HAL
open science

Représentations des traitements morphiniques chez les patients en situation palliative

Claire Reneaux

To cite this version:

Claire Reneaux. Représentations des traitements morphiniques chez les patients en situation palliative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01732411

HAL Id: hal-01732411

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732411v1

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2012

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de

Médecine Générale

par

Claire RENEAUX

le 28 septembre 2012

Représentations des traitements morphiniques chez les patients en situation palliative

Examinateurs de thèse :

M. Luc TAILLANDIER	Professeur	Président
M. Xavier DUCROCQ	Professeur	Juges
M. Marc KLEIN	Professeur	Juges
M. Gérard BARROCHE	Professeur	Juges
M. Jean-François VILLARD	Docteur en Médecine	Juges
Mme Catherine LAMOUILLE-CHEVALIER	Docteur en Médecine	Juges

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI

Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen *Mission* « *Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « *Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1er Cycle : **Professeur Bruno CHENUEL**

- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales » : **M. Christophe NÉMOS**

- 2ème Cycle : **Professeur Marc DEBOUVERIE**

- 3ème Cycle :

« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques » : **Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**

« DES Spécialité Médecine Générale » : **Professeur Francis RAPHAËL**

- Filières professionnalisées : **M. Walter BLONDEL**

- Formation Continue : **Professeur Hervé VESPIGNANI**

- Commission de Prospective : **Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**

- Recherche : **Professeur Didier MAINARD**

- Développement Professionnel Continu : **Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

Assesseurs Relations Internationales : Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL

Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL

Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE

Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE

Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET

Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN

Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL

Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT

Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ

Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT

Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)*

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2ème sous-section : *(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)*

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***

Docteur Isabelle THAON

3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Docteur Laurent MARTRILLE

4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***

Docteur Lina BOLOTINE

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,

PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Docteur Anne-Christine RAT

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Docteur Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3ème sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66ème section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Michel BOULANGÉ – Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL

Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT

Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de

Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô

Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS

(1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

À notre Maître et Président de Jury,

Monsieur le Professeur Luc TAILLANDIER,

Professeur de Neurologie,

Praticien Hospitalier,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Nous vous en remercions profondément, ainsi que de l'intérêt que vous avez porté à l'élaboration de ce travail.

Puissiez-vous trouver dans celui-ci le témoignage de notre reconnaissance pour votre accueil bienveillant.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Xavier DUCROCQ,

Professeur de Neurologie,

Praticien Hospitalier,

Vous nous avez fait l'honneur de juger notre travail.

Nous vous faisons part de notre sincère gratitude et de tout notre respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Marc KLEIN,

Professeur d'Endocrinologie,

Praticien Hospitalier,

Nous vous sommes reconnaissant de votre présence au sein du jury de cette thèse,

Soyez assuré de notre profond respect et recevez nos sincères remerciements.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Gérard BARROCHE

Professeur Émérite de Neurologie,

Vous avez accepté de siéger au sein du jury de notre thèse, et nous vous en sommes reconnaissante.

Nous vous adressons notre profond respect.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Jean-François VILLARD,

Docteur en Médecine,

Praticien Hospitalier,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger au sein du jury de cette thèse et nous vous en sommes reconnaissante.

Puissiez-vous trouver en ces quelques lignes le témoignage de notre gratitude quant à votre riche participation à notre formation en soins palliatifs.

A notre Maître, Juge et Directrice de Thèse,

Madame le Docteur Catherine LAMOUILLE-CHEVALLIER,

Docteur en Médecine,

Praticien Hospitalier,

Tu as su me transmettre l'envie de pratiquer les soins palliatifs. Ton enseignement m'a permis d'acquérir mes bases dans cette discipline, et bien plus encore. Je t'en serai toujours reconnaissante.

Tu as accepté de diriger mon travail de thèse et c'est avec plaisir que j'ai reçu tes conseils tout au long de ces mois.

Tu as consacré du temps à ce travail, tu m'as encouragée et soutenue lorsqu'il le fallait.

Puisses-tu trouver dans cette thèse l'expression de ma profonde reconnaissance.

Aux médecins, secrétaires, infirmières et infirmiers, qui ont contribué à l'élaboration de ce travail,

Au Docteur Karine AUFFRET et son équipe du Centre Hospitalier de Verdun, pour avoir participé à la distribution et au recueil de questionnaires,

Au Docteur Emilie MOUCHET, à Marie-Thérèse, Patricia et Rénald de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Nancy, pour avoir participé à la distribution et au recueil de questionnaires, ainsi que pour les informations quant au cursus infirmier,

Au Docteur Catherine LAMOUILLE et aux infirmiers et infirmières de l'unité de soins palliatifs du CHU de Nancy, pour avoir participé à la distribution et au recueil de questionnaires,

À Laetitia DEMARCHE, Laure SOULON et Rénald LANFROY, psychologues au sein du service de soins palliatifs du CHU de Nancy, pour leur relecture et validation du questionnaire,

Aux Docteurs Jean-François VILLARD, Catherine BLUNZ, et à l'équipe soignante de l'unité de soins palliatifs du CHR Metz-Thionville, pour m'avoir permis de réaliser des entretiens avec les patients et pour la distribution et le recueil de questionnaires,

Aux Docteurs Bernard WARY, Manuel DORON, Anne-Cécile BOURJAL, Elise PIOT et Benoist LEHEUP, et à Nathalie et Sylvie, pour leur aide dans la distribution et le recueil de questionnaires au sein de la consultation du CHR Metz-Thionville,

Aux internes présents dans les services et qui ont également participé à la distribution et au recueil de questionnaires, Lucas, Claude, Mélanie, Guillaume, et tous ceux que je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer,

Merci à tous pour votre gentillesse.

Merci,

À Benoît, pour son soutien et pour ces discussions enrichissantes autour de la recherche et de la pratique des soins palliatifs.

À Élise P. et Catherine B. pour leur soutien et le temps libéré, utile à l'ouvrage.

À tous les membres de l'équipe soignante de l'unité de soins palliatifs du CHU de Nancy, avec qui j'ai partagé de riches moments. Merci du soutien que vous m'avez toujours apporté. Je vous porte dans mon cœur.

À Camille, Alice, Delphine, Nath, Daphnée, Céline-Marie, Vincent, Arnaud, des amis qui restent quelque soit la distance.

À Laure, Catherine et Lionel, Dédé et Isa, pour vos encouragements, merci.

À Rénald, compagnon de travail, qui a partagé les doutes et les joies durant ces mois de rédaction, compagnon de badminton qui, pour mon bien évidemment, m'a souvent laissée gagner.

À Elise M., ta force est un modèle, même de loin nous restons si proches, tu es un repère pour moi merci et bravo.

À Térence, à ta façon simplement belle de travailler, dont j'aime parfois m'inspirer. Merci pour ta présence, ici ou là-bas.

À Joanna, « t'as vu ta tête ? Tu ressembles à un zombie…. chut…. je fais une thèse. » Merci pour ton soutien.

À Geoffrey, de près ou de loin aussi, mais toujours là, merci.

Merci,

A mes frères, pour leur attention constante, et auprès de qui je reste une éternelle joyeuse gamine, que nos bêtises durent toujours.

À Noémie et Lou-Anne, vous rayonnez.

A Papi et Mamie, attentifs, vous avez toujours suivi mon cursus, vos encouragements m'ont beaucoup apporté, vous faites ma stabilité. Au schéma de papi fait en P1, à chaque année terminée cochée sur ce petit papier, ça y est, c'est fini, incroyable…

A Nathalie, tu distribues tant d'amour, tu m'apaises.

À Maryse et à Rolland, je peux toujours compter sur vous, merci pour votre présence.

À Maman et Papa, vous m'avez suivie, comprise, encouragée, éclairée, guidée, dans les moments joyeux et dans les difficultés, vous êtes parfaits, je suis fière de vous avoir comme parents, merci.

SERMENT

"Au moment d'être admise 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.
Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque".

Table des matières

Introduction.....24

1. La douleur.....25
1.1 Histoire de la relation douleur-société.....25
1.1.1 Les civilisations égyptiennes.....25
1.1.2 L'Antiquité gréco-romaine.....25
1.1.3 Le Moyen-âge.....27
1.1.4 La Renaissance.....28
1.1.5 Le siècle des Lumières.....29
1.1.6 Le siècle des grandes découvertes.....30
1.1.7 Le XXème siècle.....30
1.2 Relation douleur-société, de nos jours.....31
1.2.1 Approche législative.....32
1.2.1.1 Code de santé publique.....32
1.2.1.2 Premier plan national : 1998-2000.....32
1.2.1.3 Deuxième plan national : 2002-2005.....34
1.2.1.4 Troisième plan national : 2006-2010.....35
1.2.2 Approche psycho-sociale.....37
1.2.3 Approche philosophique.....39
1.2.4 Approche religieuse.....40
1.2.4.1 La douleur dans la religion islamique.....41
1.2.4.2 La douleur dans la religion judaïque.....41
1.2.4.3 La douleur dans la religion bouddhiste.....41
1.2.4.4 La douleur dans la religion catholique.....42
1.2.4.5 La douleur dans l'Eglise réformée ou protestantisme.....43
1.3 La douleur en soins palliatifs.....43
1.3.1 Epidémiologie.....44
1.3.2 Approche technique de la douleur.....45
1.3.2.1 Différents types de douleur.....45
1.3.2.2 Evaluation de la douleur.....46
1.3.2.3 Antalgie médicamenteuse.....46
1.3.2.4 Autres techniques antalgiques.....49
1.3.2.5 Voie d'administration.....50
1.3.2.6 Douleur réfractaire et sédation.....51
1.3.3 « Total pain » et approche globale du patient.....51
1.3.3.1 Définition de la notion « total pain » 51
1.3.3.2 Notion de qualité de vie.....52
1.3.3.3 Nécessité d'une pluridisciplinarité en interdisciplinarité.....52
1.3.3.4 Impact de la fin de vie sur le ressenti de la douleur.....52

1.3.3.5 Dérive.....53
1.3.4 Principe du double effet.....53

2. La morphine.....55
2.1 Origine naturelle : du pavot à l'opium.....55
2.2 Propriétés pharmacologiques.....56
2.2.1 Indications.....56
2.2.2 Propriétés pharmacodynamiques.....56
2.2.2.1 Action analgésique.....57
2.2.2.2 Action psychomotrice.....57
2.2.2.3 Action psychodysleptique.....58
2.2.2.4 Action respiratoire.....58
2.2.2.5 Action émétisante.....58
2.2.2.6 Action sur les muscles lisses.....58
2.2.3 Propriétés pharmacocinétiques.....59
2.2.4 Surdosage.....59
2.3 Question de la dépendance aux opiacés.....60
2.3.1 Différence entre dépendance et tolérance.....60
2.3.2 Syndrome de sevrage.....61
2.3.3 Personnalités « drug abuser » 61
2.4 Histoire de la morphine dans la société.....62
2.4.1 Sur les traces de l'opium.....62
2.4.2 Diffusion de l'opium médicinal en Europe.....65
2.4.3 Débuts de la chimie.....66
2.4.4 Cadre légal.....67
2.5 La morphine dans la société actuelle.....68
2.5.1 Conception des représentations du public.....68
2.5.1.1 Définition des représentations.....68
2.5.1.2 Place du vécu dans les représentations.....68
2.5.1.3 Origine des représentations sociales des médicaments.....70
2.5.1.4 La morphine et les médias.....71
2.5.2 Représentations des soignants.....74
2.5.2.1 Evolution des représentations et des prescriptions.....74
2.5.2.2 Mais persistance de fausses idées bien ancrées.....75

3. Etude.....77
3.1 Introduction.....77
3.2 Méthode.....78
3.3 Résultats 82
3.3.1 Description de l'échantillon.....82
3.3.2 Représentations globales de l'échantillon.....83

3.3.3 Représentations selon l'âge.....85
3.3.4 Représentations selon le sexe.....86
3.3.5 Représentations selon le fait d'avoir été ou d'être traité par morphine.87
3.3.6 Représentation selon la pathologie.....88
3.3.7 Représentations selon le fait de connaitre quelqu'un traité par morphine pour maladie grave versus pour maladie sans enjeu vital.....89
3.3.8 Représentations selon le fait d'avoir été ou d'être suivi en consultation douleur.....90
3.3.9 Représentations selon le niveau de scolarisation.....91
3.3.10 Représentations selon l'unité de suivi.....92
3.3.11 Analyse du versant émotionnel.....93
3.3.12 Sentiment d'être bien informé.....94
3.4 Discussion.....95
3.4.1 Interprétation des résultats.....95
3.4.2 Limites de notre étude.....99
3.4.3 Comparaison aux autres études.....100
3.4.4 Extrapolation à la population cible.....103

4. Améliorer la formation des professionnels et l'information des patients.....104
4.1 Intérêt d'améliorer l'information des patients et la formation des soignants...104
4.1.1 Rassurer les soignants.....104
4.1.2 Améliorer l'observance des patients.....105
4.1.3 Rassurer les patients.....105
4.2 Pistes d'amélioration.....106
4.2.1 Améliorer la formation des soignants.....106
4.2.2 Améliorer l'éducation thérapeutique.....111
4.2.3 Plaquette d'information.....113

Conclusion.....115

Références bibliographiques.....117

Annexes.....120

Introduction

Au sein de la population générale, comme de celle des soignants, les représentations de la morphine sont erronées. (1) Elles sont influencées en grande partie par le contexte historique de la morphine, caractérisé notamment par l'opiomanie de masse en Chine au début du XXème siècle.

Les patients en situations palliatives présentent très souvent des douleurs modérées à intenses, justifiant la prescription de morphiniques au cours de l'évolution de leurs maladie, notamment lorsqu'elle est néoplasique. Ces patients ont eu à envisager leur fin, et avant cela, l'augmentation de leurs douleurs et les capacités de la médecine à les prendre en charge.

On remarque en pratique quotidienne l'appréhension que peuvent ressentir les patients suite à la proposition de prescription de morphine. L'anxiété alors ajoutée et la mauvaise observance qui s'y associe, sont des freins au soulagement de la douleur. (2)

Qu'en est-il alors des représentations de la morphine au sein de la population de patients en situations palliatives ? Diffèrent-elles des représentations de la population générale ? Existe-t-il des situations, chez ces patients en soins palliatifs, pour lesquelles leurs représentations sont plus souvent erronées, ou au contraire plus justes ? Leur identification pouvant alors permettre de cibler les patients auprès de qui l'information doit être accentuée.

Nous avons donc fait le point sur la douleur et ses représentations, précisé nos connaissances concernant la morphine d'un point de vu pharmacologique et social. Puis nous avons réalisé une étude observationnelle, multicentrique, des représentations de la morphine chez les patients en situation palliative à l'aide de questionnaires. Pour finir nous avons tenté de dégager des pistes d'amélioration afin de corriger ces idées reçues, délétères à une bonne prise en charge spécialisée de soins palliatifs.

1. La douleur

« La douleur est plus que tout autre phénomène, au cœur de la médecine et de son histoire. » (R. REY, 1993) (3)

1.1 Histoire de la relation douleur-société (4)(5)(6)

L'histoire de la douleur suit pas à pas l'histoire des hommes, de la pensée, des connaissances et de la médecine. Ainsi, au fil des siècles la signification de la douleur a évolué, modulée également selon l'influence des religions.

1.1.1 Civilisations égyptiennes

Les civilisations égyptiennes ont laissé des traces de leur pratique médicale dont les plus anciennes remontent à 3000 ans avant J.-C.. A cette époque chaque élément sur terre est influencé par les dieux et les hommes doivent se plier à leur loi. La médecine est alors pratiquée autant sur le versant magique et spirituel que sur le versant plus concret basé sur les symptômes. Ainsi devant une douleur le médecin recherche le diagnostic par l'interrogatoire, l'examen clinique et prescrit des plantes comme l'opium, la jusquiame, la belladone, la mandragore ou le chanvre indien en y associant des prières aux Dieux.

1.1.2 L'Antiquité gréco-romaine

L'antiquité (800 avant J.-C. à 400 après J.-C.) est le temps de la prise en compte de la douleur mais sans sa prise en charge réelle.

Avant Hippocrate (médecin grec et philosophe 430-380 avant J.-C.), la médecine est religieuse, pratiquée par les prêtres. Ils observent les douleurs qui sont obstétricales pour les femmes, et dues aux amputations secondaires aux blessures de guerre pour les hommes.

La médecine, au temps d'Hippocrate, est définie par Aristote (philosophe grec, 384-322 avant J.-C.) comme un art, la technè (4).

A cette époque, les maladies sont mal connues et les connaissances médicales limitées. L'approche médicale est globale et se fonde sur l'écoute attentive du patient et sur son observation. La localisation de la douleur est un guide au diagnostic et au traitement. La collaboration médecin-patient est étroite.

En effet, les sensations éprouvées par le patient sont primordiales. Elles doivent être transmises au médecin comme informations fondamentales pour établir le diagnostic. Face au patient et à son ressenti, le médecin voit naître en lui une intuition, à partir de laquelle il ira mobiliser ses connaissances.

Pratiquer cet art médical, cette technè, revient à allier l'épistémè (connaissances d'une époque dans un domaine) à la praxis (mise en action) afin d'obtenir un diagnostic. Dans cette pratique l'intuition première du patient a une place importante ; la douleur est un signe clinique à respecter. « La vie est courte, la médecine est vaste, l'expérience trompeuse, l'occasion fugitive et le jugement délicat. » (Hippocrate)

Le patient doit subir la douleur et la dépasser, pour permettre au médecin d'établir le diagnostic.

Pour Hippocrate la douleur est le « chien de garde de notre santé » qui « aboie ». Elle est une alerte et il ne faut pas la faire taire.

Dans l'antiquité, la douleur pouvait également résulter d'un acte médical. Elle était si possible à éviter, mais considérée parfois comme utile et alors maintenue. L'exemple historique le plus connu est celui du traitement des hémorroïdes par cautérisation au fer rouge. Les cris de douleurs produits par l'acte médical permettaient le maintien de l'extériorisation de l'hémorroïde, facilitant l'intervention et le travail du médecin.(7)

Hippocrate élabore le corpus hippocratum, recueil de 70 livres de médecine. Il y différencie la médecine de la magie, de la sorcellerie, de la mythologie et des légendes. Selon lui la maladie et la douleur ne sont pas des punitions des dieux. Ses objectifs transcrits dans le corpus hippocratum sont premièrement de ne pas nuire, puis d'établir un diagnostic, de comprendre et de traiter la maladie.

Mais l'anatomie et les mécanismes de la douleur sont peu connus d'Hippocrate car les dissections sont interdites dans la Grèce antique. Il crée une anatomie humaine en se fondant sur celle du cochon. C'est plus tard que deux autres médecins grecs, Hérophile (330-260 avant J.-C.) et Erasistrate (310-250 avant J.-C.) dissèqueront des centaines de cadavres humains. Ils décriront entre autre le cerveau et les nerfs en distinguant nerfs moteurs et

sensitifs. Ce sont les pionniers de la dissection humaine avant André Vésale (1514-1564), grand anatomiste belge de la Renaissance.

Au premier siècle après Jésus-Christ, Galien (médecin grec, ~130-210) est médecin des gladiateurs et médecin de l'empereur. Il s'intéresse à la douleur et la rattache au sens du toucher (4). Elle est une sensation exacerbée. Pour Galien, la douleur est une association de sensation et d'émotion. Elle nécessite la perception, qui elle-même nécessite la conscience. L'organe stimulé communique avec le cerveau par le pneuma, élément mal décrit correspondant à un fluide ou à un solide. Le pneuma est symbolisé par des esprits animaux qui transmettent l'information de l'organe au cerveau pour la rendre consciente.

Galien a établi une classification des douleurs en fonction de la sensation éprouvée par le patient : douleur pulsative, gravative (pesanteur), tensive, pongitive (coup de poignard). Cette classification persistera jusqu'à la Renaissance.

Au temps de Galien, la douleur reste un signe majeur d'aide au diagnostic puisqu'elle localise la maladie. On s'attend alors à ce que l'organe situé en regard de la zone douloureuse soit défectueux. Par la suite, Galien sera le premier médecin à étudier les moyens de prendre en charge la douleur.

Les sagesses hellénistiques (4) sont un courant de pensées philosophiques qui comprend entre autre le stoïcisme. Le stoïcisme sépare ce qui dépend de nous et ce qui n'en dépend pas. La vertu correspond à la maitrise parfaite de soi-même, permettant ainsi le bonheur. Tout ce qui ne dépend pas de nous dépend de la nature, du divin. Et tout ce qui survient dans ce cadre est nécessaire. Ainsi le stoïcisme demande de supporter la douleur, puisqu'elle ne dépend pas de nous.

1.1.3 Le Moyen-âge

Le moyen âge est la période située entre l'Antiquité et la Renaissance, du Vème au XVème siècle.

Dans le monde arabe, c'est Avicenne (4) (médecin, philosophe et scientifique iranien, 980-1037) qui étudie la douleur. Selon lui, elle est un signe qui marque l'évolution de la maladie.

Elle correspond à une modification des humeurs et va se terminer par une crise, un dénouement : l'évacuation (sueur, hémorragie). Avicenne utilise l'opium, le saule et la mandragore pour calmer la douleur. La mandragore est riche en alcaloïdes parasympatholytiques délirogènes. L'inhalation d'un mélange de mandragore jusquiame et d'opium a un effet hypnotique et antalgique.

Au moyen âge, l'Eglise catholique interdit la recherche scientifique, la réflexion intellectuelle, la philosophie et la médecine. Médecine et religion sont en concurrence. A cette époque, Dieu règne sur les fidèles. Pour le clergé, lorsqu'un fidèle éprouve une douleur, elle est à la fois punition de Dieu et rédemptrice, car le fidèle a été appelé à partager la souffrance du Christ et pourra ainsi racheter ses pêchés. La souffrance est comme une justification de l'existence et on ne souffrirait jamais assez. Ce dolorisme est en lien avec le pessimisme qui traverse le judaïsme et le christianisme ; la douleur prépare à l'Apocalypse.

En parallèle, les laïcs de cette époque cherchent également le salut mais par la charité et la compassion. Des lieux d'accueil de malades se développent. La douleur est donc de moins en moins considérée comme punition de Dieu, mais comme fait de la nature et peut donc être prise en charge.

1.1.4 La Renaissance

La Renaissance (XVIème siècle) est une période durant laquelle la douleur est très présente étant donné une épidémie de peste et les guerres de religion. La douleur est toujours pensée comme une punition de Dieu et les croyants doivent participer à la souffrance du Christ. De plus, le corps est négligé face à l'esprit et la douleur est plutôt considérée comme un exercice (4).

Et toujours pour les laïcs, la vision du corps poursuit son changement. La douleur tend à ne plus être considérée comme partage de la souffrance du Christ. Elle devient un élément propre au vécu et au ressenti de l'homme.

Montaigne, dans « les Essais », écrit à propos de la douleur liée probablement à une tumeur de la gorge. Son propre ressenti douloureux, oriente sa représentation de la douleur en la reliant à la peur de la mort.

Au cours du XVIe siècle, la chirurgie prend de l'ampleur grâce à Ambroise Paré (1510-1590) qui pratique sa discipline auprès des blessés de guerre, sans anesthésie (4). La douleur induite par la chirurgie était plus redoutée que la douleur de la blessure elle-même. Il décrit également la douleur du membre fantôme.

Descartes (1596-1650) physicien, mathématicien et philosophe français, décrit la douleur dans ses deux composantes. L'une philosophique concernant la sensation qu'elle représente. L'autre pratique, tentant d'expliquer son mécanisme, sa physiologie. Il reprend Galien et la théorie des esprits animaux qui parcourent les nerfs et atteignent le cerveau, à la fois siège de l'âme et réceptacle des sensations. Si ces esprits animaux sont trop ou trop peu nombreux ou que leur circulation est mauvaise, cela induit des troubles de la sensibilité. C'est la représentation mécaniste de la douleur.

1.1.5 Le siècle des Lumières

Au XVIIIème siècle l'avènement des sciences marque la rupture avec l'Église. En Europe, les médecins définissent la douleur comme nuisible. Les hommes ne doivent pas infliger de douleur à d'autres hommes. On distingue alors 2 types de douleurs. Une douleur utile, signal d'alarme, et une douleur inutile. La douleur doit être étudiée pour atteindre le bon diagnostic, et ce, en prenant en compte également d'autres signes comme le pouls. La notion de subjectivité de la douleur apparaît.

Boissier de Sauvages, médecin et botaniste français (1706-1767) décrit l'animisme, type de représentation de la douleur basée sur l'âme. La douleur correspond à une somatisation, c'est l'âme qui régit le corps. La douleur est le signe d'un conflit intérieur. Boissier de Sauvages est aussi le premier à décrire la « maladie douloureuse chronique ».

En parallèle aux théories mécanistes et animistes de la douleur, on trouve la théorie des vitalistes, qui prônent l'énergie vitale et mettent en parallèle le plaisir et la douleur. La douleur est utile, elle témoigne d'une lutte pour la vie mais elle doit être prise en charge.

Albrecht Von Haller (1708-1777) médecin, poète, naturaliste suisse, va différencier 2 types de fibres ; les fibres sensibles qui provoquent de la douleur une fois stimulées et les fibres insensibles.

Xavier Bichat (1771-1802), médecin biologiste et physiologiste français, développe la théorie selon laquelle la douleur diffère selon le tissu atteint, et ce au sein d 'un même organe (4).

Ceci implique une approche globale de la douleur et révèle sa grande complexité. On découvre avec Bichat les notions de douleur viscérale et de seuil de la douleur.

1.1.6 Le siècle des grandes découvertes

Le XIXème siècle est celui des grandes découvertes et en particulier du développement des antalgiques. La morphine est chimiquement isolée à partir de l'opium par les allemands et la vertu antalgique du protoxyde d'azote est désormais exploitée. En effet un dentiste a assisté à un numéro de cirque au cours duquel un homme riait en se faisant planter des aiguilles dans le corps. Il a alors essayé ce gaz hilarant sur ses patients.

Ces analgésiques, avec l'éther et le chloroforme, voient leur emploi légalisé pour les actes chirurgicaux en 1847 par l'académie de médecine et celle des sciences.

Alors que la Bible dit « tu enfanteras dans la douleur », Simpson, obstétricien, utilise le chloroforme pour le premier accouchement sans douleur.

Plus tard en 1884, la cocaïne est découverte en Amérique du Sud, extraite du coca. Elle est alors utilisée comme anesthésique local cornéen.

L'anesthésie locale se développe grâce à l'émergence des seringues hypodermiques associée à celle des amino-esters comme la procaïne et la novocaïne.

Puis le chimiste allemand Adolf Von Baeyer synthétise l'acide barbiturique dont le dérivé, le Véronal (acide diéthylbarbiturique) provoque un sommeil profond. Les américains l'appellent le barbital.

En 1897, un autre chimiste allemand, Hoffman, découvre la synthèse chimique de l'acide acétylsalicylique ou aspirine, formule basée sur l'acide salicylique naturellement présent dans l'écorce de saule.

1.1.7 Le XXème siècle

Au cours du XXème siècle, la religion est moins présente, et la souffrance ne doit plus être montrée car elle dérange l'autre. La société occidentale a peur de la mort et de la souffrance.

Après la deuxième guerre mondiale, les douleurs chroniques de soldats sont prises en compte et c'est le docteur Bonica, anesthésiste américain qui en est le référent. La prise en charge initiale se résume en des infiltrations. En 1961, le concept de l'approche multidisciplinaire se développe quand Bonica créé le « Washington University

Multidisciplinary Pain Center ». La réflexion y est collégiale et pluridisciplinaire associant notamment psychiatres, neurologues, rhumatologues et anesthésistes.
Le concept de « total pain » ou douleur totale est développé par l'instigatrice britannique des soins palliatifs, Cicely Saunders (infirmière puis médecin et écrivain, 1918-2005). Elle décrit la maladie comme un phénomène complexe et la nécessité de soigner le malade dans sa globalité. Elle a effectué des études sur la douleur et a montré, face aux préjugés déjà présents, que la nécessité d'accroître les doses d'opiacés n'était pas due à un phénomène de toxicomanie ou de dépendance, mais plutôt à la progression de la maladie cancéreuse. Par ailleurs, Cicely Saunders comprenait la nécessité de soulager la douleur physique pour pouvoir espérer une détente psychique.
A la fin du 20ème siècle, la prise en charge de la douleur devient une obligation en termes de moyens, elle figure dans la charte des personnes hospitalisées. L'antalgie est un droit pour le patient. L'offre de soin s'élargit considérablement et le traitement de la douleur devient une préoccupation de santé publique.

Les progrès dans ce domaine sont à la mesure de la complexité du problème.

1.2 Relation douleur-société, de nos jours

De nos jours, la douleur doit être prise en charge. La loi explique que tous les moyens doivent être mis en œuvre pour la soulager (8). La prise en charge de la douleur est un droit du patient quelle que soit son espérance de vie, elle est inscrite dans la charte des patients hospitalisés. En effet, la douleur aigüe est un signal d'alarme, utile en cela et aide au diagnostic. Mais les douleurs aigües répétitives font le lit des douleurs chroniques par plasticité neuronale et phénomènes de mémorisation. Les douleurs chroniques entrainent une perte de l'estime de soi, une dévalorisation professionnelle, une perte du rôle familial, une impuissance… Les moyens d'imagerie et autres examens complémentaires actuels permettent de poser le diagnostic devant une douleur aigüe, sans avoir besoin de la laisser perdurer. Elle est donc à prendre en compte puis en charge au plus vite.

1.2.1 Approche législative

1.2.1.1 Code de santé publique

L'article L.1112-4 rend obligatoire la mise en œuvre des moyens de prise en charge de la douleur dans les établissements de santé publics et privés. Il stipule également que les centres hospitaliers universitaires ont pour mission d'assurer la formation initiale et continue des professionnels de santé et de diffuser leurs connaissances acquises pour une bonne prise en charge de la douleur en ville comme à l'hôpital.(8)

Afin d'améliorer cette prise en charge de la douleur, plusieurs plans gouvernementaux se sont succédés. Chaque plan a été évalué. Les progrès fait et à faire ont donné lieu aux plans suivants.

1.2.1.2 Premier plan national : 1998-2000

Le premier plan national de lutte contre la douleur fut précisé par la circulaire signée par le secrétaire d'état à la santé B. Kouchner. (9)

Ce premier plan s'articule autour de trois axes :

Le premier axe correspond au développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins.
Un million de réglettes type échelle visuelle analogique sont distribuées afin que chaque professionnel puisse évaluer la douleur des patients.
La prescription des antalgiques et notamment des stupéfiants est simplifiée, par la suppression des ordonnances sur carnet à souches, depuis le 1er janvier 1999. La prescription se fait désormais sur des ordonnances sécurisées. La durée maximale de prescription est allongée de 7 à 28 jours.
Une circulaire de 1998 précise les conditions de réalisation de protocoles de soins en faveur du soulagement de la douleur et apporte les recommandations aux équipes soignantes pour une prise en charge pluriprofessionnelle et multidisciplinaire.
La qualité de la prise en charge de la douleur devient un critère de qualité pris en compte dans les procédures d'accréditation.

Des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle sont créées.

Le deuxième axe correspond au développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur.
L'enseignement de la prise en charge de la douleur au cours des deuxième et troisième cycles d'études médicales est renforcé avec la création du module obligatoire « douleur-soins palliatifs ». Il en est de même dans le cursus des professions paramédicales telles qu'infirmiers. Dans certaines professions comme masseurs-kinésithérapeutes, cet enseignement est introduit.
En 1998, la prise en charge de la douleur est le thème prioritaire de la formation médicale continue et de nombreux diplômes universitaires et capacités sur ce thème se mettent en place.

Le troisième objectif est la prise en compte de la demande du patient et l'information du public.
Chaque patient hospitalisé reçoit dans le livret d'accueil un carnet douleur l'informant des possibilités de prise en charge de la douleur.
L'évaluation de la douleur doit devenir systématique et figurer dans le dossier du patient.
La prise en charge de la douleur du patient devient un des critères de satisfaction de l'hospitalisation, qu'il doit juger lors de sa sortie de l'établissement.

Ce plan a permis la progression de l'utilisation des antalgiques en France, qu'ils soient de niveau 2 ou 3. Mais les médicaments opioïdes restent trop souvent réservés aux situations de fin de vie. Les raisons identifiées à cela, à la fin de ce premier plan, sont le manque de connaissance des produits (peur de dépendance, du surdosage, des effets secondaires…), les représentations associées et une mauvaise information sur les modalités de prescription.

1.2.1.3 Deuxième plan national : 2002-2005

Ce plan comprend cinq objectifs (10):

Premièrement, associer les usagers par une meilleure information.
L'objectif est de permettre à tout patient (enfant, adulte et entourage) d'avoir accès à une information précise et compréhensible sur la prise en charge de la douleur notamment avant un acte douloureux ou une intervention chirurgicale. Le contrat d'engagement douleur remplace alors le carnet douleur. Il reste dans le livret d'accueil et présente au patient la politique et l'organisation de la prise en charge de la douleur de l'établissement.
Une information grand public sur la migraine et les céphalées chroniques est diffusée.
Le grand public et les professionnels de santé sont sensibilisés à la douleur de l'enfant.
Des états généraux de la douleur sont lancés dans quatre régions afin de les aider à mettre en œuvre ce plan.

Deuxièmement, améliorer l'accès de la personne souffrant de douleurs chroniques rebelles à des structures spécialisées.
Les structures de prise en charge de la douleur chronique sont inégalement réparties sur le territoire, entre consultations, unités et centres. Ces structures sont alors renforcées par la création de postes de médecins, infirmiers, psychologues… afin que chaque région soit pourvue d'une consultation et d'un centre.
La prise en charge de la douleur en fin de vie est développée dans le programme d'action sur les soins palliatifs.
Un centre de référence sur la migraine de l'enfant est créé.

Troisièmement, améliorer l'information et la formation de l'ensemble des professionnels de santé.
Des documents sont élaborés à destination des soignants libéraux et hospitaliers qu'elle que soit leur profession, afin qu'ils puissent mieux appréhender la complexité du phénomène douloureux, la nécessité et les techniques de l'évaluation régulière de la douleur, les moyens de la prévenir et ce chez les adultes communicants, les enfants, les personnes handicapées et les personnes âgées.

L'enseignement de la prise en charge de la douleur sera renforcé dans le cursus médical et odontologique.
Un centre national de ressources de la douleur sera créé avec pour mission le développement d'une médiathèque et celui de la recherche clinique dans le domaine de la douleur.

Quatrièmement, amener les établissements de santé à s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur des patients.
Un guide méthodologique sera diffusé pour aider les établissements de santé dans l'organisation de la prise en charge de la douleur notamment en incitant au développement des comités de lutte contre la douleur (CLUD) ou des groupes de réflexion. L'intérêt de ne pas désunir la prise en charge palliative de celle de la douleur est précisé.

Et cinquièmement, renforcer le rôle de l'infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.

Le rôle des infirmiers dans la lutte contre la douleur est consolidé. Chaque infirmier évalue la douleur et peut entreprendre et adapter des traitements antalgiques selon des protocoles préétablis par un médecin. La formation des infirmiers sur ce thème est renforcée.

Des postes d'infirmiers référents douleur sont créés.

1.2.1.4 Troisième plan national : 2006-2010

Ce plan comprend quatre priorités (11) :

D'abord, améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie.

Les mesures seront donc de développer les formes galéniques pédiatriques d'antalgiques, de mieux sensibiliser les parents, les enfants et les professionnels sur les pathologies douloureuses, de faciliter l'accès des enfants aux structures de prise en charge de la douleur

chronique rebelle. Des recommandations pour le développement de médicaments adaptés à la lutte contre la douleur chez l'enfant et pour le bon usage des traitements de la douleur chez l'enfant seront alors éditées. Par ailleurs, il faudra favoriser les techniques de soins non douloureuses des personnes vulnérables, mieux prendre en compte leur souffrance morale et psychique, former aux soins palliatifs les soignants des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Des outils cliniques d'évaluation de la douleur adaptés aux personnes âgées seront diffusés.

Ensuite, améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients.

L'objectif est de permettre la reconnaissance de la prise en charge de la douleur par les professionnels de santé prescripteurs (médecins, odontologistes, pharmaciens, sages-femmes) et non prescripteurs (infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignantes). Dans la filière médicale, un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) « soins palliatifs et douleurs » est créé.

Puis, améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité.

Pour cela une étude sur l'évolution nationale de la consommation d'antalgiques en comparaison avec les autres pays européens est menée. L'utilisation au domicile du patient de certains médicaments, éventuellement utilisés hors AMM, et de certaines techniques d'utilisation comme les pompes à morphine autocontrôlées est facilitée. Des recommandations de bonnes pratiques sont élaborées à propos de la place des techniques de relaxation et de neurostimulation transcutanée. Les méthodes antalgiques non médicamenteuses sont développées, comme par exemple l'hypnose.

Et enfin, structurer la filière de soins.

Pour cela des postes de soignants sont créés dans les structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle. Les conditions d'accueil des patients notamment des personnes âgées sont améliorées. Les expériences sur les organisations et les actions mises en place dans les différentes régions sont partagées et diffusées grâce à un forum de discussions. Des

financements complémentaires sont apportés aux réseaux de santé afin de développer la prise en charge de la douleur. Dans les établissements de santé, on généralise la traçabilité de la douleur comme indicateur de qualité.

A l'issu de ces trois plans gouvernementaux, le haut conseil de santé publique a évalué les résultats et émis un rapport qui recommande l'élaboration d'un quatrième plan douleur. Les objectifs seraient alors de consolider les avancées des plans précédents, de mieux impliquer la médecine de ville dans la prise en charge et de prêter une attention forte à la douleur des personnes dyscommunicantes (nouveau-nés, très jeunes enfants, malades en réanimation, patients atteints de pathologies psychiatriques ou de démence, polyhandicapés).

1.2.2 Approche psycho-sociale

La société actuelle cherche une maitrise totale de la douleur. Elle est une donnée à annihiler à tout prix et surtout à ne pas favoriser, même pour faciliter un traitement. Cet impératif éthique en est devenu une obligation légale de moyens.

Actuellement, l'association internationale d'étude de la douleur (IASP) la définit comme « une expérience sensorielle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion ». L'approche « localisationnelle » du XIXème siècle est doucement remplacée par la considération globale du patient.

Les dictionnaires classiques réduisent la définition de la douleur au ressenti d'une agression physique. La définition proposée par l'IASP ouvre la possibilité que la douleur résulte de phénomènes physiques ou psychologiques, et ceci sans jamais remettre en question la réalité du ressenti. C'est la plainte douloureuse et non pas uniquement la douleur qui est prise en compte.

Ainsi, l'état psychologique influe sur les mécanismes complexes neurophysiologiques, qui induisent eux-mêmes des conséquences psychologiques. La dimension subjective est grande et fait du ressenti douloureux une expérience très personnelle.

On accepte alors l'absence de lésion visible aux examens d'imagerie du patient douloureux.

La douleur est une chose, la plainte en est une autre. L'homme ne maîtrise pas sa douleur, mais il maîtrise sa plainte. En émettant cette plainte, il redevient maître de lui-même, actif.

Mais c'est bien cette plainte qui est à considérer. Il est crucial de croire le patient qui se plaint de douleur, même, et peut être surtout, s'il n'a pas de preuve à apporter de sa douleur, si les examens complémentaires n'apportent rien. En effet, lui ressent la douleur physique. Qu'elle ait une origine somatique ou purement psychologique, le ressenti physique est bien là. Si la véracité du ressenti douloureux est remise en cause, le patient va alors douter. Son corps le trompe-t-il ? Ressent-il vraiment cette douleur ? Ou bien peut-être est-ce son esprit qui le trompe ? L'homme est divisé. Si bien que, si à un moment la douleur s'estompe, il peut en souhaiter le retour afin de se rassurer lui-même sur le fait qu'il ressent bien une douleur physique, que son corps et son esprit ne font qu'un et lui appartiennent.

Une douleur peut être le reflet d'un conflit intérieur non résolu, d'où les douleurs dites psychosomatiques. Le psychisme active le soma.

De plus, la mémoire joue un rôle important dans le ressenti d'une douleur. Mémoire, douleur et émotions sont intimement liées. Les phénomènes de résonance font revivre des douleurs anciennes après leur évocation par un stimulus douloureux de faible intensité, un stress psychologique, ou sur simple rappel visuel.

Les réactions de l'entourage face à un patient douloureux peuvent être nombreuses. Il existe des guides d'explications grand public de la douleur (12) expliquant l'attitude que pourrait avoir au mieux l'entourage pour aider son proche douloureux. Evaluer la douleur, interpréter les signes, communiquer avec les soignants, soutenir, éviter d'inquiéter, d'énerver, etc., le soutien d'un proche qui souffre peut être pesant pour l'entourage investi. Chacun fait alors en fonction de ses propres capacités, de ses ressources personnelles. Mais parfois l'entourage se met à douter, à s'interroger sur la véracité de la plainte et isole alors le malade.

Il existe encore dans certaines sociétés primitives, des rituels d'initiation. Les garçons y deviennent des hommes en supportant de grandes douleurs infligées par les autres membres de la tribu. Ainsi le garçon prouve son courage et sa bravoure par sa résistance à la douleur et il affirme également par là sa différenciation sexuelle.(5) (Annexe 1)

1.2.3 Approche philosophique

La société actuelle occidentale, individualiste, revendique le droit au bien être, au plaisir et à la bonne santé. La médecine a tendance à devenir un service à la personne avec pour objectif de supprimer toute douleur et d'ouvrir à la vie éternelle.

Des études sont actuellement menées autour des gènes qui, une fois mutés, enlèvent à l'homme toute sensation douloureuse.(5)

Le souhait de la société et de la science d'annihiler toute douleur associé aux enjeux économiques de l'industrie pharmaceutique stimule les chercheurs à trouver « le » médicament analgésique révolutionnaire qui ferait taire toute douleur.

La question qu'il reste à poser est la pertinence d'une telle trouvaille, alors que l'on sait la douleur utile en tant que signal d'alarme. D'autant plus que les individus atteints de ces mutations génétiques les rendant insensibles à la douleur ont une espérance de vie raccourcie.

Le monisme (ou monoisme) est une notion philosophique selon laquelle tout ce qui existe est un tout unique. Il s'oppose au dualisme qui sépare le monde matériel ou physique du monde psychique ou spirituel.(5)

L'approche de la douleur est actuellement moniste, et met en lien les aspects physiques et psychiques de ce ressenti. La définition de l'IASP le montre bien. L'IRM cérébrale fonctionnelle a permis de commencer à décrypter cette science de la neuropsychologie et montre que chaque état d'esprit découle d'une cascade de réactions neurochimiques.

Les notions de plaisir et de douleur sont liées. Le plaisir est le principe de la vie bienheureuse dans laquelle la douleur est absente, cependant, tout comme certains plaisirs doivent être évités s'ils mènent à des désagréments, certaines douleurs doivent être, si ce n'est recherchées, au moins conservées, car une fois dépassées, intégrées, vécues, elles apportent un grand plaisir.

La valeur et le sens de la douleur se trouvent dans cette grande interaction entre la culture et la religion de l'homme qui souffre, sa lésion, mais aussi avec son histoire personnelle unique, ses connaissances sur cette douleur, théoriques, pratiques, son vécu de sa maladie. Si le sens de la douleur est unique à chacun, le médecin doit tenter de le comprendre et proposer un traitement particulier et adapté, personnalisé.

Le siège de l'empathie est localisé dans le cerveau à proximité du site de projection de la douleur.(5) Ainsi lorsque quelqu'un nous raconte sa douleur, on peut la ressentir. L'empathie apparait très tôt dans la vie. A la crèche, lorsqu'un bébé se met à pleurer, les autres suivent. Le risque, en supprimant toute douleur, en laissant parler cette culture de l'anesthésie, est de se diriger vers une société encore plus individualiste, dépourvue d'empathie. La compassion, « souffrir avec », ne serait plus.

1.2.4 Approche religieuse

La représentation du phénomène douloureux est différente au sein de chaque religion. Mais au-delà de ces représentations, la croyance religieuse impliquerait une répercussion sur le ressenti douloureux.

En effet, les centres cérébraux de contrôle de la douleur sont situés dans la région préfrontale, où se situe également le centre de l'imagination. Ainsi, stimuler par des pensées agréables cette zone du cerveau permet de contrôler sa douleur. Selon cette même théorie étudiée par le professeur Irène TRACEY à l'université d'Oxford (professeur en anesthésie et directrice du centre d'IRM cérébrale fonctionnelle)(5), les catholiques croyants ressentiraient moins la douleur que les athées. La foi stimulerait donc la région préfrontale qui inhiberait à son tour les voies descendantes de la douleur.

1.2.4.1 La douleur dans la religion islamique

Selon la religion islamique, les hommes sont tous égaux devant la maladie. C'est Dieu qui envoie la maladie, la souffrance et la douleur. C'est ce même Dieu qui décidera d'envoyer le remède. Le croyant musulman supporte alors la douleur avec résignation puisque seul Allah connait la signification de la douleur, il décide de tout et a prévu un destin pour chacun. L'homme qui souffre se rapproche de Dieu. La souffrance est une sorte de communication avec Dieu, elle est ainsi plus marquée en fin de vie. Le Coran dit « cherchez du secours dans la patience et la prière » et « Dieu est avec ceux qui endurent ». La notion de compassion pour les islamistes est alors plus importante devant la pauvreté ou la faim que devant la douleur. Le Coran interdit à tout musulman qui endurerait une douleur intense de se suicider ou de demander une euthanasie(5). Seul Allah décide de la fin d'une vie.

Dans la religion islamique, les opiacés, interdits en tant que drogue, sont autorisés dans le cadre du soulagement de la douleur. L'illicite devient licite en cas de nécessité.

1.2.4.2 La douleur dans la religion judaïque

Dans la religion judaïque, la douleur ne représente ni punition de Dieu, ni rédemption.(13) Elle doit être combattue. Comme elle n'a pas de sens, il est possible de se révolter devant elle, de gémir et de se plaindre.

Infliger une douleur volontairement est interdit. Les animaux sacrifiés ne doivent pas souffrir et l'ascèse par mortification n'a aucun sens.(5) La circoncision se doit d'être faite sans douleur. Si une femme ne souhaite plus de grossesse après un accouchement ressenti par elle comme trop douloureux, la contraception lui est autorisée. Devant un homme souffrant, le soutien familial est fort et combat son isolement.

1.2.4.3 La douleur dans la religion bouddhiste

Selon la religion bouddhiste, l'esprit possède une grande puissance. Bouddha explique que la douleur a deux aspects, l'un physique sur lequel on ne peut guère jouer, et l'autre psychique sur lequel on peut agir. La part physique ne correspondrait qu'à 10% de la douleur, alors que

la part psychique est évaluée à 90%. Devant une douleur, l'attitude de l'esprit est puissante et peut la faire disparaitre complètement. Pour cela il faut accepter la douleur, ne pas la combattre, en faire une amie plutôt qu'une ennemie et ainsi l'apprivoiser, la dédramatiser, et la faire diminuer d'intensité. Lorsqu'une douleur est présente, elle est l'occasion d'apprendre à la dépasser, à la transcender, à se situer au-delà d'elle. L'Homme peut apprendre de chaque expérience, y compris l'expérience douloureuse. Pour faire décroitre voire disparaitre la douleur ressentie, il faut tourner sa concentration vers un élément précis, comme la respiration, et diminuer ainsi les perceptions désagréables. On peut aussi visualiser la douleur et lui donner de l'espace, sans chercher à s'en débarrasser. Lâcher prise devant une douleur, c'est l'accepter, l'accueillir, lui dire qu'elle peut rester. C'est une approche positive, éloignée du combat et qui apaise l'esprit. Et devant une douleur en fin de vie, lâcher prise permet de vivre ce moment en paix. De plus le bouddhisme invite à vivre le moment présent, comme il invite à vivre sa douleur au moment présent. En effet, se projeter vers les heures ou jours à venir en redoutant la persistance de la douleur au sein de ces instants futurs, ne fait qu'accroitre l'état de stress et donc la part psychique de la douleur. Concernant le sens de la douleur au sein de la religion bouddhiste, il semble simplement qu'il faille l'accepter, que sa présence à certains moment est normale et donc attendue dans la vie des hommes, tout comme la maladie.(14)

1.2.4.4 La douleur dans la religion catholique

La douleur, et à un sens plus large, la souffrance, représente au sein de la religion catholique, ce que doit supporter le fidèle ; elle est éducation. Elle est aussi le châtiment divin qu'il reçoit pour les fautes commises ; elle est purification.

L'homme qui souffre ici bas voit le royaume de Dieu s'offrir à lui. La religion catholique donne donc une raison d'être, un sens à la douleur. Elle est donc vécue comme un sacrifice, on partage la douleur du Christ sur sa croix, et cela console le croyant. Elle n'est pas vaine, on souffre pour Dieu. Supporter la souffrance et la douleur est une preuve de l'amour portée à Dieu. Ainsi le christianisme a trouvé une sorte de remède aux hommes croyants avant l'arrivée des médicaments, puisque la douleur prenant un sens et reflétant la foi portée à Dieu, elle diminuait en intensité. (15)

Depuis que les médicaments antalgiques existent, l'Eglise incite les fidèles à y avoir recours en cas de nécessité.(13)

Il persiste malgré cela des croyants qui, refusant les antalgiques, usent de patience et d'endurance pour continuer à supporter des douleurs chroniques rebelles vécues comme un test envoyé par Dieu à visée purificatrice.

1.2.4.5 La douleur dans l'Eglise réformée ou protestantisme

La douleur est née de la punition envers Adam pour le pêché originel. Elle est devenue par la suite le reflet de la condition humaine, mais n'a plus de sens ni de rédemption, ni de purification. Elle peut donc être combattue, soulagée. Les pays protestants sont souvent fort engagés dans la lutte contre la douleur et ce depuis longtemps.(13)

1.3 La douleur en soins palliatifs

La Société Française de soins palliatifs (SFAP) définit les soins palliatifs comme « des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle ». Cela implique de prendre en charge les douleurs aigües ou chroniques présentes dans les pathologies évolutives qui engagent le pronostic vital, que ce soit à court, moyen, ou long terme.

La douleur est le premier symptôme qui amène les patients en unité de soins palliatifs (2). Les demandes d'euthanasies diminuent nettement une fois la douleur soulagée.

Pour une prise en charge globale du patient en soins palliatif, il faut commencer par soulager la douleur. En effet, il semble difficile d'envisager un dialogue avec quelqu'un qui a mal. Le soulagement de cette douleur permet au patient qui le souhaite d'être en interaction avec son environnement.

1.3.1 Epidémiologie

Il existe des situations palliatives en dehors de tout contexte néoplasique où des douleurs peuvent bien sûr apparaitre. Cependant, l'évolution des cancers provoquent très fréquemment des douleurs, de tous types et intensités.

Dans le monde, chaque année, dix millions de personnes sont atteintes de cancer(16). En France, 800 000 personnes vivent avec un cancer et on compte 278 000 nouveaux cas par an. Soixante dix pourcent des patients en phase avancée de maladie cancéreuse présentent des douleurs.

La prévalence de la douleur augmente avec l'âge et elle touche 80% des personnes âgées en fin de vie.(17)

Soixante quatre pourcents des patients en situation métastatique ou à un stade évolué de cancer présentent des douleurs. Plus d'un tiers de ces douleurs sont décrites comme modérées à sévères.

La prévalence des douleurs cancéreuses est plus grande chez les patients âgés.

Les douleurs sont nombreuses en soins palliatifs. Elles peuvent être liées à l'évolution du cancer : douleur due à l'extension de la lésion primitive, ou à l'apparition de métastases. Les douleurs sont alors viscérales, osseuses, musculaires, neuropathiques sur compressions. Les douleurs peuvent aussi être iatrogènes : douleurs post-chirurgicales, post-chimiothérapie, post-radiothérapie. Elles sont alors initiales et attendues, ou séquellaires. Elles sont parfois provoquées par les soins : pansements, mobilisations. Elles peuvent être secondaires aux traitements médicamenteux : constipation douloureuse aux opiacés.
En dehors des pathologies néoplasiques on peut retrouver par exemple des douleurs neuropathiques au cours des maladies neuro-dégénératives, des douleurs d'escarres en cas de grabatisation parfois secondaire à une démence évoluée, des douleurs engendrées par une ascite, des douleurs d'arthrose évoluée, ou dues à l'atteinte neurologique d'un diabète ou d'un zona, des douleurs secondaires à une ischémie tissulaire, etc.

1.3.2 Approche technique de la douleur

Le paragraphe qui suit n'a pas pour objet d'être exhaustif concernant la description des douleurs et leurs traitements. Il constitue une approche de plusieurs notions concernant ces thèmes.

1.3.2.1 Différents types de douleur

Il existe trois types de douleurs. Les douleurs nociceptives par excès de nociception, les douleurs neuropathiques et les douleurs d'origine psychogène. Ces trois types peuvent être intriqués pour donner des douleurs mixtes.

Les douleurs **nociceptives** sont les plus fréquentes (70% des douleurs cancéreuses). Elles sont dues à un excès de nociception, c'est-à-dire une stimulation excessive d'un organe. Leurs caractéristiques sémiologiques sont très variées ; elles peuvent être mécaniques ou inflammatoires, aigües ou chroniques, continues ou intermittentes. Leurs topographies ne suivent pas un territoire neurologique, elles sont régionales. L'examen neurologique est normal.

Les douleurs **neuropathiques** (20% des douleurs liées à un cancer) sont dues à une lésion du système nerveux. Cette lésion peut être centrale (accident vasculaire cérébral) ou périphérique (lésion d'un nerf, d'une racine). Le nerf ainsi stimulé en dehors de toute nociception transmet un message douloureux. Les symptômes retrouvés sont alors des décharges électriques, des brûlures, des paresthésies, une allodynie, une sensation de froid douloureux. Elles peuvent être continues ou paroxystiques, provoquées ou spontanées. Leurs topographies correspondent à un territoire neurologique.

Selon l'association internationale de la douleur, celle-ci est définie comme étant une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à des lésions tissulaires potentielles ou simplement décrites en ces termes. Les douleurs d'origine **psychogène** sont donc de réelles douleurs puisqu'elles sont ressenties comme telles, même si elles n'ont pas de cause organique. Elles sont souvent atypiques, associées à un syndrome anxio-dépressif ou dues à un trouble somatoforme et apparaissent dans un contexte de souffrance psychologique.

1.3.2.2 Evaluation de la douleur

La prise en charge de la douleur commence par une évaluation correcte.

Il s'agit alors de décrire le type de douleur, sa topographie, son ancienneté et son évolution, ses moments d'apparition au cours de la journée, la présence d'un fond douloureux et/ou d'accès douloureux paroxystiques, la présence de facteurs déclenchant ou au contraire qui soulagent, son intensité, au plus bas et aux pics douloureux, sa réponse aux antalgiques déjà prescrits et la tolérance du patients à ceux-ci.

Pour diagnostiquer une douleur neuropathique, on peut utiliser le questionnaire DN4. Il évalue la présence de signes sémiologiques correspondant aux douleurs neuropathiques et un score supérieur ou égal à quatre pose le diagnostic de douleur neuropathique.

L'intensité de la douleur doit être cotée. Cela permet de palper la puissance de la douleur ressentie par le patient et de prescrire l'antalgique de pallier adapté. Cela permet également de suivre l'efficacité du traitement antalgique alors prescrit. Cette évaluation doit être reproductible. A l'aide d'outils, on réalise une autoévaluation lorsque l'état du patient le permet ; le plus souvent par une échelle numérique (EN) ou par une échelle visuelle analogique (EVA). Lorsque le patient n'est pas en capacité d'évaluer lui-même sa douleur, l'équipe soignante doit réaliser une hétéro-évaluation. Il existe alors l'échelle Algoplus pour coter les douleurs aigües des patients âgés, élargie secondairement à la douleur déclenchées par les soins, et l'échelle Doloplus pour coter la douleur de fond d'une personne âgée non communicante.

1.3.2.3 Antalgie médicamenteuse

La prise en charge médicamenteuse des douleurs neuropathiques repose sur les antidépresseurs et les antiépileptiques. Les antidépresseurs ont une action centrale de blocage de la recapture des monoamines renforçant les contrôles inhibiteurs descendants. Les antiépileptiques inhibent la transmission du signal du neurone afférent en agissant sur les canaux calciques ou sodiques selon la molécule utilisée, au niveau synaptique.

La prise en charge médicamenteuse des douleurs par excès de nociception repose sur les antalgiques des trois paliers de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

L'OMS a en effet classé les antalgiques en 3 niveaux correspondant au traitement des douleurs en fonction de leur intensité. Le paracétamol comme palier I pour traiter les

douleurs légères, le tramadol et la codéine, opioïdes faibles, comme antalgiques de palier II pour traiter les douleurs modérées, et la morphine et ses dérivés, opioïdes forts antalgiques de palier III indiqués devant des douleurs intenses.

Les paliers de l'OMS ont été créés initialement pour adapter le niveau de l'antalgie à l'intensité des douleurs, spécifiquement pour des douleurs cancéreuses. En pratique courante, cette classification s'est élargie à la prise en charge de toutes les douleurs nociceptives, quelles que soient leur étiologie.

Pour une meilleure prise en charge de la douleur on doit parfois associer différents paliers antalgiques : palier I et II, ou palier I et III.

De plus, des co-antalgiques doivent être ajoutés à chaque fois que cela est possible. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont recommandés dans le traitement des douleurs inflammatoires, notamment des douleurs osseuses. Les biphosphonates réduiront l'ostéolyse et par là les douleurs osseuses également ainsi que le risque fracturaire. Les antispasmodiques ont leur place dans le traitement des douleurs abdominales spasmodiques.

Cette classification de l'OMS est remise en question car elle ne présente pas la pertinence d'associer des co-antalgiques(18). De plus, elle ne prend en compte que les douleurs par excès de nociception et non les douleurs neuropathiques. Et encore, beaucoup de prescripteurs pensent, à tors, qu'il faut nécessairement passer par un antalgique de palier I puis II avant d'introduire un opioïde fort, cela retardant le soulagement.

Selon les recommandations de 2002 de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (19) concernant la prise en charge d'adultes en situation palliative, le premier temps de toute prise en charge antalgique consiste à montrer au patient que l'on a entendu sa plainte douloureuse et de lui assurer que l'équipe fera le maximum pour la prendre en charge.

Lorsqu'un traitement étiologique de la douleur est possible, et selon le contexte, il sera entrepris parallèlement au traitement symptomatique.

Dans la mesure du possible les antalgiques seront administrés de façon préventive lorsque la survenue de la douleur est prévisible.

L'efficacité et la tolérance du traitement médicamenteux seront réévaluées régulièrement et de façon rapprochée, et le traitement sera adapté jusqu'à l'équilibre symptomatique.

Le patient et son entourage seront informés par avance des effets indésirables pouvant survenir et des moyens pour y faire face.

Il est recommandé, lorsqu'un antalgique de palier III est indiqué, de commencer par une titration jusqu'à ce que la dose quotidienne nécessaire soit déterminée, et instaurer ensuite une forme à libération prolongée. Des interdoses de morphine à libération immédiate seront prescrites et administrées en cas de pic douloureux.

En cas d'échec du traitement morphinique, il conviendra de réévaluer la douleur et notamment de s'assurer qu'il ne s'agisse pas de douleur neuropathique ou psychogène, pour lesquels le traitement morphinique n'est pas adapté.

Lorsque la douleur est bien nociceptive, et que l'on constate une inefficacité du traitement morphinique en place associé à la présence d'effets indésirables majeurs, une rotation d'opioïdes ou un changement de voie d'administration seront à effectuer.

L'antalgie autocontrôlée par le patient, par voie injectable, permet une adaptation rapide et fine des doses administrées. Elle permet au patient de se délivrer lui-même des bolus d'action rapide en cas de pic douloureux, ou de façon systématique en prévention d'un acte douloureux. Les bolus peuvent également être déclenchés par les soignants ou l'entourage lorsque le patient n'est plus capable de se les administrer, lorsqu'on dépiste une douleur à l'hétéro-évaluation. Les recommandations de l'ANAES de 2002 précisent, dans le cas d'un patient devenant comateux, la nécessité de maintenir le traitement antalgique.

En 2010, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé a publié des recommandations quant à la prise en charge des douleurs rebelles en situation palliative avancée chez l'adulte. (20) Elles incluent des propositions d'utilisation hors Autorisation de Mise sur le Marché (hors-AMM).

Les opioïdes forts sont la morphine, l'oxycodone, le fentanyl, le sufentanyl et la méthadone.

La morphine peut être utilisée par voie orale, intra-veineuse (IV), sous-cutanée (SC). Les voies péri-médullaires (intrathécale et péridurale) peuvent être utilisées en cas de nécessité de fortes doses d'opioïdes par les autres voies d'administration, ou lors d'une escalade thérapeutique rapide, ou lors d'effets indésirables non contrôlés des opioïdes administrés par les voies classiques. La voie intracérébroventriculaire est utile devant des douleurs réfractaires de la tête et du cou.

L'oxycodone peut être utilisée par voie orale, IV ou SC.

Le fentanyl et le sufentanyl sont utilisables par voie IV ou SC, lorsque les douleurs sont réfractaires à la morphine et à l'oxycodone.

La Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) ajoute dans ses standards, options et recommandations de 2002, la possibilité d'utiliser de l'hydromorphone en cas de résistance ou d'intolérance à la morphine.(21)

La méthadone est à utiliser en dernier recours en cas d'inefficacité des différents opioïdes fort ci-dessus en association avec les co-antalgiques. La méthadone est d'utilisation exclusivement orale.

En dehors des opioïdes fort, devant des douleurs réfractaires, on pourra utiliser selon les circonstances la kétamine, les anesthésiques locaux, le mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA), et le midazolam, ce dernier n'ayant aucun pouvoir antalgique, est utilisé pour son action anxiolytique.

La kétamine est un anesthésique à forte dose et un antalgique à faible dose. Elle peut être utilisée devant des douleurs réfractaires mixtes en association à un traitement opioïde insuffisant ou mal toléré. Elle peut être utilisée par voie IV ou SC.

Les anesthésiques locaux peuvent être utilisés par voie péri-médullaire en association avec la morphine si celle-ci est insuffisante. Leur application locale peut être bénéfique sur des lésions cutanées douloureuses comme des nodules de perméation, des métastases cutanées nécrosées, des plaies ulcérées. En dernier intention la voie IV peut être utilisée.

Le MEOPA peut être utilisé pour lutter contre les douleurs induites par les soins comme les pansements d'escarres) ou lors de mobilisations ou de toilettes douloureuses.

Le midazolam n'a aucune propriété antalgique, mais peut être associé à l'antalgie à visée anxiolytique lors de la réalisation de soins douloureux. Il a également un effet amnésiant. Il peut être utilisé par voie IV, SC ; la forme injectable pouvant également être administrée par voie sublinguale.

1.3.2.4 Autres techniques antalgiques

Il existe un grand nombre de techniques médicamenteuses et non médicamenteuses de prise en charge de la douleur, en fonction de son type et de sa résistance aux traitements de première intention. On note par exemple la stimulation médullaire, la neurostimulation transcutanée. Les chimiothérapies palliatives et la radiothérapie conventionnelle ou

métabolique, en diminuant le volume des lésions tumorales, permettent également de diminuer les douleurs. Des méthodes plus invasives existent comme le bloc cœliaque en cas de douleurs solaires dans les néoplasies pancréatiques, ou de DREZ-otomie (Dorsal Root Entry Zone) qui consiste en une destruction des neurones de la corne postérieure de la moelle dans les douleurs secondaires à une avulsion plexique ou à un syndrome de Pancoast-Tobias.

La composante émotionnelle de la douleur étant la plupart du temps importante, une prise en charge psychologique est nécessaire. Des thérapies non médicamenteuses comme la relaxation, la musicothérapie, la kinésithérapie, l'ergothérapie peuvent être utilisées.

1.3.2.5 Voie d'administration

La galénique des médicaments antalgiques s'est largement diversifiée ces dernières années, ouvrant ainsi un panel d'option concernant la voie d'administration de ces produits. La FNCLCC dans ses standards, options, recommandations de 2002 (21), a précisé les situations indiquant les recours aux différentes voies. La voie orale doit être privilégiée tant qu'elle est possible. Lorsque la voie orale n'est plus possible, ou devant un risque de syndrome occlusif, une malabsorption digestive (stomie, diarrhées profuses, fistules, grêle radique), la voie injectable est alors indiquée. Si le patient est porteur d'une chambre implantable (ce qui est souvent le cas dès lors qu'il a reçu une chimiothérapie intra-veineuse) elle est une voie d'administration préférentielle et pratique d'utilisation. La voie sous-cutanée peut ensuite être utilisée, notamment lorsque le réseau veineux est de mauvaise qualité. Lorsqu'il y a nécessité d'administrer des produits qui ne peuvent pas l'être par voie sous-cutanée, la voie intraveineuse est alors utilisée par défaut. La voie transmuqueuse est une option permettant une rapidité d'action, notamment devant des accès douloureux paroxystiques. La voie transcutanée est utile lorsque la douleur est bien équilibrée par des doses stables de morphiniques, les patches présentant une certaine inertie dans la diffusion du principe actif.

1.3.2.6 Douleur réfractaire et sédation

Devant une douleur réfractaire, lorsque tous les moyens ont été mis en œuvre pour tenter de la soulager sans succès, et lorsque la douleur est jugée insupportable par le patient, une sédation peut être indiquée. Les modalités de sédation ont été précisées par la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) qui a émis des recommandations.(22) La sédation correspond à une diminution de la vigilance rendant supportable un symptôme réfractaire en phase terminale. Elle doit être réalisée avec l'accord du patient et des explications claires quant à la méthode employée, l'effet recherché, les risques, doivent lui être apportées. L'entourage doit être également informé. (20). La sédation peut être appliquée de façon continue, ou alors transitoire afin de laisser le temps à un traitement antalgique d'agir, ou le temps de mettre en place des techniques d'antalgie plus complexes. Elle doit être décidée de façon pluridisciplinaire et les consignes écrites doivent être disponible pour les soignants.

Selon les recommandations de l'AFSSAPS c'est le midazolam qui doit être utilisé en première intention dans la sédation de par sa rapidité d'action et d'élimination. Il peut être utilisé par voie SC ou IV. En seconde intention on pourra utiliser le propofol après échec du midazolam. Le propofol est réservé à l'usage hospitalier et doit être utilisé après avis d'un anesthésiste.

1.3.3 « Total pain » et approche globale du patient

1.3.3.1 Définition de la notion « total pain »

Cicely Saunders (1918-2005) (23) est une fondatrice de la notion de soins palliatifs. Infirmière de formation à Londres, elle a secondairement étudié la médecine. Son objectif était de prendre en charge les patients atteints de pathologies évolutives avancées, tant sur le plan de la douleur, que par un accompagnement global de la personne souffrante. C'est ainsi qu'en interrogeant une patiente âgée à propos de sa douleur, celle-ci répondit, « la douleur ? Mais tout est douleur ! ». Cicely Saunders décrivit donc le concept de « total pain » ou « souffrance totale ».

Cette notion de « total pain » intègre douleur et souffrance. Elle compte quatre éléments qui sont la douleur physique, la souffrance psychologique et l'anxiété qui peut en découler, la difficulté sociale liée à la perte de rôle au sein de la société, de la famille et la souffrance spirituelle liée au questionnement existentiel.

1.3.3.2 Notion de qualité de vie

Derrière ce concept de « total pain » on aperçoit celui de qualité de vie.

Les questionnaires d'évaluation de la qualité de vie intègrent tous l'évaluation des fonctions physiques, la dimension psychologique de l'individu et la place de l'individu dans la société.

Prendre en charge de façon globale cette « total pain » c'est tendre vers une qualité de vie, objectif de fond de la pratique des soins palliatifs.

1.3.3.3 Nécessité d'une pluridisciplinarité en interdisciplinarité

Qui dit prise en charge globale du sujet dit nécessité de faire intervenir des professionnels de multiples horizons. La notion de pluridisciplinarité a toute sa place en soins palliatifs, et ces acteurs de soins doivent agir en interdisciplinarité, c'est-à-dire croiser leurs regards d'experts. Qu'ils soient psychologues, kinésithérapeutes, aides soignants, infirmiers, médecins, ergothérapeutes, orthophonistes, assistants sociaux ou bénévoles d'accompagnement, chacun agit, écoute, réfléchit, participe à la décision, toujours en interaction avec le malade et son entourage.

1.3.3.4 Impact de la fin de vie sur le ressenti de la douleur

L'AFSSAPS dans ses recommandations de prise en charge de la douleur rebelle en soins palliatifs (20), précise dans son introduction : « la douleur dite rebelle est parfois la manifestation ou l'expression d'une souffrance psychique, qui ne se dit pas en mots ou en significations aisément accessibles. Dans ce cadre, les médicaments peuvent être un des outils du prendre soin, mais ne constituent pas la seule modalité. »

En effet en fin de vie, le patient est susceptible d'être mis face à une altération de son image corporelle, induite par la maladie ou par le traitement, une perte de son autonomie avec un retentissement sur les activités de la vie quotidienne, le rendant dépendant d'autrui pour les

gestes de base comme la toilette, geste intime, l'alimentation, l'habillage. Cette vulnérabilité, associée à la remise en question du sens de sa vie, de la peur de faire souffrir son entourage, sont autant de causes à une souffrance psychologique et morale. Les angoisses présentes à ces moments peuvent constituer une part émotionnelle à la douleur ressentie. La peur de ressentir de la douleur, lorsque celle-ci est associée par le patient à l'évolution péjorative de la maladie, renvoie à la peur de mourir. L'attention est alors toute portée sur la douleur précisément, majorant son ressenti, dons un cercle vicieux. Ainsi parfois on observe des douleurs intenses lorsque le patient est seul, et qui deviennent supportable en présence de l'entourage. C'est là tout l'apport des thérapies non médicamenteuses comme l'hypnose ou la relaxation. Le patient apprend alors à s'évader, à ne plus se focaliser sur sa douleur, et peut parfois par la suite mieux profiter de son environnement.

1.3.3.5 Dérive

Mais attention, il ne faut pas nécessairement s'attacher à faire disparaitre toute plainte. Lorsque celle-ci n'est pas liée à la douleur, elle reste le moyen d'expression du malade et une des dérives peut consister à faire dormir le malade pour le faire taire, soulageant ainsi la souffrance de l'entourage et de l'équipe soignante. C'est ainsi que parfois on assiste à un mésusage d'une association antalgique morphinique/anxiolytique, faisant sa réputation à ce cocktail.

1.3.4 Principe du double effet

Le principe du double effet se définit comme le fait de tolérer que de potentiels effets néfastes (survenue de la mort plus précoce) surviennent suite à l'utilisation d'un produit, si l'objectif premier de la prescription est l'obtention d'un bon effet (24).

Le principe du double effet répond à quatre règles :

1) l'acte en lui-même doit être bon ou moralement neutre, ou tout au moins ne doit pas être interdit,

2) le mauvais effet ne doit pas être un moyen de produire le bon effet, mais doit être simultané ou en résulter,

3) le mauvais effet prévu ne doit pas être intentionnel ou approuvé, mais simplement permis,

4) l'effet positif recherché doit être proportionnel à l'effet indésirable et il n'y a pas d'autre moyen pour l'obtenir.

Dans le cadre du soulagement de la douleur, l'existence du double effet avec l'utilisation d'opiacés est sujette à controverses (18). En effet, on sait que le risque de dépression respiratoire aux opiacés n'existe pas aux doses antalgiques, d'autant plus lorsqu'il ne s'agit pas d'une introduction de traitement. On peut cependant considérer le risque élevé de surdosage lorsqu'en fin de vie les fonctions de l'organisme, notamment rénales, sont défaillantes. On pourrait moins bien maîtriser les doses et les effets des antalgiques. Cependant encore, il existe des opiacés qui ne sont pas d'élimination rénale et donc avec lesquels la survenue de surdosage en cas de défaillance de cet organe est inexistant.

En soins palliatifs le double effet existe bel et bien, mais plutôt dans les situations de sédation. Elle peut être indiquée devant une souffrance existentielle majeure, une hémorragie cataclysmique, une dyspnée asphyxiante ou, et c'est là notre sujet, une douleur résistante à tout traitement. Le risque de hâter la survenue de la mort existe ici mais c'est l'utilisation de benzodiazépines hypnotiques qui l'induit.

Le principe du double effet avec les opiacés est-il donc un mythe, que les connaissances scientifiques tendent à faire disparaitre ?

2. La morphine

2.1 Origine naturelle : du pavot à l'opium

La morphine est issue d'une plante, le pavot, dont l'espèce papaverum somniferum produit une sève riche en opium. (25) (Annexe 2)

Le Pavot à opium peut mesurer jusqu'à 1 mètre 50 de haut et ressemble à un gros coquelicot. Il en existe de nombreuses variétés aux couleurs de pétales différentes (blanc, rouge, violet). La forme des fleurs ainsi que la concentration en principe actif diffèrent également selon la variété. Seulement trois espèces produisent de l'opium : papaverum somniferum, glabrum et sétigerum.

C'est le papaverum somniferum qui produit la sève la plus riche en alcaloïdes de l'opium. C'est un pavot à pétales blanches et c'est une des plus anciennes espèces connues. Son latex ou sève contient 8 à 20% de morphine.

L'ovaire constitue l'extrémité aérienne de la tige. En mai la plante fleurit, l'ovaire devient une capsule ovale (tête de pavot) contenant alors la sève, un latex blanc riche en alcaloïdes d'opium, et les graines de pavot.

Lorsque les pétales tombent et que les capsules jaunissent, par temps sec, on pratique des incisions superficielles à l'aide d'un couteau à plusieurs lames. Le latex s'écoule lentement, se dessèche en s'oxydant à l'air et devient brunâtre. Le lendemain des incisions, ce suc oxydé est recueilli avec une écuelle en bois et un racloir. (Annexe 3)

Cette sève oxydée est ensuite malaxée puis séchée, c'est l'opium, contenant environ 10% de morphine.

Cette méthode de recueil est ancestrale mais reste encore pratiquée de nos jours.

Géographiquement, le pavot à opium semblait pousser initialement en Europe du sud et en Asie Mineure (Espagne, Grèce, Crète, Perse, Egypte, Mésopotamie). Actuellement, les deux grands centres de culture sont la Chine et l'Inde.

Peu de substances entrainent une dépendance aussi complète que la morphine, lorsqu'elle est utilisée en dehors d'un cadre thérapeutique. L'héroïne, principale drogue toxicomanogène actuelle, est synthétisée chimiquement à partir de morphine.
Une fois isolée de l'opium, la morphine est un sel blanc cristallisé, soluble que l'on peut préparer en officine afin d'être avalé ou injecté (chlorhydrate ou sulfate de morphine).

Actuellement, pour produire de la morphine en évitant tout détournement, plusieurs pays, notamment la France et l'Espagne, utilisent des espèces de pavot moins concentrées en opium.

Les pays producteurs traditionnels poursuivent la culture du papaverum somniferum.

2.2 Propriétés pharmacologiques

2.2.1 Indications

La morphine est un antalgique opioïde de palier 3 selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle est indiquée dans le traitement des douleurs intenses, résistantes aux antalgiques de paliers plus faibles.(26)

2.2.2 Propriétés pharmacodynamiques

Il existe 3 types de récepteurs aux opioïdes : les récepteurs mu (μ), kappa (**k**) et delta (δ). Une substance opioïde peut se comporter de trois façons différentes avec ces trois types de récepteurs comme par exemple être agoniste pour l'un, agoniste partiel pour le deuxième et

antagoniste pour le troisième. La stimulation de ces récepteurs est responsable des effets de la morphine, désirés et indésirables. (27)

2.2.2.1 Action analgésique

La morphine agit au niveau du système nerveux central sur la transmission des messages nociceptifs. Schématiquement, au sein de la moelle épinière existe une synapse, lieu de relais de l'information nociceptive de la première fibre nerveuse (allant du lieu du stimulus douloureux à la moelle épinière) à la seconde fibre nerveuse (cheminant de la moelle épinière au cerveau). La morphine, en bloquant les récepteurs mu, kappa et delta situés sur les terminaisons de ces deux fibres (au niveau pré et post-synaptique) empêche l'entrée du calcium dans le neurone pré-synaptique, inhibant la libération de neurotransmetteurs par celui-ci. Le neurone post-synaptique est donc moins stimulé et le message nociceptif est réduit.

Elle a soit une action dépressive directe au niveau spinal, soit une action indirecte au niveau du tronc cérébral en renforçant les contrôles inhibiteurs descendants. De plus, de par l'implication de nombreuses structures centrales elle agirait sur la conscience de la sensation douloureuse.

Il n'existe pas de concentration thérapeutique de la morphine. Son effet dépend de nombreux paramètres qu'il faut prendre en compte : l'intensité de la douleur, la voie d'administration, le type de douleur, la sensibilité individuelle, la durée d'action de l'analgésique et sa puissance…

2.2.2.2 Action psychomotrice

Dans la majorité des cas la morphine a une action sédative. Elle peut aussi, mais rarement, être excitatrice. La récupération de la dette de sommeil observée les quelques jours suivant l'initiation du traitement ne doit pas être interprétée comme une sédation. La douleur ayant empêché le patient de dormir jusque là, une fois soulagé, il récupère son sommeil en retard. Il est bien réveillable, ce qui permet de faire la différence avec un surdosage.

2.2.2.3 Action psychodysleptique

En cas de surdosage, la morphine peut entrainer des hallucinations.(27)

La morphine est inscrite sur la liste des stupéfiants puisqu'elle est une substance toxicomanogène. En effet elle peut entraîner, en dehors d'une utilisation optimale, une euphorie, une accoutumance, une dépendance psychique (envie irrésistible de s'en procurer) et physique responsable d'un syndrome de sevrage à l'arrêt brutal, caractérisé par des sueurs, larmoiements, catarrhe, myalgies, nausées, vomissements, diarrhées, hyperthermie, anxiété, agressivité, hallucinations.

2.2.2.4 Action respiratoire

La morphine diminue la sensibilité des chémorécepteurs au CO_2 et à l'hypoxémie. On observe alors une dépression respiratoire avec une bradypnée et à l'extrême une dyspnée de Cheyne-Stokes puis une apnée. Lorsqu'elle est administrée sur une longue période à dose stable, les effets sur le système respiratoire s'amenuisent.(27)

La morphine est le plus puissant antitussif connu. Elle agit par dépression du centre de la toux.

La morphine peut créer une broncho-constriction occasionnelle suite à une libération d'histamine différente d'une réaction allergique.

2.2.2.5 Action émétisante

Le centre du vomissement est commandé par une zone gâchette : la chemo-receptive trigger zone (CTZ). A faible dose la morphine stimule la CTZ et provoque donc nausées et vomissements.

Lors de l'initiation d'un traitement morphinique, on s'attend donc à observer des nausées et/ou vomissements qu'il faudra prévenir par un traitement antiémétique d'action centrale, ces symptômes disparaissant les jours suivant l'introduction de la morphine par épuisement de la zone gâchette.(27)

2.2.2.6 Action sur les muscles lisses

La morphine diminue le péristaltisme par augmentation de la contraction et donc du tonus des fibres musculaires longitudinales. Le tonus des fibres musculaires circulaires est aussi augmenté provoquant un spasme sphinctérien (pylore avec diminution de la vidange

gastrique, sphincter d'Oddi (d'où des douleurs chez les cholécystectomisés par stase biliaire), sphincter vésical avec rétention aigüe d'urines, valve iléo-caecale, sphincter anal (constipation).
Un traitement laxatif est donc systématiquement associé au traitement morphinique. (27)

2.2.3 Propriétés pharmacocinétiques

Les voies d'administrations de la morphine sont variées : orale, sous-cutanée, intra-veineuse, transmuqueuse, intrathéchale, intra cérébro-ventriculaire.
La voie orale sous-entend un premier passage hépatique. La destruction du médicament y est très variable expliquant la variabilité inter-individuelle de la dose efficace. En moyenne après ce passage hépatique, 30 à 50% de la dose ingérée est bio-disponible. Lorsque l'on passe de la voie orale à la voie injectable il est donc nécessaire de diviser les doses par deux ou trois, et inversement.
La morphine passe la barrière hémato-encéphalique, expliquant ses effets psychodysleptiques.
Elle est éliminée principalement par les reins. On note une faible élimination fécale. On peut également en retrouver dans la salive et dans le lait maternel. (26)

2.2.4 Surdosage

La somnolence est un signe d'appel précoce de surdosage. On peut aussi noter des myoclonies, des hallucinations, puis à l'extrême une dépression respiratoire jusqu'à une l'apnée, une hypotension et une hypothermie. Dès les premiers signes de surdosage la posologie du traitement doit être diminuée.
Un surdosage engageant le pronostic vital peut être traité par antidote, la naloxone.(26)(27)

2.3 Question de la dépendance aux opiacés

2.3.1 Différence entre dépendance et tolérance

La dépendance ou addiction est définie par la classification internationale des maladies comme l'utilisation inappropriée d'un produit entraînant des signes physiques et psychiques. Elle correspond à l'apparition d'au moins trois des signes suivants sur une période d'un an :

-désir compulsif de consommer le produit,

-difficultés à contrôler la consommation,

-syndrome de sevrage à l'arrêt brutal,

-tolérance aux effets nécessitant l'augmentation des doses pour obtenir un effet similaire,

-désintérêt global pour tout ce qui ne concerne pas le produit ou sa recherche,

-poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

La tolérance ou accoutumance est par définition un processus d'adaptation de l'organisme à un stimulus extérieur ou à un produit. Il en résulte un épuisement de la réponse à ce stimulus à mesure que l'organisme y est confronté. Cela implique la nécessité d'augmenter le stimulus afin de créer les mêmes effets qu'à la première confrontation.

Tolérance et dépendance ne sont donc pas à confondre, l'organisme peut développer une tolérance à un produit, sans qu'il y ait de dépendance.

Le dictionnaire Vidal (26) explique que la morphine est un stupéfiant, et peut donc donner lieu à un mésusage, une utilisation détournée. Dans ce cas, si elle est utilisée en dehors de toute douleur, ou à dose plus élevée que celle nécessaire à une antalgie, elle donnera lieu à une dépendance. C'est-à-dire que le sujet aura besoin de s'en procurer, tant sur le plan physique que psychique. En effet, sur le plan physique, on observera une tolérance, ainsi qu'une baisse du seuil de la douleur ou hyperalgésie aux opioïdes (par activation des récepteurs NMDA qui libèrent des substances anti-opioïdes), ces deux éléments créant le besoin d'augmenter les doses. Sur le plan psychique le sujet aura un besoin irrépressible de se procurer de la morphine et de se l'administrer.

Utilisée à visée antalgique, et à la dose adaptée à la douleur, la morphine ne crée pas de dépendance. Elle crée une tolérance, pouvant rendre nécessaire la majoration progressive

des doses lorsqu'il s'agit d'un traitement au long cours. Cette tolérance peut alors justifier une rotation d'opioïdes. Lorsque les opiacés sont bien utilisés, il n'y a pas de besoin psychique de s'en procurer à tout prix.

2.3.2 Syndrome de sevrage

Qu'il s'agisse d'un mésusage ou d'une utilisation appropriée de la morphine, l'accoutumance physique crée un syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal. On retrouve alors anxiété, irritabilité, frissons, mydriase, bouffées de chaleur, sudation, larmoiement, rhinorrhée, nausées, vomissements, crampes abdominales, diarrhées et arthralgies. Une diminution progressive des doses permet d'éviter l'apparition de ces symptômes.

2.3.3 Personnalités « drug abuser »

J. Porter (29) a mené une étude à propos du taux d'addiction chez les patients traités par narcotiques. Le résumé de l'article est paru dans le New England Journal of Medicine de 1980. Les auteurs ont examiné les dossiers de 39946 patients hospitalisés en médecine. Ils étaient 11882 à avoir reçu au moins une fois un produit narcotique. On ne retrouvait alors que quatre cas de dépendance avérée. Parmi les quatre, un seul cas a été considéré comme dépendance majeure.

Les auteurs concluent que malgré l'augmentation de l'utilisation de morphiniques à l'hôpital, le développement d'addiction chez les patients exempts d'histoire personnelle de dépendance, est rare.

Une autre étude menée par Schug et al. (28) retrouve la même tendance : sur une série de 550 patients cancéreux recevant un traitement par morphiniques, ils ne notaient qu'un seul cas de dépendance avérée.

Une revue de la littérature de 2007 menée par une équipe anglaise (18) faisait également le point sur ce sujet et concluait à la rareté des patients dépendants à la morphine s'il n'y a pas auparavant d'autre dépendance.

Il faut également distinguer la prescription de morphiniques en pathologie cancéreuse et non-cancéreuse. En pathologie non-cancéreuse, il est recommandé d'évaluer le terrain

psychologique du patient afin d'éviter de prescrire de la morphine à des personnalités potentiellement « drug-abuser ». Dans les douleurs rhumatismales par exemple il existe les recommandations de Limoges (30) concernant la prescription des morphiniques. Elles précisent que la morphine doit être évitée dans certaines situations cliniques en particulier chaque fois que les symptômes n'ont aucune explication médicale, lorsqu'ils se présentent chez des patients aux troubles caractériels sévères ou psycho-sociaux prédominants, ou encore lorsque les symptômes comportent implicitement ou non une demande de mise en invalidité hors de propos. Ainsi, les recommandations incitent à ne pas prescrire de morphine dans la fibromyalgie, dans certaines lombalgies chroniques ou devant des plaintes douloureuses multiples mal définies et rebelles. On aura alors recours à une consultation psychiatrique spécialisée en douleur chronique, de même lorsqu'il s'agit de patients très jeunes, ou évidemment en cas d'abus médicamenteux avéré, ou plus largement de suspicion de troubles psychiatriques. De plus à chaque contrôle médical, il est recommandé de rechercher des signes de mésusages ainsi qu'une dépendance psychique. On cherchera alors durant l'interrogatoire une augmentation inhabituelle des doses sans corrélation avec une aggravation du processus physiopathologique et un comportement compulsif ou anormal de recherche du médicament.

Le risque de mésusage d'un traitement morphinique et donc de dépendance est présent quasiment uniquement chez les personnalités « drug-abuser », et ce plutôt dans le cadre de douleurs non-cancéreuses.

2.4 Histoire de la morphine dans la société

2.4.1 Sur les traces de l'opium

Les traces les plus anciennes retrouvées de la plante papaverum somniferum remontent au Néolithique. Le Néolithique est une période de la préhistoire située entre -9000 et -3300 et qui a été témoin de profondes mutations techniques, économiques et sociales, avec l'organisation de groupes humains sédentaires développant l'agriculture et l'élevage pour subsister. Dans des habitations de cette ère, en **Europe** (Suisse et Espagne notamment), on a retrouvé des graines et des capsules de papaverum somniferum datant de -4000 ans.(25)

En Asie Mineure, on a retrouvé une tablette écrite par les **sumériens** vers -2100 qui comportait une référence au pavot à opium, le qualifiant de « plante de la joie ». Sur la tablette est gravée la technique de récolte du latex. D'autres tablettes de même origine temporo-spatiale décrivent des formules végétales, recensant plus de 250 espèces de plantes, montrant l'intérêt ancien pour la phytothérapie.

Les historiens pensent que les graines de pavot et même l'opium étaient inclus dans les échanges commerciaux entre les Sumériens et les Indiens, Egyptiens et Syriens, favorisant la migration de la plante et des techniques d'extraction du latex de l'est vers l'ouest.

Les **Egyptiens** utilisaient largement l'opium. Les pharaons s'en servaient à visée sédative et analgésique. On a retrouvé sur un papyrus concernant la circoncision, la description d'une décoction antalgique à application locale à base d'opium.

Les **Grecs** sont les pères de la médecine moderne. Dans l'Odyssée, Homère décrit l'opium comme « éloignant les peines ». Il écrit qu'Hélène, fille de Zeus, soulageait la douleur des blessures de guerre en mélangeant au vin rouge une substance qui « endort douleur et colère en apportant l'oubli de toutes les souffrances ». Le breuvage magique s'appelait alors le Népenthès et devait faire oublier le traumatisme de la guerre de Troie aux soldats.

En 500 avant J.-C., Héraclite, médecin du père d'Alexandre Le Grand utilise largement l'opium comme antidouleur et le diffuse dans tout le monde grec. Alexandre Le Grand emportera alors l'opium avec ses troupes jusqu'en Inde.

Au premier siècle, l'opium médicinal est décrit de plus en plus précisément par les médecins dans de nombreux ouvrages. Il est utilisé avec précaution car des accidents mortels ont été rapportés, mais son efficacité ne fait pas de doute.

Dioscoride est un médecin grec (40-90 après J.-C.) successeur d'Hippocrate. Il est le premier à distinguer la plante de son latex, seul élément efficace. Il créé alors le Diacode, premier sirop d'opium.

Les médecins **romains** utilisaient le pavot en application locale dès le premier siècle après J.-C. Ils ont créé la Thériaque, remède universel pendant 1800 ans et qui pouvait guérir tout. Sa composition a légèrement varié au cours des années mais trois ingrédients persistaient : la

chair de vipère, l'opium et le miel. En 312 après J.-C., l'empire romain comptait plus de 800 boutiques vendant de l'opium. Son prix était fixé par l'empereur.

La chute de l'empire romain, au cours du Vème siècle a engendré ce que certains appellent les ténèbres de l'Europe. Les savoirs rassemblés par les grecs, sumériens, égyptiens et romains tendent à disparaitre. Heureusement, les moines européens et les arabes ont permis le maintien de toutes ces connaissances en copiant de nombreux manuscrits.

En **Chine**, le pavot n'est connu qu'après 620 après J.-C, suite à des échanges avec l'Inde. Ce n'est qu'en 973 que l'on retrouve un écrit, « les trésors de l'Herboriste », traitant de l'utilisation médicinale de l'opium. Les orientaux apprennent d'abord à utiliser les vertus apaisantes pour le corps et l'esprit de l'opium. Ce n'est que plus tard qu'ils découvriront son action stimulante. Vers 1450, on retrouve une description des techniques de scarification des capsules comme le font les arabes. En 1578 un médecin chinois consacre un article sur les propriétés du pavot à opium. Il décrit l'efficacité de l'opium dans les pathologies rhumatismales, l'asthme et plusieurs maladies accompagnées de douleurs.

Initialement les chinois utilisent l'opium par voie orale, mélangé au chanvre. Puis le tabac arrive en Chine, et l'opium y est alors mélangé et fumé, souvent à l'aide de pipes. Rapidement l'opium est fumé pur car la préparation est plus maniable et plus savoureuse. Au XVème siècle le commerce de l'opium débute vraiment avec les « routes de l'opium » qui relient l'orient à l'occident. En occident, les pays d'Europe comme le Portugal, l'Espagne, l'Angleterre et la Hollande organisent le commerce d'opium. L'Asie du Sud-Est augmente alors sa production de pavot. Le commerce d'opium a permis à l'Angleterre de créer l'East Indian Company, mais elle est alors envahie par l'opium et son usage fumé explose, devenant un problème sanitaire majeur. Les importations de la compagnie des Indes vers l'Angleterre passent de 12 tonnes à 2400 tonnes entre 1729 et 1837. Les conflits entre ces deux pays déclencheront par la suite deux guerres de l'opium, qui fragiliseront l'empire chinois. Finalement le commerce de l'opium sera légalisé, ce qui relancera la production chinoise ainsi que la diffusion de l'opium vers l'Ouest. En Europe, au cours de la révolution industrielle, toutes les classes de la population fument l'opium.

Ce sont dans les suites des conférences de Shanghai en 1909 et de La Haye en 1912 que l'utilisation non médicale de l'opium est interdite.

Malgré cela, l'utilisation de l'opium fumé s'est largement poursuivie en Chine. Cette technique d'utilisation permet l'absorption d'une plus grande quantité d'opium. L'usage de masse se développe. La première toxicomanie de masse de l'histoire humaine nait alors, et elle est à l'origine de nouvelles représentations sociales de l'usage de l'opium : l'archétype du drogué, affalé dans ses coussins avec sa pipe à opium, absent du monde. L'opium devient alors synonyme de vice et de luxure. On comptait 120 millions d'opiomanes en Chine, c'est la plus grande épidémie de toxicomanie mondiale.

2.4.2 Diffusion de l'opium médicinal en Europe

Pendant longtemps, la médecine et la pharmacie étaient confondues et formaient un art unique. Progressivement l'Eglise s'approprie la médecine considérant l'art de guérir comme divin. Les couvents sont alors lieux de soins et possèdent jardins botaniques et pharmacies, gérées par le moine apothicaire. L'opium y a une place centrale.(25)

Plus tard, la médecine est étudiée dans les universités par des laïcs. Au XIIème siècle, le commerce prend de l'ampleur de façon générale et les apothicaires laïcs se multiplient, les charlatans aussi. En 1220 la pharmacie se voit séparée de la médecine par ordonnance du roi à Paris. En effet il souhaite libérer le médecin de tâches considérées comme ingrates telles que le maniement du pilon et du mortier. La pharmacie prend alors son essor grâce à une communauté d'apothicaires et d'herboristes. L'église ne pratique finalement plus la médecine ni la pharmacie. Pendant tout le moyen âge, les apothicaires usent largement de la thériaque contenant du suc de pavot. Les officines s'organisent et sont remplies de préparations à base d'opium, de mandragore, de jusquiame et de belladone. Les ordonnances médicales deviennent obligatoires pour toute délivrance médicamenteuse au XVème siècle.

L'imprimerie se développe à partir de 1455. Les travaux de Dioscoride, Gallien et Avicenne sont imprimés et circulent dans toute l'Europe, encourageant la fabrication de remèdes à base d'opium.

2.4.3 Débuts de la chimie

Paracelse, alchimiste suisse (1493-1541) est un des précurseurs de la chimie. Il a pour théorie que chaque maladie d'origine inconnue vient d'un dérangement de la condition chimique du corps. La notion de chimie du corps est donc énoncée. Selon Paracelse, pour que les plantes agissent, il faut en extraire leur « quinta essentia » ou essence vitale, et ce par des procédés alchimiques. Ce sont les prémices de la découverte des alcaloïdes.

Thomas Sydenham (1624-1689), médecin anglais, est responsable d'un tournant dans l'histoire de l'opium médicinal en créant le Laudanum. Le Laudanum est une préparation qu'il élabore à partir du « specific anodin » de Paracelse, en y retirant les substances onéreuses afin de considérer le caractère économique de ses prescriptions. Le laudanum est donc une teinture alcoolique essentiellement à base d'opium safrané, parfumé à la cannelle ou au girofle. (Annexe 4)

L'industrie du Laudanum se développer en 1660 et il soulage notamment les douleurs ulcéreuses du cardinal de Richelieu et les « atrocités » hémorroïdaires du roi Louis XIV.

En 1784, on observe la première description de l'utilisation de l'opium dans l'analgésie postopératoire.

En 1804, la formule chimique de ce qui portera plus tard le nom de morphine, est découverte. C'est F. W. Sertürner, pharmacien allemand qui décrit le premier alcaloïde, il s'agit alors d'un alcaloïde de l'opium. Il l'appelle morphinum en raison de l'effet de la molécule et son rapport avec le dieu des songes, Morphée. La morphine est alors baptisée.

En 1880, des sociétés pharmaceutiques américaines créent des produits à base d'opium, soignant tous types de maux : poussées dentaires, dysenterie, goutte, douleurs cancéreuses. On note par exemple les gouttes pectorales du docteur Bateman, les pilules Matthew, l'élixir Daffy, la poudre Dower, et beaucoup d'autres.

Au cours du XIXème siècle, le Laudanum est servi comme apéritif et est très apprécié, devenant un produit de consommation courante, à l'origine également d'une vague de

toxicomanie. Toutes les couches sociales y ont accès et les mères de famille en mettent dans les biberons de leurs nourrissons afin de traiter toux, diarrhées et cris au sens large. Des décès chez les enfants ainsi traités ont été observés en nombre important. Le manque de législation autour de l'opium se fait alors sentir.

En 1925, soit plus d'un siècle après la découverte de la formule chimique de la molécule de morphine, la structure moléculaire complète est précisément décrite.

En 1952, on commence à synthétiser la morphine et ses dérivés. On poursuivra l'extraction naturelle de l'opium à partir du pavot car cela est moins couteux que la synthèse chimique.

En 1928, un vadémécum de médecine décrit l'opium comme sédatif de la douleur quelle qu'en soit la cause, antitussif, anti-diarrhéique, hypnotique, diminuant l'appétit en cas de diabète ainsi que la soif et la polyurie. Le Laudanum est décrit lui comme un traitement anxiolytique. Les premières précautions d'emploi concernant les enfants et les personnes âgées sont décrites. Des contre-indications apparaissent en cas d'insuffisance hépatique et « d'imperméabilité rénale ». L'accoutumance y est décrite.

2.4.4 Cadre légal

La première loi concernant les stupéfiants a été émise le 19 juillet 1845.(25) Elle définit l'opium comme un poison. Il rentre alors dans la liste des substances vénéneuses. Les pharmaciens ne peuvent donc le délivrer que sur ordonnance médicale. Les fumeries à opium de France (1200 dans Paris) sont fermées. Le trafic s'organise alors.

Aux Etats Unis, l'arrivée d'émigrants de Chine engendre le développement de l'opiomanie. La question du commerce d'opium international entre la Chine, l'Inde, la France et l'Angleterre est largement traitée lors de la conférence de Shanghai en 1909, puis à la Haye en 1912. Une convention internationale de l'opium est finalement signée.

Le 19 juillet 1916, une loi contrôlant la circulation des stupéfiants (opium, morphine, cocaïne) sur le territoire français est votée. Il y a désormais nécessité de présenter une ordonnance médicale pour pouvoir pénétrer en France avec de la morphine.

La Turquie deviendra le premier fournisseur d'opium pour l'Europe et l'Amérique entre le XIXème siècle et le milieu du XXème siècle.

Le triangle d'or, puis plus tard le croissant d'or, sont des zones géographiques de production illégale d'opium par méthode naturelle, situées en Birmanie, Vietnam, Laos, Thaïlande pour le premier, et en Iran, Pakistan, Afghanistan pour le second. Cinq mille tonnes d'opium sont produites par an dans ces zones.

2.5 La morphine dans la société actuelle

Les représentations de la morphine au sein de la société actuelle ont été sculptées par le contexte historique que nous venons de décrire. Par ailleurs, le vécu de chacun influence nettement l'image de la morphine, et les représentations des uns créent des représentations chez les autres.

2.5.1 Conceptions des représentations du public

2.5.1.1 Définition des représentations

On peut définir les représentations d'un point de vue philosophique comme les connaissances fournies à l'esprit par les sens ou par la mémoire.

On peut également trouver comme définition, dans le domaine de la psychologie, l'association d'une perception, d'une image mentale, à une idée, ici la morphine.

La notion de représentation sociale désigne les images de la réalité collective fortement suggérée à l'individu par la société.

2.5.1.2 Place du vécu dans les représentations

Nous pouvons étudier les représentations, et nous pouvons également étudier les situations dans lesquelles elles naissent, se modifient, influent sur les conduites et la communication.

La conception de représentations à propos d'un sujet est un phénomène d'une grande complexité intriquant plusieurs mécanismes.

La définition des représentations est en elle-même déjà complexe puisque la distinction entre sens d'une idée et sa représentation est floue.

Les expériences vécues par un sujet sont mémorisées. Les affects liés à ces expériences sont toujours présents lorsque celles-ci sont rappelées à l'esprit. L'expérience est indissociable des affects qu'elle a suscité.

La représentation est donc liée à l'expérience, et l'expérience est directement liée au vécu du sujet.

Selon D. Jodelet (31), la notion d'expérience vécue peut être définie comme *la façon dont* les *personnes ressentent, dans leur for intérieur, une situation et la façon dont elles élaborent, par un travail psychique et cognitif, les retentissements positifs ou négatifs de cette situation et des relations et actions qu'elles y développent.*

La dimension vécue de l'expérience correspond au ressenti, à l'envahissement par les émotions. Dans le vécu, l'état ressenti par le sujet correspond à sa prise de conscience de sa subjectivité, de son identité.

La dimension cognitive de l'expérience correspond à l'expérimentation du monde et favorise la conception de réalités. Ainsi, chaque personne a des préconstruits culturels, des savoirs communs, issus de l'expérience collective. Chaque expérience personnelle émergera dans ce contexte. L'expérience donnera ensuite un sens aux événements, objets, situations suivantes.

Il existe une étroite relation et interaction entre l'expérience, le vécu et les connaissances.

Le sujet est en relation avec son monde d'objets. Cette relation créée des informations qui vont être traitées, créant des structures et des réseaux de conservation de ces informations en mémoire.

Les représentations sont les outils pour interpréter, analyser ce dont on fait l'expérience.

Toujours selon D. Jodelet, *la notion d'expérience et de vécu nous permet de passer du collectif au singulier, du social à l'individuel. Ces structures et réseaux (que certains qualifient de représentations mentales), seront réactivés pour traiter les nouvelles informations qui surgissent de situations nouvelles ou inconnues, ou sont imposées par les tâches à accomplir ou la structure de l'environnement.*

L’expérience vécue participe à la formation des connaissances. Elle est modelée par les représentations. Mais l’expérience vécue peut aussi parfois modifier une représentation déjà existante.

La représentation peut être construite sur un mode imaginaire par transfert de représentation d’une situation à une autre.

2.5.1.3 Origine des représentations sociales des médicaments

L’utilisation effective d’un médicament prend appui sur des expériences antérieures d’utilisation et sur des jugements subjectifs sur les effets du médicament. Elles conditionnent la compliance au traitement médical.

Conjointement à cela, la notice des médicaments influence nettement les représentations du produit par le patient.

Selon l’Agence Européenne du médicament, chaque médicament doit être accompagné d’une notice, qui répond à des règles précises. L’information doit y être claire et compréhensible. Elle y est souvent très complète et une quantité importante d’information est délivrée au patient. Celui-ci est pourtant rarement en capacité de faire le tri au sein de ces informations, pour en dégager les plus pertinentes, et ne pas s’inquiéter outre mesure des complications les plus rares décrites. Par exemple, les précautions d‘utilisation citées sont interprétées par les patients selon leur expérience, leur savoir et leur schéma de pensée.

En effet, les notices délivrent les instructions à suivre en cas de prise du médicament. Elles n’indiquent cependant pas pourquoi il faut les suivre. Les patients créent alors leur propre modèle explicatif. Déduisent, en fonction de leur expérience vécue, de la représentation sociale du produit, l’action supposée du médicament, leurs propres raisons pour lesquelles il faut respecter la posologie, l’évolution supposée de la maladie sous ce traitement. On observe alors ensuite une évaluation subjective des effets du médicament.(32)

Les représentations sociales ont non seulement une fonction de savoir, c'est-à-dire un ensemble de connaissances partagées à propos d'un objet, mais également une fonction explicative, c'est-à-dire un ensemble de théories permettant de comprendre le fonctionnement de l'objet.

Elles sont conçues comme des systèmes d'interprétation, qui reposent sur des expériences particulières auxquelles sont confrontés les individus.

Les représentations sociales, si elles sont fausses, sont donc un obstacle à l'utilisation correct d'un médicament. Au contraire, lorsqu'elles sont justes, elles facilitent une utilisation optimale.

2.5.1.4 La morphine et les médias

Nous avons trouvé intéressant de rechercher qu'elle pouvait être l'image de la morphine diffusée dans les médias ou dans les revues grand public, et nous avons trouvé plusieurs articles intéressants, susceptibles de créer de véritables représentations pour les lecteurs peu avertis.

En premier lieu, en renseignant « morphine » dans le moteur de recherche du magazine Marie-Claire, nous sommes dirigés vers la description d'un livre de Françoise Sagan intitulé « Toxique ». Il s'agit d'un journal qu'elle a écrit lors d'un séjour en clinique pour désintoxication suite à un traitement de 3 mois par dérivés morphiniques, reçu pour des douleurs après un accident de voiture en 1957. Dans ce texte, Françoise Sagan raconte sa désintoxication. Elle y décrit sa souffrance et son angoisse de la déchéance. Elle s'observe, s'ausculte, fait partager ses pensées avec le lecteur et sa peur immense de la mort, du vide, de la solitude. Bernard Buffet a mis en images le texte de Sagan. Chaque page est illustrée de dessins, à l'encre de Chine, aigus, violents, reflets de « la douleur insurmontable du manque ». Cette première cure de désintoxication sera un échec, elle se mettra à boire, ce qui lui causera une polynévrite douloureuse. La jeune femme libre deviendra dépendante des médicaments, de l'alcool et des drogues. Lors d'un entretien, elle dira : « La seule chose

que je trouve convenable - si on veut échapper à la vie de manière un peu intelligente – c'est l'opium ».

La morphine est bien ici assimilée à une drogue, dont on ne peut plus se passer une fois le traitement débuté.

Le lien suivant nous oriente vers un autre livre, « Boomerang » de Tatiana de Rosnay, dont le résumé contient cette phrase : « Aux urgences après un crash, Mélanie plane sous morphine. »

Puis nous sommes dirigés vers un article mettant en garde les femmes à propos du risque d'addiction au sport. Il y est expliqué qu'au bout d'une demi heure d'activité cardio-vasculaire intense le corps sécrète des endorphines aux propriétés calmantes et euphorisantes, ayant une activité cérébrale « similaire à celle provoquée par la morphine ou l'héroïne ». Ici l'héroïne est citée juste après le mot morphine, favorisant l'amalgame. De plus le terme morphine apparait dans un article dédié à la notion d'addiction.

Plus bas dans les résultats de la recherche nous sommes redirigés vers un article traitant globalement de la douleur : « pourquoi souffrir, le chemin de la sérénité ». Cet article, contrairement aux précédents, tente de lutter contre les idées reçues et les craintes concernant les traitements morphiniques. Ici l'objectif est bien de faire passer le message que la douleur peut et doit être prise en charge. Après le message d'alerte initial, elle ne sert plus à rien et risque, en cas de défaut de traitement, de se chroniciser par mémorisation. L'article cite le professeur Alain Serrie, responsable du département diagnostic et traitement de la douleur à l'hôpital Lariboisière à Paris. Il explique qu'une personne sur cinq souffrant de douleurs chroniques n'a jamais pris d'antalgique, alors que 80% des douleurs chroniques sont soulagées en moins de deux ans lorsqu'elles sont traitées.

Puis l'article explique qu'il faut cesser d'avoir peur de la morphine et cite le docteur François Chast, chef du service de pharmacologie et toxicologie de l'Hôtel-Dieu, à Paris : «Ce

médicament et ses dérivés ne sont pas réservés aux maladies graves et à la fin de vie. Ils peuvent être prescrits ponctuellement, notamment en rhumatologie (sciatique, lésions articulaires, etc., ndlr)». Plus loin, la notion de dépendance est combattue : « En patch, en solution buvable ou en piqûre, ils interviennent directement sur la perception de la douleur dans le cerveau, mais ils ne rendent pas dépendant pour autant. »

Ainsi, sur quatre articles contenant le terme « morphine » au sein d'une revue grand public, trois articles font le lien direct avec les notions de dépendance et de drogue, contre un article qui explique les enjeux du traitement des douleurs et l'intérêt de lutter contre les idées reçues en citant des spécialistes de la discipline. On peut alors se demander ce que le grand public retiendra comme notions. Sachant que les articles contenant une part émotionnelle comme ceux de F. Sagan ou de T. de Rosnay marqueront probablement plus les lecteurs.

Nous avons ensuite dirigées nos recherches vers un site de psychologie : psychologie.com. De la même façon nous avons tapé le mot morphine dans le moteur de recherche du site.

Les résultats étaient soit des articles, soit des discussions sur les forums du site.

Le premier résultat est intitulé « début de sevrage ». Il est celui d'une femme qui expliquait prendre de la morphine et du tramadol depuis dix ans et qui se demandait si elle devrait mettre fin à son traitement. « Pourquoi arrêter si cela nous fait du bien? ». Dans les réponses voilà ce que l'on pouvait lire : « Aucune drogue n'est bonne en soi », « la clope c'est pas aussi dangereux que la morphine. » Puis une longue explication suivait sur les raisons qui pourraient pousser une personne à se sevrer d'une drogue, quelle qu'elle soit.

Ensuite nous sommes dirigés vers un article écrit par David Servan-Schreiber, professeur de psychiatrie clinique concernant la prise en charge de la douleur dans les services hospitaliers. Il écrit la difficulté qu'ont parfois les soignants à accepter la douleur témoignée par les patients lorsque ceux-ci sont déjà sous antalgiques, la crainte qu'ont parfois les médecins à

initier ou accroitre un traitement morphinique, de peur de rendre un patient dépendant ou même de raccourcir sa vie alors qu'il est en situation palliative terminale et qu'il souffre.

En lisant cet article, on peut se demander comment les patients pourraient ne pas avoir peur de la dépendance aux morphiniques ou penser qu'ils ne raccourcissent pas la vie, si même les médecins craignent cela. Les représentations des soignants, que nous développerons plus bas, influent sur les représentations du grand public, donc des patients, et les peurs se transmettent ainsi.

La discussion suivante était un forum dans lequel une femme décrivait son syndrome de sevrage alors qu'elle diminuait les doses de morphine de son traitement habituel pour fibromyalgie. Pourtant suivie en centre anti-douleur cette personne semblait diminuer d'elle-même les doses, au rythme qu'elle jugeait bon, et probablement un peu vite, d'où les symptômes désagréables de sevrage. La lecture de cette discussion par un public peu averti pourrait facilement renforcer le lien à la drogue dans sa représentation de la morphine.

On sait que l'expérience vécue a une place importante dans l'élaboration des représentations sociales. Or dans les forums, les personnes ayant vécue une expérience en rapport avec la morphine en font le témoignage aux autres lecteurs. Les autres lecteurs se fabriquent donc leurs propres représentations en fonction des témoignages d'autrui. Or les personnes qui postent ces témoignages le font souvent car elles ont mal vécu leur traitement, sorte de biais de sélection dans les médias.

2.5.2 Représentations des soignants

2.5.2.1 Evolution des représentations et des prescriptions

Le docteur Peyrard, médecin à Vienne, a mené une enquête publiée en 2006 (33) auprès d'une vingtaine de médecins de spécialités et régions différentes afin d'évaluer l'évolution des idées et des pratiques autour de la morphine. Elle a noté une évolution considérable et une dédramatisation de l'utilisation des morphiniques. Désormais employée en pratique

courante, selon cette enquête, la morphine est sortie du champ réduit d'utilisation en fin de vie.

Comme témoin de cela, on note que la consommation de morphiniques par voie orale a triplé entre 1990 et 2001 à l'AP/HP, et a été multipliée par presque 10 par voie injectable. La France est passée d'une consommation de 400kg de sels et sulfates de morphine en 1992 à 920kg en 1995 (16). De plus l'apparition de galéniques nouvelles et de formes à libération prolongée en 1990 a favorisé cette augmentation de consommation. Les plans gouvernementaux de lutte contre la douleur ont aussi agi dans ce sens avec notamment une simplification des prescriptions comme la disparition du carnet à souche.

2.5.2.2 Mais persistance de fausses idées bien ancrées

Comme en témoigne une enquête de prévalence réalisée par l'AP/HP de Paris (33), 50 à 55% des malades présents ce jour donné ont présenté une douleur intense au cours des 24 dernières heures et seulement un tiers de ces malades a été soulagé. Plusieurs raisons à cela et parmi elles des prescriptions insuffisantes ou inadaptées d'antalgiques. Il persiste donc bien des réticences du côté des soignants à prescrire des morphiniques même devant des douleurs intenses.

En parallèle, on sait que l'éducation d'un patient par un soignant ne consiste pas seulement en une transmission de connaissances. Le soignant transmet également ses croyances, intuitions et préférences.(34)
Le patient et le médecin ont chacun deux types de représentations : celles à statut de connaissances (les « bonnes » représentations) et celles à statut de croyances (les « fausses » représentations. Lorsque le médecin procède à l'éducation thérapeutique de son patient il ne devrait transmettre que ses représentations à statut de connaissance, afin de modifier les fausses représentations du patient. Cela correspond à de l'information. En réalité pratique, on observe que le médecin transmet également ses représentations à statut de croyances au patient, on pourrait alors parler d'inculcation.
Ainsi, si les soignants ont de fausses représentations de la morphine, ils les transmettent aux patients.

Quelles sont alors les représentations actuelles des soignants ?

Une étude italienne menée en vallée d'Aoste en 2001 (1) a fait le point sur les représentations des médecins et infirmières. 117 médecins et 219 infirmiers/ères ont été interrogés. Par la méthode d'association libre d'idées, la notion de drogue apparait pour 25% des médecins et 20% des infirmiers interrogés. Lorsque l'on évoque la toxicomanie, 14% des médecins et 15% des infirmières sont « beaucoup » ou « tout à fait » d'accord. Lorsqu'on évoque le fait que la morphine raccourcit la vie, 2% des médecins et 7% des infirmières sont « beaucoup » ou « tout à fait » d'accord. De plus, environ 10% des soignants expriment un accord fort envers l'idée que l'utilisation de la morphine pour traiter la douleur cancéreuse devrait être évitée ou différée le plus possible. On peut imaginer les retentissements de ces représentations négatives de la morphine sur les prescriptions d'antalgiques de palier III, malgré les recommandations existantes.

Les idées reçues que peuvent avoir les prescripteurs à propos des antalgiques de palier III retardent souvent leur décision de les prescrire. Ainsi devant une douleur modérée à intense, il arrive parfois que le patient doivent attendre l'échec de l'antalgique de palier I prescrit, puis celui du palier II, pour enfin recevoir un palier III, qui, si les peurs étaient moins grandes, pourrait être prescrit d'emblé.

Les représentations erronées sont également retrouvées auprès des infirmiers (35). Lorsque la morphine est prescrite en hospitalisation, son administration, notamment lors de prescriptions à la demande, est parfois freinée par les croyances des infirmiers. En cas de plainte douloureuse, l'infirmier préfèrera souvent administrer un antalgique de palier I, plus rassurant, et garder le palier III prescrit uniquement pour une situation plus extrême (36). Les fausses idées concernant la morphine semblent être plus présentes chez les soignants plus anciennement diplômés, la formation initiale étant éloignée et les connaissances à propos de la morphine ayant évoluées.

3. Étude

3.1 Introduction

Dans la population générale, le terme « morphine » est lourd de sens.

En pratique clinique quotidienne on ressent chez les patients l'appréhension de la dépendance à la morphine, du lien entre l'introduction d'un morphinique et la gravité potentielle d'une maladie, ainsi qu'une anxiété liée au médicament lui-même.

Les patients en situation palliative sont souvent sujets à des douleurs intenses justifiant l'utilisation de morphiniques. Qu'en est-il de leurs représentations, dans ce contexte particulier, où ils ont eu à envisager leur fin, et avant cela la majoration de leurs douleurs, où ils se sont questionnés quant à la capacité de la médecine à les prendre en charge? Ces patients rattachent-ils d'avantage la morphine à fin de vie ? Sont-ils moins préoccupés par l'idée de dépendance dans ce contexte de soins palliatifs ? Existe-t-il des situations dans lesquelles les patients ont des représentations plus justes ? Les patients recevant de la morphine ont-ils des représentations plus justes, corrigées par les explications que l'on suppose avoir été délivrées lors de la prescription ? Pouvons-nous définir des éléments comme l'âge, le niveau de scolarisation, le fait de connaitre quelqu'un traité par morphine pour un cancer, l'absence de suivi en consultation douleur, etc., qui nous permettraient d'anticiper la présence de représentations erronées chez les patients ? Les patients hospitalisés, en unité de soins palliatifs ou en service traditionnel, ont-ils des représentations plus axées sur la relation morphine-fin de vie ? Au contraire, les patients à domicile et suivis en consultation ont-ils une représentation plus axée sur la dépendance ? Ou encore le fait de souffrir d'un cancer oriente-il les représentations de la morphine vers l'idée de fin de vie ?

Ceux sont toutes ces questions auxquelles nous tenterons de répondre à travers notre étude.

3.2 Méthode

Nous avons réalisé une étude descriptive des représentations de la morphine chez les patients en situation palliative. L'étude était à la fois qualitative et quantitative, de type observationnelle, et multicentrique.

La population cible correspond à la totalité des patients en situation palliative de France, cela regroupant les patients hospitalisés en unités de soins palliatifs (USP), en service traditionnel, les patients en hospitalisation à domicile, et les patients à domicile dont certains sont suivis en consultation spécialisée.

Nous avons donc interrogé les patients en situation palliative, hospitalisés en USP du CHU de Nancy et du CHR Metz-Thionville, hospitalisés en service traditionnel et suivis par les équipes mobiles de soins palliatifs du CHU de Nancy et du CH de Verdun, hospitalisés en hospitalisation à domicile (HAD) du CHR Metz-Thionville et du CH de Verdun, ainsi que les patients à domicile suivis en consultation de soins palliatifs au CHU de Nancy et au CHR Metz-Thionville.

Des entretiens non directifs, menés dans le but de concevoir le questionnaire, ont été réalisés durant la deuxième quinzaine de janvier 2012. Les questionnaires ont été distribués et récoltés d'avril à juillet 2012. L'analyse statistique a été réalisée en août 2012.

Il n'existe actuellement pas de questionnaire validé permettant de recueillir les représentations des patients à propos de la morphine. Pour concevoir notre questionnaire, nous nous sommes donc appuyés sur une étude réalisée au CHU de Marseille et qui cherchait à observer les représentations de la chimiothérapie chez les patients atteints d'un cancer. (37)

Notre questionnaire (Annexe 5) était composé de quatre parties. La première constituait un recueil d'informations : âge, sexe, pathologie, traité par morphine ou non. La seconde partie constituait un recueil d'association libre d'idées à partir du terme « morphine ». La partie suivante était un recueil d'attitudes vis-à-vis des traitements morphiniques, permettant, par une échelle de Lyckert**,** d'évaluer le niveau d'adhésion des patients à ces affirmations. La dernière partie devait permettre d'évaluer la satisfaction des patients quant à leur niveau

actuel d'information à propos de la morphine, leur souhait éventuel d'être informés d'avantage, ainsi que le moyen souhaité pour recevoir plus d'informations.

Revenons sur la partie « recueil d'attitudes ». Afin de sélectionner les phrases dites « attitudes » les plus pertinentes, des entretiens non directifs ont été menés avant l'élaboration du questionnaire. L'objectif était de laisser parler les patients à propos de la morphine et de mettre en évidence les idées principalement émises, justes ou fausses. Ces entretiens ont eu lieu auprès de 8 patients au CHR Metz-Thionville (5 en USP, 3 en consultation).

Les questionnaires étaient distribués aux patients aptes à comprendre les questions et à y répondre. Cela excluait les patients présentant des troubles de la conscience ou des troubles des fonctions supérieures. Les patients étaient inclus dans l'étude, qu'ils reçoivent ou non de la morphine.

Dans l'objectif de ne pas pouvoir reconnaitre les personnes interrogées, les questionnaires étaient anonymes et c'est l'âge et non la date de naissance qui a été recueilli. De plus le nom des services d'hospitalisation des patients suivis par les EMSP n'a pas été recueilli.

Devant l'impossibilité de retrouver les patients à partir des questionnaires ou des supports utilisés pour l'analyse, l'accord de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) n'a pas été nécessaire.

Un accord oral de participation a été recueilli pour chaque patient. L'entête du questionnaire stipulait également son caractère non obligatoire.

Lorsque cela était possible, les patients remplissaient seuls le questionnaire. Si leur autonomie ne le leur permettait pas, l'entourage, un membre de l'équipe soignante, ou le médecin pouvait leur lire le questionnaire et noter leurs réponses.

Nous ne souhaitions pas que la lecture de ce questionnaire soit intrusive pour le patient, qu'elle génère de l'anxiété, lorsque la fin de vie était évoquée. Avant sa distribution, le questionnaire a donc été relu et corrigé par trois psychologues différents, ayant une expérience en soins palliatifs. Nous pouvions également remarquer que, lors des entretiens

non directifs, les patients pour qui la morphine représentait la fin de vie, la mort, l'exprimaient spontanément et très clairement avec ces termes précis.

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel EpiData. Le masque de saisie des données et l'analyse statistique ont été réalisés avec l'aide de Monsieur Matthieu Schockmel, interne de santé publique au service d'épidémiologie et d'évaluation clinique du CHU de Nancy.

La méthode d'analyse des questionnaires et les critères de jugement des représentations ont été les suivants.

A la lecture des termes utilisés par les patients dans l'association libre d'idées, des thématiques ont été dégagées. Ainsi chaque terme entrait dans une thématique. L'ordre d'occurrence des thèmes a été observé. Lorsque sur la même ligne on observait une phrase contenant deux thèmes différents (exemple: « peur de la dépendance »), ceux-ci étaient alors séparés en deux thèmes individualisés selon l'ordre d'occurrence (1 : peur, 2 : dépendance). Lorsqu'un même thème apparaissait sur plusieurs lignes (exemple : « dépendance », puis « accro », puis « toxicomanie »), il était pris en compte une seule fois et c'est le niveau d'occurrence de la première apparition de ce thème qui était relevé.

De plus, nous souhaitions pouvoir mettre en exergue le niveau de justesse des représentations des patients à propos de la morphine. Pour cela, la partie analyse d'attitudes avec l'échelle de Lyckert (« pas du tout d'accord », « un peu d'accord », « moyennement d'accord » et « complètement d'accord ») a été scindée en deux. Cinq phrases correspondaient à des notions de connaissances (« la morphine rend dépendant », « permet de diminuer la douleur », « est réservé à la fin de vie », « raccourcit la vie », et « n'est utilisée que pour les maladies très graves »), et deux phrases correspondaient à des ressentis (« la morphine apporte la tranquillité », « la morphine fait peur »). Les 5 questions de connaissances ont été analysées de la façon suivante : les représentations étaient considérées comme plutôt justes lorsque, pour les attitudes « la morphine rend dépendant », « la morphine permet de diminuer la douleur », « la morphine est réservée à la fin de vie », « la morphine raccourcit la vie », « la morphine n'est utilisée que pour les maladies très graves », les réponses étaient « pas du tout d'accord » ou « un peu d'accord ». Au contraire, pour ces mêmes attitudes, les représentations étaient considérées comme

plutôt erronées pour les réponses « moyennement d'accord » et « complètement d'accord ». Et inversement concernant l'attitude « la morphine permet de diminuer la douleur ». Cela devait permettre d'observer la justesse des représentations pour chacun de ces items.

Ensuite et afin d'avoir une vision globale des représentations d'un même patient tous items confondus, un score de connaissance a été établi. Pour chacune de ces cinq attitudes, les représentations « plutôt justes » ont été notées 1, et 0 pour les représentations plutôt fausses. Chaque patient avait donc un score entre 0 et 5 et plus les réponses étaient justes, plus le score était élevé.

Les deux phrases relatives au ressenti « la morphine apporte la tranquillité » et « la morphine fait peur », ont été analysées indépendamment du score de connaissance.

Nous avons effectué une observation globale des représentations, puis une analyse par sous-groupe, c'est à dire selon l'âge, le sexe, le niveau de scolarisation, le lieu de suivi, l'existence d'un cancer, le fait de recevoir de la morphine, le fait d'être suivi en consultation douleur, le fait de connaitre quelqu'un recevant ou ayant reçu de la morphine pour une maladie grave.

Nous avons ensuite stratifié l'échantillon en 2 groupes selon le score de connaissances, et mis en parallèle ce niveau de connaissance (< à 2,5 ou > ou = à 2,5) au sentiment d'être bien informé, et au souhait de l'être d'avantage.

Pour déterminer « p », le Test du Chi-2 a été utilisé pour les variables qualitatives, et le test de Student pour les variables quantitatives.

3.3 Résultats

3.3.1 Description de l'échantillon

Notre échantillon comprenait 68 patients en situation palliative. Leurs caractéristiques sont exposées dans le tableau 1. Parmi ces 68 patients, 61 (89,7%) souffraient d'une maladie néoplasique, et 32 (47,1%) étaient ou avaient été suivis en consultation douleur. 69% des patients interrogés pensaient recevoir ou avoir reçu de la morphine, 22% non, et 8,8% ne savaient pas s'ils en avaient déjà reçu ou en recevaient.

		N=68	%
Type d'unité	USP	34	50
	EMSP	14	20,6
	Consultation	18	26,5
	HAD	2	2,9
Sexe	hommes	32	47,1
	femmes	36	52,9
Âge	< 65 ans	35	51,5
	> ou = 65 ans	33	48,5
Niveau de scolarisation	élémentaire	16	23,5
	collège	19	27,9
	lycée	19	27,9
	supérieur	14	20,6

Tableau 1 : Détail des caractéristiques de l'échantillon de population

Les patients atteints de pathologies non néoplasiques souffraient d'insuffisance respiratoire sur broncho-pneumopathie chronique obstructive (n=1), de sclérose latérale amyotrophie (n=3), une personne a répondu « douleur » à la question « de quelle maladie souffrez-vous ?», une autre a répondu « ulcère à l'estomac », et une autre « du dos ».

Parmi les patients interrogés, 41% connaissaient quelqu'un ayant reçu de la morphine, dont 25% pour des maladies graves.

3.3.2 Représentations globales de l'échantillon

Association libre d'idées

Concernant l'analyse des thématiques de contenu, les thèmes dégagés, avec les mots s'y rapportant sont les suivants : dépendance (drogue), douleur, antalgie (soulagement, calmant), effets non souhaités (effets secondaires et signes de surdosage : « hallucinations », « somnolence », « problème pour conduire »), gravité (« maladie grave », « cancer »), peur, mort (« fin de vie »), ressenti bénéfique (« apaisement », « efficace », « confort », sérénité, aide), action délétère (« la morphine ça tue » « ruine le corps », « danger », « risque », « cochonnerie », « enlève l'envie de se battre », « saleté »), médicament, médicalisation (« médecin », « hôpital »), guérison, sevrage, dernier recours, posologie (« dose »), maladie, autres.

Un maximum de huit thèmes a été évoqué par les patients. Le tableau 2 présente la fréquence d'apparition des différentes thématiques dans l'ordre d'occurrence.

Tableau 2 : Association libre d'idées à la morphine selon l'ordre d'occurrence.

THEME	**1er**		**2ème**		**3ème**		**4ème**		**5ème**		**6ème**		**7ème**		**8ème**		**Total**	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dépendance	18	**28**	7	**14**	5	**13**	5	**26**	0	0	1	20	0	0	1	**33**	37	**54**
Douleur	13	**20**	4	7,7	2	5,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	**28**
Antalgie	12	**19**	11	**21**	6	**16**	2	11	2	**18**	0	0	1	**25**	0	0	34	**50**
Peur	4	6,2	1	1,9	3	7,9	1	5,3	2	**18**	0	0	0	0	0	0	11	**16**
Mort	4	6,2	2	3,8	1	2,6	2	11	0	0	0	0	1	**25**	0	0	10	**15**
Gravité	2	3,1	5	9,6	3	7,9	1	5,3	2	**18**	0	0	0	0	0	0	13	**19**
Effets non souhaités	2	3,1	6	**12**	2	5,3	2	11	1	9,1	0	0	0	0	0	0	13	**19**
Action délétère	2	3,1	1	1,9	1	2,6	1	5,3	0	0	0	0	0	0	0	0	5	7,4
Médicament	2	3,1	5	9,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	10
Guérison	1	1,5	2	3,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4,4
Dernier recours	1	1,5	0	0	1	2,6	0	0	2	**18**	0	0	0	0	0	0	4	5,9
Maladie	1	1,5	1	1,9	2	5,3	2	11	0	0	1	20	0	0	0	0	7	10
Ressenti bénéfique	1	1,5	6	**12**	6	**16**	1	5,3	1	9,1	0	0	0	0	0	0	15	22
Sevrage	0	0	0	0	1	2,6	0	0	0	0	1	20	1	**25**	0	0	3	4,4
Médicalisation	0	0	0	0	3	7,9	0	0	0	0	2	**40**	0	0	2	**67**	7	10
Posologie	0	0	0	0	1	2,6	0	0	1	9,1	0	0	1	**25**	0	0	3	4,4
Autres	2	3,1	1	1,9	1	2,6	2	11	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8,8
Manquant	3		16		30		49		57		63		64		65			

Tous ordres d'apparition confondus, la dépendance était citée par 54% des patients. Puis venait l'antalgie citée par 50% des patients, puis la douleur par 28% des patients, la notion de gravité et des effets non désirés chacun par 19% des patients.

La peur était citée par 16% des patients et l'association à la mort était faite par 15% des patients.

Analyse d'attitudes

Le tableau 3 représente les pourcentages de représentations erronées au sein de l'échantillon.

Pourcentage de représentations erronées	échantillon (n=68)
dépendance	60,3
fin de vie	36,9
gravité	47,7
raccourcit la vie	20,3
diminue la douleur	9

Tableau 3. Pourcentages de représentations erronées au sein de l'échantillon.

Le score de connaissance de l'échantillon est de 3,3.

3.3.3 Représentations selon l'âge

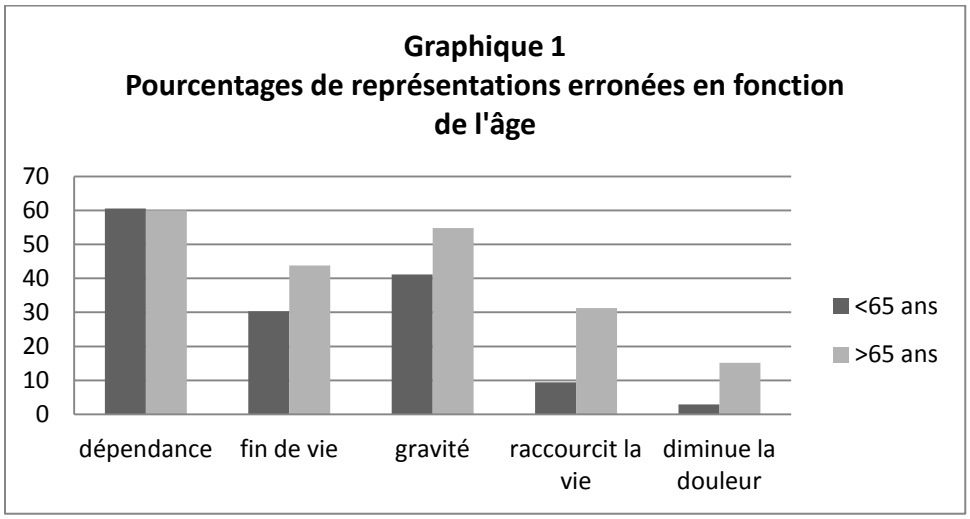
Notre échantillon était constitué de 35 patients de moins de 65 ans et 33 patients de plus de 65 ans.

Association libre d'idées

Les patients de moins de 65 ans associent la morphine à la dépendance dans 57,1% des cas contre 51,5% chez les plus de 65 ans. Les personnes de plus de 65 ans associent la morphine à la peur dans 24,2% des cas, à la mort dans 18,1% des cas, à la notion de gravité dans 21,2% des cas, contre respectivement 8,6%, 11,4% et 17,1% chez les patients de moins de 65 ans.

Analyse d'attitudes

Le graphique 1 montre les différences de représentations selon l'âge des patients.



Le score de connaissance est de 3,5 pour les moins de 65 ans et 3 pour les plus de 65 ans, avec p=0,07.

3.3.4 Représentations selon le sexe

L'échantillon était constitué de 32 hommes et 36 femmes.

Association libre d'idées

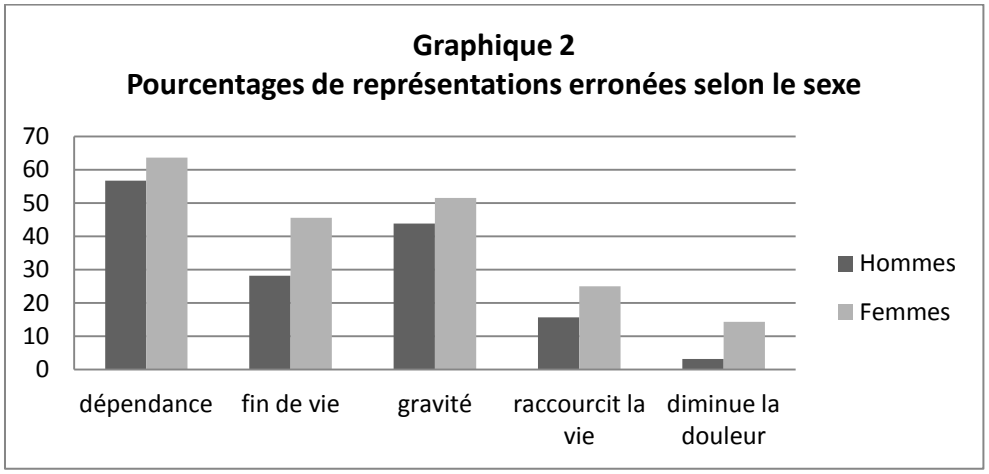
La dépendance a été évoquée chez 62,5% des hommes et 47,2% des femmes. La notion de gravité était présente chez 25% des hommes et 13,8% des femmes.

La peur a été citée chez 12,5% des hommes et 19,4% des femmes.

La mort a été citée chez 3,1% des hommes contre 13,8% des femmes.

Analyse d'attitudes

Le graphique 2 montre les différences de représentations selon le sexe.



Le score de connaissance est de 3 pour les femmes et 3,5 pour les hommes, avec p=0,15.

3.3.5 Représentations selon le fait d'avoir été ou d'être traité par morphine

Dans notre échantillon, 47 personnes recevaient ou avaient reçu de la morphine, et 15 n'en avaient jamais reçu. 6 personnes ne savaient pas si elles en avaient déjà reçu ou si elles en recevaient.

Association libre d'idées

Les personnes recevant de la morphine l'associaient à la mort dans 14,9% des cas contre 0% lorsque les patients n'ont jamais reçu de morphine.

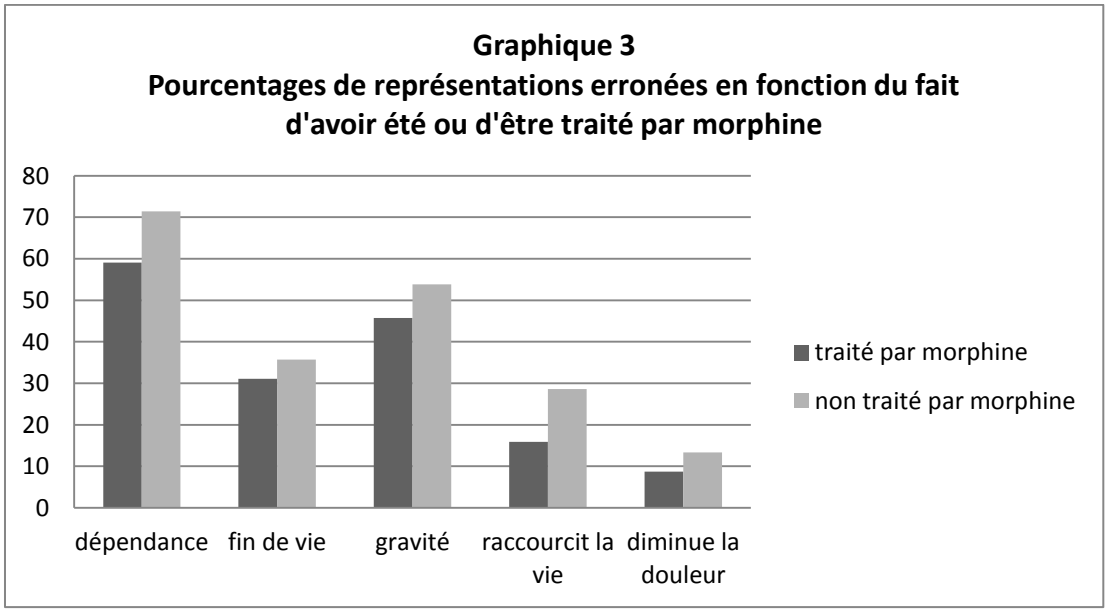
La dépendance est citée par 61,7% des patients sous morphine contre 33% chez les patients n'en ayant jamais reçu.

La peur à l'évocation du mot « morphine », est présente chez 21,2% des patients en recevant, contre 6,6% des patients n'en ayant jamais reçu.

La gravité est citée dans 17% des cas chez les patients recevant de la morphine et 13% des cas chez ceux n'en ayant jamais reçu.

Analyse d'attitudes

Le graphique 3 montre la différence des représentations selon le fait de recevoir ou d'avoir reçu un traitement par morphine.



Le score de connaissance des patients recevant ou ayant reçu de la morphine est de 3,4 contre 3,1 pour les patients n'en ayant jamais reçu, avec p=0,47.

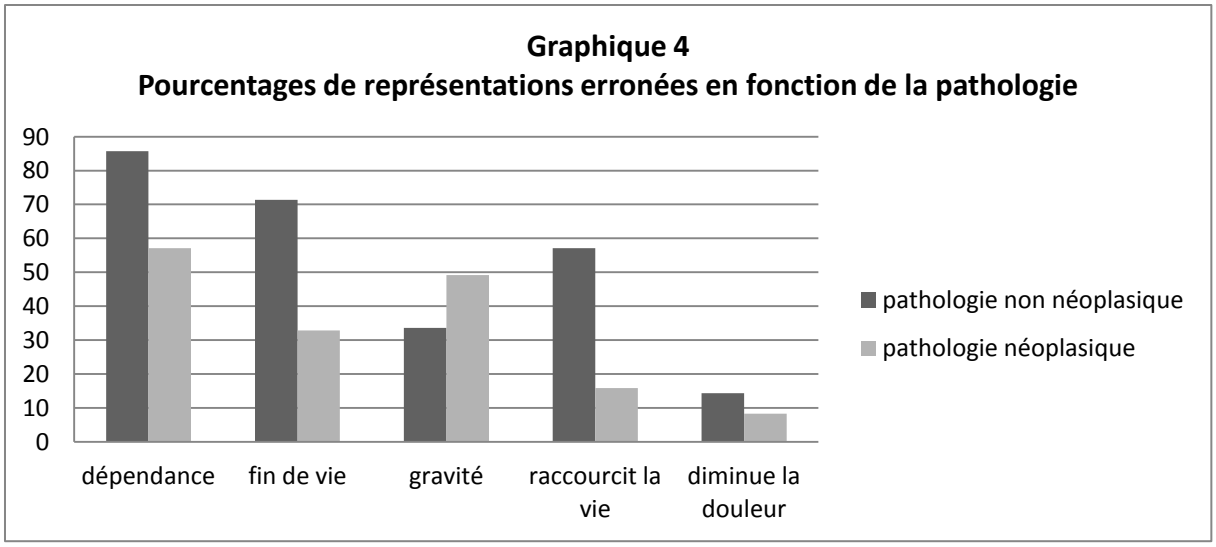
3.3.6 Représentations selon la pathologie

Association libre d'idées

Chez les patients présentant un cancer (n=61), la peur à l'évocation de la morphine était citée dans 18% des cas. Chez les patients ne souffrant pas d'une pathologie cancéreuse, la peur n'a pas été citée. La mort a été citée par 14,2% des patients non cancéreux et par 14,7% des patients cancéreux. Au sein du groupe des patients cancéreux, lorsque la mort a été citée, elle est le premier thème énoncé dans 44% des cas. Tous patients souffrant de cancer confondus, la mort est citée en premier thème dans 6,5%. La gravité est citée par 19,6% des patients atteints de cancer et 14% des patients atteints de pathologie non cancéreuse.

Analyse d'attitudes

Le graphique 4 montre la différence des représentations en fonction de la présence d'une pathologie néoplasique.



Le score de connaissance est de 2,7 pour les patients souffrant d'une pathologie non néoplasique contre 3,3 pour ceux atteints d'un cancer, avec p=0,22.

3.3.7 Représentations selon le fait de connaître quelqu'un traité par morphine pour maladie grave versus pour maladie sans enjeu vital

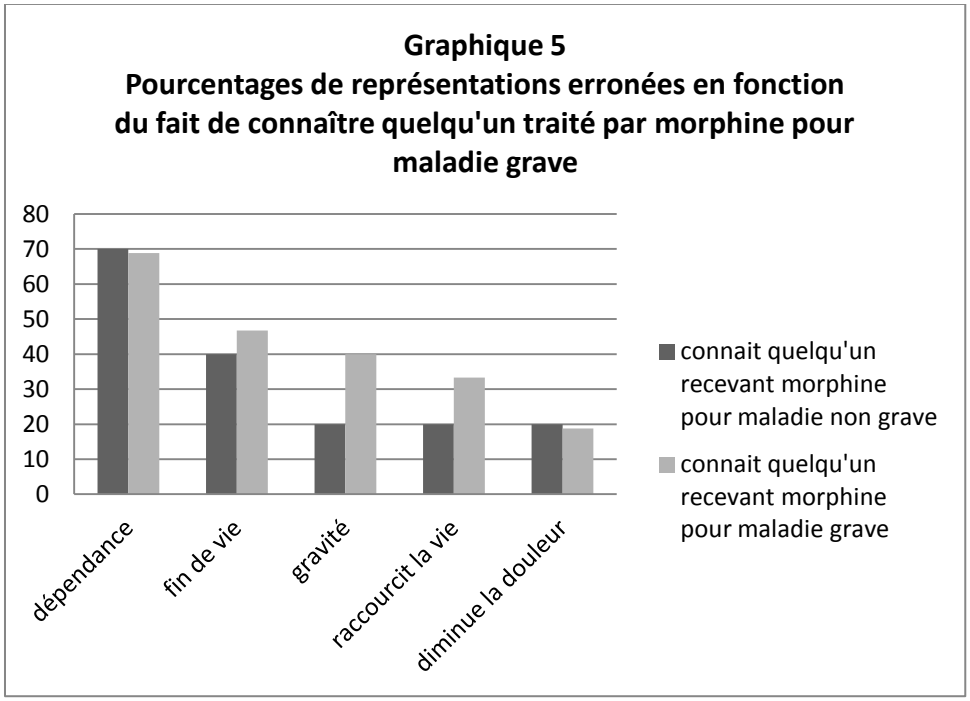
Association libre d'idées

Les patients connaissant quelqu'un traité par morphine pour une maladie sans enjeu vital (n=10), citent la dépendance dans 30% des cas, la peur dans 10 % des cas, la mort dans 30% des cas et la notion de gravité dans 40% des cas.

Les patients connaissant quelqu'un traité par morphine dans le cadre d'une pathologie grave (n=16), citent la dépendance dans 68,8% des cas, la peur dans 31,3% des cas, la mort dans 25% des cas et la gravité dans 31,3% des cas.

Analyse d'attitudes

Le graphique 5 montre la différence des représentations selon le fait de connaître quelqu'un dans son entourage traité par morphine pour une maladie engageant le pronostic vital, versus n'engageant pas le pronostic vital.



Le score de connaissance des patients connaissant quelqu'un traité par morphine pour une maladie non grave est de 3,3 contre 2,9 pour ceux connaissant quelqu'un traité par morphine pour une maladie grave, avec p=0,54.

3.3.8 Représentations selon le fait d'avoir été ou d'être suivi en consultation douleur

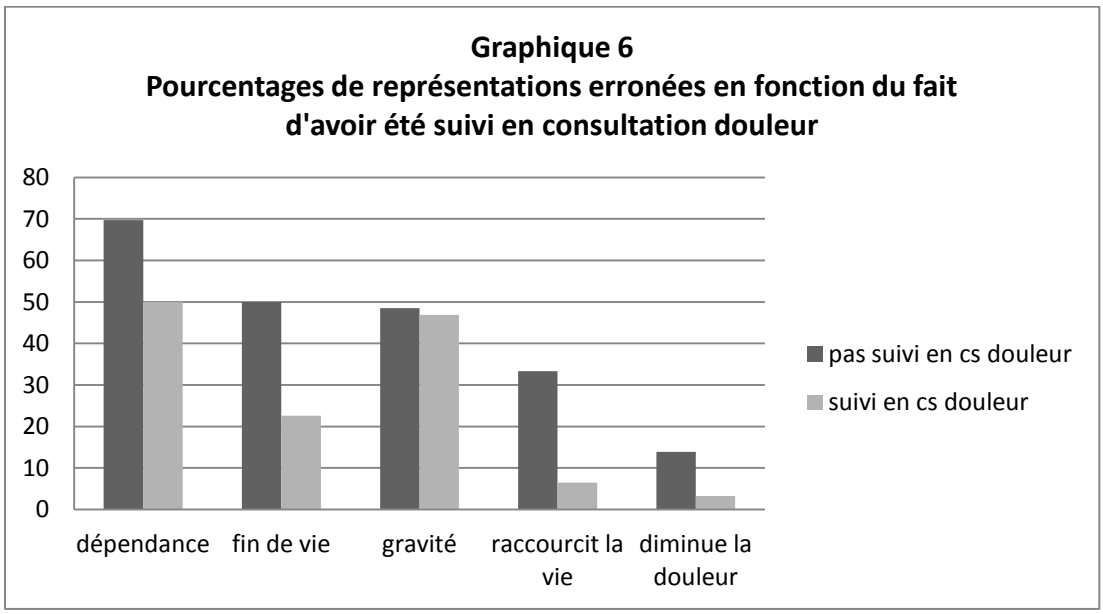
Dans notre échantillon, 32 patients ont été suivis en consultation douleur.

Association libre d'idées

La dépendance a été citée par 55,5% des patients non suivis en consultation douleur, la peur par 16,6%, la mort par 13,8% et la gravité par 13,8%, contre respectivement 53,1%, 15,6%, 12,5% et 25% chez les patients suivis en consultation douleur.

Analyse d'attitudes

Le graphique 6 montre la différence de représentation selon le fait d'avoir été suivi ou non en consultation douleur.



Le score de connaissance des patients suivis en consultation douleur est de 3,7 contre 2,8 pour les patients non suivis en consultation douleur, avec p= 0,01.

3.3.9 Représentations selon le niveau de scolarisation

Dans notre échantillon, 16 personnes sont allés jusqu'à l'école élémentaire, 19 jusqu'au collège, 19 jusqu'au lycée, et 14 jusqu'en études supérieures.

Association libre d'idées

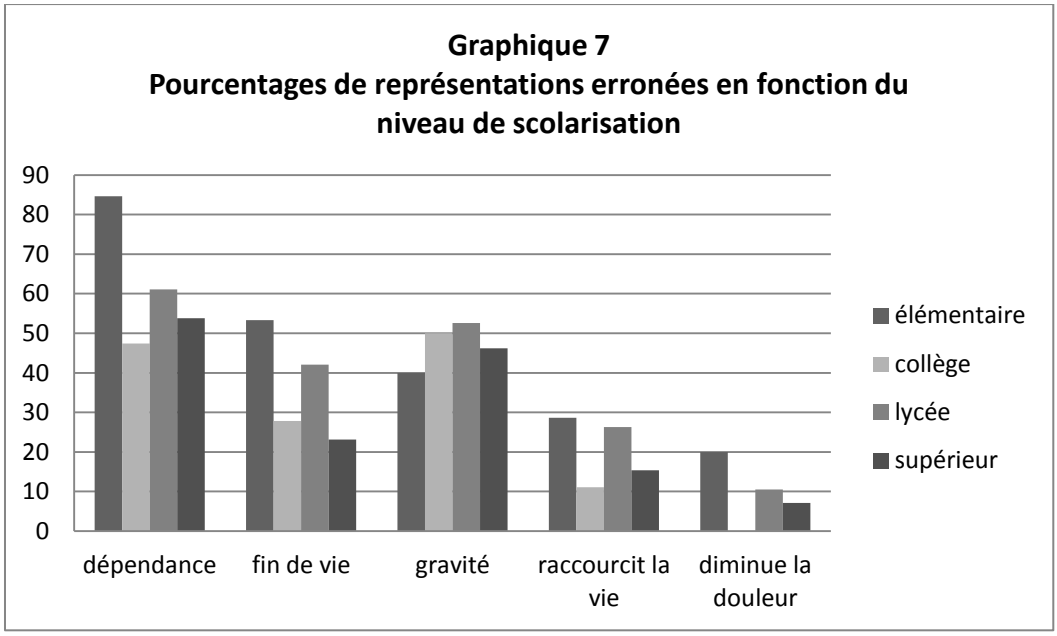
Le tableau 4 montre la fréquence d'apparition des quatre principales thématiques en fonction du niveau de scolarisation des patients.

THEME	élémentaire (n=16)		collège (n=19)		lycée (n=19)		supérieur (n=14)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dépendance	6	37,5	10	52,6	13	38,4	8	57,1
Peur	3	18,75	4	21	4	21	0	0
Mort	3	18,75	1	5,2	4	21	2	14,8
Gravité	3	18,75	4	21	2	10,5	4	28,6

Tableau 4. Fréquence d'occurrence des thématiques selon le niveau de scolarisation.

Analyse d'attitudes

Le graphique 7 montre la différence de représentations en fonction du niveau de scolarisation des patients.



Le score de connaissance est de 2,7 pour les patients ayant étudié jusqu'en école élémentaire, 3,7 pour les patients ayant étudié jusqu'au collège, 3 pour ceux ayant étudié jusqu'au lycée et 3,5 pour les patients ayant étudié jusqu'en niveau supérieur, avec p=0,15.

3.3.10 Représentations selon l'unité de suivi

Association libre d'idées

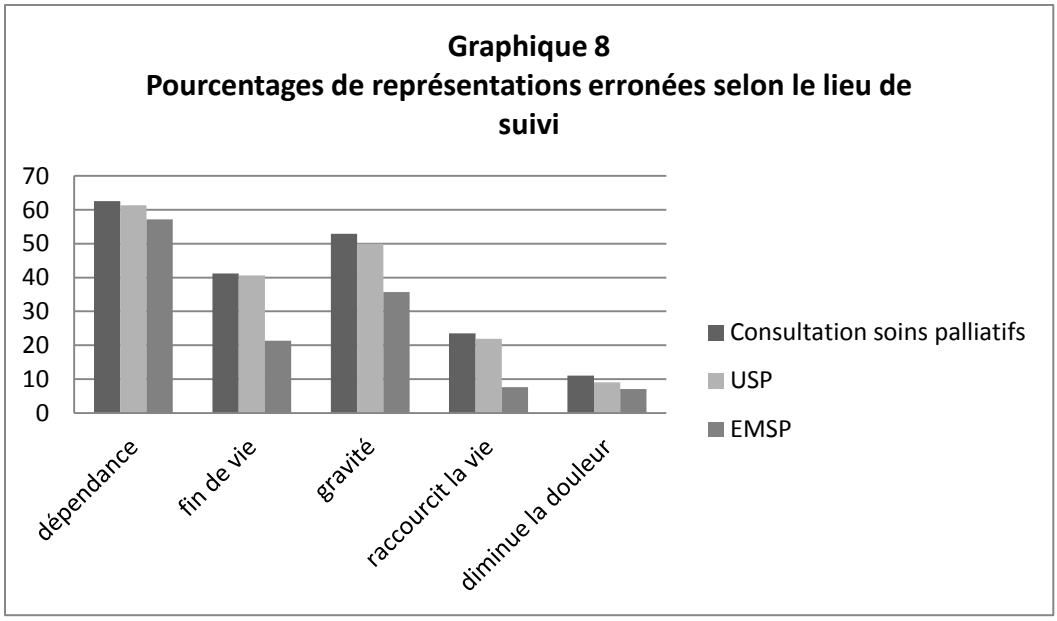
Le tableau 5 représente la fréquence d'apparition des quatre thèmes principaux dans l'association libre d'idées, selon le lieu de suivi.

THEME	Consultation (n=18)		Unité de soins palliatifs (n=34)		Equipe mobile (n=14)	
	n	%	n	%	n	%
Dépendance	10	55,6	15	42,9	10	71,4
Peur	6	33,3	4	11,8	1	7,1
Mort	3	16,7	5	14,7	1	7,1
Gravité	4	22,2	4	11,8	4	28,6

Tableau 5. Fréquence d'occurrence des thématiques selon le lieu de suivi.

Analyse d'attitudes

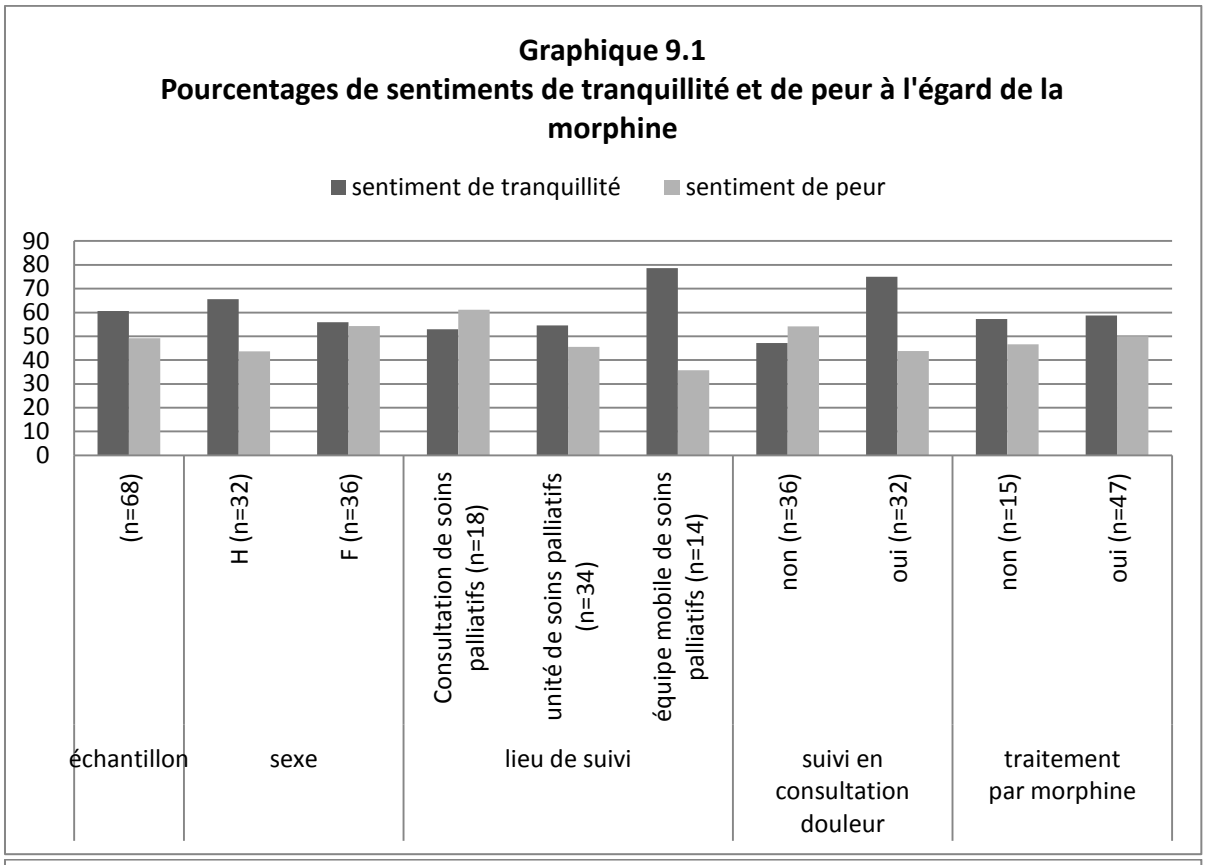
Le graphique 8 montre les différences de représentations selon le lieu de suivi.

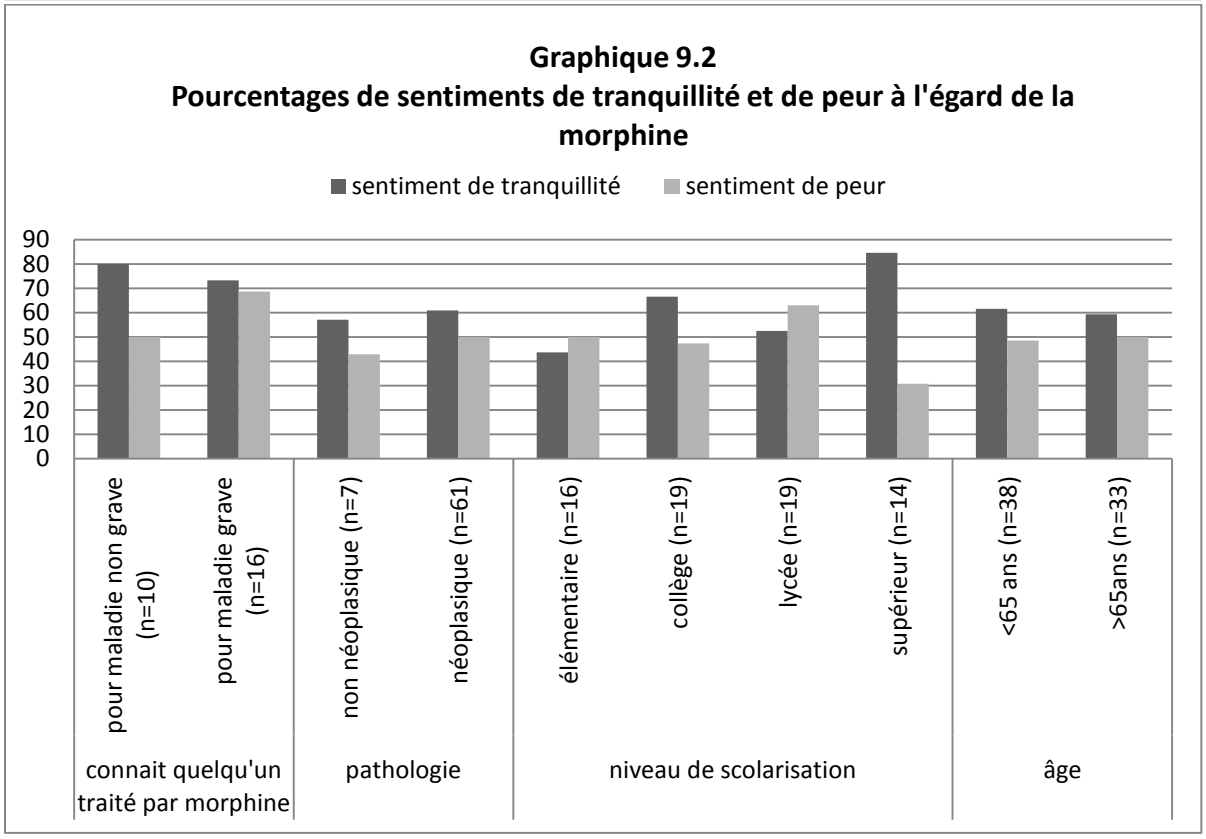


Le score de connaissance est de 3 pour les patients suivis en consultation de soins palliatifs, 3,2 pour ceux hospitalisés en unités de soins palliatifs et 3,8 pour les patients suivis par une équipe mobile de soins palliatifs, avec p=0,25.

3.3.11 Analyse du versant émotionnel

Les graphiques 9.1 et 9.2 témoignent, au sein des différents sous-groupes, des sentiments de tranquillité et de peur ressentis par les patients à l'égard de la morphine.





3.3.12 Sentiment d'être bien informé

61,8% des patients ne se trouvaient pas bien informés à propos de la morphine.

22,1% avaient déjà lu des documents concernant la morphine et parmi eux, 23,7% avaient cherché des informations sur internet et 53,3% avaient eu l'occasion de lire des dépliants d'information.

17,9% des patients interrogés avaient des questions concernant la morphine.

On retrouvait des questions relatives à l'indication de la morphine : « Pourquoi utilise-t-on la morphine et pas d'autres médicaments? », «À partir de quel niveau de douleur et de quel niveau de maladie l'utilise-t-on ?», « Pour quelle infection utilise-t-on les effets antiseptiques de la morphine? », « Est-ce toujours obligé d'en avoir dans le cadre d'un traitement de maladie grave? », « La morphine calme-t-elle tous types de douleurs? », « Comparaison avec le droit de fumer de l'herbe (H) ? ».

D'autres questions étaient relatives à la posologie : « Quelles sont les doses admissibles en fonction de la maladie? », « Jusqu'à combien de milligrammes peut-on prendre? », « Jusqu'à quelle posologie peut-on aller pour ne pas avoir d'effets secondaires? ».

Des questions étaient relatives à la dépendance : « Existe-t-il un phénomène de dépendance ? », « À la sortie de l'hôpital, y a-t-il une addiction, comme toute drogue? », « Y-a-t-il vraiment dépendance? », « Au bout de combien de temps devient-on dépendant? », « Le sevrage: comment et quand? ».

Des questions étaient relatives aux mécanismes d'action et aux effets de la morphine : « Les effets du traitement pourraient-ils être expliqués par un professionnel ? », « Que se passe-t-il quand on en prend? », « Effets indésirables ? », « Pendant combien de temps reste-t-il des traces dans l'organisme? », « J'aimerais être au courant des effets de la morphine ».

Parmi les patients qui avaient des questions, 16 ,7% n'osaient pas les poser (« peur de mal les poser » et « question délicate »), 41,7% n'ont pas eu l'occasion de les poser et 16,7% les ont déjà posées mais n'ont pas été satisfaits des réponses.

59,7% des patients interrogés aimeraient être informés d'avantage à propos des traitements morphiniques. Exactement autant souhaiteraient l'être par explications données par l'infirmière ou le médecin, que par dépliant simple mis à disposition (62,5% pour chacune de ces deux propositions, certains patients souhaitant être informés des deux façons à la fois).

Au sein de patients ayant des représentations erronées (score de connaissance <2,5), 50% ne souhaitaient pas être d'avantage informés. Au sein de patients ayant des représentations justes (score de connaissance >2,5), 68,9% souhaitaient être informés d'avantage.

3.4 Discussion

3.4.1 Interprétation des résultats

Résultats globaux

L'association libre d'idées de notre échantillon nous montre que la morphine est rattachée à la dépendance pour plus de la moitié des patients (54%). C'est le thème le plus cité, et le premier cité. Le second thème le plus cité est l'antalgie et le troisième la douleur. Le ressenti bénéfique est cité juste après la douleur. Viennent ensuite la notion de gravité de la maladie et les effets non souhaités induits par la morphine, puis la peur, citée dans 16% des cas, et la mort dans 15% des cas. D'autres thématiques sont citées ensuite mais celles-ci sont les plus fréquentes.

Grace à l'analyse d'attitude, on voit que les patients en situation palliative de notre échantillon ont des représentations fréquemment erronées. 60,3% des patients pensent que la morphine rend dépendant, 36,9% pensent qu'elle est réservée à la fin de vie, 47,7% pensent qu'elle est réservée aux maladies graves et 20,3% pensent qu'elle raccourcit la vie. Ainsi, la morphine fait peur à près de 50% des patients de notre échantillon.

Représentations en fonction de l'âge

Nous avons pris comme limite d'âge 65 ans car elle représentait la moyenne et la médiane de notre échantillon.

On observe, avec une différence significative, que les représentations sont plus erronées chez les patients plus âgés, et ils expriment, en conséquence, un sentiment de peur plus présent à l'égard de la morphine.

Ils l'associent plus facilement à la mort et à la notion de maladie grave, et pensent d'avantage, que la morphine raccourcit la vie (p=0,02).

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les patients plus âgés, ayant un niveau de scolarisation inférieur (36,4% jusqu'en école élémentaire, et 24,2% jusqu'au collège) comprennent moins facilement les explications données par les soignants. De plus les troubles de la mémoire liés à l'âge pourraient rendre difficile l'intégration de ces explications.

Représentations selon le sexe

Les hommes citent moins souvent la mort et la peur que les femmes.

Concernant la dépendance et la notion de gravité, on observe une différence de résultats entre l'association libre d'idées et l'analyse d'attitude. En effet, dans la première, les hommes citent plus facilement la dépendance et la notion de gravité que les femmes, et c'est l'inverse que l'on observe dans l'analyse d'attitudes. Ceci n'est pas forcément contradictoire. En effet, dans l'association libre d'idées, certains mots viennent à l'esprit à l'évocation de la morphine (dépendance, gravité, peur, etc.), mais dans la partie analyse d'attitudes, on demande au patient de se positionner sur ces thèmes. Dans l'association libre d'idées, on retrouve les représentations induites par le contexte historique et social de la morphine, dans l'analyse d'attitude, il s'agit de représentations à type de connaissances.

Ici les représentations à type de connaissances sont plus justes chez les hommes que chez les femmes.

Représentations en fonction du fait d'être ou d'avoir été traité par morphine

On observe ici le même phénomène que décrit ci-dessus.

Ainsi les représentations à type de connaissances sont plus justes chez les patients traités ou ayant été traités par morphine, mais la différence n'est pas significative (p=0,47). On peut

supposer que les représentations fausses initiales à propos de la morphine, bien ancrées par le contexte historique et les messages passés par les médias, ont été en partie corrigées chez les patients recevant ou ayant reçu de la morphine grâce aux explications délivrées par les soignants lors de la prescription. Cependant, on observe que malgré cela, les scores de représentations erronées restent élevés chez les patients recevant de la morphine, avec plus de 55% convaincus d'une relation morphine-dépendance, plus de 45% pensant qu'elle est réservée aux maladies graves, plus de 30% pensant qu'elle est réservée à la fin de vie, et plus de 15% pensant qu'elle raccourcit la vie.

Représentations selon la pathologie

La morphine effraye plus les patients souffrant d'un cancer que ceux souffrant d'une pathologie non néoplasique. Lorsqu'elle est associée à la mort, c'est souvent la première thématique venant à l'esprit. Les patients souffrant d'une maladie néoplasique associent plus souvent la morphine à la notion de maladie grave.

Dans l'analyse des représentations à type de connaissances, on remarque que les représentations sont plus justes chez les patients atteints d'une pathologie néoplasique, notamment en ce qui concerne le lien morphine-fin de vie (p=0,04) et celui morphine-raccourcit la vie (p=0,01). Ceci pourrait s'expliquer à la fois par le fait qu'il sont plus souvent traités par morphine (70,5%, contre 57,1% pour les patients sans pathologie néoplasique) et par le fait qu'ils sont plus souvent suivis en consultations douleur (49,2% contre 28% pour les patients sans pathologie néoplasique).

Représentations selon le fait de connaître quelqu'un traité par morphine pour une maladie grave versus pour une maladie sans enjeu vital

Les patients connaissant quelqu'un dans leur entourage recevant de la morphine pour une maladie grave ont des représentations plus souvent erronées que ceux connaissant quelqu'un traité par morphine dans le cadre d'une pathologie sans enjeu vital, mais la différence n'est pas significative. Pour les premiers, plus souvent, la morphine est réservée aux maladies graves et raccourcit la vie.

De plus, la morphine apporte plus de tranquillité et fait moins peur pour les patients connaissant quelqu'un traité par morphine pour une maladie non grave.

Représentations selon le fait d'avoir été ou d'être suivi en consultation douleur

On note une différence significative du score de connaissance (p=0,01) dans la justesse des représentations selon le fait d'avoir ou d'être suivi en consultation douleur.

De plus la morphine apporte nettement plus de tranquillité et fait moins peur chez les patients suivis en consultation douleur.

Ainsi, les explications délivrées lors des consultations douleur rétablissent les représentations des patients.

Représentations selon le niveau de scolarisation

On note que les patients ayant un niveau de scolarisation plus bas (élémentaire), ont des représentations à type de connaissances plus souvent erronées que les patients à niveau de scolarisation plus élevé.

Par contre, la morphine est d'avantage source de tranquillité et fait moins peur pour les patients au niveau de scolarisation le plus élevé (supérieur).

Représentations selon l'unité de suivi

Dans notre étude, on remarque que les représentations sont plus justes pour les patients hospitalisés en unité de soins palliatifs que pour ceux à domicile suivis en consultation de soins palliatifs, et que les patients suivis par les équipes mobiles de soins palliatifs ont des représentations encore plus justes que ceux en unités de soins palliatifs.

De plus, la morphine est plus souvent source de tranquillité pour les patients suivis par les équipes mobiles de soins palliatifs et fait moins peur, en comparaison aux autres lieux de suivi.

Sentiment d'être bien informé et souhait de l'être d'avantage

Une majorité des patients de notre échantillon (61,8%) ne se trouve pas suffisamment informée à propos de la morphine.

On peut noter que les patients ayant des représentations plutôt erronées (score de connaissance <2,5) souhaitent moins souvent être d'avantage informés que les patients

ayant des représentations plutôt justes. On remarque également que les patients ayant des représentations plutôt justes ont moins peur de la morphine. Ainsi la peur que peut inspirer la morphine pour les patients aux représentations erronées, a pour conséquence qu'ils ne préfèrent pas en savoir plus, peut être de peur d'être effrayés d'avantage.

3.4.2 Limites de notre étude

Notre étude présente plusieurs limites. Le classement en thématiques des termes issus de l'association libre d'idées n'a été effectué que par une seule personne, cela peut induire un biais d'interprétation. Par exemple, les termes « soulagement » et « calmant » ont été classés au sein de la thématique « antalgique ». Il est pourtant possible que pour certains patients, l'idée de soulagement ne soit pas limité à celui de la douleur mais soit plus globale, dans ce cas le terme aurait pu être classé au sein de la thématique de « ressenti bénéfique ».

D'autre part, dans le questionnaire, nous devions contrôler la passation pour faire que la partie « association libre d'idées » soit strictement première à la partie « analyse d'attitudes », au risque, dans le cas contraire, que les dites attitudes influencent les termes donnés dans l'association libre d'idées. Pour éviter cela, les consignes dans l'entête du questionnaire précisaient la nécessité de répondre aux questions dans l'ordre où elles étaient posées. De plus ces deux parties du questionnaire ont été imprimées sur deux pages distinctes et les consignes orales précisaient la nécessité de ne pas lire à l'avance les questions des pages suivantes.

Par ailleurs, pour simplifier, nous avons utilisé le terme « morphine ». Cependant les patients pouvaient recevoir des traitements par dérivés morphiniques ayant divers noms commerciaux ou moléculaires. Certains d'entre eux pouvaient penser ne pas recevoir de morphinique dans leur traitement, à tort. Cela ne gênait finalement pas notre étude puisque ces patients ont alors coché « non » à la question « recevez-vous ou avez-vous reçu de la morphine », et leurs représentations étaient alors celles de patients non traités par morphine.

Au CHR Metz-Thionville, les questionnaires étaient distribués en consultation douleur cancéreuse. Nous avons donc étudié les dossiers des patients afin de n'inclure que ceux en

situation palliative. Or la situation n'est pas toujours aussi claire. Le passage du curatif au palliatif étant souvent progressif, selon la réponse aux traitements spécifiques. Nous avons considéré en situation palliative les patients dont le cancer était métastasé, en dehors des cancers du sein avec métastases osseuses anciennes et dont l'état clinique était stable.

De plus, la question « êtes-vous ou avez-vous été suivi en consultation douleur ? » dans le questionnaire, n'était pas assez précise. En effet, la question ne différenciait pas un suivi antérieur en consultation douleur chronique, d'un suivi actuel en consultation douleur cancéreuse. Il aurait été intéressant d'observer les représentations de la morphine en fonction de ces deux situations différentes.

D'autre part, si les patients avaient du mal à lire ou à écrire, le médecin ou l'infirmière pouvait lire le questionnaire au patient et recueillir ses réponses. Cela a pu influencer les réponses de ces patients voulant alors plaire au médecin ou à l'infirmière, ou ayant peur de donner des réponses fausses.

Dans certains sous-groupes, on notait la présence d'une différence mais non significative ($p>0,05$), alors que notre hypothèse initiale suspectait l'existence d'une différence. Cela peut s'expliquer par le manque de puissance de notre échantillon de 68 patients. Dans ce cas, nous aurions pu déterminer un seuil de significativité moins sévère (par exemple $p<0,1$), adapté au fait que notre échantillon soit petit. Ainsi nous aurions observé plus souvent de différences significatives, correspondant à nos hypothèses de départ. Mais dans un souci de justesse, nous avons préféré maintenir $p<0,05$ comme seuil de significativité.

3.4.3 Comparaison avec d'autres études

Une étude publiée en 1998 menée au sein d'un centre anti cancéreux lyonnais avait pour but de vérifier que les patients traités par morphine avait réellement reçu une information efficace. (38) Cent vingt neuf patients avaient répondu à un questionnaire ouvert. Sur les cent questionnaires exploitables, 63 patients n'avaient jamais reçu de morphine et 37 en recevaient ou en avaient reçu. Notre étude retrouve la même tendance de résultats que celle-ci car on retrouve que les représentations des patients traités par morphine sont plus justes que celles des patients n'ayant jamais reçu de morphine. Dans notre étude, le rapport

à la fin de vie et l'idée que la morphine raccourcit la vie sont plus présents chez les patients ne recevant pas de morphine, et on retrouve cette même tendance dans l'étude lyonnaise lorsque les patients étaient interrogés sur les causes de leur peur à l'égard de la morphine. Par ailleurs, au sein des groupes recevant et ne recevant pas de morphine, l'étude lyonnaise a observé le niveau d'inquiétude, la peur de la dépendance, et le lien qui peut être fait entre la morphine et la gravité de la maladie. Les résultats suivent également la même tendance que ceux de notre étude, cependant, dans notre échantillon, la différence des représentations entre ces deux groupes (recevant ou ne recevant pas de morphine) est moins grande que dans l'étude lyonnaise. Les chiffres correspondants à notre groupe « patients n'ayant jamais reçu de morphine » sont proches de ceux de l'étude lyonnaise pour le même groupe. En revanche, les patients de l'étude lyonnaise recevant de la morphine ont des représentations encore plus justes que les patients de notre étude traités également par morphine. En effet, concernant les patients recevant de la morphine, dans notre étude 50% expriment de la peur, 59,1% pensent que la morphine rend dépendant et 45,7% pensent qu'elle est réservée aux maladies graves, alors que l'étude lyonnaise retrouve que seulement 24% des patients sont inquiets, 8% ont peur de devenir dépendants et 16% relient la prise de morphine à la gravité de la maladie. Cette différence pourrait être due au manque de puissance de notre étude, et également au fait que l'étude lyonnaise soit plus axée sur le ressenti des patients et leur sentiment de peur (peur de la dépendance), alors que notre étude apprécie les représentations à types de connaissance. Dans notre étude c'est le ressenti global qui a été apprécié. (« La morphine fait peur ») sans détailler les raisons de la peur. On peut encore noter que dans l'étude lyonnaise 37% des patients recevaient de la morphine contre 69% dans notre étude. L'étude lyonnaise ayant été menée dans un centre anti cancéreux, les patients interrogés devaient être à des stades plus précoces de la maladie, palliatifs mais aussi curatifs. Ainsi on pourrait supposer que l'état général des patients, alors moins altéré, leur permettait de recevoir et de mieux intégrer les informations délivrées que les patients en phase palliative.

Une autre étude des mythes de la morphine a été menée dans la vallée d'Aoste en 2001 et devait recueillir les représentations de la population générale. (1) Trois cent quatre vingt deux personnes ont été interviewées, par méthode d'association libre d'idées puis par

questions à réponses fermées. On note les mêmes associations libres d'idées dans la population de la vallée d'Aoste que dans notre échantillon de patients en situations palliatives, avec les thèmes principaux évoqués dans un ordre quasiment identique : drogue, douleur, analgésique, cancer et mort. Cependant, dans notre échantillon, les pourcentages de personnes citant la drogue et l'antalgie sont plus grands que dans la population de la vallée d'Aoste. De plus, les questions fermées de l'étude italienne sont comparables à notre étude d'attitudes avec échelle de Lyckert, et on retrouve des connaissances plus justes dans notre échantillon de patients en situations palliatives à propos de l'indication antalgique de la morphine, et de l'absence de lien morphine-gravité de la maladie, qu'au sein de la population générale de la vallée d'Aoste. Ainsi, en dehors de la notion de dépendance, les patients de notre échantillon en situations palliatives ont des représentations moins souvent erronées que la population générale en vallée d'Aoste. Ceci pouvant s'expliquer par les informations reçues par les patients au moment de la prescription.

Une étude allemande publiée en 2002 a observé les représentations de soixante patients suivis dans une clinique de lutte contre la douleur chronique, cancéreuse ou non cancéreuse.(39) Les patients interrogés devaient effectuer cinq associations d'idées avec les mots cancer, sida, migraine, aspirine valium, morphine, fentanyl, comprimé, pilule, patch, pommade, injection et perfusion. Dans cette étude, la majorité des patients souffraient de douleurs non cancéreuses, contrairement à notre échantillon. Dans cette étude, 43% des patients recevaient un traitement morphinique, contre 69% au sein de notre échantillon, et le premier thème cité dans l'association libre d'idées à la morphine était le danger, et au sein de ce thème, c'était l'addiction le plus fréquemment cité. Venaient ensuite, comme dans notre étude, le soulagement et la douleur. Le ressenti négatif le plus fréquemment cité était l'anxiété, et le ressenti positif le plus fréquemment cité était le soulagement. Ainsi, dans cette étude, on retrouve également que malgré l'information délivrée et l'éducation des patients au sein d'une clinique de la douleur, les patients associent aux opiacés des émotions négatives et notamment l'addiction.

Par ailleurs, dans cette étude, les représentations des différentes voies d'administration sont étudiées. Le patch est lié aux idées de blessures légères, de confort, de protection. En Allemagne, lorsque le fentanyl transdermique a été commercialisé en 1995, il a connu un

succès majeur. En 2000 il était le pallier III le plus prescrit. 679400 patchs vendus, 128 millions d'euros soit plus de 10% du total dépensé en antalgiques tous confondus. Mais en pratique les mauvaises représentations de la voie d'administration transdermique ont influencé ces larges prescriptions puisque le patch rassure faussement. Pourtant le produit reste bien un opioïde fort et la diffusion se fait par voie générale. Les prescriptions sont alors souvent inadaptées et l'observance des patients est moins stricte que devant un traitement morphinique par voie orale. D'autre part, les idées associées au terme « injection » sont le soulagement de la douleur, puis à la douleur, et à l'environnement hospitalier, au médecin, et à l'aiguille. La peur est souvent associée à cette voie d'administration. Donc on imagine que les représentations de la morphine en fonction de la voie d'administration varient. Dans notre étude nous avons observé les représentations de la morphine sans prendre en compte la voie d'administration. Cela mériterait d'être précisé lors d'une éventuelle étude ultérieure, d'autant plus que lors des entretiens non directifs menés au début de notre étude, il semblait que les patients recevant de la morphine par voie injectable, était mieux informés du fait qu'ils recevaient un tel produit, que ceux traités par morphine par voie orale.

3.4.4 Extrapolation des résultats à la population cible

Nous n'avons pas recueilli de données précises sur la composition de la population de soins palliatifs en France (sexe, âge, lieux de suivis), mais nous avons réalisé notre étude dans trois centres différents, dans tous les types de structures de soins palliatifs, et avec un recueil de données systématique. Ainsi, chaque patient en situation palliative avait la même probabilité d'être inclus dans l'échantillon. Notre échantillon peut donc être considéré comme représentatif des patients en situation palliative de France, à l'exclusion des patients en situation palliative, suivis uniquement par leur médecin traitant, en dehors de tout circuit de prise en charge palliative spécialisée.

4. Améliorer la formation des professionnels et l'information des patients

Les fausses représentations de la morphine que peuvent avoir les patients sont génératrices d'anxiété lorsque les équipes soignantes leur proposent l'introduction de ce traitement. Nous avons vu que ces idées reçues touchent les patients, mais également les soignants, et que ceux-ci favorisent parfois la persistance de ces croyances non fondées. Les moyens de faire disparaître ces craintes injustifiées semblent accessibles et passent par la formation des soignants et l'information des patients et du grand public.

4.1 Intérêt d'améliorer l'information des patients et la formation des soignants

4.1.1 Rassurer les soignants

Si des infirmières pensent qu'une bonne gestion de la douleur ne peut s'apprendre que par l'expérience et donc au bout d'un certain temps de pratique, d'autres jugent leur formation initiale insuffisante et trop technique sur le sujet (36).

Depuis 2002 les infirmières peuvent délivrer des antalgiques prescrits de façon anticipée en « si besoin », selon un protocole préétabli par le médecin. Cela nécessite une analyse de la situation par l'infirmière qui doit évaluer la douleur, mettre en parallèle la prescription et savoir quel médicament elle peut alors délivrer. Certaines infirmières apprécient ce travail qui leur laisse une place d'analyse et de prise de décision, une certaine autonomie dans la prise en charge reflétant la confiance en leur jugement de la part du prescripteur. En revanche, certaines infirmières n'apprécient pas cette latitude, trouvant la notion de besoin très subjective, mettant en évidence les difficultés d'évaluation de la douleur que rencontrent certains soignants.

Lorsque dans les prescriptions à la demande, on retrouve un antalgique de palier I et un antalgique de palier III, on retrouve chez les infirmières une crainte à la délivrance du palier III.(36) Elles préfèrent souvent attendre le plus longtemps possible avant d'administrer un morphinique, pour ne le garder qu'en dernier recours. C'est la peur de créer chez le patient une dépendance, de perdre le contrôle devant des effets indésirables et d'induire plus de

désagrément que de soulagement au patient, qui mettent mal à l'aise les infirmières devant une administration d'opiacés. Il convient donc de rectifier ces idées reçues.

4.1.2 Améliorer l'observance des patients

Les représentations jouent un rôle important sur l'observance des traitements morphiniques. Devant des douleurs intenses et chroniques il y a souvent nécessité de prendre des antalgiques de façon systématique et répartis sur le nycthémère, selon la demi-vie d'élimination du produit, afin d'éviter des rebonds douloureux. Mais ces prises médicamenteuses systématiques doivent se faire à des moments où le symptôme n'est pas forcément présent de façon majeure. Or on sait que l'observance est moins bonne lorsque le symptôme n'est pas bruyant au moment théorique de la prise médicamenteuse. (40)

De plus, l'étude italienne menée dans la vallée d'Aoste (1), qui étudiait dans un large échantillon de population générale, les connaissances sur la morphine et entre autre l'attitude à prendre de la morphine prescrite en cas de douleur cancéreuse, a retrouvé que 17% de la population étudiée ne prendrait pas de morphine si elle leur était prescrite et que 16,5% réduirait les doses. Cela correspondrait alors à plus de 30% de non compliance, ce qui ne joue pas en faveur d'une prise en charge optimale de la douleur.
On retrouve également l'idée chez les patients ayant reçu une prescription de morphinique, la volonté d'être un « bon malade » et de ne pas trop se plaindre de leur douleur. L'envie de ne pas être dérangeant pour leur médecin, et également la crainte, en prenant les doses prescrites, de risquer de cacher les signes d'évolution de leur maladie.

4.1.3 Rassurer les patients

Dans une étude américaine menée auprès de 270 patients cancéreux (41), les éléments se définissant comme des obstacles au soulagement de leur douleur avaient comme thème principal, la peur : peur de l'accoutumance, crainte des effets secondaires.

Quelles que soient les sources bibliographiques, on retrouve très fréquemment les notions de crainte de moindre efficacité en cas de prise à long terme d'opiacés, la peur d'être perçu comme un mauvais malade par l'équipe soignante.

Les entretiens non directifs menés au début de notre étude ont mis en évidence que les patients ont des questions à propos de cette morphine. Certains définissent ces interrogations sur le sujet plutôt comme une sorte de « grand vague » qu'ils ne savent pas comment éclaircir, car ils ont des questions en grande quantité, sans savoir par quoi commencer, ni comment les formuler. Cela explique probablement en partie le faible taux de questions libres posées dans les questionnaires.

Tous ces éléments sont des obstacles à l'adhésion du patient à son traitement antalgique et favorise la persistance de douleurs évitables.

4.2 Pistes d'amélioration

4.2.1 Améliorer la formation des soignants

La première piste d'amélioration serait une formation plus pratique.

En effet, actuellement, en termes de formation initiale, les médecins reçoivent un enseignement au cours du deuxième cycle des études médicales traitant de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur, le module 6.(42) Les objectifs généraux définis pour ce module sont : « L'étudiant doit savoir différentier une douleur aigüe ou douleur "symptôme" d'une douleur chronique ou douleur "maladie". Il doit être attentif à écouter, à évaluer et à prendre en charge les souffrances physiques et morales des malades. Il doit être capable de mettre en place et de coordonner les soins palliatifs à domicile ou à l'hôpital chez un malade en fin de vie. » Or les cours dispensés ne sont qu'une approche globale et très théorique, de réalités plus brutales et plus complexes à gérer. Concrètement, à la fin de leur cursus, les médecins généralistes ne sont pas à l'aise avec les prises en charge palliatives ou antalgiques qu'ils doivent gérer à domicile, en témoignent les interventions des réseaux et des équipes mobiles à domicile à la demande des médecins traitants, cherchant un soutien théorique et pratique dans la prise en charge spécifique de leurs malades. De façon globale dans le cursus médical, les cours ne correspondent pas à la réalité de la pratique, ils sont une approche

théorique très sectorisée de chaque pathologie, les unes indépendamment des autres. Les internes et les médecins témoignent souvent du fait que les connaissances permettant de faire face aux situations cliniques, ont été acquises sur le terrain, en étant mis face à ces situations. Or tous les étudiants hospitaliers ne peuvent pas assister aux consultations douleur, ni faire un stage systématique en soins palliatifs ou en centre de lutte contre la douleur.

Concrètement, il serait profitable de réorienter l'enseignement vers une approche pratique du maniement des morphiniques, basée sur la répétition des mises en situations cliniques pour les étudiants hospitaliers. L'évaluation et la prise en charge de la douleur devrait correspondre à un module à part entière, avec une approche transversale, non sectorisée par appareil, détaillant les douleurs aigües et les douleurs chroniques, cancéreuses et non cancéreuses, permettant l'apprentissage du maniement des morphiniques, quelque soit la voie d'administration.

De plus, des notions de communication semblent indispensables au médecin mais ne sont pour l'instant pas incluses dans la formation. L'éducation thérapeutique passe, en partie, par la communication, un des objectifs étant une meilleure observance du patient. Dans ce domaine, les groupes Balint peuvent être intéressants. Les études médicales étant essentiellement orientées sur l'acquisition de connaissances scientifiques, elles n'assurent que partiellement un enseignement des aptitudes pratiques et encore moins des aptitudes relationnelles. Les groupes balint, par exemple, permettent aux médecins de se rassembler pour réfléchir et analyser les situations de relation « médecin-malade », afin de les améliorer.(43)

L'échange de connaissances entre praticiens est une façon de se former qui semble facile d'accès. Une revue de la littérature de 2002 menée par une équipe anglaise (18) relève la nécessité, pour une lutte efficace contre la douleur, d'un entrainement des praticiens généralistes, notamment à l'évaluation de la douleur (outils et leur utilisation) ainsi qu'un soutien des généralistes par les spécialistes de la douleur et des soins palliatifs qui ont une expérience des situations cliniques complexes. C'est entre autre le rôle des équipes mobiles de soins palliatifs, des équipes mobiles de lutte contre la douleur, des réseaux et des hospitalisations à domicile spécialisées en soins palliatifs. C'est toujours le médecin du

service ou le médecin traitant selon la situation qui prescrit, sur les conseils des médecins spécialisés.

Concernant la formation des infirmières autour de la douleur et de sa prise en charge, elle est constituée d'une formation initiale obligatoire et d'une formation continue facultative.
La formation initiale en soins infirmiers a connu une réforme LMD (Licence Master Doctorat) en 2009. Le nouveau programme a été mis en place afin de mettre en adéquation les compétences infirmières à la demande de soins de la population. Il est organisé en dix compétences, dont celles d'initier et de mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs, de communiquer et de conduire une relation dans un contexte de soins. La durée de la formation initiale est de trois ans soit quatre mille deux cent heures d'enseignement, la moitié correspondant à la formation pratique.
Dans ce programme, concernant la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs, on retrouve au cours du premier semestre une unité d'enseignement traitant de la douleur. Les cours doivent contenir des notions de physiopathologie, selon les types de douleur, d'évaluation, et les différents paliers antalgiques de l'OMS doivent y être décrits. C'est au cours du troisième semestre que l'unité d'enseignement d'une vingtaine d'heures intitulée « pharmacologie et thérapeutique » aborde les antalgiques. Elle traite différentes molécules, de leurs contre-indications et leurs effets secondaires. Cependant, chaque unité d'enseignement aborde une grande quantité de notions. Ainsi, les effets secondaires des morphiniques, par exemple, peuvent être brièvement abordés, et on trouve alors dans certains cours (44) un amalgame entre effets secondaires et signes de surdosage, ou encore la définition de la dépendance et celle du syndrome de sevrage, sans précision quant à la possibilité de les éviter par une utilisation adaptée. Si le temps de formation n'est pas suffisant dans ce domaine, des fausses représentations voient le jour, pouvant effectivement effrayer ces futures infirmières lorsqu'elles devront administrer de la morphine.

De plus, le développement des CLUDS (comités de lutte contre la douleur et des soins palliatifs) œuvre pour une prise en charge optimale de la douleur dans les établissements et la Haute Autorité de Santé reconnait l'évaluation systématique de la douleur comme un indicateur de qualité d'un établissement. Une pratique si quotidienne et systématique devrait donc être parfaitement maitrisée, le temps passé sur le sujet lors des cours

théoriques et par la suite le compagnonnage pendant les stages hospitaliers, tant dans les cursus médicaux que paramédicaux, devraient être exemplaires.

La deuxième piste d'amélioration serait l'uniformisation de l'enseignement.

Actuellement l'enseignement de la prise en charge de la douleur est couplé à celui des soins palliatifs et sa durée est extrêmement variable selon les facultés françaises. Le rapport de R. Aubry faisant l'état des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010 (45), note un nombre d'heures de cours variant de six à trente cinq selon les facultés. De plus, l'organisation de l'enseignement au cours du troisième cycle des études médicales est déterminée par chaque faculté, créant une grande disparité dans la formation des futurs médecins.

Au final, que ce soit pour le module 6 des études médicales ou l'unité d'enseignement correspondante du cursus infirmier, il n'y a pas, au niveau national, d'uniformité du contenu de l'enseignement, ni des méthodes d'enseignement. Le ministère de l'enseignement supérieur établi un programme, contenant des objectifs globaux pour chaque module ou unité d'enseignement, mais il existe ensuite, au niveau local, une grande liberté d'enseignement et donc une grande variabilité de formation d'un centre à un autre.

Il semble alors qu'au-delà des objectifs globaux du programme, il soit nécessaire d'uniformiser le contenu de chaque cours. Ainsi, on pourrait contrôler les messages passés et à passer. En conséquence, le temps d'enseignement de chaque question serait alors rendu identique dans toutes les facultés ou instituts de formation en soins infirmiers. De cette façon, les soignants mieux formés deviendraient des vecteurs de justes représentations à propos de la morphine.

La troisième piste d'amélioration serait le renforcement de l'universitarisation de la discipline.

Depuis peu, un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires « douleur et soins palliatifs » existe. Il permet la formation chaque année en France d'environ trente cinq internes de médecine. La formation est à la fois théorique et pratique puisqu'un total de deux ans de stages en soins palliatifs et/ou douleur est à réaliser. Les médecins spécialistes en soins palliatifs ou douleur ainsi formés, tout en gardant leur spécialité d'origine, peuvent pratiquer en unité de soins palliatifs, équipes mobiles, hospitalisation à domicile, réseaux, etc. Cela montre bien le fait que la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs sont une spécialité à part entière qu'il faut continuer à développer.

Rendre cette discipline universitaire permettrait une meilleure coordination des enseignements par les praticiens référents dans le domaine. Les enseignements théoriques et pratiques, selon les années d'études médicales, et même au sein du cursus infirmier, pourraient être dispensés par des spécialistes ayant une certaine expérience de l'enseignement. Un contenu pédagogique précis pourrait alors être établi et chaque cours pourrait être validé de façon collective par ce groupe de spécialistes.

L'universitarisation de cette discipline permet une meilleure reconnaissance de celle-ci, et favoriserait son enseignement et la recherche dans ce domaine.

La quatrième piste d'amélioration pourrait être le renforcement de la formation continue.

Actuellement, les médecins et les infirmières peuvent, en termes de formation continue, suivre des cours de diplômes universitaires ou interuniversitaires, traitant spécifiquement de la douleur et de sa prise en charge, ainsi que de certificats non universitaires interdisciplinaires de soins palliatifs, accompagnement, douleur (CISPAD). La formation continue implique une participation financière et un investissement personnel en particulier en termes de temps de formation.

Les établissements hospitaliers et les établissements médico-sociaux proposent un vaste

panel de formations aux infirmières. L'offre de formation varie en fonction de l'établissement. Pour exemple, au Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, le plan de formation de 2012 (46) proposait un module « éducation thérapeutique » de quarante deux heures, un module « le soignant face à la douleur de l'adulte » de quarante deux heures également, un module « soins et accompagnement des patients atteints de maladies graves et des patients en fin de vie » composé de deux niveaux de formation de chacun vingt-huit heures. Il semble important d'intensifier la formation de terrain pour pouvoir répondre à ces priorités de santé publique.

4.2.2 Améliorer l'éducation thérapeutique

Une étude menée en 1998 dans le centre de traitement du cancer de Lyon (38) retrouve des différences significatives de niveaux de connaissances à propos de la morphine entre le groupe de patients recevant ou ayant reçu de la morphine et celui n'en ayant jamais reçu. Les représentations de la morphine sont beaucoup plus justes au sein du groupe de patients recevant ou ayant reçu de la morphine, et selon les auteurs, cela est dû à l'information délivrée par l'équipe soignante au patient au moment de la prescription. On retrouve donc beaucoup moins de liaison morphine-aggravation de l'état de santé chez les patients recevant de la morphine. On retrouve aussi moins de peur de dépendance dans ce groupe, et beaucoup moins d'inquiétude. Ainsi une information claire du patient rétablit ses connaissances sur le sujet et réduit l'appréhension.

Cette différence a été notée également lors des entretiens non directifs menés au début de notre étude afin de concevoir le questionnaire. On remarquait que les patients qui recevaient de la morphine, notamment par voie injectable, ont spontanément corrigé leur idée reçue « la morphine est réservée aux situations de fin vie, aux circonstances extrêmes ». Correction spontanée ? Ou grâce à l'information reçue de la part de l'équipe soignante au moment de la prescription ? Ces patients avaient « peur » de la morphine, mais une fois qu'ils en ont eu besoin, ils en ont compris l'objectif, ils ont appris qu'elle n'était pas réservée à la fin de vie, ils ont été rassurés : « Avant, j'en avais peur. Maintenant, je sais que c'est pour mes douleurs, je n'en ai plus peur, et j'en suis content ».

Il serait donc simple de rassurer les patients en les informant, même avant d'avoir besoin de morphine.

Des études menées en Australie (47) et au Etats-Unis (48) ont permis de montrer la capacité des programmes d'éducation des patients à réduire de façon significative leur douleur grâce à une intervention éducative, en comparaison à un prise en charge conventionnelle.

En France en 2006 un programme d'éducation thérapeutique (49) autour de la douleur a été mis en place au sein du pôle de lutte contre le cancer Lyon-Rhône-Alpes-Auvergne. Il consistait à redresser les représentations des patients et de leur entourage à propos de la douleur et de ses traitements. Il s'organisait en 3 phases. Premièrement était réalisé un diagnostic éducatif autour de la douleur, par recueil des attentes des patients et en précisant leurs représentations initiales, grâce à des focus groups. Puis, grâce à ces focus groups un programme d'éducation thérapeutique a été élaboré. Il était constitué de cinq séances collectives, organisées et animées par des soignants formés à l'éducation thérapeutique. Les premières séances permettaient d'établir un diagnostic éducatif personnalisé, en faisant encore préciser les représentations du patient. Les séances suivantes devaient faire acquérir des connaissances au patient et lui permettre d'apprendre les comportements adaptés. La dernière étape ne concernait que les patients volontaires et consistait en une évaluation, par questionnaire, de ce système d'éducation thérapeutique.

L'étude française menée par F. Larue et A. Fontaine (50) a montré l'amélioration des connaissances à propos entre autre des traitements morphiniques, au sein d'un échantillon de population générale, interrogée par téléphone en 1990 et en 1996. Leur crainte de la dépendance a diminué, on notait une meilleure connaissance des indications de la morphine. Les personnes interrogées rapportaient ce changement aux informations délivrées par les médias, ou par leurs professionnels de santé. Les auteurs précisent bien qu'une meilleure information délivrée au public réduirait les réticences des patients à signaler leur douleur et favoriserait leur accès à un traitement adéquat. L'étude précise également que la connaissance de la population générale à propos de la morphine n'est pas suffisante et nécessite de poursuivre l'information délivrée par les professionnels de santé. Restant à modérer que les messages délivrés par les médias sont à risque d'ambiguïté, de mauvaise interprétation, favorisant les représentations erronées.

L'éducation thérapeutique a un rôle majeur dans l'observance d'un patient pour son traitement. Un défaut d'observance peut être dû à un manque d'information fournie au patient, ou à une information de niveau inadapté, ou encore à un temps d'information insuffisant. L'observance est le témoin de la qualité de la relation médecin-malade (40). On sait d'après une étude auprès de patients hypertendus que la mauvaise observance est diminuée de moitié lorsque des explications sont données par le médecin au patient et à son entourage à propos de sa maladie, de l'indication du traitement et de ses conditions de prises, ainsi que des effets potentiellement néfastes attendus. La satisfaction que peut avoir un patient de sa prise en charge médicale transparait également dans le niveau d'observance. L'ordonnance doit être rédigée le plus clairement possible, expliquée dans sa totalité et servir ainsi de guide au patient à domicile.

Les prescriptions croissantes de morphiniques en traitement ambulatoire font que les patients doivent acquérir des compétences, des connaissances à propos de leur traitement, afin de garantir un niveau maximal d'efficacité, de sécurité et limiter l'angoisse. L'éducation thérapeutique est donc une des clés au bon soulagement de la douleur.

4.2.3 Plaquette d'information

Dans la continuité de notre étude et afin d'améliorer les représentations des patients en situation palliative à propos de la morphine, nous avons souhaité réaliser une plaquette d'information.

Elle vise ainsi à corriger les représentations erronées des patients ne recevant pas de morphine, afin qu'ils ne ressentent pas d'appréhension si leur praticien était un jour amené à leur en prescrire.

Elle a également pour but de corriger les représentations des patients recevant déjà de la morphine, et sa lecture pourrait favoriser la formulation de questions du patient au médecin et ainsi induire le dialogue.

Elle pourrait être mise à disposition des patients dans les salles d'attente ou les bureaux de consultation de soins palliatifs, ou accompagner le livret d'accueil dans les chambres d'unités

de soins palliatifs ou des services traditionnels recensant des situations palliatives fréquentes.

Elle reprend les thèmes principaux présents dans les associations libres d'idée de notre étude.

Le service de communication du CHU de Nancy nous a assisté dans sa réalisation.

L'annexe 6 présente la plaquette en cours de réalisation.

Conclusion

Les représentations de la douleur dans la société actuelle ont grandement évoluées. La douleur est passée d'un statut de mal nécessaire pour le salut de l'homme, à celui de mal indispensable pour établir un diagnostic, pour finalement devenir un mal à combattre, par tous les moyens. Sa prise en charge est devenue une préoccupation de santé publique. Lorsqu'elle est intense, elle peut nécessiter des traitements opiacés, selon les recommandations de bonne pratique. Mais la morphine, et avant cela l'opium, a un lourd passé, gravé dans la mémoire de la société actuelle. Dans la population générale et chez les soignants, elle effraye, et les idées reçues des patients sont confortées par celles des soignants. La peur de la dépendance lorsqu'un traitement est entrepris, a une influence sur le niveau d'observance et donc sur le soulagement lui-même. En soins palliatifs, les douleurs sont fréquentes. Organiques ou psychologiques, et souvent mixtes, elles doivent être prises en charge de façon adaptée. Les pathologies néoplasiques sont souvent sources de douleurs intenses. Les patients en soins palliatifs ont une approche de la morphine inhérente à leur situation, et en proposer la prescription est générateur d'anxiété supplémentaire. L'étude des représentations de la morphine chez les patients en situations palliatives retrouve une fréquence élevée de peur à l'égard de la morphine, de peur de la dépendance, et souvent l'association de la morphine à la fin de vie est faite, avec parfois la croyance que la morphine va raccourcir la vie. Ce sont les patients suivis en consultation douleur qui ont les représentations les plus justes. De plus, les patients de plus de 65 ans ont des représentations plus erronées pouvant être en partie dues à une plus grande difficulté à comprendre les explications délivrées lors de la prescription. Afin de limiter les angoisses, d'améliorer l'observance, et d'être plus efficace sur le plan antalgique, l'information doit être délivrée avec un vocabulaire adapté et en prenant le temps nécessaire. Les soignants doivent pouvoir être mieux formés et informés, et corriger leurs propres représentations, pour rassurer les patients traités par morphine. Il faudra du temps, de la patience, et de l'obstination, pour venir à bout de ces idées reçues, à l'aide de programmes d'éducation thérapeutiques, et de plans d'information grand public et de formation des professionnels, mais le gain en termes de prise en charge est indéniable.

Dans une étude ultérieure, il serait intéressant d'évaluer les représentations des soignants, en fonction de leur lieu d'exercice, et d'observer leurs modifications, à distance des dernières études réalisées sur le sujet, et en fonction des différentes formations suivies.

Références bibliographiques

1. Musi M, Bionaz A. Les mythes de la morphine: une étude auprès de la population générale, des infirmières, des infirmiers et des médecins en vallée d'Aoste. Revue internationale de soins palliatifs. 2005;20:107 à 115.

2. Ribaud C, Marmet T. Douleur, fin de vie et soins palliatifs. Le courrier de l'éthique médicale; 2005.

3. REY R. Histoire de la douleur. La Découverte. 1993.

4. Ribau C, Duchange N. Eléments pour une histoire des conceptions de la douleur. Cours de médecine, Faculté de Besançon; 2003.

5. Lorin F. Douleur et métamédecine, pour une nouvelle philosophie de la douleur. FMC de psychiatrie; 2008.

6. Lorin F. Histoire de la douleur: de l'antiquité à nos jours. FMC de psychiatrie; 2008.

7. Klein A. Approches philosophiques de la douleur: pour une éthique du sujet. Éthique & Santé. 2007 sept;4(3):136-40.

8. Code de santé publique, article L.1112-4.

9. Kouchner B. Circulaire relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés. Ministère de l'emploi et de la solidarité; 1998.

10. Kouchner B. Programme de lutte contre la douleur 2002-2005. Ministère de l'emploi et de la solidarité; 2002.

11. Bertrand X. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Ministère de la santé et des solidarités; 2006.

12. Ligue nationale française contre le cancer, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (France), Union internationale contre le cancer. Douleur et cancer prévenir et soulager la douleur tout au long de la maladie. Paris: Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer; 2007.

13. Samama B. Approche socioculturelle de la douleur. L'aide soignante. 2010;(21/22).

14. Brahmavamso A. L'attitude bouddhiste face à la douleur par ajahn brahmavamso. Buddhist Society of Western Australia; 2006.

15. Le Breton D. expériences de la douleur. Métailié; 2010.

16. Eschalier A. Cours de DESC douleur/soins palliatifs: Pharmacologie des antalgiques. 2012.

17. Douleur et personne âgée. Institut UPSA de la douleur; 2010.

18. Smith P, Schofield P, Aveyard B, Guenot C. Controversies surrounding the management of pain in patients with terminal cancer. British journal of community nursing. 2007;21.

19. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, recommandations. ANAES; 2002.

20. Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte, recommandations de bonne pratique. AFSSAPS; 2010.

21. Standards, Options et Recommandations pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte. FNCLCC; 2002.

22. R. Aubry, Blanchet V, Viallard M-L. La sédation pour détresse chez l'adulte dans les situations spécifiques et complexes. Médecine palliative-soins de support-Accompagnement-Ethique. 2010;9.

23. Lamau M-L. Cicely SAUNDERS (1918-2005) et les soins palliatifs. 2005.

24. Saint-Arnaud J. De l'approche biomédicale à l'art du soin. Frontières. 2005;17(2):34-41.

25. Le Marec C. Histoire de l'opium médicinal: Du pavot aux alcaloïdes de l'opium. Douleurs: Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2004 avr;5(2):83-98.

26. Morphine. Vidal. 2011.

27. Lechat P. Cours de pharmacologie. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie; 2006.

28. Schug S, Zech D, Grond S, Jung H, Meuser T, Stobbe B. A long-term survey of morphine in cancer pain patients. J Pain symptom Manage. 1992;7(5).

29. Porter J, Jick H. addiction rare in patients treated with narcotics. New England Journal of Medicine. 1980;302(2).

30. Perrot S, Bannwarth B, Bertin P, Javier R-M, Glowinski J, Le Bars M, et al. Utilisation de la morphine dans les douleurs rhumatologiques non cancéreuses: les recommandations de Limoges. Revue du rhumatisme. 1999;66(11).

31. Jodelet D. Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. Les savoirs du quotidien. Transmission, Appropriations, Représentations. 2006.

32. kohler C, Salès-Wuillemen E, Guéraud S, Masse L, Richard J-F. Le rôle des connaissances dans l'utilisation d'une notice de médicament. Revue Européenne de Psychologie Appliquée. 2009;(59):279-90.

33. Peyrard C. Douleur et morphine: évolution des idées et des pratiques. Revue internationale de soins palliatifs. 2006;21:10 à 11.

34. Birmelé B, Lemoine M. Éducation thérapeutique : transmission de connaissances ou de croyances ? Éthique & Santé. 2009;6:66-72.

35. Beaudouin Bianchi S, Guenot C. Influence des représentations sur le respect des prescriptions et de l'administration de morphine. Paris: AP-HP; 2004 déc.

36. Paris P. Morphine ou « mort fine ». 2008.

37. CANNONE P, DANY L, DUDOIT E, DUFFAUD F, SALAS S, FAVRE R. Étude des représentations sociales de la chimiothérapie: une voie d'analyse des relations entre patients et médecins oncologues. Bull Cancer. 2004;91:279-84.

38. Ranchère J-Y, Delfosse M-H, Saltel P, Latour J-F. Thérapeutique morphinique: évaluation de l'information des patients. Bulletin du cancer. 1998 avr;85(4).

39. Radbrush L, Sabatowski R, Elsner F, Loick G, Kohnen N. Patients' associations with regard to analgesic drugs and their forms for application – a pilot study. Support Care Cancer. 2002;10:480-5.

40. Queneau P, Ostermann G. Défaut d'observance: modalités, dangers, signification. Le médecin, le malade et la douleur. Masson. 2004.

41. Ward S-E, Goldberg N, Miller-McCauley V, Mueller C, Nolan A, Pawlik-Plank D, et al. Patient-related barriers to managements of cancer pain. Pain. 1993 mars;52(3).

42. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Bulletin officiel n°23. 2007.

43. Groupes Balint [Internet]. 2012. Available de: http://www.balint-smb-france.org/

44. Priser C. Cours - Pharmacologie - Les antalgiques [Internet]. Available de: http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsi/cours/cours-pharmacologie-les-antalgiques.html

45. Aubry R. Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010. 2010.

46. Plan de formation. CHU Nancy; 2012.

47. Yates P, Edwards H, Nash R, Aranda S, Purdie D, Najman J, et al. A randomized controlled trial of a nurse-administered educational intervention for improving cancer pain management in ambulatory settings. Patient Education and Counseling. 2004 mai;53(2).

48. Miaskowski C, Dodd M, West C, Schumacher K, Paul S, Tripathy D, et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. Journal of Clinical Oncology. 2004 mai;22(9).

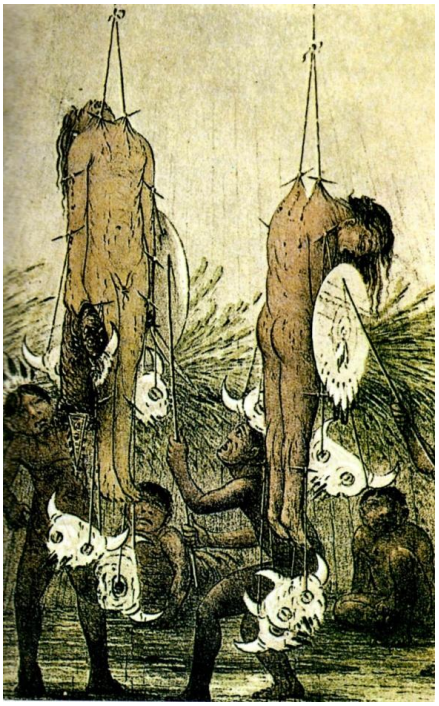
49. Pérol D. Mise en place d'un programme d'éducation du patient (PEP) appliqué à la prise en charge de la douleur en cancérologie. Douleurs. 2006;7(hors-série 2):2S67-2S68.

50. Larue F, Fontaine A, Brasseur L. Evolution of the French Public's Knowledge and Attitudes Regarding Postoperative Pain, Cancer Pain, and Their Treatments: Two National Surveys over a Six-Year Period. Anesthesia & Analgesia. 1999;89:659-64.

Annexes

Annexe 1

Rituel d'initiation d'une société primitive



Annexe 2

Papaverum représenté à tous ses niveaux de maturité

Annexe 3

Capsule de Papaverum incisée avec écoulement du latex

Annexe 4

Quelques exemples de bouteilles de Laudanum

Laudanum is no more dangerous than many of the preparations sold as soothing syrups; it has the saving grace of the "poison" label. *(By courtesy of the Committee on Interstate and Foreign Commerce.)*

Annexe 5

QUESTIONNAIRE

Nous réalisons une étude sur les représentations de la morphine des patients afin d'adapter au mieux votre information sur le sujet.
Vous pouvez nous aider en répondant à ce questionnaire.
Il n'a bien entendu aucun caractère obligatoire.
Il restera anonyme.
Par avance merci.

<u>Consignes</u> : Il est important de répondre aux questions dans l'ordre où elles vous sont posées.

1. Vous êtes : ☐ un homme

☐ une femme

2. Votre âge : ……. ans

3. De quelle maladie souffrez-vous ? …….

4. Recevez- vous ou avez-vous reçu de la morphine ? ☐Oui ☐Non ☐Je ne sais pas

5. Connaissez-vous quelqu'un qui reçoit ou a reçu de la morphine ? ☐Oui ☐Non

Et si oui, pourquoi en a-t'il reçu ?.....

6. Etes-vous ou avez-vous été suivi en consultation spécialisée de la douleur ? :

☐Oui ☐Non

7. Votre niveau de scolarisation : vous avez étudié…

- ☐ jusqu'à l'école élémentaire
- ☐ jusqu'au collège
- ☐ jusqu'au lycée
- ☐ jusqu'en études supérieures

8. Pour vous, lorsque l'on évoque le mot « morphine », quels sont les mots et expressions qui vous viennent à l'esprit ? : (Écrivez 10 mots ou expressions)

1 :

2 :

3 :

4 :

5 :

6 :

7 :

8 :

9 :

10 :

9. Lisez les phrases ci-dessous et cochez, pour chacune d'elles, si vous êtes complètement d'accord, moyennement d'accord, un peu d'accord ou pas du tout d'accord. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, il n'y a que votre « sentiment » qui compte.

	Pas du tout d'accord	Un peu d'accord	Moyennement d'accord	Complètement d'accord
La morphine apporte la tranquillité.				
La morphine rend dépendant.				
La morphine permet de diminuer la douleur.				
La morphine fait peur.				
La morphine est un produit réservé à la fin de vie.				
La morphine raccourcit la vie.				
La morphine n'est utilisée que pour les maladies très graves.				

10. Vous trouvez vous bien informé à propos des traitements par morphine?

☐Oui ☐Non

11. Avez-vous déjà lu des documents concernant la morphine : ☐Oui ☐Non

➔ Si oui : ☐vous avez cherché des informations sur internet.

Quel site ? : …….

☐vous avez cherché des informations par un autre moyen.

Lequel ?: ……..

☐Vous avez eu l'occasion de lire des dépliants d'information.

12. Avez-vous des questions concernant ce traitement par morphine? ☐Oui ☐Non

Si Oui, lesquelles ? (n'hésitez pas à vous exprimer) :

……

……

……

……

……

13. Si vous avez des questions concernant ce traitement par morphine? :

(Plusieurs réponses possibles)

☐vous n'osez pas les poser au médecin ou aux infirmières,

et dans ce cas, pourquoi ?: .....

☐vous n'avez pas eu l'occasion de les poser

☐vous ne souhaitez pas préciser vos connaissances à ce propos

☐vous les avez déjà posées mais n'avez pas été satisfait des réponses

14. Aimeriez-vous être plus informé à propos des traitements par morphine? :

☐Oui ☐Non

Si oui, de quelle façon voudriez vous être informé ? (plusieurs réponses possibles) :

☐par dépliant simple mis à votre disposition en consultation ou dans la chambre d'hôpital ?

☐par explications données par le médecin ou l'infirmière

Merci de nous avoir apporté votre aide pour la réalisation de cette étude.

Si cela soulève des questions pour vous à propos de la morphine, n'hésitez pas à les poser à votre médecin.

Annexe 6

CHU NANCY
www.chu-nancy.fr

La morphine : STOP aux idées reçues !

La morphine fait partie de la famille des **stupéfiants**.

La morphine est pourtant bien un **médicament**.

La morphine n'est donc **pas une drogue** quand sa prescription et son administration sont gérées par des professionnels de santé.

La morphine est un **traitement anti-douleur**, qui, lorsqu'il est bien utilisé, n'entraîne **pas de dépendance, ni de toxicomanie**.

La prescription de la morphine **n'est pas liée à la gravité de la maladie**, mais au degré de douleur ressentie par le patient.

Des effets secondaires peuvent apparaître lors d'un traitement par morphine : somnolence, hallucinations, confusion, cauchemars, nausées ou vomissements. Dans ce cas consultez votre médecin qui adaptera alors votre traitement (changement de dose, de molécule…).