (333) via le conseil de l'ordre des médecins

du département. Nous n'avons pu obtenir que 87 adresses de médecins généralistes de Sarthe grâce à la faculté de médecine. Il s'agissait uniquement de maîtres de stage universitaires.

La population étudiée comprenait 600 médecins en activité et dont les adresses mail étaient valides. L'étude a recueilli les réponses de 190 médecins généralistes soit un taux de réponse de plus de 31,7%.

4) Analyse des données

Nous avons débuté l'analyse le 5 septembre 2015. Nous avons transféré les résultats du questionnaire de google drive vers un fichier excel. Nous avons réalisé une analyse univariée, avec une étude de variables qualitatives.

Nous nous sommes pour cela appuyés sur des tests statistiques : utilisation du test Khi 2 pour tester l'indépendance de 2 variables et croisement des données à l'aide de tableaux croisés dynamiques principalement.

Concernant les commentaires libres, nous avons pu exploiter une seule des deux questions ouvertes. Nous avons sélectionné les propositions de réponses citées au moins à 5 reprises. Nous avons ensuite rapporté ses propositions de réponses au nombre de réponses exploitées.

II- Résultats de notre étude

1) Données socio-professionnelles

1.1 : Genre

190 médecins généralistes ont répondu à notre questionnaire. Le sex ratio était de 111 pour les hommes (58%) et 79 pour les femmes (42%). La population était répartie de façon équitable entre les 50 ans et plus (n=93) d'un côté et les moins de 50 ans (n=97), de l'autre.

1.2 : Age

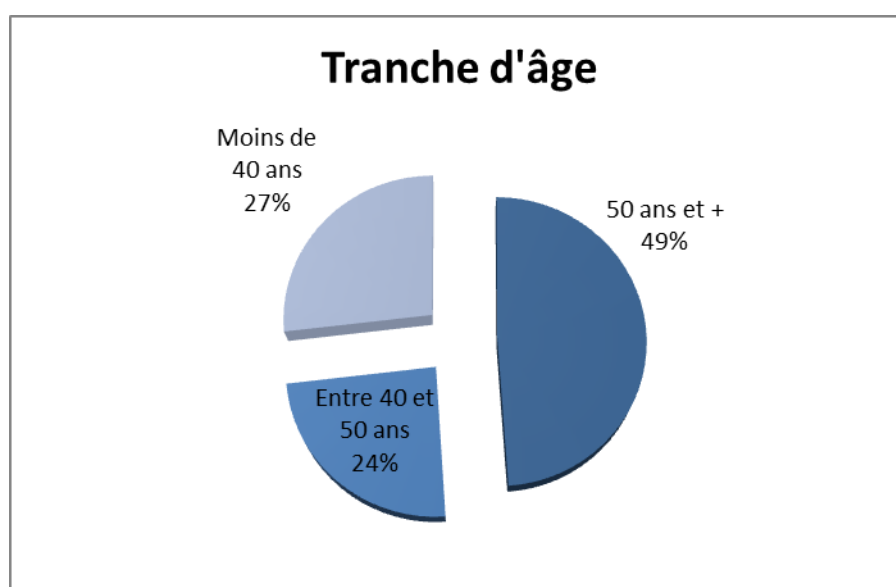


Figure 1 - Tranche d'âge

1.3 : Date de début d'internat

Nous avons réussi à inclure dans notre étude des médecins généralistes de toute génération, formés avant et après les premières formations initiales de la prise en charge de la douleur, introduites suite à la loi de 1995. Ainsi, 55% des médecins interrogés ont débuté leur internat en 1994 ou avant (n=105) contre 45% après 1994 (n=85).

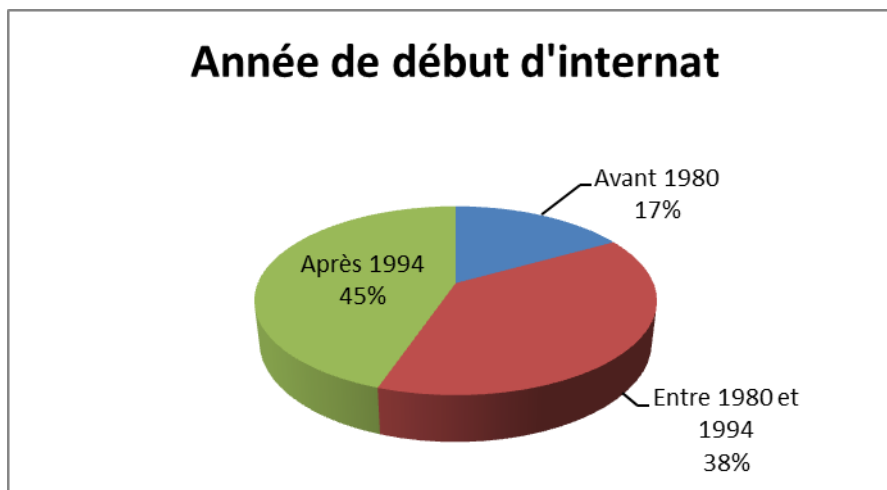


Figure 2 - Année de début d'internat

1.4 : Distance entre le cabinet du médecin généraliste et le référent douleur le plus proche

95% des médecins généralistes estimaient que leur cabinet était situé à moins de 50km d'un algologue référent. Nous avons pu regrouper les médecins selon leur lieu d'exercice : moins de 20km (n=103) et supérieur ou égal à 20km (n=87).

Tableau I - Distance entre le cabinet du médecin généraliste et le référent douleur le plus proche

Distance	Effectif	Pourcentage
Entre 20 et 50km	77	41%
Entre 50 et 100km	10	5%
Moins de 20km	103	54%
Total	190	100%

2) Etat des lieux des pratiques

Nous avons souhaité évaluer les pratiques et conditions de prescription des morphiniques, dans le cadre de la prise en charge de la douleur chez des patients de plus de 75 ans, en médecine de ville

2.1 : Morphine et fin de vie

61% des médecins (n=115) se disaient ainsi plutôt à l'aise ou très à l'aise avec la prescription de morphiniques de palier 3, chez les patients âgés de plus de 75 ans en fin de vie. Il n'y a pas de différence significative selon la tranche d'âge des professionnels de santé.

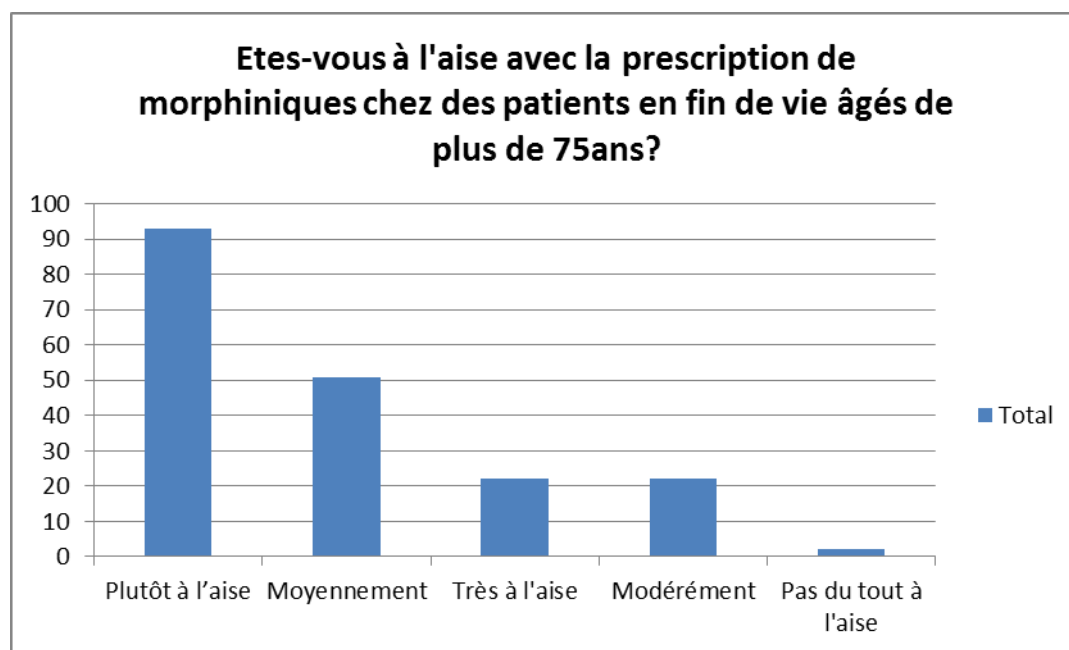


Figure 3 - à l'aise avec la prescription de morphiniques chez les patients âgés en fin de vie?

74% des médecins généralistes étaient à l'aise pour majorer le traitement morphinique et prévenir les effets secondaires, chez un patient cancéreux de plus de 75 ans présentant une exacerbation de douleur chronique cancéreuse avec un traitement morphinique déjà en place. Cependant, ils étaient 13% à majorer le traitement morphinique sans certitude, 4% à laisser aux mêmes doses et 3% contactaient un collègue pour les aider.

Tableau II- A l'aise avec la majoration des morphiniques chez un patient présentant une exacerbation de douleur chronique cancéreuse?

Je majore le traitement. Je suis à l'aise avec les posologies et la prévention des effets secondaires	141	74%
---	-----	-----

Je majore le traitement sans être sûr(e) de moi	24	13%
Je n'ai jamais été confronté à cette situation	12	6%
Je laisse le traitement aux mêmes doses et je tente d'associer un autre traitement	8	4%
Je contacte un collègue pour m'aider	5	3%
Total	190	100%

2.3 : Morphine et crise arthrosique

Les médecins généralistes ont répondu à 40% (n=76) qu'ils utilisaient en seconde intention, des morphiniques de palier 3 en cas de crise arthrosique modérée à sévère résistante au tramadol (palier 2) associé à un AINS. 29% (n=55) ont proposé une infiltration de corticoïdes. Cependant, ils étaient encore 26% (n=49) à prescrire de la codéine.

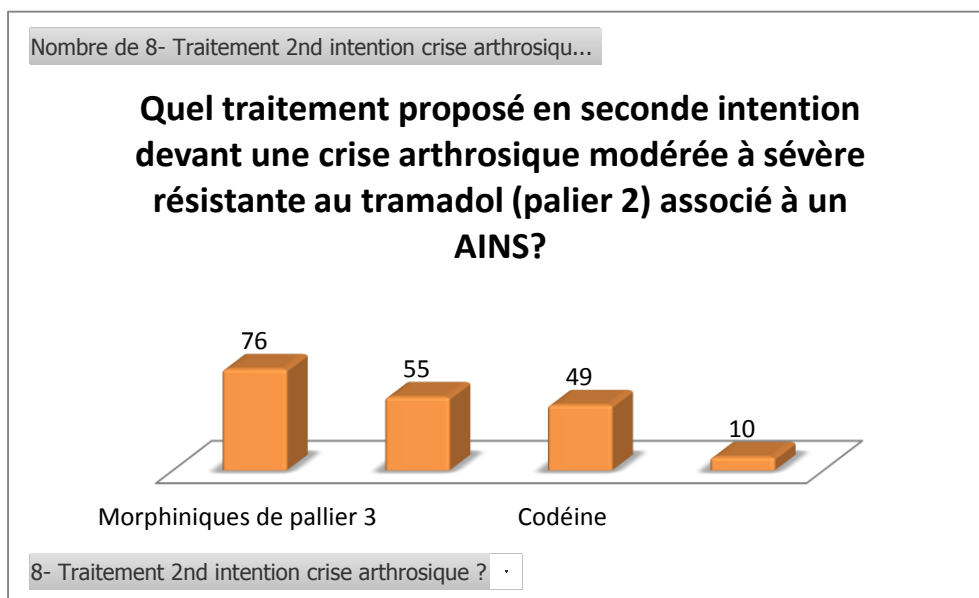


Figure 4 - Traitement de seconde intention en cas de crise arthrosique modérée à sévère résistante au tramadol + AINS

2.4 : Prise en charge d'une douleur neuropathique

37% des médecins généralistes prescrivaient des anti-épileptiques en première intention devant une douleur neuropathique paroxystique chez un patient âgé de plus de 75 ans. 11% des médecins prescrivaient des anti-dépresseurs en première intention, d'après le tableau III. De plus, ils étaient encore 23% à prescrire du paracétamol en première intention et 22% pour les antalgiques de palier 2, ce qui ne correspondait pas aux recommandations.

Tableau III - Médicaments les plus fréquemment prescrits devant une douleur paroxystique de type neuropathique

	médicament 1	médicament 2	médicament 3
Anti-épileptique	37%	29%	16%
Anti-dépresseur	11%	31%	28%
Morphinique de palier 3	6%	14%	33%
Antalgique de palier 2	22%	21%	12%
Paracétamol	23%	5%	8%
AINS	2%	1%	3%
Total	100%	100%	100%

Les antidépresseurs étaient davantage utilisés en seconde intention et les morphiniques de palier 3 en troisième intention, d'après la figure 6.

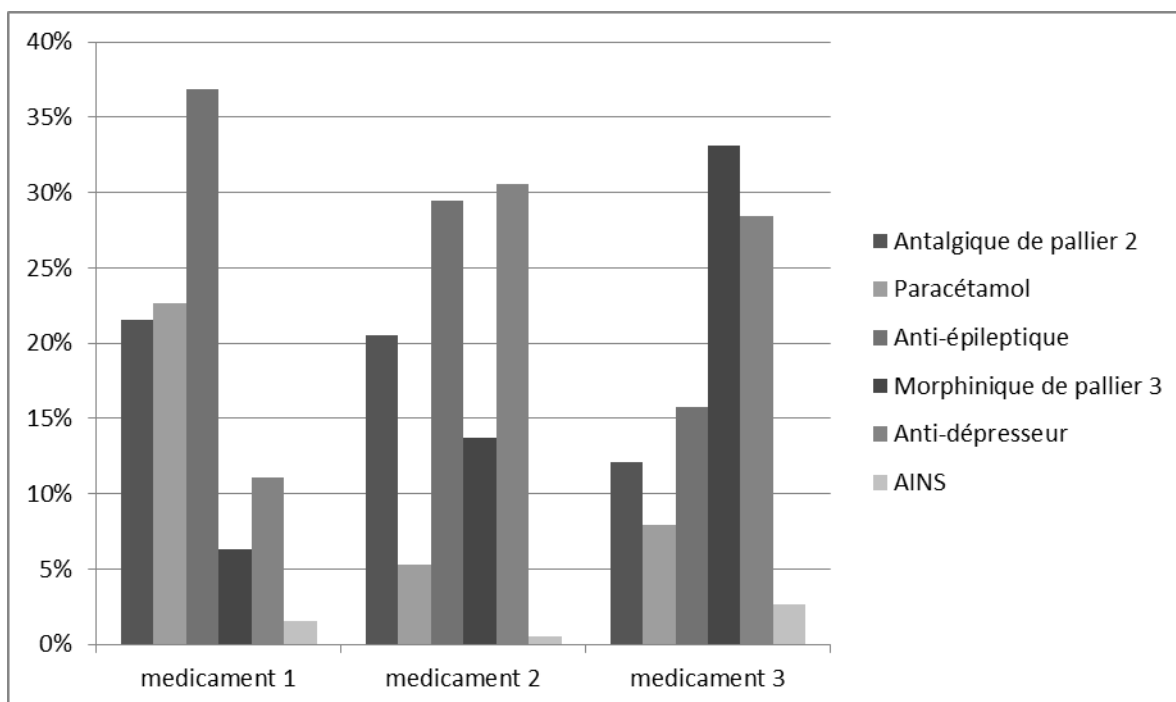


Figure 5 - Médicaments les plus fréquemment prescrits devant une douleur paroxystique de type neuropathique

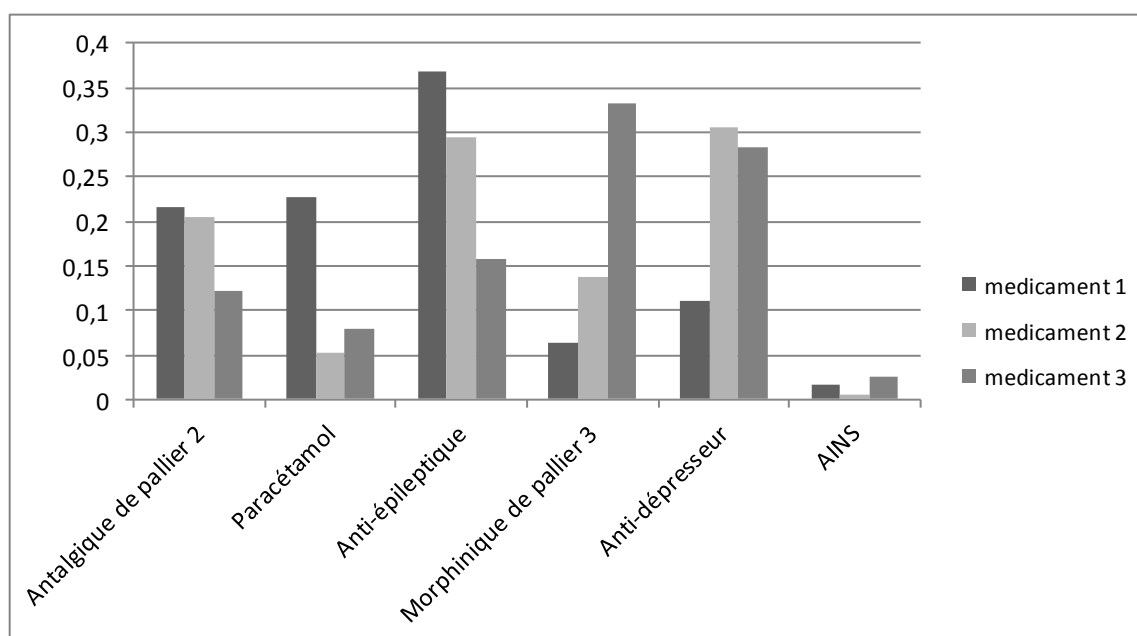


Figure 6 - Médicaments les plus fréquemment prescrits devant une douleur paroxystique de type neuropathique

Ils sont 18% à prescrire des morphiniques de palier 3 en première, seconde ou troisième intention dans cette même situation clinique, d'après la figure 7.

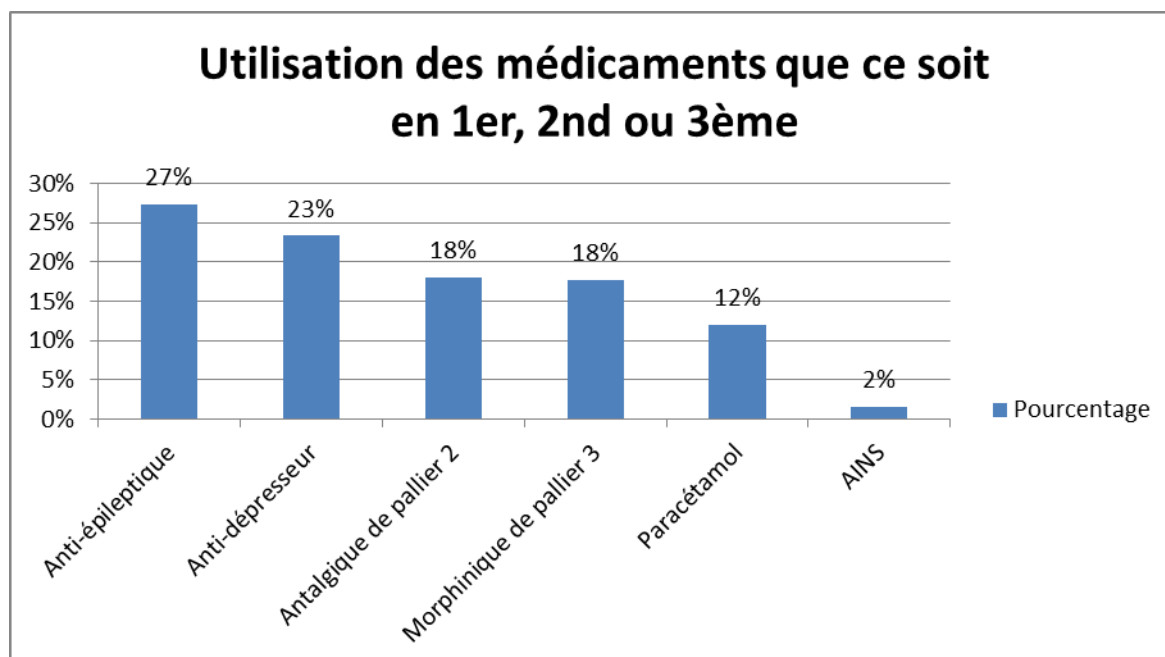


Figure 7 - Médicaments les plus fréquemment prescrits devant une douleur paroxystique de type neuropathique

Nous avons également évalué les connaissances des médecins généralistes concernant la recommandation sur la prise en charge d'une douleur paroxystique de type neuropathique, en croisant les résultats avec la question sur les trois médicaments prescrits par ordre de fréquence dans une telle situation clinique.

Ils étaient 44 médecins à connaître la recommandation parmi ceux qui prescrivaient en première intention les traitements recommandés (anti-épileptiques et anti-dépresseurs). Il n'y avait pas de différence significative avec ceux qui prescrivaient les autres traitements (paracétamol, AINS, palier 2 et palier 3) et qui connaissaient la recommandation (n=63).

Cependant, ceux qui prescrivaient du paracétamol, des paliers 2 ou 3 en 1ère intention à la question 7, étaient moins nombreux à connaître les recommandations de l'ANAES sur la prise en charge d'une douleur neuropathique paroxystique que ceux qui prescrivaient un anti-épileptique d'emblée, d'après le tableau V.

Tableau IV - Connaissances des recommandations sur la prise en charge d'une douleur neuropathique paroxystique selon la classe thérapeutique prescrite en première intention dans cette situation (190 répondants)

	Oui	Non	<i>Total</i>
Anti-épileptique	36	34	70
Paracétamol	13	30	43
Antalgique de pallier 2	17	24	41
Anti-dépresseur	8	13	21
Morphinique de pallier 3	5	7	12
AINS	1	2	3

2.5 : Morphine et douleurs liées aux soins

Les médecins généralistes étaient seulement 29% à prescrire souvent ou toujours des morphiniques de palier 3 pour limiter les douleurs liées aux soins chez les sujets âgés.

Tableau V - Prescription de morphiniques pour limiter les douleurs liées aux soins chez des personnes âgées de plus de 75ans

	Effectif	Pourcentage
Jamais	4	2%
Rarement	34	18%
Parfois	96	51%
Souvent	52	27%
Toujours	4	2%

Total	190	100%
--------------	------------	-------------

2.6 : Morphine et douleur nociceptive intense récente

Ils étaient 74% à prescrire parfois, souvent ou toujours de la morphine en cas de douleur nociceptive intense récente (EVA>6/10), chez un patient de plus de 75ans sans antécédent particulier.

Tableau VI - Prescription de morphiniques pour une douleur nociceptive intense récente (EVA>6/10), chez un patient de plus de 75ans sans antécédent particulier

	Effectif	Pourcentage
Jamais	4	2%
Rarement	35	18%
Parfois	102	54%
Souvent	45	24%
Toujours	4	2%
Total	190	100%

Chez un sujet âgé de plus de 75 ans non soulagé, présentant des douleurs nociceptives récentes de forte intensité, combien de rotations d'antalgiques de palier 2 effectuez-vous avant d'introduire un antalgique de palier 3?

56% des médecins (n=107) ont fait au moins une rotation de palier 2 avant d'utiliser ou non des morphiniques de palier 3, pour soulager un patient âgé de plus de 75 ans présentant des douleurs nociceptives récentes de forte intensité. 28% (n=52) font au moins deux rotations devant une douleur nociceptive récente non soulagée.

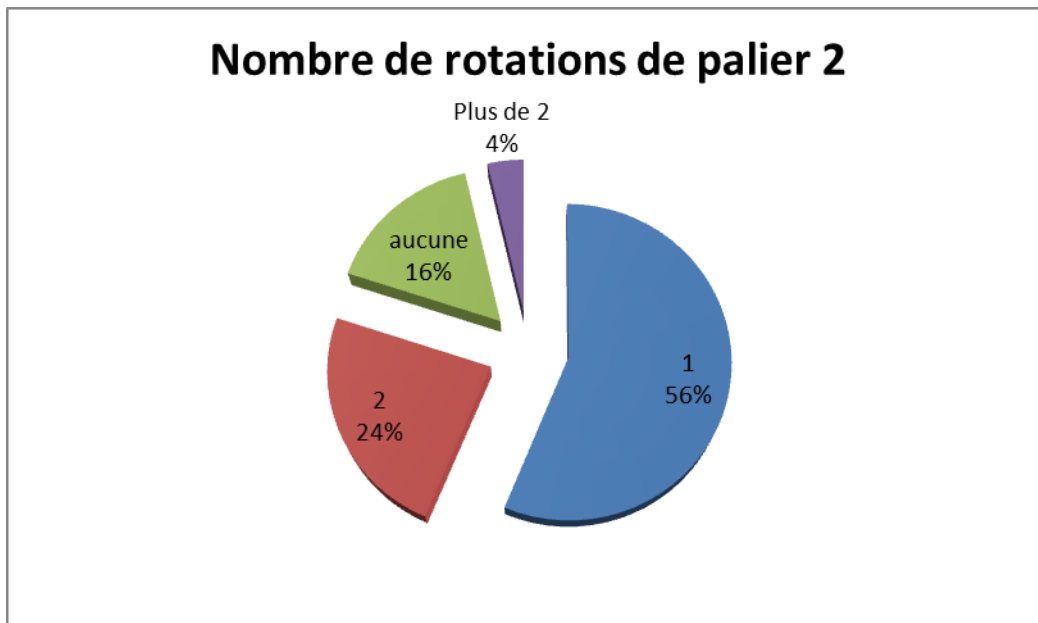


Figure 8- Nombre de de rotations d'antalgiques de palier 2 effectué avant d'introduire un antalgique de palier 3

Nous avons décidé de croiser les résultats de cette question sur la rotation des antalgiques de palier 2 avec la question sur les douleurs nociceptives intenses récentes. **Il en ressortait que les médecins généralistes effectuant deux rotations ou plus de palier 2 correspondaient de manière significative à ceux qui ne prescrivaient jamais, rarement ou parfois des morphiniques de palier 3 en cas de douleur nociceptive intense récente ($p=0.0052$), chez un patient de plus de 75ans sans antécédent particulier.**

A l'inverse parmi ceux qui ne faisaient aucune rotation de palier 2, ils étaient 48% à prescrire souvent des morphiniques dans la même situation. **De même, nous avons démontré de manière significative que les médecins effectuant aucune ou une seule rotation de palier 2, prescrivaient souvent ou toujours des morphiniques de palier 3 dans la même situation clinique.**

Tableau VII - Prescription de morphiniques si douleur nociceptive intense récente en fonction d'un nombre de rotations de palier 2 effectuées

	Prescription de morphiniques si douleur nociceptive intense récente	Prescription de morphiniques si douleur nociceptive intense récente
Nombre de rotations	Souvent - Toujours	Jamais - Rarement - Parfois
Aucune	48%	52%
1	26%	74%
2	11%	89%
Plus de 2	14%	86%

2.7 : Bilan pré-thérapeutique

19% des médecins généralistes (n=36) réalisent un bilan pré-thérapeutique

Tableau VIII - Prescription d'un bilan pré-thérapeutique avant d'introduire des morphiniques chez des patients de plus de 75 ans

	Effectifs	Pourcentages
Non	154	81%
Oui	36	19%
Total	190	100%

.

Parmi les médecins qui réalisent ce bilan, 46% (n=24) réalisent un bilan rénal et 27% (n=14) un bilan hépatique, soit respectivement 13 et 7% de la population étudiée seulement.

Tableau IX - Bilan pré-thérapeutique prescrit

	Effectifs	Pourcentages
bilan rénal	24	46%
bilan hépatique	14	27%

syndrome inflammatoire	7	13%
bilan hématologique	7	13%
Total	52	100%

2.8 : Connaissance des recommandations concernant la prise en charge de la douleur chez les sujets de plus de 75ans

Tableau X - Douleur aiguë en fonction des paliers de l'OMS (EVA et échelle numérique)

Non	103	54%
Oui	87	46%
Total	190	100%

Tableau XI - Indication des morphiniques chez des patients douloureux chroniques

Non	111	58%
Oui	79	42%
Total	190	100%

Tableau XII - Prise en charge d'une crise aiguë d'arthrose

Non	119	63%
Oui	71	37%
Total	190	100%

Tableau XIII - Gestion d'une douleur cancéreuse

Non	100	53%
Oui	90	47%
Total	190	100%

Tableau XIV - Prise en charge d'une douleur neuropathique

Non	110	58%
Oui	80	42%
Total	190	100%

Ils sont 58% (n=110) à avoir prescrit des morphiniques hors AMM ou à ne pas savoir qu'ils ont prescrit ces produits hors AMM, d'après la figure 6.

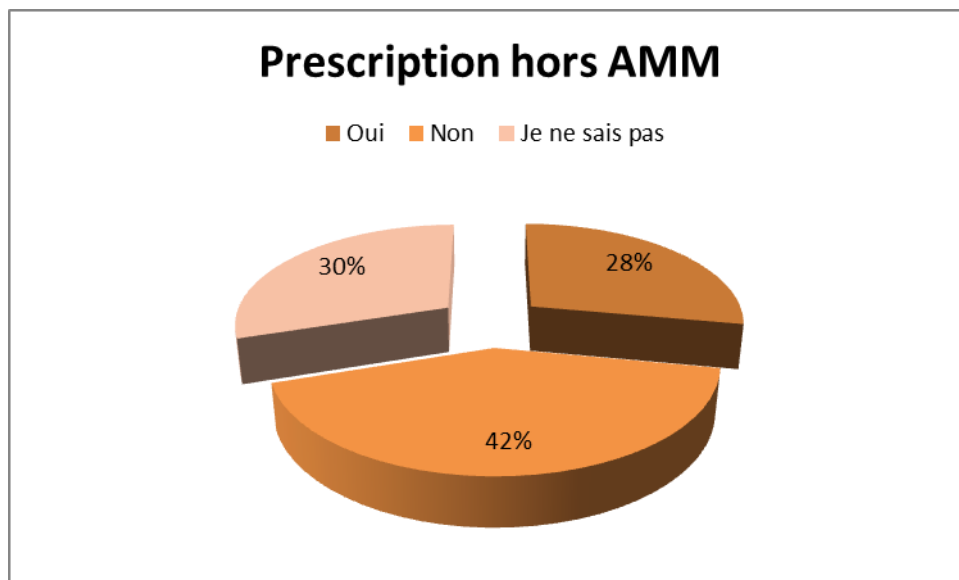


Figure 9- Prescription de morphiniques hors AMM

De plus, parmi ceux qui ont pu exprimer une réponse (n=133), les médecins âgés de 50 ans ou plus, estimaient (p=0.012) prescrire davantage de morphine hors AMM que les médecins de moins de 50 ans.

Tableau XV - Prescription de morphiniques hors AMM selon la tranche d'âge des médecins

	Effectifs
Je ne sais pas	57
50 ans et +	21
Entre 40 et 50 ans	15
Moins de 40 ans	21
Non	80
50 ans et +	36
Entre 40 et 50 ans	23
Moins de 40 ans	21
Oui	53
50 ans et +	36
Entre 40 et 50 ans	8
Moins de 40 ans	9

3) Limites et freins à la prescription de morphinique de palier 3 chez les patients de plus de 75 ans

3.1 : Image globale des morphiniques par les médecins généralistes

86% (n=163) des médecins généralistes interrogés avaient une bonne ou très bonne image des morphiniques.

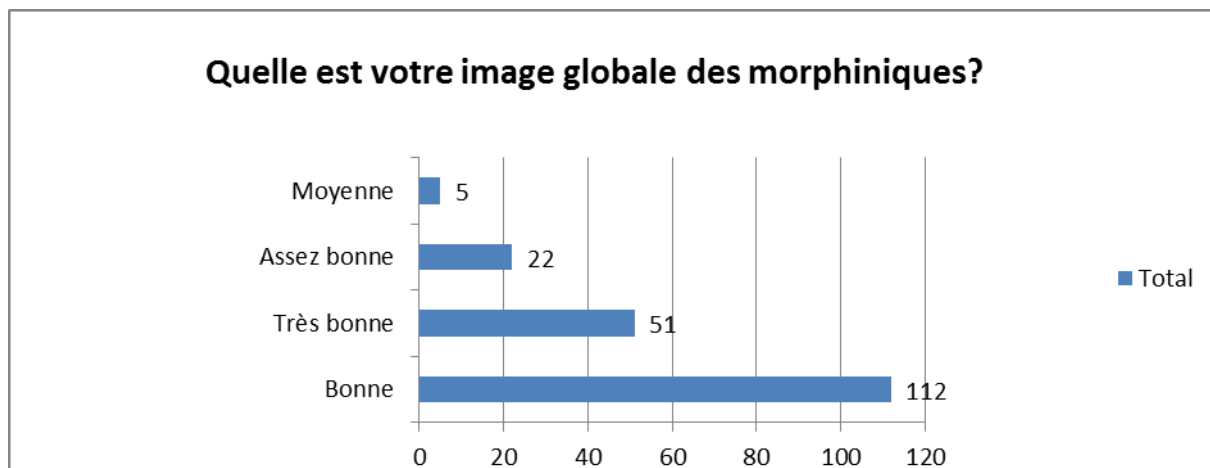


Figure 10 - Image globale des morphiniques par les médecins généralistes

Nous avons mis en évidence à l'aide d'un test du Khi2 que, quelle que soit la tranche d'âge, il n'y avait pas de différence significative pour l'image globale que les médecins généralistes se faisaient des morphiniques.

Tableau XVI - Image globale des morphiniques par les médecins généralistes en fonction de la tranche d'âge

	Effectif	Pourcentage
<i>Total : moyenne ou assez bonne image</i>	27	14%
50 ans et +	13	7%
Moins de 50 ans	14	7%
<i>Total : bonne ou très bonne image</i>	163	86%
50 ans et +	80	42%
Moins de 50 ans	83	44%

3.2 : Surdosage et freins à la prescription de morphiniques

Les médecins généralistes étaient 46% (n=88) à avoir déjà été confrontés à un surdosage en morphinique en ambulatoire, chez un patient dont ils étaient le médecin traitant.

Les 3 principaux freins à la prescription de morphiniques de palier 3 étaient les effets secondaires, les comorbidités et la poly médication (avec les interactions médicamenteuses), d'après la figure 11.

En croisant les différents freins à la prescription avec l'âge puis le sexe, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative. De même, concernant le manque de lien avec un centre de référence, nous n'avons pas trouvé de différence significative quelle que soit la distance entre le cabinet du médecin et le référent douleur.

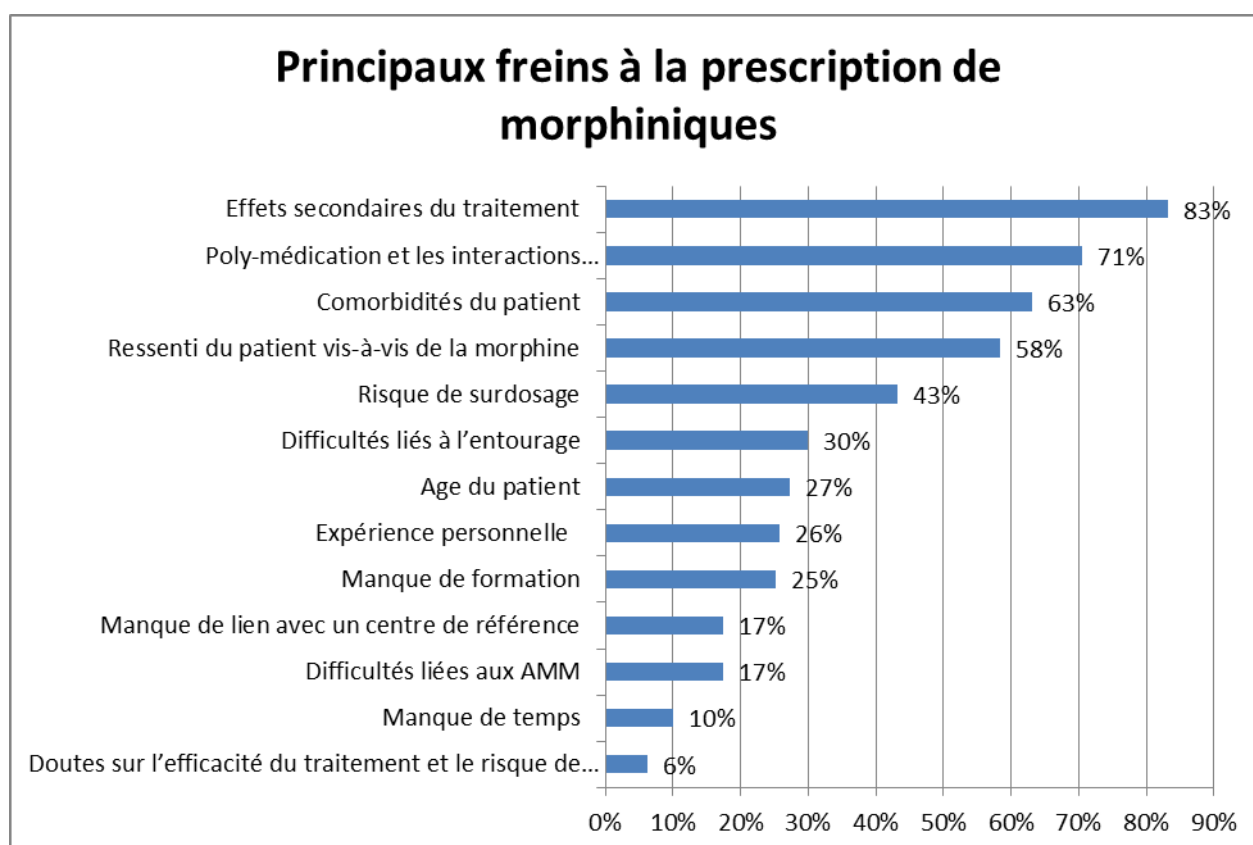


Figure 11 - Principaux freins à la prescription de morphiniques chez des patients de plus de 75ans

4) Formation : acquis, besoins et attentes

4.1 : Etats des lieux de la formation

Dans notre étude limitée aux départements de Mayenne, Sarthe et Maine-et-Loire, les médecins généralistes étaient 67% (n=128) à avoir déjà bénéficié d'une formation à la prise en charge de la douleur.

Les médecins généralistes ayant débuté leur internat avant 1994, étaient plus nombreux à avoir bénéficié d'une formation à la prise en charge de la douleur des patients âgés que ceux ayant débuté leur internat après 1994 (p=0.012). Cette différence apparaissait de manière significative après un test du Khi².

Tableau XVII - Formation suivie selon année de début de l'internat

Formation suivie	Effectif	Pourcentage
<i>Total : NON</i>	<i>62</i>	<i>33%</i>
Après 1994	36	19%
Avant 1994	26	14%
<i>Total : OUI</i>	<i>128</i>	<i>67%</i>
Après 1994	49	26%
Avant 1994	79	42%

85% des médecins interrogés ont bénéficié d'une formation durant leur vie professionnelle et 49% durant leurs études, d'après la figure 12.

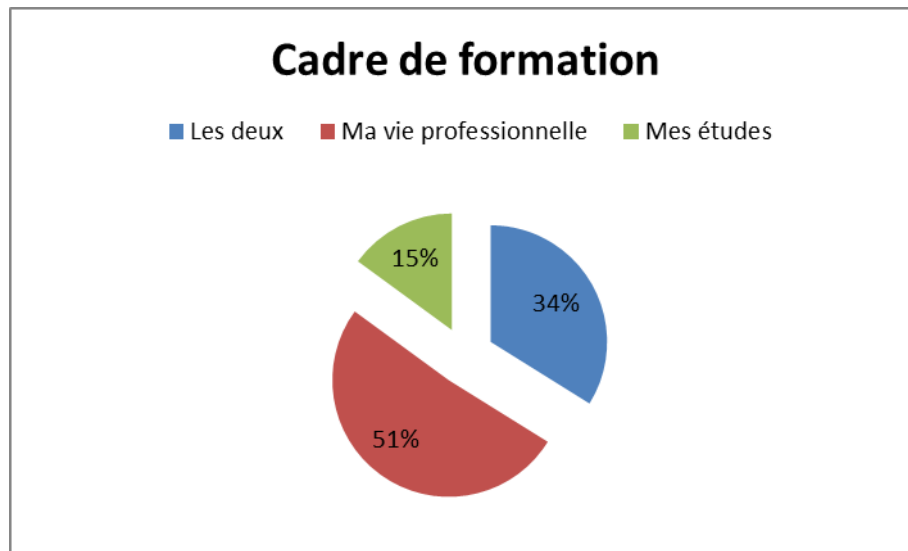


Figure 12 - Cadre dans lequel les médecins généralistes ont bénéficié de leur formation

127 des 190 médecins généralistes interrogés ont bénéficié d'une formation. Parmi eux, 61% ont débuté leur internat avant 1994. Seulement 39% l'ont débuté en 1994 ou plus tard. Au sein de la population de médecins formés ayant étudiés avant 1994, 32% ont bénéficié de cette formation durant leur études contre 76% pour les médecins généralistes ayant débuté leur internat en 1994 ou après.

Les médecins généralistes ayant débuté leur internat avant 1994, étaient donc davantage formés durant leur vie professionnelle que ceux ayant débutés leur internat en 1994 ou après, mais nous n'avons pas pu montrer de différences significatives.

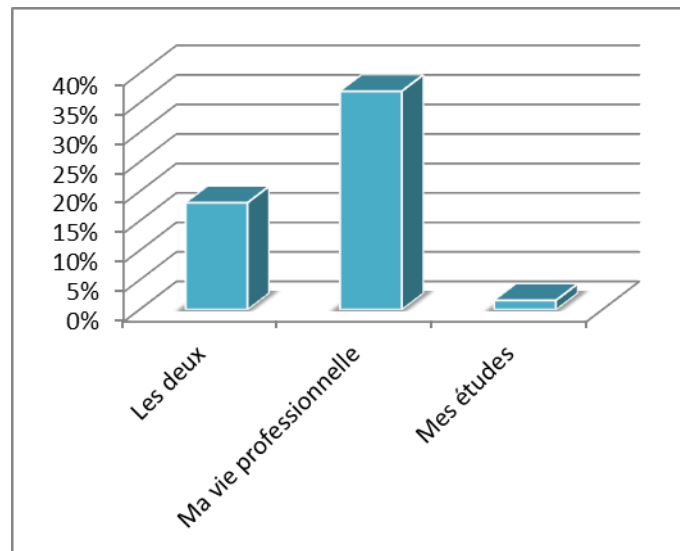


Figure 13 - Cadre de formation pour les médecins ayant débuté leur internat avant 1994

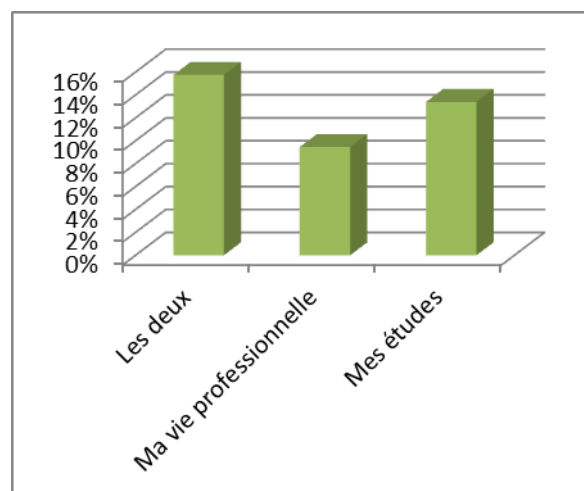


Figure 14 - Cadre de formation pour les médecins ayant débuté leur internat en 1994 ou après

Par ailleurs, en 2015, parmi les médecins ayant bénéficié d'une formation, 90% estimaient que cette formation leur a permis de renforcer leurs compétences concernant la prise en charge de la douleur chez la personne âgée.

4.2 : Thèmes de formation

Les thèmes pour lesquels les professionnels de santé restaient demandeurs d'une formation étaient la prise en charge de la douleur et la prescription d'antalgiques. **En croisant ces résultats avec les données socio-démographiques, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative aussi bien pour l'âge, le sexe, la date de début d'internat et la distance entre le cabinet et le référent douleur.**

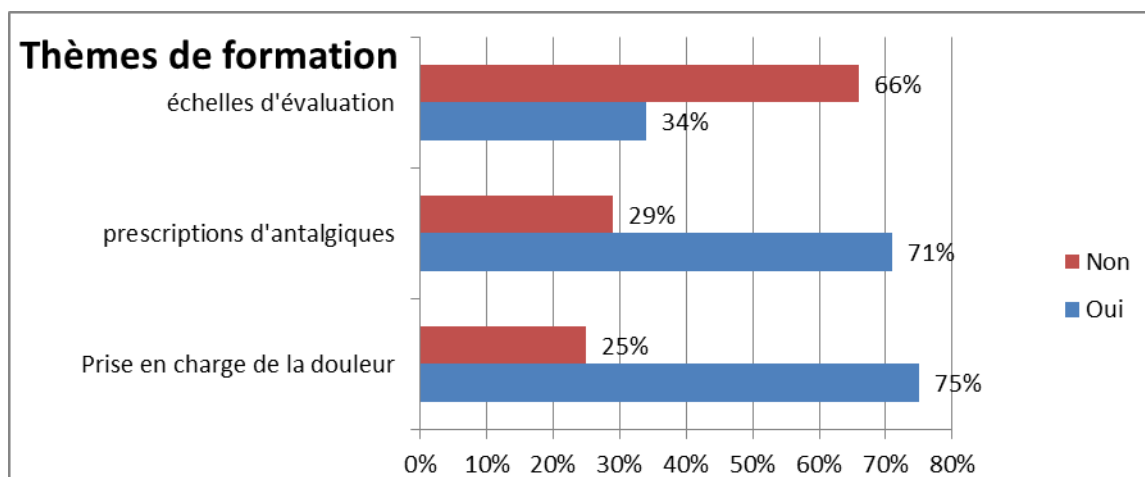


Figure 15 - Thèmes de formation

4.3 : Modes de formation

Les deux modes de formation que les médecins généralistes avaient le plus plébiscités étaient les soirées FMC pour 66% (n=125) d'entre eux et les journées « douleur » pour 67% (n=128). En revanche, seulement 39% (n=74) étaient demandeurs de formation en ligne et 17% (n=33) d'une formation diplômante.

Les moins de 50ans étaient significativement plus nombreux ($p=0,0206$) à privilégier les journées de formation douleur.

En revanche, nous n'avons pas montré de différence significative aussi bien pour le sexe, la date de début d'internat et la distance entre le cabinet et le référent douleur, en croisant ces trois critères aux différents modes de formation.

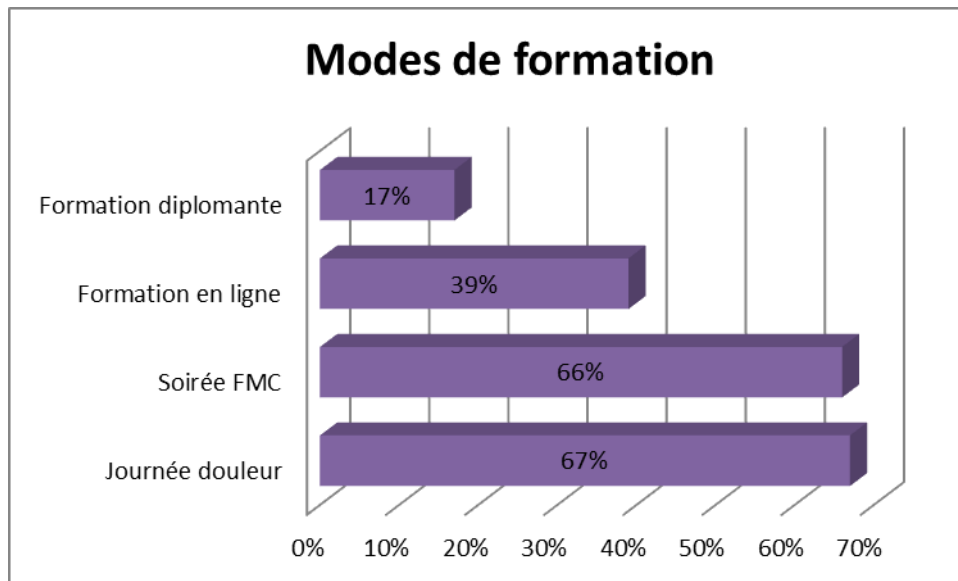


Figure 16 - Modes de formation

4.4 : Outils de formation

64% (n=122) des médecins interrogés étaient demandeurs d'un guide de bonnes pratiques comprenant les indications pour adresser un patient auprès d'un centre de la douleur ou auprès d'un spécialiste d'organe. 68% (n=130) étaient favorables à une brochure avec les coordonnées des correspondants de la région, joignables en cas de difficultés. L'outil de formation dont les médecins généralistes étaient le plus demandeur restait le site internet informatif, pour 81% (n=154) d'entre eux.

En croisant ces résultats avec les données socio-démographiques, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative aussi bien pour l'âge, le sexe, la date de début d'internat et la distance entre le cabinet et le référent douleur.

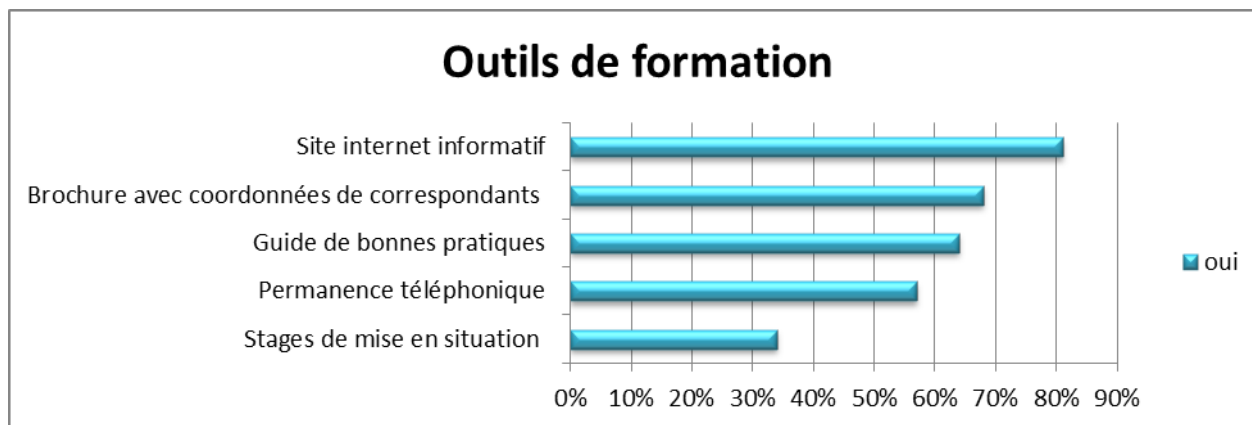


Figure 17 - Outils de formation

Les médecins généralistes sont également demandeurs à 57% (n=109) d'une permanence téléphonique pour les aider à prendre en charge leurs patients douloureux.

Nous avons démontré qu'il n'y avait pas de différence significative pour les demandes de permanence téléphonique quelle que soit la distance entre le cabinet et le médecin référent.

Tableau XVIII - Demande de permanence téléphonique en fonction de la distance entre le cabinet et le médecin référent

	Moins de 20km	Entre 20 et 100km
Oui	61	48
Non	42	39
<i>Total effectif</i>	<i>103</i>	<i>87</i>

Enfin, les médecins généralistes étaient 88% (n=167) à souhaiter recevoir un guide pratique pour les aider à prendre en charge leurs patients douloureux.

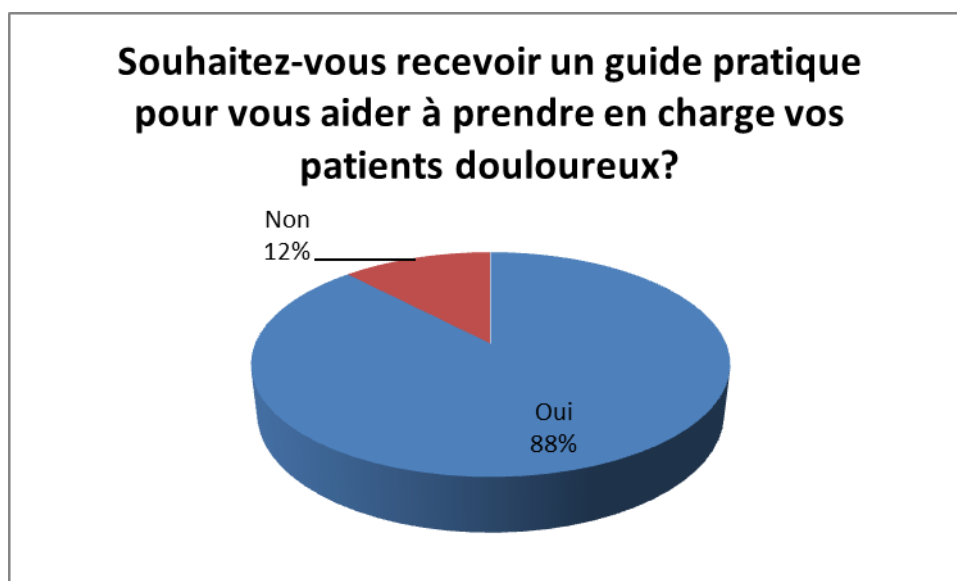


Figure 18 - Médecins généralistes souhaitant recevoir un guide pratique

III- Discussion

1) Objectifs de l'étude

Cette étude nous a permis de mieux connaître les habitudes de prescription de morphiniques concernant les patients âgés de plus de 75 ans, chez les médecins généralistes, en ambulatoire. Nous avons pu recenser de manière assez précise les besoins des médecins généralistes et nous allons pouvoir orienter d'éventuelles actions de formation. Nous avons pu répertorier les thèmes, modes et outils de formation, souhaités par les 190 médecins généralistes interrogés.

2) Limites et forces de l'étude

2.1 : Limites de l'étude

Ce type d'étude présente un biais de sélection évident: la population étudiée se basait sur le volontariat. Les participants étaient donc probablement des médecins intéressés par la problématique étudiée.

Les modalités d'envoi du questionnaire excluaient de l'étude: tout médecin généraliste n'ayant pas de mails ou matériel informatique; pour les médecins généralistes de Maine et

Loire et de Mayenne, ceux qui n'ont pas transmis leurs coordonnées au CDOM; nous avons un autre biais de recrutement pour les médecins généralistes de Sarthe. En effet, nous avons pu obtenir uniquement les adresses mail des maîtres de stage universitaire de ce département.

Le choix de l'outil internet google drive® était un facteur limitant pour les médecins généralistes qui pouvait supposer un manque de confidentialité et de sécurité des données. Nous avons également noté un risque de doublon avec google drive®: les médecins généralistes avaient en effet la possibilité de répondre plusieurs fois au questionnaire.

Après une relecture des résultats, nous avons constaté que les formulations de certaines questions n'étaient pas adaptées car elles ne permettaient pas, au final, de répondre aux problématiques envisagées initialement. L'intitulé de la question concernant les rotations de palier 2 aurait dû être mieux formulé, en définissant le mot rotation ou en précisant que le patient avait déjà bénéficié d'un antalgique de palier 2. De ce fait, nous avons décidé de ne pas exploiter la totalité des résultats pour ces questions.

2.2 : Forces de l'étude

190 médecins généralistes ont répondu à notre questionnaire (31,7%). La prise en charge de la douleur des personnes âgées semble intéresser fortement les médecins généralistes de Sarthe, Mayenne et Maine-et-Loire.

La population étudiée est variée et hétérogène:

- La moyenne d'âge des médecins généralistes lors du dernier rapport du conseil de l'Ordre en 2013, était de 51ans en Maine-et-Loire, 52ans en Mayenne et 54ans en Sarthe. Or, 49% des répondants sont âgés de 50 ans ou plus, dans notre étude.
- Nous comptons plus d'hommes (58%) que de femmes (42%). D'après le même rapport du Conseil de l'Ordre sur la démographie médicale, le sex ratio était de 40% pour les femmes en 2013 dans les trois départements étudiés, il y a deux ans.
- De même, nous retrouvons une bonne répartition concernant l'année de début d'internat : 55% des médecins l'ont débuté en 1994 ou avant contre 45% après 1994.

3) Etat des lieux des pratiques

3.1 : Des améliorations notables...

Afin d'avoir une vision d'ensemble des usages de morphiniques par les médecins généralistes, ont été abordés dans ce travail les cinq types de douleurs répertoriées dans l'étude de Françoise Bérout publiée en 2010 et intitulée « douleur et personne âgée » (11) : douleur cancéreuse, douleur induite par les soins, douleur et fin de vie, douleur ostéo-articulaire et douleur neuropathique.

61% des médecins pouvaient ainsi prescrire sans difficulté des opioïdes de palier 3 chez les patients âgés de plus de 75 ans en fin de vie. Ceci confirmait ce que présentait une étude publiée dans la revue douleur en 2007 (12): «Si la prescription d'opioïdes nécessite d'être expliquée, elle effraie moins le médecin généraliste qu'il y a 10 ans.» De même, un article paru dans la revue médecine palliative en 2011(8) rapportait que 98% des médecins généralistes utilisaient facilement les morphiniques lorsque les antalgiques de palier 1 et 2 ne sont plus efficaces, chez des patients douloureux en situation palliative.

De même, la majorité des médecins interrogés dans le cadre d'accès paroxystiques du cancer, chez des patients déjà traités par des opioïdes, semblaient maîtriser les adaptations thérapeutiques. Avant d'adresser un patient âgé cancéreux aux urgences, selon les recommandations de l'Association européenne de soins palliatifs (EAPC) de 2012 (13), le médecin généraliste pouvait tenter de soulager une douleur cancéreuse légère à modérée, avec des opioïdes forts d'emblée, sans effets indésirables majeurs. Enfin, d'après les recommandations de l'HAS publiées en 2014 (14), les médecins pouvaient prescrire des opioïdes d'action rapide par voie trans-muqueuse en cas d'accès douloureux paroxystiques du cancer.

Les professionnels de santé interrogés en nette majorité prescrivaient de la morphine en cas de douleur nociceptive intense récente ($EVA > 6/10$), chez un patient de plus de 75ans sans antécédent particulier. Les chiffres d'échelle d'évaluation de la douleur au-delà desquelles il était permis de définir le palier 3 de la douleur et donc l'indication des morphiniques de palier 3, variaient selon les études. Le palier 3 se définissait le plus souvent

par une échelle supérieure à 7/10. Cependant, les échelles d'évaluation de la douleur sont de plus en plus discutées, comme l'ont montré une étude de 2014 (15) et un article encore plus récent datant d'octobre 2015 (16). L'introduction directe d'un palier 3 avec une EVA supérieure à 6 ou 7/10 n'est que théorique en ville. Plus de la moitié des médecins ont répondu « *parfois* », terme qui pouvait être interprété comme une adaptation à la situation et non à une échelle d'évaluation. D'après le même article d'octobre 2015 (16), les professionnels de santé peuvent introduire des morphiniques devant une douleur intense récente chez une personne âgée, mais doivent s'adapter à sa fragilité et mesurer la balance bénéfice-risque. Nous pouvions également supposer l'utilisation d'un palier 2 en première intention par les médecins généralistes dans une telle situation. Il aurait été intéressant d'interroger les médecins en parallèle, sur leurs pratiques de prescription d'antalgiques de palier 2 dans cette même tranche d'âge afin de déterminer si ceux-ci étaient prescrits plus librement dans un contexte d'âge avancé.

3.2 : Mais persistent des réticences

Dans notre étude, il reste un quart des médecins interrogés qui ne prescrivent que rarement ou jamais de morphiniques en cas de douleur nociceptive intense récente. Or, d'après les recommandations de l'HAS de 2000, les opioïdes dont la morphine pouvaient être prescrits en première intention pour les douleurs intenses nociceptives(17). Nous pouvons supposer qu'une partie des médecins de ville ont encore des réticences à prescrire des morphiniques de palier 3 avec pour possible conséquence que certains patients de plus de 75 ans ne soient pas totalement soulagés dans les situations citées précédemment. D'après une étude de 2010 intitulée « douleur et gériatrie »(18), les personnes âgées pouvaient être sujets à une sous-estimation de leur douleur et « il ne fallait pas hésiter à utiliser des opioïdes chez des patients âgés de plus de 75ans dès le stade de douleur modérée, en appliquant les règles de prescription adaptée. »

Par ailleurs, 56% des médecins réalisaient au moins une rotation de palier 2 avant d'utiliser ou non des morphiniques de palier 3, pour soulager un patient âgé de plus de 75 ans présentant des douleurs nociceptives récentes de forte intensité. 28% font deux rotations voir plus dans cette même situation. Ces éléments nous permettent également de supposer une sous-utilisation de la morphine dans des situations de douleurs aiguës. Nos résultats montrent

que les médecins généralistes qui effectuaient deux rotations ou plus de palier 2 étaient les mêmes que ceux qui ne prescrivait pas de morphiniques dans les situations de douleurs aiguës chez des patients sans antécédent particulier. De même, nous avons démontré de manière significative que les médecins effectuant aucune ou une seule rotation de palier 2, prescrivait plus régulièrement des morphiniques de palier 3 dans la même situation clinique.

3.3 : Une sous-utilisation des morphiniques pour anticiper les douleurs liées aux soins

Il apparaît que les médecins généralistes sont moins sensibilisés à la prise en charge des douleurs liées aux soins chez les patients âgés de plus de 75 ans. En effet, ils sont seulement 29% à prescrire souvent ou toujours des morphiniques de palier 3 pour limiter les douleurs liées aux soins. Pourtant, dans l'article « la douleur aiguë chez le sujet âgé aux urgences »(19), nous retrouvions déjà parmi les situations aiguës douloureuses fréquentes évoquées, les douleurs générées lors des soins. Une seconde étude de 2008 (20) rappelait également qu'il était essentiel de prévenir les douleurs provoquées par les actes de soins ou par les actes de la vie quotidienne. Une autre étude de 2008 « douleurs induites par les soins chez les personnes âgées » (21) rapportait une reconnaissance insuffisante de la douleur du fait des troubles d'expression de la douleur et des causes déclenchantes dans cette population. Par ailleurs, dès 2010, l'étude « douleur et gériatrie »(18) préconisait l'usage d'interdoses d'opioïdes pour anticiper les douleurs liées aux soins dans la population âgée. De même, un article paru dans la revue douleur en 2008 (22) estimait les prémédications fixes à 14% pour les actes de nursing et à 36% pour les pansements. Le programme du deuxième plan douleur 2002-2005 (23) comprenait l'amélioration de la prise en charge des douleurs provoquées par les soins.

D'après une thèse d'exercice de 2013 qui évaluait le contenu des enseignements de médecine générale(24), un enseignement dédié à la douleur destiné aux internes de médecine générale, existait dans 52% des DMG. Mais, toujours dans cette thèse, la douleur induite par les soins n'était jamais mentionnée dans les modules de formation initiaux, d'après les enseignements de médecine générale interrogés. Les programmes de formation sur la douleur

n'intègrent pas toujours non plus de modules destinés à la douleur induite par les soins, ce qui peut expliquer le faible taux d'utilisation des morphiniques avant les soins.

Les dernières recommandations de l'HAS «Evaluation et prise en charge thérapeutique chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale»⁽¹⁷⁾ qui autorisaient précisément la prescription de morphine dans ce type de situation dataient de 2000. Nous n'avons pas retrouvé de nouvelles recommandations sur les douleurs induites dans la littérature hormis pour les douleurs post-opératoires. Il aurait été intéressant d'interroger plus précisément les médecins généralistes sur leurs connaissances de ces recommandations.

3.4 : Connaissances des recommandations sur la prise en charge de la douleur

Dans une étude de 2006 « les professionnels de santé et la prise en charge de la douleur », les médecins interrogés ont souhaité connaître les recommandations des professionnels pour la prise en charge de la douleur. Dans notre étude, nous avons tenté d'inciter les répondants à s'intéresser à leur tour aux recommandations, au travers de notre questionnaire, en les interrogeant sur leurs connaissances des principales recommandations existantes.

Les recommandations les plus connues par les médecins généralistes de Sarthe, Mayenne et Maine-et-Loire sont : la gestion d'une douleur cancéreuse (47%), la prise en charge d'une douleur aigüe en fonction des paliers de l'OMS (46%) et les recommandations de Limoges avec les indications des morphiniques chez les patients douloureux chroniques (42%). Les moins connues sur lesquelles nous pourrions travailler à l'avenir, étaient les recommandations sur la prise en charge d'une douleur neuropathique (42%) et les recommandations HAS pour gérer une crise arthrosique (37%) que nous avons déjà citée précédemment. Ces résultats nous semblaient positifs puisque quatre des cinq recommandations étaient connues par plus de 40% des médecins interrogés dans notre étude.

Dans les cahiers de gérontologie d'avril 2014, d'après Pickering (5), l'utilisation des opioïdes forts pour la prise en charge de l'arthrose et des douleurs chroniques non cancéreuses

a augmenté. Nous avons ainsi interrogé les médecins généralistes sur leur niveau de connaissances, en particulier les recommandations de l'HAS qui datent de 2014 (25) sur la conduite à tenir en cas de crise arthrosique aiguë. Ils étaient plus d'un tiers de médecins à les connaître. Il nous paraissait ensuite pertinent de poser une question plus pratique aux médecins généralistes. Nous avons choisi de les interroger sur leurs habitudes de prescription en cas de crise aiguë arthrosique. Toujours d'après Pickering (5), l'arthrose est la pathologie la plus fréquente et la plus handicapante chez le sujet âgé. De plus, « un patient arthrosique sur cinq rapporte un mauvais soulagement de la douleur avec moins d'une dose par jour de médicament ». Dans notre étude, en cas de résistance au tramadol associé à un AINS, les médecins généralistes ont répondu à 40% qu'ils utilisaient en seconde intention des morphiniques de palier 3, comme le recommandait l'arbre décisionnel d'une étude de 2008 (26). 29% ont proposé une infiltration de corticoïdes, comme le préconisait le dernier focus de l'HAS de 2014 (25).

Parmi les professionnels de santé interrogés, ils étaient 42% à connaître les recommandations concernant la prise en charge d'une douleur neuropathique paroxystique. Cependant, ils étaient nombreux à prescrire des morphiniques de palier 3 dans cette situation clinique. D'après les recommandations de l'ANAES de 2000, sur « l'évaluation et la prise en charge thérapeutique de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale »(17), les principaux antalgiques à utiliser en cas de douleurs neuropathiques chez la personne âgée étaient les anti-épileptiques comme la gabapentine et la carbamazépine. Seuls 37% des médecins les prescrivaient en première intention dans notre étude. Les antidépresseurs comme l'amitriptyline étaient également recommandés par l'ANAES, en veillant aux effets anti-cholinergiques. 11% des médecins interrogés en prescrivaient en premier lieu devant une douleur neuropathique chez le sujet âgé. La formation à la gestion d'une douleur neuropathique paroxystique reste donc un des principaux axes à travailler à l'avenir. La dernière journée de formation organisée par le réseau de la douleur de l'Ouest (REDO) était sur ce thème en mars 2015, à Angers.

Par ailleurs, ils sont 28% des médecins interrogés à avoir prescrit des morphiniques hors AMM et 30% à ne pas savoir qu'ils ont prescrit ces produits hors AMM. Parmi ceux qui ont pu exprimer une réponse, les médecins âgés de 50 ans ou plus estiment de manière significative, prescrire davantage de morphine hors AMM que les médecins de moins de 50

ans. Ce résultat pouvait s'expliquer à la fois par la crainte des jeunes médecins de prescrire des morphiniques et par l'expérience des plus de 50 ans qui savent adapter leur prise en charge. D'après l'étude de 2013 « Quelles sont les difficultés de prise en charge du patient douloureux éprouvées par les médecins généralistes »(2), les difficultés liées aux AMM font parties des freins à la prescription des morphiniques. *Dans la prescription des morphiniques de courte durée, les médecins étaient ainsi confrontés à l'AMM parfois limitée aux douleurs cancéreuses.*

4) Limites et freins à la prescription de morphiniques

Dans notre étude, 86% des médecins généralistes interrogés ont une bonne ou très bonne image des morphiniques quelle que soit la tranche d'âge, contrairement à une étude de 2011 (9) où patients et médecins ont une mauvaise image globale des morphiniques. Dans la thèse de 2013 de Dubois « Morphine et médecins généralistes »(6), on retrouvait en revanche des chiffres comparables avec 85% des médecins généralistes qui ont une opinion favorable pour la morphine ainsi que dans l'article «le médecin généraliste et les douleurs d'origine cancéreuse» (12) de 2007.

Dans une enquête réalisée dans le Calvados (6), l'âge était un frein à la prescription de morphiniques ; seulement 10% des répondants dans notre étude ont estimé à leur tour que l'âge est un frein. Dans une étude de 2011(4), 73% des médecins considéraient que la gestion des effets secondaires était un frein à la prescription contre 83% dans notre étude. Dans cette même étude, 20,5% des professionnels citaient le surdosage comme étant un frein à la prescription, contre 43% dans notre étude.

Le surdosage de morphine qui a également fait l'objet d'une question, se définit comme un évènement grave dont les symptômes sont l'apparition dans un premier temps d'un état de somnolence, d'hypothermie et d'hypotension, et dans un second temps d'une dépression respiratoire. Les cas les plus sévères peuvent mener au coma et au décès. On utilise le NARCAN (antidote de la morphine) en cas de dépression respiratoire secondaire à un surdosage en morphine. Les médecins généralistes sont 46% à avoir déjà été confrontés à un surdosage en morphinique en ambulatoire, chez un patient dont ils étaient le médecin traitant. Au vu des résultats qui nous semblent très élevés, nous pouvons supposer que pour les

personnes interrogées dans notre étude, la définition du surdosage devait comprendre parfois les effets secondaires récurrents tels que les signes digestifs ou un simple état de somnolence.

L'âge du patient, le manque de formation et le manque de temps n'étaient plus considérés en 2015 comme les principaux freins à la prescription de morphinique, contrairement à une enquête de 2002 sur la prise en charge de la douleur et les besoins en formation en médecine générale (7). Ainsi, notre étude confirme que les médecins généralistes sont plus à l'aise pour prescrire des morphiniques qu'il y a 13 ans.

Les trois principaux freins à la prescription de morphiniques de palier 3 étaient: les effets secondaires, les comorbidités et la poly médication avec les interactions médicamenteuses. Dans les cahiers de gérontologie d'avril 2014, nous avons retrouvé dans l'article de Pickering (5), les mêmes « facteurs limitant liés à l'âge affectant la sécurité et l'efficacité du traitement antalgique : la fréquence des comorbidités, la poly-médication et les interactions médicamenteuses ». Sebag-Lanoé (27) conseillait d'introduire la morphine à faible dose chez les personnes âgées et d'adapter ensuite progressivement les doses suivant l'antalgie obtenue, tout en prévenant une accumulation en cas d'insuffisance rénale.

Ainsi en premier lieu, en 2015, les principaux freins à la prescription sont les contraintes cliniques. Ces résultats semblent adaptés car ils sont de l'ordre du sens clinique du médecin généraliste et de la connaissance du patient. En second lieu, il est intéressant de noter que les contraintes organisationnelles et de formation ne sont plus au premier plan, d'après notre étude.

5) La question du bilan pré-thérapeutique

Comme pour tout traitement, le Vidal nous rappelait les précautions d'emploi concernant la prescription de morphiniques de palier 3. Les recommandations étaient l'adaptation des posologies voir l'arrêt complet et immédiat du traitement en cas d'insuffisances rénale ou hépatique, en particulier chez les personnes âgées.

De plus, dans l'étude EPIDOL de 2005 (28), deux tiers des patients traités par morphiniques avaient une comorbidité de type insuffisances rénale, hépatique ou respiratoire.

Enfin, Sebag-Lanoé (27) nous rappelait que certaines pathologies pouvaient augmenter le risque iatrogène comme les insuffisances rénale et respiratoire. Nous pouvions donc réaliser un bilan rénal et hépatique avant de prescrire des morphiniques de palier 3 chez des patients âgés de plus de 75 ans sans antécédent, ni bilan biologique récent.

Dans notre étude, seuls 19% des médecins généralistes réalisent un bilan pré-thérapeutique, chiffres similaires à une étude de 2011 (4). Parmi les médecins qui réalisaient ce bilan, 46% prescrivaient un bilan rénal et 27% un bilan hépatique, soit respectivement 13% (n=24) et 7% (n=14) de la population étudiée. La réalisation d'un bilan biologique serait donc un objectif à développer en médecine de ville afin de sécuriser et d'augmenter les prescriptions de morphine, tout en respectant les recommandations.

6) Formation : acquis, besoins et attentes

6.1 : Le niveau de formation

Bien que depuis 1994, la formation à la prise en charge de la douleur soit théoriquement intégrée en formation initiale, la commission de réflexion sur la fin de vie (commission SICARD) (29) estimait en 2012 que 80% de l'ensemble des médecins n'avait reçu aucune formation à la prise en charge de la douleur. En 2005, l'étude EPIDOL relevait qu'un médecin sur deux avait reçu une formation spécifique de la prise en charge de la douleur en médecine générale. Il existe donc dans la littérature des variations importantes.

Dans notre étude limitée aux départements de Mayenne, Sarthe et Maine-et-Loire, les médecins généralistes étaient 67% à avoir bénéficié de cette formation, depuis qu'ils exercent la médecine. On pouvait donc conclure à une amélioration globale de la formation à la prise en charge de la douleur en ambulatoire en terme de quantité, depuis une dizaine d'années, si l'on se réfère à l'étude EPIDOL. Cependant, toujours d'après notre étude, les médecins généralistes ayant débuté leur internat avant 1994, étaient significativement plus nombreux à avoir bénéficié d'une formation à la prise en charge de la douleur des patients âgés que leurs collègues formés après 1994. Nous pouvions expliquer cela par leur expérience et le nombre de propositions de formations reçues durant leur vie professionnelle.

Dans une étude de 2008 portant sur la prise en charge de la douleur et les besoins en formation en médecine générale (7), 44% des professionnels étaient insatisfaits de leur formation. En revanche, dans notre étude, parmi les médecins ayant bénéficié d'une formation, 90% en étaient satisfaits. On pouvait donc évoquer des progrès en termes de qualité de formation à la prise en charge de la douleur en ambulatoire, même s'il existe des possibles spécificités locales.

6.2 : Les progrès suite à la loi de 1995

Depuis la loi du 4 février 1995, les établissements de santé «mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent». Les centres hospitaliers et universitaires assurent, à cet égard, la formation initiale des médecins et la diffusion des connaissances acquises en vue de permettre la réalisation de cet objectif en ville comme dans les établissements.

Nous avons pu vérifier que cette loi a permis d'améliorer la formation des médecins généralistes en définissant une population ayant débuté leur internat avant 1994 et après 1994. Ainsi, il apparaît que les médecins ayant débuté leur internat après 1994, sont plus de 75% à déclarer avoir bénéficié d'une formation à la prise en charge de la douleur en formation initiale.

L'impact de la parution d'un texte législatif est donc majeur et la nécessité d'une prise de conscience des pouvoirs publics se révèle primordial. Pour se faire, on peut supposer que les études épidémiologiques concernant les patients sont particulièrement nécessaires, la douleur étant définie selon IASP, comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable » (30). Le patient est en effet le mieux placé pour en faire le diagnostic.

Pour les étudiants de deuxième cycle des études de médecine, l'unité d'enseignement n°5 (31) comprend désormais un quatrième item intitulé « douleur et santé mentale », suite à la réforme de l'ECNI en 2016. Le rapport du dernier plan douleur préconisait l'intégration d'un enseignement obligatoire sur la prise en charge de la douleur au sein des DES (Diplôme d'Etudes Supérieures). (3) Or, en 2013, seulement 19% des DMG (Département de Médecine

Générale) ont rendu obligatoire cet enseignement (24). A Angers, aucun cours sur la douleur n'est actuellement proposé aux internes de médecine générale.

6.3 : Les attentes et propositions des médecins généralistes, retrouvées au sein de précédentes études

Les outils de formation

Dans une thèse d'Elodie Dubois réalisée dans le Calvados (6), les médecins généralistes proposaient de développer le contact avec le référent douleur. Nous avons ainsi construit des sous-populations en interrogeant les médecins généralistes sur la distance séparant leur cabinet d'un algologue référent. Nous avons donc pu établir deux sous-groupes équivalents entre les médecins situés à plus de 20km d'un référent douleur et ceux situés à moins de 20km. Cela nous a permis de rechercher d'éventuelles différences de besoins selon le taux d'éloignement du référent douleur.

L'idée de proposer, parmi les outils de formation à développer à l'avenir, une permanence téléphonique a été soumise aux médecins interrogés : un peu plus de la moitié (57%) l'ont approuvée. Le département de l'Isère avait d'ailleurs déjà mis en place un numéro vert d'algovigilance en 2002, afin d'apporter une réponse concrète et en temps réel pour la mise en place d'une thérapeutique antalgique. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de retour sur ALGI 38 ne semble plus actif dans le département de l'Isère. Il serait bien de les contacter Dans notre étude, nous avons démontré qu'il n'y a pas de différence significative pour les demandes de permanence téléphonique quelle que soit la distance entre le cabinet et le médecin référent. Il serait cependant pertinent dans une prochaine étude d'interroger les patients qui pourraient exprimer les difficultés rencontrées par le manque de proximité avec un référent douleur, contrairement au médecin traitant qui pouvait créer un premier contact par téléphone avec ce dernier. La question d'un frein à la prise en charge optimale de la douleur liée à la distance aurait méritée d'être posée directement au patient.

Dans une étude qualitative de mars 2011 qui s'intitulait « état des lieux de la prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes » (8) une des principales attentes des médecins généralistes était, une nouvelle fois, d'améliorer le contact avec le référent hospitalier. Parmi les médecins interrogés, nous avons également retrouvé une

proposition de stages en USP et EMSP, validée par seulement 34% des répondants à notre étude de 2015. Ces propositions sont forcément difficiles à mettre en œuvre car très chronophage.

Dans une thèse de 2013 (6), nous avons retrouvé l'idée d'envoyer une brochure avec les coordonnées des correspondants de la région, joignables en cas de difficultés. Dans la même thèse, les médecins ont également proposé qu'un guide leur soit envoyé, pour mieux connaître les thérapeutiques et adresser au mieux un patient au centre de la douleur ou auprès d'un spécialiste d'organe. Nous avons repris ces deux propositions dans notre étude: il en ressortait que la majorité (64%) des médecins interrogés étaient demandeurs d'un guide de bonnes pratiques comprenant les indications pour adresser un patient auprès d'un centre de la douleur ou auprès d'un spécialiste d'organe. De plus, 68% des médecins généralistes étaient favorables à l'idée de bénéficier d'une brochure avec les coordonnées des correspondants de la région, joignables en cas de difficultés. L'outil de formation dont les médecins généralistes étaient le plus demandeurs restait le site internet informatif, pour 81% d'entre eux. Nous pouvons donc rappeler qu'il existe déjà le site REDO : Réseau de la douleur de l'ouest (32), disponible dans les trois départements étudiés.

Une proposition supplémentaire aurait pu être faite. Il s'agit de la lecture de revues médicales qui aurait pu répondre aux attentes des médecins généralistes.

Thèmes de formations

Dans notre étude, les médecins étaient demandeurs d'une formation sur la prise en charge de la douleur à 75%.

Toujours dans une thèse publiée en 2013(2), les médecins généralistes exprimaient une volonté de formation aux nouveaux traitements et thérapies paramédicales. Dans notre questionnaire, ils étaient 71% à être potentiellement intéressés par une formation sur la prescription d'antalgiques.

Modes de formation

Les deux modes de formation que les médecins généralistes ont plébiscités étaient les soirées FMC et les journées « douleur ». En revanche, seuls 39% étaient demandeurs de formation en ligne et 17% d'une formation diplômante, comme un diplôme universitaire. Les moins de 50 ans étaient significativement plus nombreux à privilégier des journées de formation douleur. Le REDO(32) organise déjà dans les Pays de la Loire des journées de formation à un rythme régulier.

Enfin, les médecins généralistes étaient 88% à souhaiter recevoir un guide pratique pour les aider à prendre en charge leurs patients douloureux.

IV- Perspectives et conclusion

Les résultats de notre étude se révèlent positifs concernant la prise en charge de la douleur en médecine ambulatoire et vont dans le sens des progrès observés concernant l'usage des opioïdes relevés dans la littérature depuis quelques années. Concernant la population de personnes âgées étudiée sur les 3 départements, les médecins se montrent notamment plus à l'aise avec les patients en fin de vie ou atteints d'une pathologie cancéreuse. Autre point positif, les recommandations sur la prise en charge de la douleur des sujets âgés étaient relativement bien connues en médecine de ville, même si seulement une minorité des médecins respectait avec certitude l'AMM pour la prescription de morphiniques.

Les douleurs aiguës intenses des patients âgés mériteraient d'être davantage considérées de même que les douleurs induites par les soins. Cette dernière problématique est très peu abordée en modules de formation que ce soit en formation initiale ou continue. Une manière intéressante d'aborder la problématique de la douleur chez la personne âgées (liée ou non aux soins) pourrait être de réaliser une étude au sein des EHPAD de Sarthe, Mayenne et Maine et Loire en croisant le ressenti douloureux des patients, des personnels soignants, essentiels auprès de personnes âgées pouvant présenter des troubles cognitifs et de l'expression, et des médecins prescripteurs. Des études de ce type ont été réalisées dans le Finistère et ont révélés une prévalence importante de la douleur en EHPAD (33). Près de la moitié des résidents était douloureux (Echelle verbale simple ou Algoplus). Concernant les prescriptions d'opioïdes, nous pourrions comparer les résultats à ceux de notre étude réalisée en médecine de ville.

D'après notre étude, il semble également que les médecins généralistes soient mieux formés qu'il y a quelques années. Ces derniers étaient majoritairement demandeurs que des formations sur la prescription d'antalgiques et la prise en charge de la douleur leur soient proposées. Nous pourrions également organiser des temps de formation concernant les deux thématiques pour lesquels notre étude relève un moins bonne maîtrise de la part des médecins : les douleurs neuropathiques et les douleurs liées aux soins chez les personnes âgées. La formation la plus demandée par la nouvelle génération de médecins généralistes se ferait sur une journée plutôt qu'en soirée. L'outil de formation déjà mis en place dans notre région était le site internet informatif. Une telle démarche semble moins complexe et moins coûteuse qu'une permanence téléphonique. En collaborant avec les structures douleur, les lieux de consultations douleur et les référents douleur des trois départements, nous pourrions envisager de créer à moyen terme, un guide de bonnes pratiques comprenant les indications pour adresser un patient auprès d'un centre de la douleur ou auprès d'un spécialiste d'organe. Une brochure avec les coordonnées des correspondants de la région joignables en cas de difficultés, pourrait également être envisagée. Il s'agirait en effet d'un outil concret simple, pratique et peu coûteux.

Enfin, la loi du 4 février 1995 rendant obligatoire la prise en charge de la douleur, le troisième plan douleur et plus récemment la commission Sicard sont de bons leviers sur lesquels nous pourrions continuer à nous appuyer, pour développer la filière « douleur » dans

les départements de Sarthe, Mayenne et Maine-et-Loire, au-delà des propositions que nous venons d'exprimer.

Cette étude nous donnait donc quelques pistes de réflexion pour accompagner les médecins généralistes et répondre à leur besoin dans la prise en charge des patients douloureux qu'ils suivent dans leur cabinet ou à domicile.

Références bibliographiques

1. Code de la santé publique - Article L710-3-1. Code de la santé publique.
2. Quelles sont les difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique éprouvées par les médecins généralistes? [Internet]. [cited 2015 Apr 15]. Available from: <http://www.theseimg.fr/1/node/238>
3. Ministère de la Santé et des Solidarités. Troisième plan national de lutte contre la douleur [Internet]. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf
4. Zenuch A. Douleur et traitement par antalgiques de palier III chez la personne âgée: enquête auprès de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2011.
5. Pickering G. Douleur, opioïdes et sujet âgé. *cah année gerontol.* 2013 Dec 21;6(1):21–5.
6. DUBOIS E, =Université de Caen. Caen. FRA / com. Morphine et médecins généralistes : résultats d'une enquête dans le Calvados. 2013.
7. Enquête sur la prise en charge de la douleur et les besoins en formation en médecine générale. <http://www.em-premium.com/data/revues/16245687/00030002/69/> [Internet]. 2008 Feb 17 [cited 2015 Apr 15]; Available from: <http://www.em-premium.com/buadistant.univ-angers.fr/article/81931/resultatrecherche/5>
8. Fougère B, Mytych I, Baudemont C, Gautier-Roques E, Montaz L. Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique.* 2012 Apr;11(2):90–7.
9. Clère F. Douleur du cancer : le contexte de prescription affecte l'efficacité de la morphine. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement.* 2011 Apr;12(2):99–100.
10. Vergne-Salle P, Laroche F, Bera-Louville A, Marty M, Javier R-M, Perrot S. Les opioïdes forts dans les douleurs ostéo-articulaires non cancéreuses : revue de la littérature et recommandations pour la pratique clinique : « Les recommandations de Limoges 2010 ». *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement.* 2012 Dec;13(6):259–75.
11. Beroud F. Douleur et personne âgée. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement.* 2010 Oct;11(5):258–65.
12. généralistes C de 53 médecins. Le médecin généraliste et les douleurs d'origine cancéreuse. <http://www.em-premium.com/data/revues/16245687/00080005/313/>

- [Internet]. 2008 Sep 4 [cited 2015 Oct 5]; Available from: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/137516/resultatrecherche/1>
13. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *The Lancet Oncology*. 2012 Feb;13(2):e58–68.
 14. HAS R. Les médicaments des accès douloureux paroxystiques du cancer [Internet]. 2014 juillet [cited 2015 Sep 14]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/acces_douloureux_paroxystiques_-_fiche_bum.pdf
 15. Bertin P. Les paliers de l’OMS : au placard !!! Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2014 Apr;15(2):41–3.
 16. Deleens R, Hadjiat Y. Douleur et opioïdes forts : des recommandations d’experts aux nouvelles réflexions. Du bon usage des opioïdes. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 2015 Oct;16(5):238–45.
 17. HAS R. Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale [Internet]. 2000 Oct. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Douleur_sujet_age_Recos.pdf
 18. Chapiro S, Fallet C. Douleurs et gériatrie. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 2010 Apr;11(6, Supplement 1):H8–10.
 19. Ducassé J-L, Bounes V. La douleur aiguë chez le sujet âgé aux Urgences. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 2008 Mar;9(1):13–6.
 20. Lelièvre N. Analgésie du sujet âgé ? Existe-t-il des règles spécifiques ? *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 2008 Mar;9(1):32–5.
 21. Donnadieu S. Douleurs induites par les soins chez les personnes âgées. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 2008 Mar;9(1):22–7.
 22. Lhuillery D, Cosquéric G. Douleurs induites par les soins : analyse de l’évolution des données d’une enquête annuelle de prévalence de la douleur. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 2008 Jun;9(3):113–7.
 23. Ministère de la Santé et des Solidarités. Deuxième plan national de lutte contre la douleur [Internet]. 2005, 2002. Available from: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf
 24. MIQYASS L. Evaluation du contenu et des modalités d’enseignement de la prise en charge de la douleur en troisième cycle de médecine générale [Internet] [Thèse d’exercice]. Diderot, Paris 7; 2013 [cited 2015 Oct 22]. Available from: <http://theseimg.fr/1/sites/default/files/these%20enseignement%20douleur%20L%20M.pdf>

25. HAS. Prise en charge de l'arthrose. Actualités et publications [Internet]. 2014 Mar 18;(57). Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1725979/fr/prise-en-charge-de-l-arthrose-le-paracetamol-en-premiere-intention-lors-des-cris-es-douloureuses
26. Coutaux A. Traitements antalgiques de l'arthrose. <http://www.em-premium.com/data/revues/16245687/00061-C2/22/> [Internet]. 2008 Feb 17 [cited 2015 Apr 19]; Available from: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/82243/resultatrecherche/3>
27. La douleur chez les malades âgés en fin de vie. http://www.em-premium.com/data/revues/16245687/00020002/65_2/ [Internet]. 2008 Feb 17 [cited 2015 Oct 5]; Available from: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/81854/resultatrecherche/1>
28. Emery C, George B, Gomas J-M, Delfieu D, Mimaud V, Guillon P, et al. Prise en charge de la douleur en médecine générale : l'étude EPIDOL. <http://www.em-premium.com/data/revues/16245687/00060006/366/> [Internet]. 2008 Feb 17 [cited 2015 Apr 15]; Available from: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/82301/resultatrecherche/1>
29. Sicard D. L'insuffisante formation et l'impossible partage des compétences. Comité consultatif national d'Ethique; 2012 décembre. Report No.: Annexe 3.
30. Définition [Internet]. [cited 2015 Oct 26]. Available from: <http://www.sfetd-douleur.org/definition>
31. UE5 : Handicap - Vieillessement - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement [Internet]. Remede.org. [cited 2015 Oct 27]. Available from: <http://www.remede.org/documents/ue5-handicap-vieillessement.html>
32. REDO : Réseau de la douleur de l'ouest [Internet]. [cited 2015 Oct 26]. Available from: <http://www.reseaudouleurouest.com/>
33. Prévalence de la douleur obtenue auprès du résident rapportée au recueil de la douleur au sein du dossier en EHPAD dans le Nord-Finistère [Internet]. [cited 2015 Apr 15]. Available from: <http://theseimg.fr/1/node/123>

Listes des figures et tableaux

Figures

Figure 1 - Tranche d'âge.....	10
	50

Figure 2 - Année de début d'internat	11
Figure 3 - à l'aise avec la prescription de morphiniques chez les patients âgés en fin de vie?.....	12
Figure 4 - Traitement de seconde intention en cas de crise arthrosique modérée à sévère résistante au tramadol + AINS	13
Figure 5 - Médicaments les plus fréquemment prescrits devant une douleur paroxystique de type neuropathique	15
Figure 6 - Médicaments les plus fréquemment prescrits devant une douleur paroxystique de type neuropathique	15
Figure 7 - Médicaments les plus fréquemment prescrits devant une douleur paroxystique de type neuropathique	16
Figure 8- Nombre de rotations d'antalgiques de palier 2 effectué avant d'introduire un antalgique de palier 3.....	19
Figure 9- Prescription de morphiniques hors AMM	22
Figure 10 - Image globale des morphiniques par les médecins généralistes	24
Figure 11 - Principaux freins à la prescription de morphiniques chez des patients de plus de 75ans ...	25
Figure 12 - Cadre dans lequel les médecins généralistes ont bénéficié de leur formation.....	27
Figure 13 - Cadre de formation pour les médecins ayant débuté leur internat avant 1994	28
Figure 14 - Cadre de formation pour les médecins ayant débuté leur internat en 1994 ou après.....	28
Figure 15 - Thèmes de formation	29
Figure 16 - Modes de formation.....	30
Figure 17 - Outils de formation.....	31
Figure 18 - Médecins généralistes souhaitant recevoir un guide pratique.....	32

Tableaux

Tableau I - Distance entre le cabinet du médecin généraliste et le référent douleur le plus proche.....	11
Tableau II- A l'aise avec la majoration des morphiniques chez un patient présentant une exacerbation de douleur chronique cancéreuse?.....	12
Tableau III - Médicaments les plus fréquemment prescrits devant une douleur paroxystique de type neuropathique	14
Tableau V - Connaissances des recommandations sur la prise en charge d'une douleur neuropathique paroxystique selon la classe thérapeutique prescrite en première intention dans cette situation (190 répondants)	17
Tableau VI - Prescription de morphiniques pour limiter les douleurs liées aux soins chez des personnes âgées de plus de 75ans.....	17
Tableau VII - Prescription de morphiniques pour une douleur nociceptive intense récente (EVA>6/10), chez un patient de plus de 75ans sans antécédent particulier	18
Tableau IX - Prescription de morphiniques si douleur nociceptive intense récente en fonction d'un nombre de rotations de palier 2 effectuées	20
Tableau X - Prescription d'un bilan pré-thérapeutique avant d'introduire des morphiniques chez des patients de plus de 75 ans	20
Tableau XI - Bilan pré-thérapeutique prescrit.....	20
Tableau XII - Douleur aigue en fonction des paliers de l'OMS (EVA et échelle numérique)	21

Tableau XIII - Indication des morphiniques chez des patients douloureux chroniques.....	21
Tableau XIV - Prise en charge d'une crise aiguë d'arthrose.....	21
Tableau XV - Gestion d'une douleur cancéreuse.....	22
Tableau XVI - Prise en charge d'une douleur neuropathique	22
Tableau XVII - Prescription de morphiniques hors AMM selon la tranche d'âge des médecins	23
Tableau XIX - Image globale des morphiniques par les médecins généralistes en fonction de la tranche d'âge.....	24
Tableau XX - Formation suivie selon année de début de l'internat	26
Tableau XXI - Demande de permanence téléphonique en fonction de la distance entre le cabinet et le médecin référent	31

Annexes

ANNEXE 1 : LOI n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social

Article L710-3-1 du Code de Santé Publique

Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en oeuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis. Pour les établissements de santé publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement visé à l'article L. 714-11. Pour les établissements de santé privés, ces moyens sont pris en compte par le contrat d'objectifs et de moyens visé aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1.

Les centres hospitaliers et universitaires assurent, à cet égard, la formation initiale et continue des professionnels de santé et diffusent, en liaison avec les autres établissements de santé publics ou privés participant au service public hospitalier, les connaissances acquises, y compris aux équipes soignantes, en vue de permettre la réalisation de ces objectifs en ville comme dans les établissements. Ils favorisent le développement de la recherche.

Les établissements de santé et les établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent passer une convention entre eux pour assurer ces missions.

Les obligations prévues pour les établissements mentionnés au présent article s'appliquent notamment lorsqu'ils accueillent des mineurs, des majeurs protégés par la loi ou des personnes âgées.

ANNEXE 2 : Plan triennal de 2006 : prise en charge de la douleur chez les personnes âgées

Mesure 5 : Développer la formation des professionnels de santé

- Création d'outils de diagnostic pour la médecine de ville. L'Union régionale des médecins libéraux (URML) Ile de France a réalisé en 2002 une étude sur « La prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Ile de France ». L'étude a mis en évidence une difficulté de repérage, de diagnostic, et de prise en charge chez les personnes âgées atteints de polyopathologies, et identifié un impact sur leur qualité de vie. Un groupe de travail a pour mission de définir les outils de diagnostic utilisables en pratique de ville et les promouvoir. Opérateurs : DGS, URML Ile de France et Sociétés savantes Calendrier : 2ème semestre 2006 Coût : 20 000 euros

- Réalisation d'une synthèse des connaissances et un état des lieux sur la prise en charge de la douleur des personnes âgées. Un colloque national a été organisé par la DGS en 2005 au Ministère de la santé, en partenariat avec la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG), en lien avec la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD). Ce colloque a permis de faire le point sur l'état des connaissances, de la recherche, de la prise en charge de la douleur des personnes âgées à l'hôpital, à domicile, et en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les actes du colloque, disponibles sur le site du ministère (www.sante.gouv.fr) seront diffusés aux professionnels et publiés dans des revues scientifiques. Opérateurs : DGS, la SFGG en lien avec la SFETD Calendrier : 1er semestre 2006 Coût : 25 000 euros

- Diffusion d'outils cliniques d'évaluation de la douleur adaptés aux personnes âgées. La SFGG, en lien avec la SFETD, a été chargée de réaliser un état des connaissances, de créer et de diffuser des outils et des grilles d'évaluation de la douleur adaptés spécifiquement à la personne âgée ou très âgée. Cet outil sera intégré dans les outils de formation, et diffusé dans les revues professionnelles. Opérateurs : DGS, SFGG et SFETD Calendrier : diffusion en 2006 Coût : 50 000 euros

OBJECTIF 3 : AMELIORER LE REPERAGE, L'EVALUATION, LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR DES PERSONNES AGEES. 18

- Réalisation et diffusion d'un outil de formation. La SFGG en partenariat avec la SFETD est chargée par la DGS de réaliser un outil regroupant l'ensemble des connaissances nécessaires à la prise en charge de la douleur des personnes âgées. A partir de cet outil, seront organisées des formations destinées aux membres des comités de lutte contre la douleur (CLUD), aux professionnels des consultations douleur. Cette formation comprendra 8 sessions

interrégionales. Il s'agit d'une formation de perfectionnement où l'échange des savoirs et des pratiques se fera sur la base de l'expérience déjà acquise et sur la promotion des nouveaux outils adaptés à la personne âgée. Les CLUD seront ensuite chargées de sa diffusion auprès des professionnels de soins (équipes gériatriques, service de soins à domicile, service d'accueil et d'urgence, unités et consultations de lutte contre la douleur, organismes de formation). Opérateurs : DGS, SFGG et SFETD Calendrier : Tout au long de l'année 2006 Coût : 1 million d'euros

- Intégration de formations « douleur et personnes âgées » et « douleur et personnes handicapées » dans le programme de l'association nationale de la formation hospitalière (ANFH), à l'attention des professionnels paramédicaux. Opérateur : ANFH Calendrier : Circulaire 2006 pour les axes prioritaires de formation 2007 Coût : Absence de surcoût

- Réalisation d'une version révisée du guide « Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». Cette deuxième version insistera sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur des personnes âgées hébergées en EHPAD pour aider l'ensemble des professionnels à développer une prise en charge globale axée sur la prévention de la dépendance et l'amélioration de la qualité de vie de la personne âgée. Opérateurs : DGS, Direction générale de l'action sociale (DGAS), SFGG et SFETD Calendrier : 2ème semestre 2006 Coût : 30 000 euros Mesure 6 : Lutter contre les freins qui limitent la prise en charge de la douleur

- Réalisation d'une étude pour connaître les freins à la prise en charge des douleurs des personnes âgées à domicile. Cette enquête apprécie les connaissances des soignants, leurs pratiques et perception de la douleur de la personne âgée qu'il s'agisse de douleurs chroniques ou induites par les actes de soins ou de la vie quotidienne. Cette étude porte également sur les connaissances, la perception, la conduite (recours, automédication) de la 19 personne âgée face à la douleur ainsi que son retentissement sur sa vie quotidienne. Opérateur : DREES en lien avec la DGS Calendrier : Publication au début du 2ème trimestre 2006 Coût : 40 000 euros

- Création d'un module d'aide à la prescription médicamenteuse, pour les personnes âgées, interfaçable avec les logiciels de prescription des professionnels de santé. Il permettra de tenir compte des principales caractéristiques physiologiques de la personne âgée, des données disponibles sur l'efficacité et la tolérance de chacun des médicaments en gériatrie et des

interactions médicamenteuses possibles afin de mieux évaluer le rapport bénéfice/risque de la prescription. Opérateurs : AFSSAPS, Pr Joël Belmin (gériatre à l' Hôpital Charles Foix), et Sociétés savantes Calendrier : 2006 Coût: 20 000 euros

ANNEXE 3 : Liste des morphiniques et dérivés

*Antalgiques de palier III : morphine orale à libération immédiate

- ACTISKENAN
- ORAMORPH
- SEVREDOL

*Antalgiques de palier III : morphine orale à libération prolongée

- MOSCONTIN
- SKENAN

*Antalgiques de palier III : morphine par voie injectable

- MORPHINE AGUETTANT
- MORPHINE COOPER
- MORPHINE LAVOISIER

Les dérivés de la morphine

Il s'agit de molécules apparentées à la morphine, dont le mécanisme d'action est proche : elles agissent plus ou moins sur les mêmes récepteurs. Le fentanyl est cent fois plus puissant que la morphine. On l'administre par des dispositifs transcutanés (patch) qui diffusent la substance pendant 72 heures, ou bien, pour obtenir un effet rapide, par diffusion à travers la paroi interne (muqueuse) de la bouche ou du nez.

-L'hydromorphone a une durée d'action de douze heures et est indiquée pour soulager les douleurs intenses lorsque la morphine ne suffit pas ou est mal tolérée.

-L'oxycodone est aussi puissante que la morphine. Elle est utilisée pour les douleurs rebelles notamment d'origine cancéreuse.

-La buprénorphine est trente fois plus puissante que la morphine. Elle surtout administrée par voie sublinguale, en deux à trois prises par jour, et évite les nausées et vomissements qui peuvent survenir avec la morphine.

-La nalbuphine est deux fois plus puissante que la morphine. Elle est administrée en injections dans les douleurs aiguës et agit pendant deux à quatre heures.

-La péthidine (Péthidine Renaudin) est un dérivé de la morphine qui a un effet antispasmodique. Elle est utilisée en injection dans les douleurs viscérales et lors des accouchements.

ANNEXE 4 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes

Usage des morphiniques de pallier 3 en 2015, par les médecins généralistes, chez les patients de plus de 75 ans: étude de la pratique ambulatoire des médecins généralistes en Sarthe, Mayenne et Maine et Loire.

Dans ce questionnaire, nous entendons par morphiniques : les morphiniques de pallier 3, ses dérivés, et tout type de morphiniques (oxycodone, fentanyl, etc). En revanche, la codéine n'en fait pas parti.

Nous entendons par douleur dans ce questionnaire, la douleur d'apparition récente de forte intensité et l'exacerbation de douleur chronique.

DONNEES SOCIO-PROFESSIONNELLES

1) Vous êtes : * _

- ☐ Une femme
- ☐ Un homme

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? * _Une seule réponse possible

- ☐ Moins de 40 ans
- ☐ Entre 40 et 50 ans
- ☐ 50 ans et +

3) En quelle année avez-vous débuté votre internat ? * _Une seule réponse possible

- ☐ Avant 1980
- ☐ Entre 1980 et 1994
- ☐ Après 1994

4) A quelle distance de votre cabinet se situe le référent douleur le plus proche?* _Réfèrent = spécialiste de la douleur (algologue).

- ☐ Moins de 20km
- ☐ Entre 20 et 50km
- ☐ Entre 50 et 100km
- ☐ 100km et +

ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES

concernant la prescription de morphiniques et la prise en charge de la douleur chez des patients de plus de 75 ans en médecine de ville.

5) Etes-vous à l'aise avec la prescription de morphiniques de pallier 3 chez des patients en fin de vie de plus de 75ans ?* _une seule réponse possible

- ☐ Pas du tout à l'aise
- ☐ Modérément
- ☐ Moyennement
- ☐ Plutôt à l'aise
- ☐ Très à l'aise

6) Quelle est votre conduite habituelle chez un patient cancéreux de plus de 75 ans présentant une exacerbation de douleur chronique cancéreuse avec un traitement morphinique déjà en place? * _Une seule réponse possible

- ☐ Je majore le traitement. Je suis à l'aise avec les posologies et la prévention des effets secondaires
- ☐ Je majore le traitement sans être sûr(e) de moi
- ☐ Je contacte un collègue pour m'aider
- ☐ Je laisse le traitement aux mêmes doses et je tente d'associer un autre traitement
- ☐ Je n'ai jamais été confronté à cette situation

7) Parmi la liste de traitements ci-dessous, quels sont les 3 médicaments que vous prescrivez le plus fréquemment devant une douleur paroxystique de type neuropathique, chez un patient de plus de 75ans ? (du plus fréquent au moins fréquent)* _Paracétamol, AINS, antalgique de pallier 2, morphinique de pallier 3, anti-épileptique (lyrica, neurontin) et anti-dépresseur (laroxyl, cymbalta)

	Paracétamol	AINS	Antalgique de pallier 2	Morphinique de pallier 3	Anti-épileptique	Anti-dépresseur
Médicament n°1 =	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Médicament n°2 =	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Paracétamol	AINS	Antalgique de pallier 2	Morphinique de pallier 3	Anti- épileptique	Anti- déresseur
Médicament n°3 =	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8) Quel traitement proposez-vous en seconde intention devant une crise arthrosique modérée à sévère résistante au tramadol (pallier 2) associé à un AINS ? *_Une seule réponse possible

- ☐ Codéine
- ☐ Morphiniques de pallier 3
- ☐ Ixprim
- ☐ Infiltration de corticoïdes

9) Prescrivez-vous des morphiniques pour limiter les douleurs liées aux soins chez des personnes âgées de plus de 75ans ? *_une seule réponse possible

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

10) Prescrivez-vous de la morphine pour une douleur nociceptive intense récente (EVA>6/10), chez un patient de plus de 75ans sans antécédent particulier? *_douleur nociceptive = douleur due à une stimulation persistante et excessive des récepteurs périphériques de la douleur : les nocicepteurs. (contexte de cancer mais aussi contextes plus bénins comme l'arthrose ou les maladies inflammatoires)

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

11) Chez un sujet âgé de plus de 75 ans non soulagé, présentant des douleurs nociceptives récentes de forte intensité, combien de rotations d'antalgiques de pallier 2 effectuez-vous avant d'introduire un antalgique de pallier 3? *_une seule réponse possible

- ☐ aucune
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ Plus de 2

12) Prescrivez-vous un bilan pré-thérapeutique avant d'introduire des morphiniques chez des patients de plus de 75 ans? *_une seule réponse possible

- ☐ Oui

- ☐ Non

13) Si oui, lequel? question ouverte

14) Connaissez-vous les recommandations de l'HAS suivantes, concernant la prise en charge de la douleur chez les sujets de plus de 75ans ? *_Plusieurs réponses possibles

	Oui	Non
Douleur aiguë en fonction des palliers de l'OMS (EVA et échelle numérique)	☐	☐
Indication des morphiniques chez des patients douloureux chroniques	☐	☐
Prise en charge d'une crise aiguë d'arthrose	☐	☐
Gestion d'une douleur cancéreuse	☐	☐
Prise en charge d'une douleur neuropathique	☐	☐

15) Estimez-vous prescrire des morphiniques hors AMM ?*_AMM = Autorisation de Mise sur le Marché

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

LIMITES et FREINS à LA PRESCRIPTION DE MORPHINIQUES DE PALLIER 3 chez les patients de plus de 75 ans

16) Avez-vous déjà été confronté à un surdosage en morphinique en ambulatoire, chez un patient dont vous étiez le médecin traitant? *_une seule réponse possible

- ☐ Oui

- ☐ Non

17) Quels sont vos principaux freins à la prescription de morphiniques chez des patients de plus de 75ans? * _plusieurs réponses possibles

	Oui	Non
l'âge du patient	☐	☐
votre expérience personnelle	☐	☐
le ressenti du patient vis-à-vis de la morphine	☐	☐
les comorbidités du patient	☐	☐
les doutes sur l'efficacité du traitement et le risque de résistance au traitement	☐	☐
les difficultés liés à l'entourage	☐	☐
les effets secondaires du traitement	☐	☐
le risque de surdosage	☐	☐
la poly-médication et les interactions médicamenteuses	☐	☐
les difficultés liées aux AMM	☐	☐
le manque de lien avec un centre de référence	☐	☐
le manque de temps	☐	☐
le manque de formation	☐	☐

18) Quelle est votre image globale des morphiniques? * _une seule réponse possible

- ☐ Très bonne
- ☐ Bonne
- ☐ Assez bonne
- ☐ Moyenne
- ☐ Médiocre

FORMATION: ACQUIS, BESOINS ET ATTENTES

19) Depuis que vous pratiquez la médecine, avez-vous déjà bénéficié d'une formation à la prise en charge de la douleur?* _Si vous répondez "Non", vous passerez directement à la question 22.

- ☐ Oui
- ☐ Non

20) Si oui, dans quel cadre avez-vous bénéficié de cette formation?une seule réponse possible

- ☐ Mes études
- ☐ Ma vie professionnelle
- ☐ Les deux

21) Cette formation vous a-t-elle permis de renforcer vos compétences concernant la prise en charge de la douleur chez la personne âgée?

- ☐ Oui
- ☐ Non

22) Quels thèmes de formation pourraient potentiellement vous intéresser à ce jour? * _plusieurs réponses possibles

	Oui	Non
Formation sur la prise en charge de la douleur	☐	☐
Formation sur la prescription d'antalgiques	☐	☐
Formation sur l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur	☐	☐

23a) Quels modes de formation pourraient potentiellement vous intéresser à ce jour? * _plusieurs réponses possibles

	Oui	Non
Soirée FMC	☐	☐
Journée "Douleur"	☐	☐
Formation en ligne	☐	☐
Formation diplômante (DU, capacité)	☐	☐

23b) Avez-vous d'autres idées de modes de formation à soumettre?* _Autres que ceux proposés dans la question précédente

- ☐ Oui
- ☐ Non

23c) Si oui, lesquels?

24) Quels outils concrets pourraient vous aider à prendre en charge vos patients douloureux de plus de 75 ans? * _plusieurs réponses possibles

	Oui	Non
Guide de bonnes pratiques comprenant les indications pour adresser un patient auprès d'un centre de la douleur ou auprès d'un spécialiste d'organe	☐	☐
Stages de mise en situation	☐	☐
Permanence téléphonique	☐	☐
Brochure avec coordonnées de correspondants de la région, joignables en cas de difficultés	☐	☐
Site internet informatif	☐	☐

25) Souhaitez-vous recevoir un guide pratique pour vous aider à prendre en charge vos patients douloureux?* _

- ☐ Oui
- ☐ Non

Je vous remercie pour votre participation !

Nous allons analyser les résultats de cette étude, en espérant pouvoir vous apporter des supports et des modes de formation adaptés à la prise en charge de la douleur chez les sujets âgés.

ANNEXE 5 : Courriel adressé aux médecins généralistes de Sarthe, Mayenne et Maine-et-Loire.

"Cher confrère,

Je suis interne en médecine générale en dernier semestre. Je vous sollicite dans le cadre de la réalisation de ma thèse. Il s'agit d'un questionnaire d'une dizaine de minutes, qui permet de faire un état des lieux de la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées.

Voici le lien pour répondre à ce questionnaire sur google drive: <http://goo.gl/forms/ryXX1PHXgr>

Vous ne pouvez pas modifier vos réponses après l'envoi du formulaire.

La deadline est fixée au 4 septembre 2015.

L'objectif de cette étude serait d'apporter, par la suite, aux médecins généralistes, des réponses aux besoins de chacun et des supports pour les aider à prendre en charge leurs patients douloureux, notamment dans l'utilisation des morphiniques chez les sujets âgés.

Je vous remercie d'avance pour l'attention que vous porterez à cette demande.

Cordialement."

ANNEXE 6 : SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

I) Permis d'imprimer

X) Résumé

Objectif: Connaître les habitudes de prescription des opioïdes chez les patients âgés de plus de 75 ans, en médecine ambulatoire, en cas de douleurs récentes intenses ou exacerbation de douleurs chroniques.

Matériel et méthodes: Etude quantitative de type descriptive transversale réalisée entre juillet et août 2015 en Mayenne, Sarthe et du Maine et Loire. Un questionnaire en ligne a été envoyé aux médecins généralistes installés dans ces départements. La population étudiée comprenait 600 médecins en activité.

Résultats: 190 médecins généralistes ont répondu (31,7%). 61% se disaient à l'aise avec la prescription d'opioïdes chez les patients âgés en fin de vie. Ils étaient peu nombreux à prescrire des morphiniques en cas de douleurs intenses récentes (26%) et de douleurs liées aux soins (29%). 28% prescrivaient des morphiniques hors AMM. Les 3 principaux freins à la prescription de morphiniques étaient: les effets secondaires, les comorbidités et la polymédication. Les professionnels étaient 67% à avoir déjà bénéficié d'une formation à la prise en charge de la douleur. Le mode de formation le plus fréquent était la « journée douleur » pour 67% d'entre eux. L'outil le plus demandé restait le site internet informatif.

Conclusion: Il existe une des améliorations dans la prise en charge de la douleur et de l'utilisation des opioïdes chez les sujets âgés de plus de 75 ans en médecine de ville. Les médecins généralistes étaient mieux formés qu'il y a quelques années, mais restaient demandeurs d'outils de formation. Certains pourraient être proposés: guide de bonnes pratiques ou brochure avec coordonnées des correspondants.

Mots clés

Douleur – Personnes âgées – Morphine – Opioïdes – Médecine générale - Formation