

INTERVIEW :

➤ Dr Jean-François Renard, médecin libéral et enseignant à l'Université Pierre et Marie Curie.



Selon l'enquête nationale menée par l'Institut National du Cancer (INCA) en 2010 sur *La prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints de cancer*, les patients souffrant de douleur cancéreuse sont sous traités.

Plusieurs hypothèses ont été formulées : est-ce du fait de la non prise en charge de la douleur par l'oncologue ? Du non suivi du patient par le médecin traitant ? Ou de la non évocation de la douleur par le patient ?

La synthèse de l'enquête jointe à cette newsletter constate que :

- « pour tous cancers confondus et tous stades confondus, la prévalence de la douleur est de 53 % (CI 43-63 %). »
- Une douleur chronique est rapportée par 30 % des patients douloureux en situation de cancer avancé, mais aussi par 25 % des patients douloureux à distance de tout traitement ou en rémission.
- La douleur est considérée comme sévère chez 28 % des patients douloureux, chez 34 % des patients douloureux en situation de cancer avancé, mais aussi chez 23 % des patients douloureux en phase de traitement curatif, et chez 14 % des patients douloureux en phase de surveillance ou de rémission.
- Une douleur de type neuropathique dominerait le tableau chez 36 % des patients.
- Plus d'un patient douloureux sur deux rapporte au moins une crise douloureuse de forte intensité par jour.

Selon ce rapport, « Les deux principaux acteurs de la prise en charge de la douleur sont, aux dires des patients, les oncologues et les médecins généralistes ».

Le réseau Lutter Contre la Douleur a interviewé le Docteur Jean-François Renard, médecin généraliste à Paris :

❖ Selon vous, le médecin généraliste s'inscrit-il aujourd'hui dans la prise en charge des patients souffrant de cancer ?

Les médecins généralistes sont souvent considérés comme peu compétents dans les domaines de spécialistes mais nous établissons les diagnostics et orientons les patients vers les centres de traitement du cancer.

Les consultations d'oncologie sont des consultations très spécialisées qui se déroulent souvent rapidement pour pouvoir accueillir un grand nombre de patients. Les oncologues n'ont pas forcément le temps de tout prendre en charge.

Nos patients nous consultent souvent après l'annonce diagnostique pour plusieurs raisons : avoir des explications sur la pathologie, les traitements, les effets secondaires à venir et les interactions médicamenteuses.

Le médecin généraliste doit s'assurer que le patient a bien compris le langage technique, pas toujours clair pour eux. Il répond également aux questions pratiques : « Qu'est-ce qu'on va me faire ? Qu'est-ce qu'on va m'injecter ? Est-ce que je vais guérir ? ».

Les oncologues nous délèguent, volontairement ou non, la tâche d'informer bien que les consultations d'annonce¹ aient été mises en place dans certains centres dès 2004.

Ces consultations d'annonce ont nettement amélioré la prise en charge des patients.

Les infirmières font un travail de soutien et d'explication formidable. A l'hôpital elles sont formées et disponibles.

Pour les soins palliatifs, je me suis moi-même entouré de deux infirmières qui font un remarquable travail d'information et de sécurisation des patients.

Par ailleurs les comptes rendus de consultations sont adressés systématiquement au médecin traitant et il est régulièrement informé des protocoles. Se rendre disponible pour assister à une réunion pluridisciplinaire d'oncologie est plus difficile en raison des horaires de travail peu compatibles et de nos longues plages de consultation.

La communication, par courrier, entre médecin oncologue et médecin généraliste s'est nettement améliorée ces 5 dernières années.

❖ **Quelles sont les douleurs que vous rencontrez le plus fréquemment ?**

Les patients nous consultent pour des douleurs, le plus souvent mixtes, s'inscrivant dans le contexte anxieux de la maladie.

Les médecins généralistes se forment régulièrement à la douleur. Les médecins référents des patients identifient bien les antalgiques selon l'intensité et les différentes composantes de la douleur, et les dérivés morphiniques font bien entendu partie de l'arsenal thérapeutique du médecin généraliste.

❖ **Des patients cancéreux, bien que douloureux, se déclarent satisfaits de leur prise en charge ...**

Souvent le patient considère la douleur comme une fatalité, ou bien il a peur de l'exprimer, sauf lorsqu'elle est très aigüe.

Le médecin doit aller chercher cette information. Or, à la question « *Vous ne souffrez pas ?* » le patient répond souvent « *Si mais c'est normal.* ».

On ne peut qu'encourager les médecins à interroger leurs patients sur la présence d'une douleur, à les rassurer et leur dire que ce n'est pas une fatalité, qu'on peut les aider sans les déconnecter de la vie.

Les patients doivent ne pas hésiter à en parler à leur médecin généraliste.

❖ **Comment et quand communiquer avec le patient sur le retentissement de la douleur ?**

Les brochures sur la douleur du cancer, en ligne sur le site du réseau LCD, aident aussi les médecins généralistes à communiquer sur les douleurs. Remettre la brochure au patient permet de poursuivre l'évaluation lors d'une prochaine consultation.

Le patient peut ainsi prendre le temps chez lui de comprendre les mécanismes et de lutter contre les idées reçues : fatalité, récurrences, effets secondaires des morphiniques...

En phase avancée, lorsque la douleur est au premier plan, trop vouloir questionner, évaluer avec des échelles et des questionnaires nuit parfois à la sincérité des réponses d'un patient agacé et fatigué par sa maladie.

Le retentissement de la douleur peut être abordé plus facilement en période moins douloureuse, lorsque le patient est mieux soulagé et plus disponible.

Le médecin généraliste a une position privilégiée. Il est le médecin, le thérapeute, le confesseur. Tel un chef d'orchestre, il fait le lien entre les familles, l'entourage et les professionnels de santé. On peut donc lui faire confiance car il connaît bien ses patients.

❖ **Quand les médecins généralistes font ils appel à un réseau douleur ?**

Quand nous sommes dépassés.

Quand les patients sortent de l'hôpital, ils n'ont pas forcément les traitements que nous aurions prescrits et que nous avons l'habitude de manier. Il peut s'agir de traitements de palier 3, de molécules prescrites car elles sont nouvelles, mais aussi de patchs de morphine peu pratiques à adapter surtout lorsque douleurs ne sont pas stables. Je n'hésite pas à changer le traitement avec l'accord du patient. Je prends le temps d'expliquer pour éviter les problèmes d'adaptation et les effets secondaires.

❖ **Selon vous, les étudiants que vous supervisez au cabinet dans le cadre du troisième cycle (stage pratique chez les MG) sont-ils formés à la prise en charge de la douleur ?**

La douleur et sa gestion font partie de la formation de médecine générale. Les étudiants connaissent mieux les nouvelles molécules et les manient régulièrement à l'hôpital.

❖ **Donc être maître de stage est un atout et une façon de se former aussi ?**

Être maître de stage est aussi une double vision de la situation vis à vis des patients : le médecin généraliste a l'expérience sur les polyopathologies et l'étudiant est plus incisif sur les spécialités.

Il faudrait inciter les médecins généralistes à être maître de stage mais être exposé au regard d'un tiers n'est pas facile. De plus la crainte de perdre de la patientèle existe. Or, au contraire, ce double regard rassure les patients. Ils le refusent rarement, sauf s'ils ont besoin d'évoquer des informations intimes ou personnelles.

Les médecins généralistes de demain travailleront en équipes pluri professionnelles. Les jeunes médecins ont cet état d'esprit de travailler en équipe et d'échanger, condition favorable pour prendre soin des patients ayant des maladies chroniques.

En conclusion, la prise en charge des patients souffrant de douleur de cancer peut être améliorée si les médecins pensent à évaluer systématiquement le type et l'intensité de la douleur. Les patients doivent ne plus avoir peur de parler de leur douleur car elle n'est pas une fatalité.

La communication entre les médecins généraliste et oncologue doit être facilitée dans l'intérêt du patient. Le plus important est de définir le « chef d'orchestre » au centre de la prise en charge de la douleur du patient, afin que ce dernier puisse avoir un interlocuteur pour l'adaptation de son traitement.

Le réseau LCD se donne comme mission en 2015 d'aider les médecins oncologues, généralistes et algologues à faciliter la communication avec leurs patients et la gestion des traitements antalgiques de palier 3. Ces patients souffrant de douleur cancéreuse pourront aussi accéder à des soins de support psychocorporels en atelier éducatifs.

Interview réalisée par le Docteur E.Soyeux.

¹ Le dispositif d'annonce a pour objectif de permettre à la personne malade de bénéficier des meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien. Ceci, en lui assurant un temps médical d'annonce et de proposition de traitement, un temps soignant de soutien et de repérage de ses besoins et un accès à des soins de support. Mesure-phare du Plan cancer 2003-2007, le dispositif d'annonce a été expérimenté entre juin 2004 et mai 2005 dans 58 établissements en co-pilotage avec la Ligue nationale contre le cancer. Il est actuellement en cours de généralisation sur l'ensemble du territoire. Le dispositif d'annonce constitue, par ailleurs, l'une des conditions transversales de qualité auxquelles les établissements de santé doivent satisfaire dans le cadre du dispositif d'autorisation pour l'activité de soins de traitement du cancer.