



# Représentations de la prescription des opioïdes chez les internes de médecine générale

12 entretiens semi-dirigés en 2017-18

Présenté par le Dr LAFAYE Fanny (a)

D'après le travail de thèse du Dr Marie-Hélène DUCOIN-PANNUNZIO (b)



- (a) Praticien Hospitalier, Service d'Oncologie Médicale (LISP) Hôpital Saint André, CHU de Bordeaux
- (b) Assistante spécialiste en Médecine Palliative, Service d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, Hôpital Saint André, CHU de Bordeaux



Les auteurs (dont l'intervenante)  
déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts  
en relation avec cette présentation.



Représentations de la prescription des opioïdes chez les internes de médecine générale



## CONTEXTE : DE LA DOULEUR...

- ✧ Prévalence de la douleur élevée en France,
- ✧ Prise en charge adaptée et efficace permet de réduire :
  - ↳ Impact sur la qualité de vie,
  - ↳ Impact économique,
- ✧ Acteurs de premier recours : médecins généralistes.



## CONTEXTE : ... AUX OPIOÏDES FORTS

- Indiqués dans douleurs de fortes intensités.
- ✧ Mythes et représentations mentales négatives :
  - ↳ « Mort in fine »,
  - ↳ Dépendance, mésusage, addiction.
- ✧ Et les internes ? Ils sont en difficulté pour les prescrire.



## OBJECTIF DE LA RECHERCHE

- Etablir les représentations de la prescription d'opioïdes forts/morphiniques chez les internes de médecine générale en fin de cursus (3<sup>ème</sup> année de DES).

✧ Méthode qualitative,

✧ Etude descriptive, prospective et monocentrique.



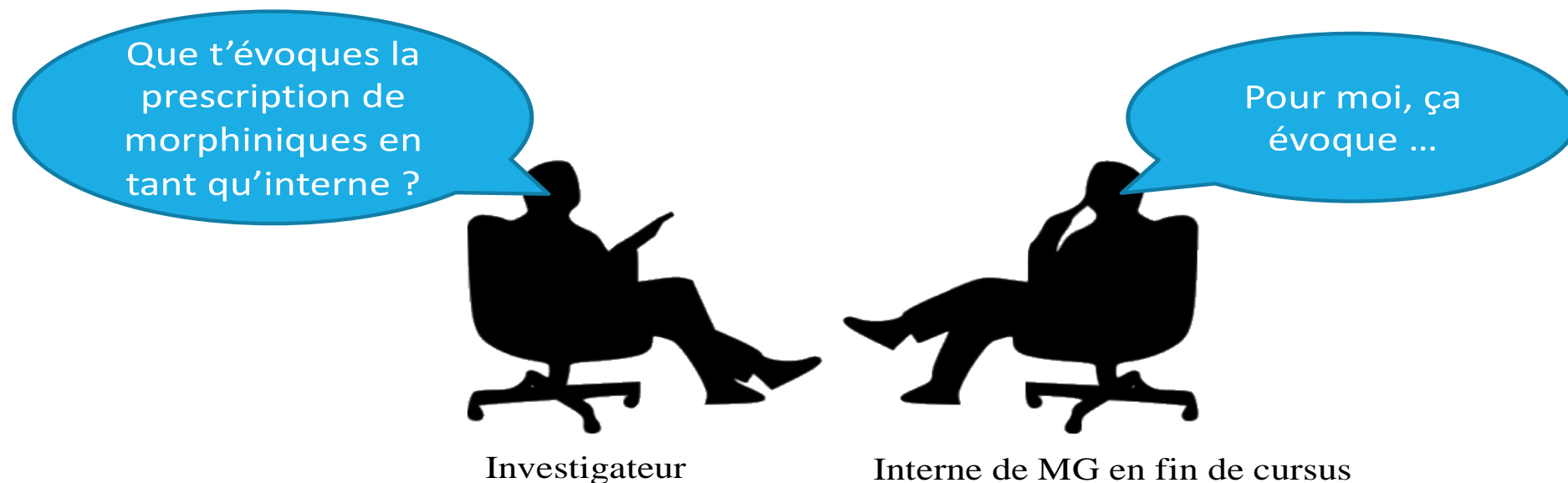


# MÉTHODES : CHOIX DE LA POPULATION

- Population source :
  - internes de médecine générale ayant validé 4 semestres au minimum ;
  - sur un semestre à Bordeaux (exclut Bayonne, Pau, ... pour organisation).
- ✧ Echantillon :
  - ✧ tirage au sort informatisé de 30 internes dans la population source ;
  - ✧ pas de calcul du nombre de sujet nécessaire car dépend de la saturation des données dans études qualitatives ;
- ✧ Contact des internes par mail, relance individuelle.

# MÉTHODES : ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS

✧ Guide d'entretien construit sur une grille de réflexion



✧ Transcription intégrale des entretiens : les VERBATIM



# MÉTHODES : ANALYSE DES VERBATIM

Vécu négatif

Difficultés techniques de prescription

Défaut de séniorisation

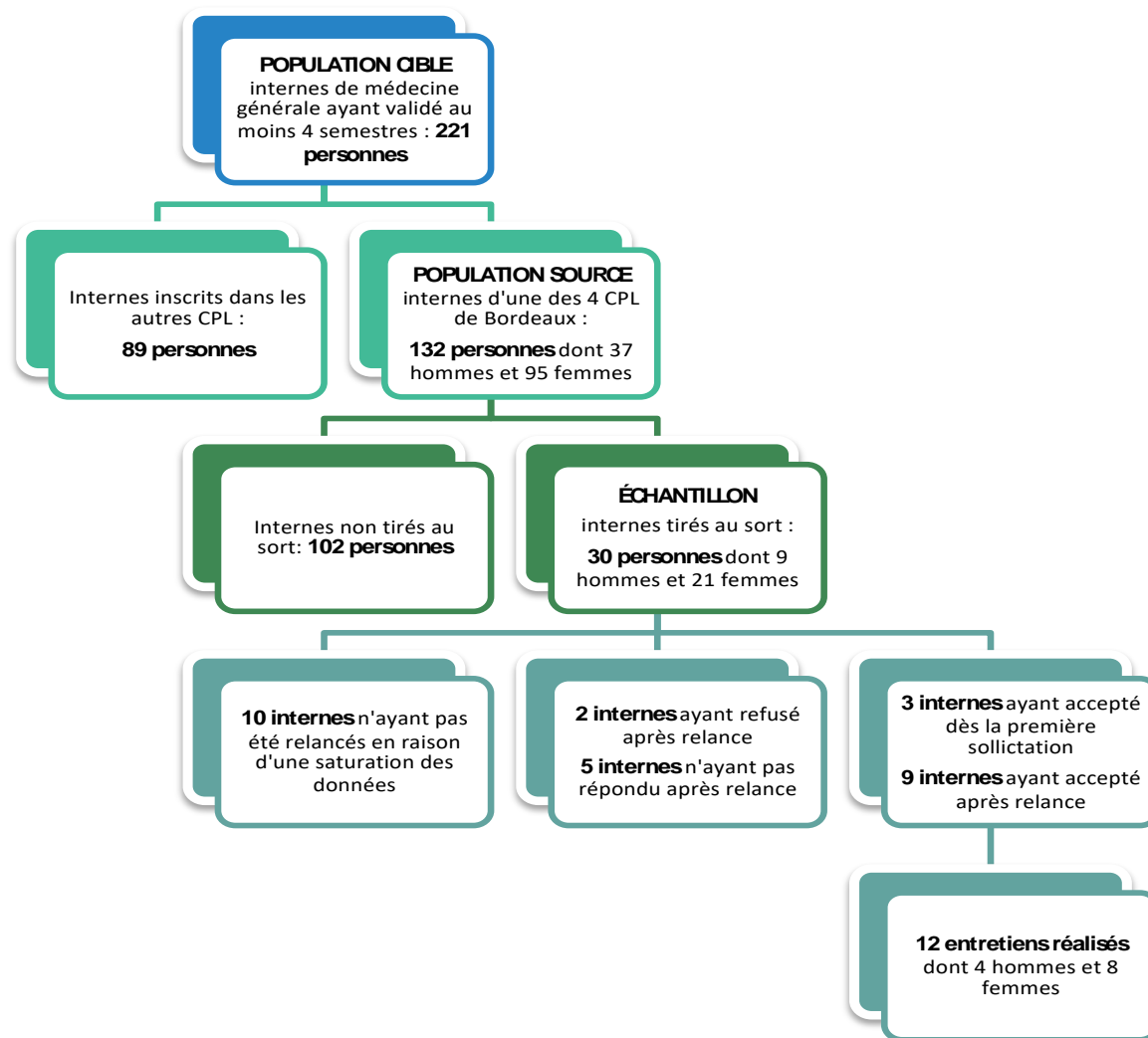
Modalités de prescription

« Je vais chercher les chefs mais manque de pot il y avait une gangrène de Fournier dans le box à côté donc ben tout le monde était affairé là. *Le patient hurlait à la mort, j'étais toute seule avec ma pompe à morphine, j'avais jamais vu ça. Et du coup on avait un petit livret d'accueil et je revois le tableau avec les périodes réfractaires et je comprenais rien du tout. Et je vais voir le seul senior qui traînait par là et qui me dit "Pfff... j'en sais rien j'ai jamais prescrit ça" et finalement je me suis retrouvé à faire un truc approximatif mais vraiment.... Et après du coup j'avais fait des recherches sur tous les paramètres des pompes donc maintenant je suis plus au clair et puis surtout en 3ème semestre là, on avait énormément de drépano chez qui on met de la morphine pour les crises douloureuses donc... »*

Expérience négative



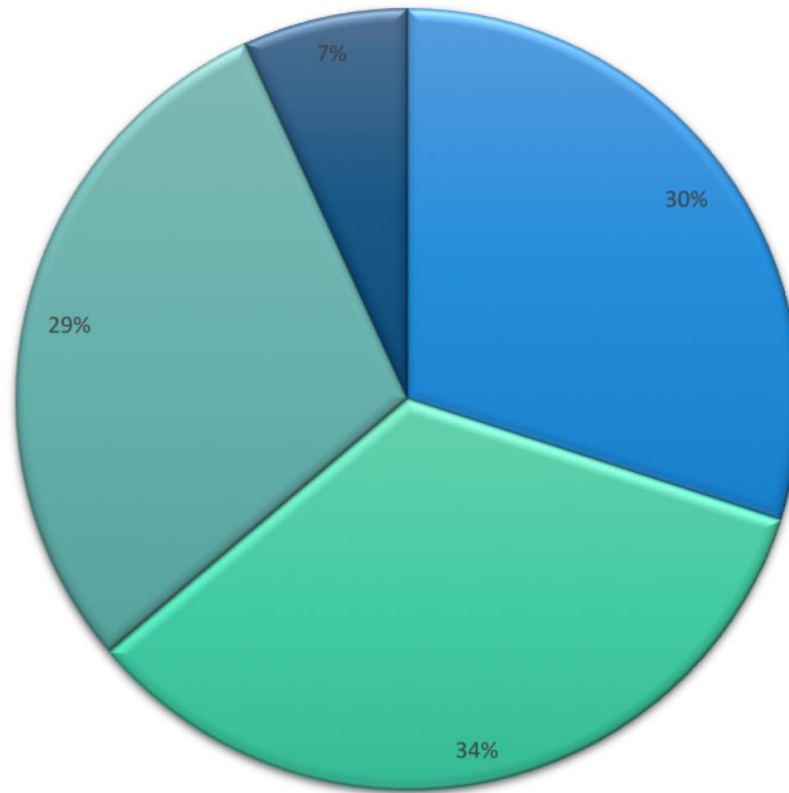
# RÉSULTATS : POPULATION ET ENTRETIENS





# RÉSULTATS : DESCRIPTION DES VERBATIM

Répartition du codage des verbatim



■ Connaissances théoriques ■ Vécu et expériences ■ Croyances ■ Éléments inattendus





# PLACE DES CONNAISSANCES THÉORIQUES

## ✧ Evaluation de la douleur subjective,

✧ *« j'avais peut-être une mauvaise perception de la douleur ressentie par le patient aussi »*

## ✧ Modalités de prescription peu maîtrisées,

✧ *« les posologies (pires nerveux)... il faut réfléchir à chaque fois, c'est un peu plus long que de mettre un gramme de Paracétamol »*

## ✧ Effets indésirables redoutés mais méconnus.

✧ *« Enfin moi c'est pas une prescription que je fais facilement en fait parce que je sais que ça implique énormément d'effets indésirables »*



# PLACE DU VÉCU ET DES EXPÉRIENCES (1)

## ✧ Qualité de la séniorisation primordiale,

- ✧ « *On ne m'a pas mis en difficulté. Au début on m'a bien expliqué* » ;
- ✧ « *J'ai beaucoup eu de refus de mes chefs de faire une titration morphinique alors qu'au final, elle était justifiée et... j'ai pas compris pourquoi et je pense qu'il y a une appréhension quand même de l'ancienne génération entre guillemets* » ;
- ✧ « *Moi j'avais des chefs qui parfois jouaient un peu les cowboys, ils disaient "ah bah tiens on va augmenter..."* ».

## ✧ Recours à EMSP : vraie ressource des internes,

- ✧ « *À partir du moment où on se retrouve confronté à "j'ai fait une titration morphinique, je veux la transformer en traitement continu ; qu'est-ce que je dois faire ? etc..." moi ça je l'ai appris en stage avec le contact de l'équipe mobile de la douleur* »



## PLACE DU VÉCU ET DES EXPÉRIENCES (2)

✧ Expériences négatives > expériences positives,

✧ « après quand ça se passe bien ben on ne retient pas forcément tu vois.. »

✧ « alors j'ai plus d'expériences négatives je pense que d'expériences positives »

✧ Absence d'effets indésirables > soulagement du patient,

✧ « moi j'ai pas vraiment de frein à utiliser des morphiniques... enfin j'ai jamais eu de surdosage ou de choses assez graves donc euh... la plupart du temps ça s'est déroulé sans trop d'accrocs »

✧ Difficulté à prescrire des morphiniques en ville qu'en hospitalier,

✧ « ah c'est plus en ville où je suis un peu plus frileuse surtout pour les plus jeunes ».





## PLACE DES CROYANCES

- « *Dernier recours* » : fin de vie ou gestion de l'aigu,
  - « *C'est pas un médicament anodin... Ça évoque, oui forcément, la fin de vie, le soin palliatif... quand on utilise les produits morphiniques c'est que vraiment on arrive pas tellement à contrôler sa douleur, son corps et euh... c'est puissant et euh... et on contrôle pas quoi* »

✧ Craintes : mésusage et addiction,

✧ Poids des croyances :

- ✧ Des autres acteurs de soins,
- ✧ Des patients.



## RÉSULTATS INATTENDUS

- Entretien « formel » et entretien « informel »,
- ✧ Inquiétude des internes vis à vis de la justesse de leurs réponses et de leur niveau de connaissances :
  - ✧ « *Je ne sais pas trop la longueur des réponses que tu attends* »,
  - ✧ « *Je ne sais pas si j'ai bien répondu* ».
- ✧ Formation universitaire : centrale dans sentiment de compétence :
  - « *dans ma pratique je me suis rendu compte qu'en théorique, on nous apprend quasi rien du tout* ».



## DISCUSSION : FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

✧ Sujet d'intérêt et d'actualité :

- ✧ Prescription d'opioïdes forts fréquente,
- ✧ Question de la prise en charge de la douleur,

✧ Intérêt de la méthode qualitative : explore le vécu des internes,

✧ Limites de la méthode :

- ✧ Absence de triangulation des résultats,
- ✧ Manque d'expérience de l'investigateur.





# DOULEUR, OPIOÏDES ET RÉSISTANCES

- Difficulté d'appréhension de la plainte douloureuse :
  - Méconnaissance des outils d'évaluation,
  - Interférence du jugement personnel,
- Manque de lisibilité des recommandations,
- Résistances :
  - Opiophobie historique,
  - « Crise des opioïdes » américaine.



## L'APPRENTISSAGE DU « SAVOIR-FAIRE »

- Qualité de la formation universitaire :
  - Intrication réelle avec les connaissances théoriques et technico-pratiques,
  - Nécessaire mais non suffisante : véritable enjeu = pratique professionnelle,
- Apprentissage des pratiques, compagnonnage ou séniorisation :
  - Encadrement : accompagnement du raisonnement médical,
  - Feed-back : nécessite meilleure communication internes-séniors,
- Amélioration des pratiques : EMSP ?



## MISE EN ŒUVRE DU

### « SAVOIR AGIR CONTEXTUALISÉ »

- Pratique professionnelle confrontée au contexte donné :
  - Réticences des autres acteurs de soins et des patients,
  - Demande le développement de compétences.
- Compétence : « savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations »,
- Réflexivité sur les pratiques :
  - d'un « paradigme d'enseignement » à un « paradigme d'apprentissage ».



# PERSPECTIVES ET PRÉCONISATIONS

- Courte formation à la méthodologie qualitative en TCEM,
- Recours régulier aux « Serious Games »,
- Développement de formation à la séniorisation,
- Diffusion de la culture palliative :
  - Aux professionnels de santé,
  - Au grand public.

