

Année 2017

n° 019

## THÈSE

POUR LE

### DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE (DES de médecine générale)

PAR

***Sophie PERFEZOU épouse LEMAIRE***  
**Née le 11 mai 1988 à Château-Gontier**

---

Présentée et soutenue publiquement le 14 mars 2017

---

### ***REPRESENTATIONS SUR LA MORPHINE*** ***CHEZ LES PATIENTS EN MEDECINE GENERALE***

Président de thèse : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directrice de thèse : Madame le Docteur Brigitte TREGOUET

Membres du jury : Monsieur le Docteur Cyrille VARTANIAN

Monsieur le Professeur Julien NIZARD

## REMERCIEMENTS

---

A Monsieur le Professeur Rémy SENAND, merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

A Madame le Docteur Brigitte TREGOUËT, merci pour avoir été un excellent maître de stage. Ton savoir-faire et ton « savoir-être » toujours bienveillant auprès des patients m'ont beaucoup inspirée. Tes bons conseils teintés d'anecdotes très drôles (dont toi seule a le secret !) autour du café du midi étaient un vrai bonheur. Merci bien sûr d'avoir cru en mon projet de thèse et de m'avoir soutenue et accompagnée dans ce travail.

A Monsieur le Professeur Julien NIZARD, merci de me faire l'honneur de juger mon travail de thèse et d'apporter votre regard expert sur celui-ci. Veuillez recevoir ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Cyrille VARTANIAN, merci d'avoir témoigné votre intérêt pour mon travail dès notre premier contact et d'avoir accepté de faire partie du jury de ma soutenance. Je vous adresse toute ma gratitude.

A tous les professeurs, maitres de stages et équipes soignantes croisés au fil de mes études qui m'ont enseigné la médecine.

Aux médecins et aux patients du cabinet médical de Savenay, merci de m'avoir permis de faire ce travail.

A tous les patients qui m'ont accordé et qui m'accorderont leur confiance.

A mes parents à qui je dois tant. Si j'écris ces pages, c'est grâce à votre amour et votre soutien inébranlables depuis le tout début. Merci de m'avoir grondée pour les mauvaises notes, je ne vous en veux plus désormais.

A ma Mami et à tous nos souvenirs heureux. Merci pour tout ton amour et la fierté que je pouvais lire dans tes yeux.

A toute ma famille et votre soutien sans faille au fil des années.

A mes amies de toujours Ajla et Chloé, à nos moments de joie et aux nombreux autres qui suivront.

A mes copines Alex, Hélène, Jane, Marine, Elodie et nos précieux « mardis filles » pendant l'externat.

A mon chat Kiki, merci pour ta ronron-thérapie tellement efficace lors des révisions.

A Edwige, merci pour ta gentillesse et ta présence bienveillante.

A René, nos conversations autour de tes bons petits plats me manquent.

A mon cher époux, merci pour ton soutien, ta confiance, tes blagues (qui ne font rire que moi), et tout ton amour qui m'apportent tant de bonheur au quotidien.

## **ABREVIATIONS**

---

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ACTH : Adréno Cortico Trophic Hormone

ADH : Antidiuretic Hormone

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

CTZ : Chemoreceptor Trigger Zone

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FSH : Follicle Stimulating Hormone

GH : Growth Hormone

LH : Luteinizing hormone

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

# TABLE DES MATIERES

---

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1 LA MORPHINE</b> .....	<b>7</b>
1.1.1 DU PAVOT A LA MORPHINE .....	7
1.1.2 HISTOIRE DE LA MORPHINE .....	7
1.1.2.1 L'opium .....	7
1.1.2.2 La morphine .....	8
1.1.2.3 Morphine, dépendance et prémisses de législation .....	9
1.1.2.4 La morphine au cours du XXe siècle: quelques dates clés .....	10
1.1.3 INDICATIONS DE LA MORPHINE, RECOMMANDATIONS .....	10
1.1.4 PHARMACOLOGIE DE LA MORPHINE .....	10
1.1.5 EFFETS DE LA MORPHINE .....	11
1.1.5.1 Action analgésique .....	11
1.1.5.2 Action psychomotrice .....	12
1.1.5.3 Action psychodyleptique .....	12
1.1.5.4 Action sur la respiration .....	12
1.1.5.5 Action sur le vomissement .....	13
1.1.5.6 Action sur le muscle tisse .....	13
1.1.5.7 Autres actions .....	13
1.1.5.8 Le syndrome de sevrage .....	13
<b>1.2 LES REPRESENTATIONS SOCIALES EN MEDECINE</b> .....	<b>14</b>
1.2.1 REPRESENTATIONS SOCIALES: DEFINITION DU CONCEPT .....	14
1.2.2 LA THEORIE DU NOYAU CENTRAL .....	14
1.2.3 LES FONCTIONS DES REPRESENTATIONS SOCIALES .....	15
1.2.4 L'EXPERIENCE, LE VECU ET LES REPRESENTATIONS SOCIALES .....	16
1.2.5 LA FONCTION SYMBOLIQUE DU MEDICAMENT .....	16
1.2.6 LES STRATEGIES DE RECOURS AUX MEDICAMENTS .....	16
1.2.7 REPRESENTATION DE LA MORPHINE CHEZ LES PATIENTS .....	17
1.2.7.1 Peur de l'addiction et effets secondaires .....	17
1.2.7.2 La morphine est associée à la fin de vie .....	17
1.2.7.3 Fatalisme au sujet des douleurs cancéreuses .....	17
1.2.7.4 Dernier recours .....	18
1.2.7.5 Impact social de la morphine .....	18
1.2.8 OPIOPHOBIE .....	18
1.2.8.1 Sous prescription .....	18
1.2.8.2 Les causes de ces réticences .....	19
1.2.8.3 Conséquences de l'opiophobie .....	20
<b>2. ETUDE</b> .....	<b>21</b>
<b>2.1 OBJECTIFS</b> .....	<b>21</b>
<b>2.2 METHODE</b> .....	<b>21</b>
2.2.1 LE QUESTIONNAIRE .....	21
2.2.2 L'ANALYSE DES RESULTATS .....	22
<b>2.3 RESULTATS</b> .....	<b>24</b>
2.3.1 DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON .....	24
2.3.2 REPRESENTATIONS GLOBALES DE L'ECHANTILLON .....	25
2.3.3 L'AGE .....	27

2.3.4	LE SEXE .....	31
2.3.5	LE DEGRE DE SCOLARITE .....	34
2.3.6	LA SITUATION PROFESSIONNELLE.....	37
2.3.7	L'EXPERIENCE PERSONNELLE DE LA MORPHINE.....	40
2.3.8	RESPECT D'UNE PRESCRIPTION ANTERIEURE DE MORPHINE.....	43
2.3.9	QUALITE RESSENTIE DE L'INFORMATION REÇUE SUR LA MORPHINE.....	46
2.3.10	CAUSE DE LA PRESCRIPTION DE LA MORPHINE.....	49
2.3.11	LE PRESCRIPTEUR.....	52
2.3.12	L'EXPERIENCE DE LA MORPHINE DANS L'ENTOURAGE .....	55
2.3.13	CAUSE DE LA PRISE DE MORPHINE DANS L'ENTOURAGE.....	58
2.3.14	PRESENCE DE DOULEURS CHRONIQUES .....	62
2.3.15	DOULEURS CHRONIQUES ET CAUSES DE CES DOULEURS.....	65
2.3.16	DOULEURS CHRONIQUES ET EFFICACITE DES TRAITEMENTS ANTALGIQUES .....	68
2.4	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>71</b>
2.4.1	INTERPRETATIONS DES RESULTATS .....	71
2.4.1.1	Résultats globaux .....	71
2.4.1.2	L'âge .....	72
2.4.1.3	Le sexe .....	73
2.4.1.4	Le degré de scolarité .....	73
2.4.1.5	La situation professionnelle.....	73
2.4.1.6	L'expérience personnelle de la morphine .....	74
2.4.1.7	Respect d'une prescription antérieure de morphine.....	74
2.4.1.8	Qualité ressentie de l'information recue sur la morphine .....	74
2.4.1.9	Cause de la prescription de morphine .....	75
2.4.1.10	Le prescripteur .....	75
2.4.1.11	L'expérience de la morphine dans l'entourage.....	75
2.4.1.12	Cause de la prise de morphine dans l'entourage.....	75
2.4.1.13	Présence de douleurs chroniques .....	76
2.4.1.14	Douleurs chroniques et causes de ces douleurs .....	76
2.4.1.15	Douleurs chroniques et efficacité des traitements antalgiques .....	76
2.4.2	COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE .....	77
2.4.3	LIMITES DE L'ETUDE .....	78
2.5	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>80</b>
<b>3.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>81</b>
<b>4.</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>84</b>
4.1	<b>ANNEXE 1: QUESTIONNAIRE .....</b>	<b>84</b>

# 1. INTRODUCTION

---

## 1.1 LA MORPHINE

---

### 1.1.1 Du pavot à la morphine

La morphine est un alcaloïde (groupe de composés azotés et faiblement basiques issus principalement des végétaux) issu de l'opium. L'opium est le latex exsudé par les capsules du pavot à opium (*Papaver somniferum* variété album). Cette plante appartient à la famille des Papavéracées (comme le coquelicot) et elle contient de 8 à 20% de morphine dans son latex.

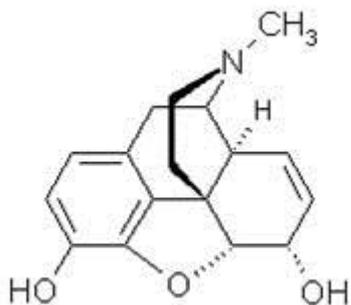
Le pavot à opium est cultivé de manière légale en Europe, Australie, Inde et Turquie, et de manière illégale dans le Croissant d'or (Moyen-Orient : Pakistan, Afghanistan, Iran) et le triangle d'or (Extrême-Orient : Laos, Thaïlande, Birmanie, Vietnam).

Les capsules du pavot (fruits obtenus après pollinisation des ovaires) sont incisées sur 1 à 2 millimètres, le latex sort sous forme de gouttelettes blanches qui brunissent et durcissent ensuite en présence de l'air (correspondant à l'oxydation des alcaloïdes phénoliques). Le latex est récupéré quotidiennement jusqu'à épuisement de la capsule.

L'opium est ensuite mélangé à de l'eau chaude puis filtré (séparation des alcaloïdes), puis est soumis à plusieurs réactions chimiques en milieu basique puis acide afin d'obtenir de la morphine.

Elle est connue pour ses propriétés analgésiques, narcotiques (qui engourdit la sensibilité, calme et endort) et psychotropes.

Sa formule chimique est : C<sub>17</sub>H<sub>19</sub>NO<sub>3</sub>. On obtient la formule topologique suivante :



La morphine est utilisée médicalement sous forme de sels, chlorhydrate et sulfate.

### 1.1.2 Histoire de la morphine

#### 1.1.2.1 L'opium

Le pavot à opium a un usage plurimillénaire, c'est le plus vieux remède connu par l'homme contre la douleur.

Des graines et des capsules ont été retrouvées dans les habitats néolithiques européens datant de 5000 ans avant notre ère. Comme en témoignent des tablettes gravées de 3000 ans avant J.C., les Sumériens l'appelaient « plante de la joie ».

En Egypte, les Pharaons l'utilisaient déjà quatre mille ans avant notre ère à des fins antalgiques mais également pour ses propriétés psychotropes.

Dans la Grèce Antique, l'opium figurait sur les pièces de monnaie avec la déesse Déméter tenant des plants de pavot. Dans l'Odyssée, Homère écrit qu'Hélène, fille de Zeus donnait le Népentès (boisson à base de vin et d'opium) qui « calme toute colère et fait oublier toute douleur ». Les guerriers en prenaient avant le combat pour affronter leurs peurs. Hippocrate, médecin grec et philosophe considéré comme « le père de la médecine » avait décrit les vertus hypnotiques et constipantes de l'opium.

Dans la Rome antique, l'opium était largement consommé, on sait par exemple qu'en 312, il y existait près de 800 magasins en vendant à prix modiques.

Alexandre le Grand introduisit probablement l'opium jusqu'en Inde lors de ses conquêtes, 3 siècles avant J.C., mais sa culture ne s'est développée que vers le IXème siècle, avec l'invasion des Arabes et des Perses islamisés.

Du XVIème au XVIIIème siècle, sous le règne des Grands Moghols, les empereurs musulmans des Indes firent de la culture du pavot et du commerce de l'opium un monopole d'état.

Au XVIIème siècle : l'usage de l'opium se propagea au Moyen-Âge par l'intermédiaire du Laudanum, ou « teinture d'opium », créée par l'anglais Thomas Sydenham. « Sans l'opium, la médecine serait manchote et bancale » dit-il, lui-même grand consommateur. La consommation du laudanum signe le début des consommations abusives d'opium en Angleterre.

A la fin du XVIIIème siècle: l'empire britannique voulut consolider son hégémonie commerciale en Asie en inondant le marché chinois d'opium (dont ils avaient le monopole puisque le pavot était produit dans des régions indiennes sous contrôle de l'empire britannique). La consommation d'opium était interdite en Chine et de vastes réseaux de trafiquants se mirent en place et menacèrent la vie économique et politique de la Chine. Face à l'invasion de l'opium, le gouvernement chinois décida d'interdire l'importation et la vente de cette drogue ce qui déclencha la première guerre de l'opium entre britanniques et chinois. Le pouvoir et l'armée de la Chine étant très affaiblis, ils furent obligés de céder. Le traité de Nankin en 1842 signa la fin du conflit et permit aux anglais de récupérer l'île de Hong-Kong et l'ouverture de 5 ports chinois au commerce international. Ce conflit est considéré comme le début du déclin de l'Empire de Chine.

### 1.1.2.2 La morphine

En 1803, Jean François Derosne fut le premier à isoler un mélange de narcotique et de morphine de l'opium. Puis un autre chimiste français, Armand Seguin parvint à isoler la morphine de ce mélange en 1804 mais ne publia pas ses recherches.

C'est officiellement F. W. Sertürner, chimiste allemand qui fut le premier à isoler l'alcaloïde le plus puissant de l'opium en 1816. Sertürner l'appela « morhium » du fait de ses propriétés qui rappellent Morphée, le Dieu du sommeil et des songes de la Grèce antique.

En 1822, François Magendie, membre de l'Académie des Sciences, fit savoir qu'il avait soulagé les souffrances d'une patiente en utilisant de la morphine à la place de l'opium, et suite à ses travaux pharmacologiques, il définit des normes d'usage pratique des alcaloïdes (fractions dérivées de l'opium comme la morphine).

En 1828 : Dr V. Bally effectua la première étude clinique sur la morphine et ses effets secondaires, sur un suivi de 700 patients traités par morphine par voie orale. Les effets secondaires constatés étaient les vertiges, la constipation. Bally a recommandé l'usage de la morphine pour la douleur mais également pour le rhume, le diabète, et les attaques cardiaques.

Dans la même période, la fabrication de la morphine passa au stade industriel avec la firme pharmaceutique Merck.

Parallèlement à ces découvertes, il y eut l'invention de la seringue hypodermique à aiguille creuse en 1850 par Charles Pravaz (médecin français), rendant alors possible l'administration intraveineuse de la morphine. La morphine devint officiellement le premier médicament puissant qui devait inaugurer l'ère moderne de la pharmacologie et de la médecine. Elle fut alors massivement utilisée notamment sur les champs de bataille et dans les hôpitaux, rendant alors supportables les amputations et les blessures de guerre. La morphine était aussi largement utilisée chez les soldats pour soulager divers maux, également pour leur donner le courage de se battre. C'est ainsi que beaucoup d'entre eux revinrent de la guerre avec un état de dépendance avancé, surnommé à l'époque « la maladie du soldat ».

### 1.1.2.3 Morphine, dépendance et prémises de législation

La diffusion massive de l'usage de la morphine au cours du XIXème siècle mit rapidement l'accent sur l'importance des effets secondaires psychotropes et du risque de dépendance de la morphine.

En 1871 : à la suite des guerres de Sécession et Franco-Prussiennes, on observait les premiers cas de morphinomanie, qui inaugura une longue liste de toxicomanies. Cet état étant décrit par la présence de troubles (frissons, tremblements, hallucinations) en lien avec l'abus d'injections de morphine.

En 1877 : Dr Levinstein et le pharmacologue Louis Lewin décrivirent pour la première fois la « toxicomanie » (manie compulsive d'abuser d'une drogue puissante donc toxique) et attirèrent l'attention sur le risque de dépendance physique de la morphine.

Il n'y avait au départ de sa commercialisation aucune législation sur la morphine. Aux Etats-Unis, dans les années 1870, elle était en vente libre, sous forme de tablettes et de bonbons dans les drugstores et elle n'était pas seulement utilisée pour la prise en charge de la douleur, elle pouvait être prescrite pour toutes sortes de maux : diabète, anémie, angine de poitrine, nymphomanie, syphilis, mélancolie, alcoolisme...

Quelques personnages célèbres sont connus comme consommateurs de morphine en tant que stupéfiant : le Dr Charcot, le général Boulanger, le chancelier Bismarck qui en prenait avant ses discours au Reichstag, mais aussi écrivains et poètes comme Alphonse Daudet, Baudelaire, Jules Vernes (les artistes Edith Piaf, Françoise Sagan au siècle suivant...).

En 1898, l'héroïne fut synthétisée et utilisée initialement pour le traitement de la morphinomanie, puis rentra par la suite dans le circuit clandestin.

En 1912 : la Convention Internationale de l'Opium fut signée par 42 pays à La Haye, ce texte non restrictif visait l'interdiction de l'opium, morphine, cocaïne et héroïne à des fins non thérapeutiques.

En 1914 : une loi fut votée aux Etats-Unis limitant l'usage de la morphine à une prescription médicale, suivie en 1916 par la Grande Bretagne et la France.

#### 1.1.2.4 La morphine au cours du XXe siècle: quelques dates clés

En 1925 : Robert Robinson (prix Nobel de la chimie en 1947) mit au point la structure moléculaire complexe de la morphine.

En 1952 : la synthèse chimique de la morphine fut découverte mais fut finalement peu utilisée car plus coûteuse que l'extraction à partir du pavot.

En 1973 : des chercheurs américains et suédois mirent en évidence la présence de récepteurs spécifiques aux opioïdes dans le système nerveux central, permettant ainsi de mieux comprendre les effets indésirables des opioïdes et d'y remédier.

En 1975 : les premiers comprimés à libération prolongée furent créés.

En 1987 : l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les 3 paliers de douleurs et publia les recommandations thérapeutiques associées à ces paliers.

### **1.1.3 Indications de la morphine, recommandations**

La morphine est un opioïde analgésique de palier 3 selon la classification de l'OMS.

La morphine est indiquée dans les douleurs aiguës intenses (EVA > 6) et/ou résistantes aux antalgiques de palier 1 ou 2.

Chez le sujet cancéreux, la morphine est le médicament à prescrire en première intention dans les douleurs modérées à sévères (1)(2)(3)(4).

Les indications de la morphine se sont élargies aux douleurs chroniques non cancéreuses avec les recommandations de Limoges de 1999 réévaluées en 2010 (5).

En effet dans les douleurs chroniques par excès de nociception, la morphine est indiquée après échec des antalgiques de palier I et II (qui présentent moins d'effets indésirables), en respectant des recommandations de prescription (6).

### **1.1.4 Pharmacologie de la morphine**

La morphine est un analgésique central.

Elle va prendre la place de peptides endogènes (endorphines, enképhalines) au niveau des récepteurs aux opioïdes présynaptiques. Cette liaison va inhiber la libération de la substance

P (qui a un rôle majeur dans la transmission du signal nociceptif). Il existe 3 types de récepteurs aux opioïdes : les récepteurs  $\mu$ ,  $\delta$  et  $\kappa$ .

### **Les récepteurs $\mu$ (70% des récepteurs opioïdes):**

Ce sont ceux qui ont le plus d'affinités avec la morphine et donc ceux qui génèrent le plus d'action sur l'organisme : l'analgésie, l'euphorie, la sédation, le myosis, la dépression respiratoire et la baisse de la motilité intestinale. Ils provoquent également une inhibition du centre de la toux.

### **Les récepteurs $\delta$ (20% des récepteurs opioïdes):**

Ils ont aussi une action analgésique, mais moindre que les récepteurs  $\mu$ .

Les récepteurs  $\mu$  et  $\delta$  diminuent tous les deux la libération de la substance P responsable entre autres du signal douloureux.

### **Les récepteurs $\kappa$ (10% des récepteurs opioïdes) :**

Ils ne possèdent pas une forte affinité pour la morphine, ce sont surtout les dérivés de la morphine qui activent ce récepteur. Les effets de l'activation de ce récepteur sont l'analgésie, la dysphorie, la sédation, le myosis, un effet anorexigène et un effet antitussif.

### **Les antagonistes :**

Ils se fixent sur les récepteurs  $\mu$ ,  $\kappa$ , et  $\delta$  sans les activer, ils n'ont une action antagoniste qu'en présence de morphine (Naloxone NARCAN® et Naltrexone NALOREX®).

## ***1.1.5 Effets de la morphine***

### ***1.1.5.1 Action analgésique***

La morphine est caractérisée par une action essentiellement centrale par l'intermédiaire des récepteurs opioïdes à 3 niveaux :

- Au niveau médullaire : la morphine bloque la transmission du message nociceptif. Par son action agoniste préférentielle sur les récepteurs opioïdes  $\mu$ , elle permet le renforcement du rôle physiologique des enképhalines et l'inhibition de la libération de la substance P.
- Au niveau du bulbe rachidien : la morphine active des systèmes inhibiteurs descendants (bloquant l'action des neurones nociceptifs).
- Au niveau des sites supra-bulbaires : la morphine agirait sur la prise de conscience de la sensation douloureuse avec une action sur la composante émotionnelle de la douleur, et une augmentation du seuil de perception douloureuse.

#### 1.1.5.2 Action psychomotrice

On observe souvent une phase de stimulation assez courte qui est ensuite suivie d'une phase sédatrice. Cela dépend surtout des doses utilisées et du contexte. La récupération du sommeil liée à l'arrêt de la douleur en début de traitement est souvent prise à tort pour une sédation iatrogène.

#### 1.1.5.3 Action psychodysléptique

Outre la modification de la nature de la perception douloureuse qui est en soi une action psychodysléptique, l'administration de morphine entraîne un état d'euphorie plus ou moins évident, remplacé parfois par un état dysphorique (labilité émotionnelle). À doses élevées, il peut apparaître des phénomènes hallucinatoires ou des convulsions.

La morphine est une substance toxicomanogène, elle peut donc entraîner une accoutumance (nécessité d'augmenter les doses pour maintenir les mêmes effets), une dépendance physique (ou assuétude) et psychique (pouvant aller jusqu'à la toxicomanie), et un syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal du traitement.

Lorsque la morphine est utilisée à visée antalgique et à une posologie bien adaptée, la morphine ne crée que très rarement une dépendance psychique ou physique. Elle peut créer une tolérance lors des traitements au long cours, auquel cas une rotation des opioïdes peut s'avérer nécessaire. Le risque de dépendance est plus élevé pour la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses, d'où la nécessité de suivre des règles rigoureuses de prescription, notamment les « Recommandations de Limoges » de 1999 (5). Ces recommandations déconseillent la prescription de morphiniques chez les patients dont la pathologie est mal définie, chez les sujets très jeunes, les patients aux antécédents psychiatriques ou de toxicomanie.

#### 1.1.5.4 Action sur la respiration

La morphine agit au niveau des centres respiratoires bulbaires par diminution de leur sensibilité au taux sanguin de CO<sub>2</sub>. Il semble également y avoir une action corticale avec une sorte d'inattention aux stimuli normaux (« on oublie » de respirer). Cela a donc un effet dépresseur respiratoire avec diminution de l'amplitude, du rythme et du volume respiratoires. Cet effet respiratoire est dose-dépendant.

La dépression respiratoire est rare lors de l'administration orale bien conduite de morphine.

La morphine peut provoquer une bronchoconstriction par l'intermédiaire d'une histaminolibération pouvant entraîner une dyspnée asthmatiforme.

Elle a également un effet antitussif puissant en agissant directement sur le centre de la toux : elle inhibe le réflexe de toux et diminue la sensibilité des récepteurs trachéo-bronchiques.

#### 1.1.5.5 Action sur le vomissement

Le centre du vomissement est commandé par la zone chémoréceptrice bulbaire (CTZ).

- À faible dose : cette zone est stimulée par la morphine : cela provoque des vomissements (par sensibilisation aux afférences vestibulaires). Ces nausées diminuent ou cessent souvent après 3 à 5 jours et sont souvent soulagées par des antiémétiques de type neuroleptiques (qui bloquent la CTZ).
- À forte dose : la morphine déprime cette zone, elle a donc une action antiémétique.

#### 1.1.5.6 Action sur le muscle tisse

La morphine contracte tous les muscles lisses (les fibres longitudinales et circulaires).

Sur le tube digestif : la morphine diminue le péristaltisme en augmentant les contractions. Elle augmente le tonus du sphincter anal avec abolition du réflexe normal de la défécation.

Cela a donc comme conséquence une constipation systématique. C'est pourquoi il faut systématiquement proposer un traitement laxatif osmotique lors des traitements par morphine au long cours accompagné de conseils hygiéno-diététiques (fibres alimentaires, hydratation).

Sur les voies biliaires : la morphine augmente le tonus des fibres du sphincter d'Oddi et peut provoquer un arrêt de l'évacuation biliaire et donc une cholestase dose-dépendante.

Sur les voies urinaires : la morphine augmente le tonus des fibres circulaires du sphincter vésical et diminue l'activité des fibres longitudinales de la paroi vésicale, cela peut donc induire une rétention aiguë d'urines chez les sujets prédisposés (en cas d'obstacle uréthro-prostatique).

#### 1.1.5.7 Autres actions

La morphine provoque également:

- Myosis (par stimulation centrale du noyau parasympathique du III).
- Diminution de la sécrétion d'hormones hypophysaires : LH, FSH, ACTH.
- Augmentation de la prolactine et de la GH.
- Hypothermie à forte dose (dépression du centre thermorégulateur hypophysaire et légère diminution du métabolisme basal).
- Effet antidiurétique par diminution de la filtration glomérulaire (il y aurait une diminution du nombre de néphrons actifs) et augmentation de la sécrétion d'ADH.
- Hyperglycémie à fortes doses (libération de catécholamines).

#### 1.1.5.8 Le syndrome de sevrage

Il se manifeste par la présence de sueurs, larmoiements, rhinorrhée, douleurs et contractures musculaires, troubles digestifs (nausées, diarrhée, vomissements, anorexie),

tachycardie, hypotension, acidose, hyperthermie, mydriase, anxiété, agressivité, état hallucinatoire.

## **1.2 LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES EN MÉDECINE**

---

### **1.2.1 Représentations sociales: définition du concept**

Représenter vient du latin *repraesentare*, rendre présent. Le dictionnaire Larousse précise qu'en philosophie, " la représentation est ce par quoi un objet est présent à l'esprit " et qu'en psychologie, " c'est une perception, une image mentale dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène (etc.) du monde dans lequel vit le sujet ". La représentation est " l'action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe ".

Les représentations sociales sont nées du concept sociologique de représentations collectives énoncé par Emile Durkheim (1858-1917). Il distingue les représentations collectives des représentations individuelles et essaie de voir en quoi la production intellectuelle au sein d'un groupe joue un rôle dans la pratique sociale. En parlant de représentation collective, Durkheim fait apparaître une idée de contrainte sur l'individu : la représentation impose à l'individu des manières de penser et d'agir, et se matérialise dans les institutions sociales au moyen de règles sociales, morales, juridiques. On retiendra de Durkheim, l'idée d'une supériorité des éléments sociaux : conscience collective, et représentation collective, sur les éléments individuels.

La psychosociologue Denise Jodelet, définit la représentation sociale comme « une forme de connaissance spécifique, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. C'est une forme de connaissance au niveau du sens commun, même une forme de connaissance naïve, distincte de la connaissance scientifique » (7).

### **1.2.2 La théorie du noyau central**

Jean-Claude Abric propose en 1976 la théorie du noyau central pour expliquer la composition d'une représentation sociale.

Selon Abric, une représentation sociale s'organise autour d'un noyau central, composant fondamental qui détermine la signification et l'organisation de la représentation. Ce noyau est essentiellement composé de préjugés, stéréotypes ou opinions consensuels dans le groupe porteur de la représentation.

Ces éléments centraux sont stables, résistants aux changements, organisateurs et non négociables.

Ce noyau est le fruit des déterminismes historiques, symboliques et sociaux et qui structure les pensées relatives à l'objet. Il est marqué par la mémoire collective du groupe et aussi par le système de normes auquel il se réfère.

Le noyau central a deux fonctions :

- Une fonction génératrice de sens : le noyau central est à l'origine des éléments d'une représentation. C'est lui qui leur donne sens et valeur.
- Une fonction organisatrice : C'est autour du noyau central que s'agencent les autres éléments de la représentation. Ainsi il détermine la nature des liens qui les unissent entre eux. Il est en ce sens l'élément unificateur et stabilisateur d'une représentation.

D'autres éléments sont dits «périphériques» car ils sont moins stables dans la représentation. Ils ont deux rôles essentiels:

- Celui de décryptage de la réalité : les éléments périphériques permettent au sujet de comprendre et maîtriser les événements en leur donnant une signification. Ils donnent « une grille de lecture » au sujet.
- Egalement un rôle de « tampon » entre réalité extérieure et représentation sociale: lorsque le sujet est confronté à des événements venant contredire son système de représentation, ces éléments périphériques peuvent changer sans affecter le contenu global de la représentation. Ces éléments sont donc instables, négociables.

Prenons l'exemple du métier de psychologue. Le noyau central de la représentation des personnes sur ce métier serait «ce sont des professionnels qui s'occupent de la santé mentale des personnes ». Sans cela, l'objet social « psychologue » n'est plus : un praticien ne travaillant pas sur le fonctionnement mental des gens, ne peut pas être psychologue.

Dans les éléments périphériques de la représentation sur les psychologues, on pourrait retrouver « prescrivent des médicaments » ou « psychanalyse ». On peut les enlever sans dénaturer complètement le concept de "psychologue".

### ***1.2.3 Les fonctions des représentations sociales***

D'après le professeur de psychologie sociale Jean Claude Abric (8), les représentations sociales comportent quatre fonctions principales :

#### **Une fonction de savoir :**

Elles permettent à la fois de comprendre et d'expliquer la réalité. Ces connaissances « naïves » (aussi appelé « sens commun ») sont porteuses de sens et permettent ainsi la diffusion et la transmission de ce savoir naïf à travers les interactions sociales.

#### **Une fonction identitaire :**

Les représentations sociales sont partagées par des groupes sociaux et servent ainsi à définir une identité sociale personnelle gratifiante. Elles créent du lien social et aident les gens à mieux communiquer.

### **Une fonction d'orientation :**

Les représentations sociales donnent des points de référence et permettent alors de se situer dans son monde. Elles permettent l'élaboration d'attitudes, d'opinions et de comportements que l'on peut anticiper.

### **Une fonction justificatrice :**

Elles servent également à justifier nos choix et attitudes. Elle a une composante restrictive en ce sens où elle définit ce qui est « licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte social donné ». Par-là, elles jouent un rôle essentiel dans le maintien ou le renforcement des positions sociales.

## ***1.2.4 L'expérience, le vécu et les représentations sociales***

La perception d'un « objet » (en l'occurrence ici, la morphine) se fait à travers « un filtre » interprétatif à la fois individuel et collectif.

En effet la représentation d'un patient sur un traitement fait appel à des facteurs individuels (son histoire personnelle, son expérience, son entourage) et également à « l'imaginaire collectif » ancré dans un contexte et un groupe social bien précis.

## ***1.2.5 La fonction symbolique du médicament***

Ainsi les représentations des médicaments sont indispensables à une compréhension des stratégies de recours aux médicaments.

Le médicament possède une forte fonction symbolique, en effet il incarne le pouvoir de guérir ou de soulager, il peut également représenter une preuve tangible d'une dégradation de la santé. Il peut aussi représenter l'expertise et la capacité du médecin à soigner les patients.

Il est également parfois le pilier de la communication entre le médecin et le patient, il apparaît comme « l'objet » autour duquel s'articule la communication entre le médecin et le patient. On sait par exemple à quel point la chimiothérapie représente un concept « clé » dans l'analyse de la relation oncologue/patients (9).

## ***1.2.6 Les stratégies de recours aux médicaments***

Il existe plusieurs « profils » de patients concernant leurs attitudes envers les traitements (10):

- Certains patients sont globalement confiants envers le système de santé et les traitements. Ils perçoivent le médicament comme un symbole de l'expertise du médecin mais également comme une marque de sollicitude de ces derniers à leur égard. Dans ce

contexte, le recours aux traitements implique également un rapport de confiance avec le médecin.

- D'autres patients ont globalement confiance dans le système de santé mais présentent une attitude critique forte envers les médicaments. Ce sont généralement des patients avec peu de problèmes de santé et qui n'ont pas de traitement quotidien. Manquant d'expérience personnelle marquante à cet égard, leur attitude envers les traitements est donc nettement influencée par la théorie populaire.
- Certains patients se montrent plus critiques envers le système de santé mais se montrent par ailleurs confiants avec les traitements et peuvent avoir recours à l'automédication.
- Et enfin il existe des patients critiques envers le système de santé mais également envers les médicaments, ces patients étant issus plus particulièrement de milieux défavorisés.

Les comportements et stratégies de recours des patients avec les médicaments se définissent, en effet, selon leurs expériences de maladie et leur rapport au système de santé, en relation étroite avec les fonctions symboliques du médicament (10).

### ***1.2.7 Représentation de la morphine chez les patients***

Plusieurs études traitent des représentations de la morphine auprès des patients et de leurs influences néfastes sur la prise en charge de la douleur.

Beaucoup de ces travaux ont été réalisés auprès de patients atteints de cancer ou dans des situations palliatives.

On peut alors constater l'influence néfaste de ces représentations puisqu'on note que 27% des patients souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses ne sont pas prêts à prendre des opioïdes forts, même si le médecin estime que cela est nécessaire (11).

#### ***1.2.7.1 Peur de l'addiction et effets secondaires***

La plupart des patients réticents à la prise de morphine évoquent volontiers en premier lieu la peur de l'addiction et en seconde position la peur des effets secondaires (11)(12)(13)(14)(15)(16)(17).

#### ***1.2.7.2 La morphine est associée à la fin de vie***

Les patients associent la morphine à la fin de vie (18) ou à une maladie grave (19).

#### ***1.2.7.3 Fatalisme au sujet des douleurs cancéreuses***

On sait que plus de 70% des patients atteints de cancer souffrent de douleurs modérées à sévères durant leur vie (20). On sait également que parmi ces patients, certains considèrent

qu'elle est inévitable. Ils ne voient donc pas la nécessité de la rapporter à leurs thérapeutes. Certains patients considèrent également qu'il ne faut pas « distraire » le médecin avec le traitement de la douleur plutôt que le traitement de la cause (17). D'autres patients préfèrent ne pas signaler la douleur par peur qu'elle soit associée à une aggravation de leur état de santé (14)(21)(22)(23).

#### 1.2.7.4 Dernier recours

Certains patients préfèrent ne pas prendre de morphine car ils l'associent au « dernier espoir » de soulagement. Ils craignent une accoutumance et une perte d'efficacité par la suite ne laissant plus de place à l'espoir d'être suffisamment soulagé par d'autres moyens (21)(22)(23).

#### 1.2.7.5 Impact social de la morphine

On constate dans différents travaux que certains patients sont réticents à la prise de morphine par peur des répercussions sociales (peur de « passer pour un accro »).

De plus certains patients craignent de passer pour « des mauvais patients » en se plaignant de leurs douleurs (16)(21)(22).

Certains patients craignent également d'être stigmatisés (24).

### **1.2.8 Opiophobie**

L'opiophobie peut être définie comme une réticence des médecins à la prescription des opioïdes (25).

#### 1.2.8.1 Sous prescription

L'OMS a publié des recommandations claires indiquant que les opioïdes forts étaient indiqués en première intention dans les douleurs cancéreuses modérées à sévères. Or une revue de la littérature américaine de 2008 montrait que seulement 50% des médecins prescrivait des opioïdes forts pour les douleurs cancéreuses modérées à sévères (26). En France en 1995 : seulement 25% des généralistes et 44% des spécialistes auraient prescrit des opioïdes forts pour des douleurs cancéreuses (27).

Cette réticence aux opioïdes est également présente chez les spécialistes de la douleur et chez les oncologues (20)(28).

Cela aboutit à une situation d'échec de prise en charge de la douleur cancéreuse. On constate une prévalence de douleurs chez le sujet cancéreux qui varie de 43% à 73% selon les études (26)(29) alors que nous savons qu'il existe des thérapeutiques efficaces dans 70 à 90% des situations (20).

Les études traitant de l'opiophobie portent souvent sur des patients oncologiques ou en situation palliative, mais cette sous-prescription de morphine touche aussi la population de médecine générale.

On estime la prévalence de la douleur chronique dans la population générale entre 19% et 33% selon les études. (31)(32)(33)

#### 1.2.8.2 Les causes de ces réticences

**La peur des effets secondaires** est souvent mentionnée par les médecins réfractaires aux opioïdes (11)(20)(30)(31).

**La peur de la dépendance** est encore très présente parmi les professionnels de la santé, la littérature montre que 20% à 57% des médecins auraient peur de développer une dépendance chez leurs patients à cause de la morphine (11)(19)(20)(31)(32)(33)(34).

Cela alors que l'on sait que ce risque est très faible ; en effet seulement 0 à 7,7% des patients atteints de cancer présentent une addiction aux opioïdes (35).

Les médecins évoquent souvent la crainte de la **dépression respiratoire** (19).

#### **Le manque de connaissances**

La plupart des professionnels de la santé connaissent l'efficacité de la morphine pour la prise en charge de la douleur, seulement il a été montré dans des études qu'il existe une mauvaise connaissance du concept de tolérance et d'addiction, qu'il y a des idées fausses sur la dépression respiratoire, une mauvaise connaissance des dosages adéquats et des antalgiques adjuvants (23)(32)(36)(37).

On constate même au sein des professionnels de santé la présence de fausses croyances autour de la morphine, en effet en 2009 une étude portugaise montrait que 12% des médecins et 27% des infirmières interrogés associaient le mot « morphine » avec « cancer » (19).

Il y a donc une réelle nécessité à l'amélioration de la formation des médecins dans la gestion de la douleur et notamment l'utilisation des opioïdes (28).

#### **Les réticences liées à la prescription**

Un autre frein à la prescription d'opioïdes est la présence de contraintes inhérentes à la prescription encadrée des opioïdes (19)(20). Heureusement en 1998, le carnet à souches qui stigmatisait les prescriptions de morphine a disparu laissant la place aux ordonnances sécurisées plus simples à remplir.

### 1.2.8.3 Conséquences de l'opiophobie

La relation médecin/patient se pose comme une confrontation de connaissances et de convictions plus ou moins étayées.

Le patient et le médecin ont tous les deux leurs propres représentations : celles à statut de connaissances objectives et celles à statut de croyances (les « fausses » représentations ou le « sens commun »). Ces croyances sont également une forme de connaissances et on ne peut en faire abstraction dans la relation médicale puisqu'elles font figure de « vérité » pour le patient.

En théorie, le médecin ne devrait transmettre au patient que ses représentations à statut de connaissances, afin de modifier les mauvaises représentations du patient. On sait également qu'il y a une grande différence entre l'information délivrée par le médecin, aussi objective soit elle et l'information reçue par le patient qui passe inévitablement à travers les filtres inconscients représentatifs (38).

Toutes ces réticences à la prescription d'opioïdes témoignent de l'existence de représentations «subjectives » sur la morphine au sein même du monde médical préposé au rationalisme et à l'objectivité. En théorie le médecin ne devrait délivrer à son patient uniquement des informations issues de connaissances objectives, et non pas issues de croyances, mais en pratique nous constatons qu'inévitablement le médecin transmet également ses propres représentations au patient (39) et donc indirectement contribue à la mauvaise adhérence des patients à la morphine.

Or il paraît évident qu'une bonne relation médecin/patient passe par une vision commune de la maladie et des traitements.

L'étude des représentations des patients sur la morphine est donc nécessaire pour mieux comprendre les stratégies de recours à ce traitement et obtenir une meilleure adhésion thérapeutique en identifiant les obstacles à la prise de morphine (9).

## 2. ETUDE

---

### 2.1 OBJECTIFS

---

L'objectif principal de cette étude était de mettre en évidence les représentations des patients de médecine générale sur la morphine.

L'objectif secondaire était de mettre évidence les facteurs associés aux « mauvaises » représentations de la morphine.

### 2.2 MÉTHODE

---

Il s'agit d'une étude qualitative et quantitative. Le recueil de données était fait à l'aide d'un questionnaire anonyme auto-rempli (annexe 1).

Le recueil de données a eu lieu de janvier à avril 2016.

Il s'agit d'une étude mono-centrique, les questionnaires étaient mis à disposition dans 4 salles d'attente du cabinet médical de Savenay où exercent 7 médecins généralistes.

Le critère d'inclusion était : tous les patients se présentant au cabinet de médecine générale.

Le critère d'exclusion était : un âge inférieur à 18 ans.

#### **2.2.1 Le questionnaire**

Il n'existe pas de méthode de référence pour l'évaluation des représentations des patients sur un médicament. Pour l'élaboration du questionnaire nous nous sommes donc inspirés du travail du Dr Claire Reneaux (41) qui a réalisé une étude sur les représentations de la morphine chez des patients en situation palliative. Nous avons adapté le questionnaire à des patients de médecine générale et l'avons ensuite testé sur plusieurs sujets avant d'établir le questionnaire final.

Le questionnaire était composé de 4 parties :

- La première partie du questionnaire était un recueil d'informations : âge, sexe, profession, degré de scolarité, prise de morphine dans le passé ou non, douleurs chroniques ou non, connaissance de personnes prenant de la morphine dans l'entourage ou non.
- La deuxième partie était un recueil ouvert d'associations libres d'idées. Les patients pouvaient écrire jusqu'à 10 mots ou expressions qu'ils associaient au mot « morphine ».
- La troisième partie était une « mise en situation » : les patients devaient évaluer leur observance hypothétique de morphine en cas de douleurs « très intenses non soulagées par d'autres médicaments ».
- La quatrième partie était un recueil d'opinions sur la morphine permettant grâce à une échelle de Lickert d'évaluer l'adhésion des répondants à ces 11 affirmations sur la

morphine : « la morphine apporte la tranquillité », « la morphine rend dépendant », « la morphine permet de diminuer la douleur », « la morphine est un produit réservé à la fin de vie », « la morphine raccourcit la vie », « la morphine fait peur », « la morphine n'est utilisée que pour les maladies très graves », « la morphine diminue l'espoir », « la morphine est dangereuse », « la morphine est tabou », « la morphine doit être évitée au maximum ». Les réponses possibles étaient : « pas du tout d'accord », « un peu d'accord », « moyennement d'accord », « complètement d'accord ».

Afin de ne pas influencer le patient dans l'association libre d'idées, les répondants avaient la consigne de répondre au questionnaire dans l'ordre où les questions étaient posées. La quatrième partie avec l'échelle de Lickert était sur la dernière page du questionnaire, limitant le risque que le répondant lise les 11 énoncés sur la morphine.

### **2.2.2 L'analyse des résultats**

La saisie et l'analyse des résultats ont été faites avec Excel. Les statistiques ont été faites à l'aide du logiciel Epi Data. Les données quantitatives ont été comparées à l'aide du test t de Student et les données qualitatives avec le test du Chi<sup>2</sup>.

#### **1/ Adhésion hypothétique à la morphine :**

Nous avons étudié l'adhésion hypothétique à la morphine des patients suivant la réponse à cette question : « si vous souffriez de douleurs très intenses non soulagées par d'autres médicaments, prendriez-vous la morphine prescrite par votre médecin de confiance ? ». Les patients avaient le choix entre 4 propositions : « oui et je respecterais la dose et la durée prescrites », « oui mais je diminuerais la dose et/ou la durée prescrites », « je ne sais pas » et « non je refuserais ».

#### **2/ Association libre d'idées :**

Nous avons étudié les associations libres d'idées des patients sur la morphine en dégagant des thématiques récurrentes parmi les énoncés proposés par les répondants.

Cela nous a permis de classer les réponses des patients et ainsi de les analyser.

Les patients pouvaient écrire jusqu'à 10 énoncés différents. Nous avons mis en évidence dans chaque groupe le premier thème évoqué par ordre d'apparition, puis les thèmes évoqués les plus fréquemment tous ordres confondus.

#### **3/ Représentations objectives et score de connaissance :**

Concernant le recueil d'opinions de la dernière partie du questionnaire, les patients devaient donner leur avis sur 11 affirmations différentes concernant la morphine. 7 d'entre elles faisaient plutôt appel à des connaissances objectives.

Ces affirmations objectives étaient : « la morphine rend dépendant », « la morphine permet de diminuer la douleur », « 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 », « la morphine est dangereuse », « la morphine doit être évitée au maximum ».

Nous considérons une réponse « bonne » si le répondant mettait « pas du tout d'accord » ou « un peu d'accord » à ces affirmations suivantes : « la morphine rend dépendant », « 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 », « la morphine est dangereuse », « la morphine doit être évitée au maximum » ; et « moyennement d'accord » et « complètement d'accord » à cette affirmation « la morphine permet de diminuer la douleur ».

Nous avons établi un score de connaissance des patients sur la morphine suivant les bonnes réponses à ces affirmations allant de 0 à 7.

#### **4/ Représentations subjectives :**

Parmi les affirmations sur la morphine, 4 faisaient appel à des représentations plus subjectives telles que : « la morphine apporte la tranquillité », « la morphine fait peur », « la morphine diminue l'espoir », « la morphine est tabou ». Ces affirmations étaient analysées indépendamment du score de connaissance.

Nous avons étudié les représentations sous ces 4 aspects dans la population totale puis par sous-groupes selon :

- Le sexe, l'âge, le degré de scolarité, la situation professionnelle,
- L'expérience personnelle de la morphine, le fait d'avoir respecté la prescription de morphine (durée/dose), le sentiment d'avoir bien été informé sur la morphine lors de la prescription, le fait d'en avoir pris pour une maladie grave,
- Le prescripteur de morphine,
- L'expérience de morphine dans l'entourage, l'expérience de morphine dans l'entourage avec une maladie grave,
- Le fait d'avoir des douleurs chroniques, d'avoir des douleurs chroniques en lien avec une maladie grave, d'avoir des douleurs chroniques non soulagées.

## 2.3 RÉSULTATS

### 2.3.1 Description de l'échantillon

L'échantillon de notre étude comprenait 230 patients ayant bien rempli le questionnaire.

Leurs caractéristiques sont détaillées dans le tableau 1 ci-dessous.

Catégorie	Sous-catégorie	n	%
Sexe	Homme	76	33
	Femme	154	67
Âge	<65 ans	207	90
	>65 ans	23	10
Scolarisation	Primaire	10	4,3
	Collège/CAP/BEP	47	20,4
	Lycée/bac	48	20,9
	Supérieur	124	53,9
Situation professionnelle	En activité	159	69,1
	En invalidité	6	2,6
	Retraité	38	16,5
	Au chômage	11	4,8
	Etudiant	11	4,8
	Autre	5	2,2

Tableau 1: description de la population

Parmi les 230 patients, 36% avaient déjà pris de la morphine. 44% d'entre eux en avaient pris pour des douleurs post opératoires, 20,2% pour des douleurs lombaires et 4,8% pour des douleurs cancéreuses.

69% des prescriptions de morphine était faites à l'hôpital, et 25% par le médecin traitant.

52,4% des patients ayant reçu de la morphine estimaient avoir été insuffisamment informés sur la morphine et ses effets secondaires lors de la prescription.

11,9% des patients qui avaient déjà pris de la morphine n'avaient pas respecté les doses et/ou la durée du traitement, pour 66,7% d'entre eux à cause des effets indésirables.

31,7% des répondants ont déclaré souffrir de douleurs chroniques quotidiennes.

Pour 93,1% d'entre eux, il s'agissait de douleurs d'origine bénigne.

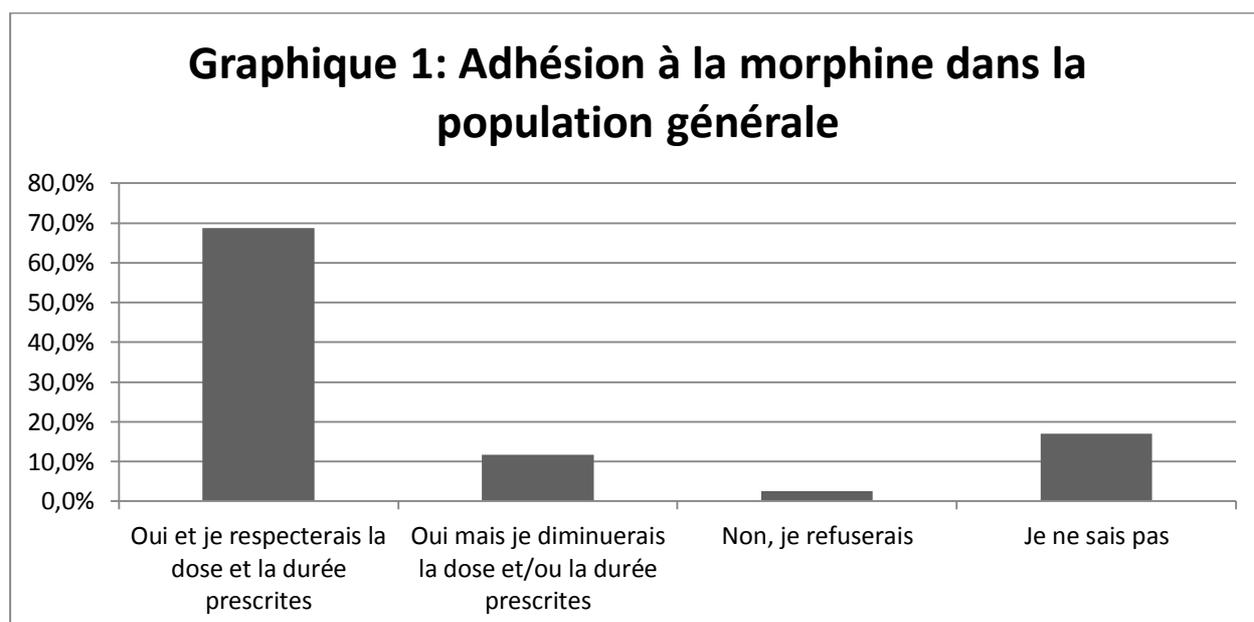
68,5% des patients avec des douleurs chroniques estimaient qu'ils n'étaient pas suffisamment soulagés par leurs traitements actuels.

53% des patients avaient dans leur entourage proche une personne prenant de la morphine dont 47,5% pour une maladie grave.

### **2.3.2 Représentations globales de l'échantillon**

#### **Adhésion hypothétique à la morphine**

Voici dans le graphique ci-dessous la répartition des patients selon leur degré d'adhésion à la morphine en cas de « douleur intense non soulagée par des antalgiques simples » :



#### **Association libre d'idées**

Concernant l'association libre d'idées sur la morphine, il y avait un total de 812 expressions ou mots associés à la morphine, avec 232 énoncés différents. Parmi toutes ces réponses nous avons dégagé 12 thématiques récurrentes :

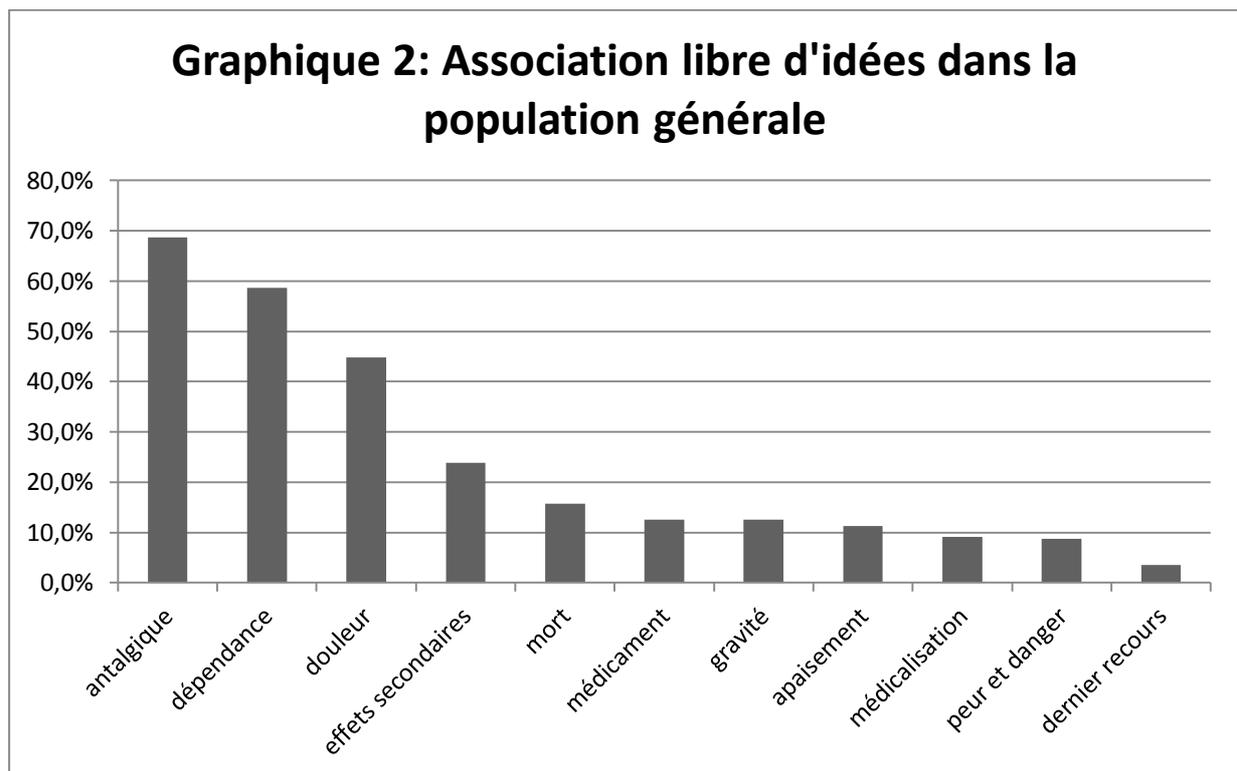
« Dépendance », « douleur », « antalgique », « médicament », « effets secondaires », « mort », « peur et danger », « apaisement », « dernier recours », « gravité », « médicalisation » et « autres ».

### Premier thème par ordre d'apparition

Les premiers thèmes évoqués par ordre d'apparition étaient « antalgique », « douleur » et enfin « dépendance » (avec respectivement 34,7%, 32,9% et 17,8% des premières expressions associées à la morphine citées par les patients).

### Premier thème tous ordres d'apparition confondus

Les premiers thèmes évoqués tous ordres confondus sont représentés dans le graphique ci-dessous :



### Représentations objectives et score de connaissance

62,2% des patients pensaient que la morphine rendait dépendant.

15,6% pensaient que c'était un produit réservé pour la fin de vie et 7,4% qu'elle raccourcissait la vie.

40,3% associaient la morphine à une maladie grave.

96,1% des patients étaient d'accord pour dire que la morphine diminuait la douleur.

51,7% des patients trouvaient la morphine dangereuse et 47,8% pensaient que son utilisation devait être évitée au maximum.

Le score de connaissance moyen dans la population générale était de 4,5 sur 7.

### Ressenti subjectif sur la morphine

62,6% trouvaient que la morphine apportait la tranquillité.

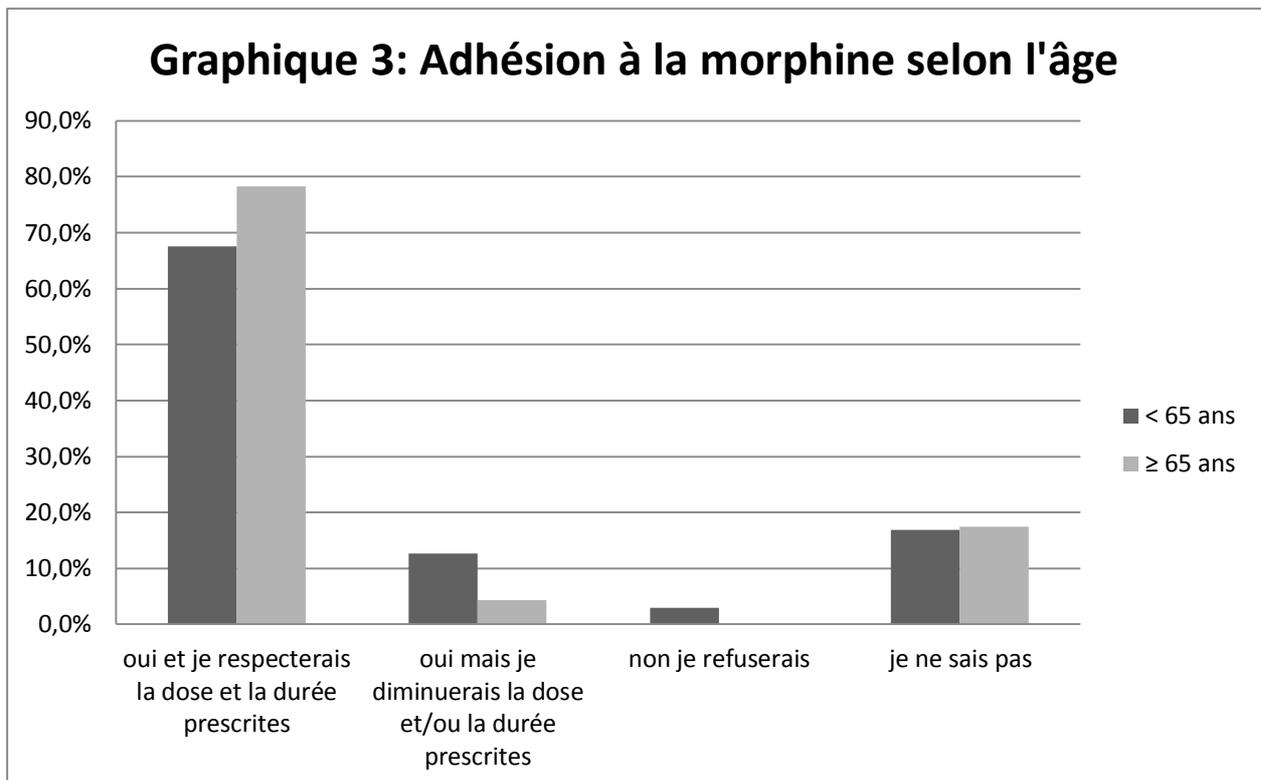
50,4% avaient peur de la morphine.

17,9% pensaient qu'elle ôtait l'espoir et 40,7% qu'elle était tabou.

### **2.3.3 L'âge**

#### Adhésion hypothétique à la morphine

Voici dans le graphique ci-dessous la répartition des patients selon leur degré d'adhésion à la morphine en cas de « douleur intense non soulagée par des antalgiques simples » en fonction de leur âge :



Il n'y avait pas de différence significative concernant l'adhésion à la morphine entre les deux groupes.

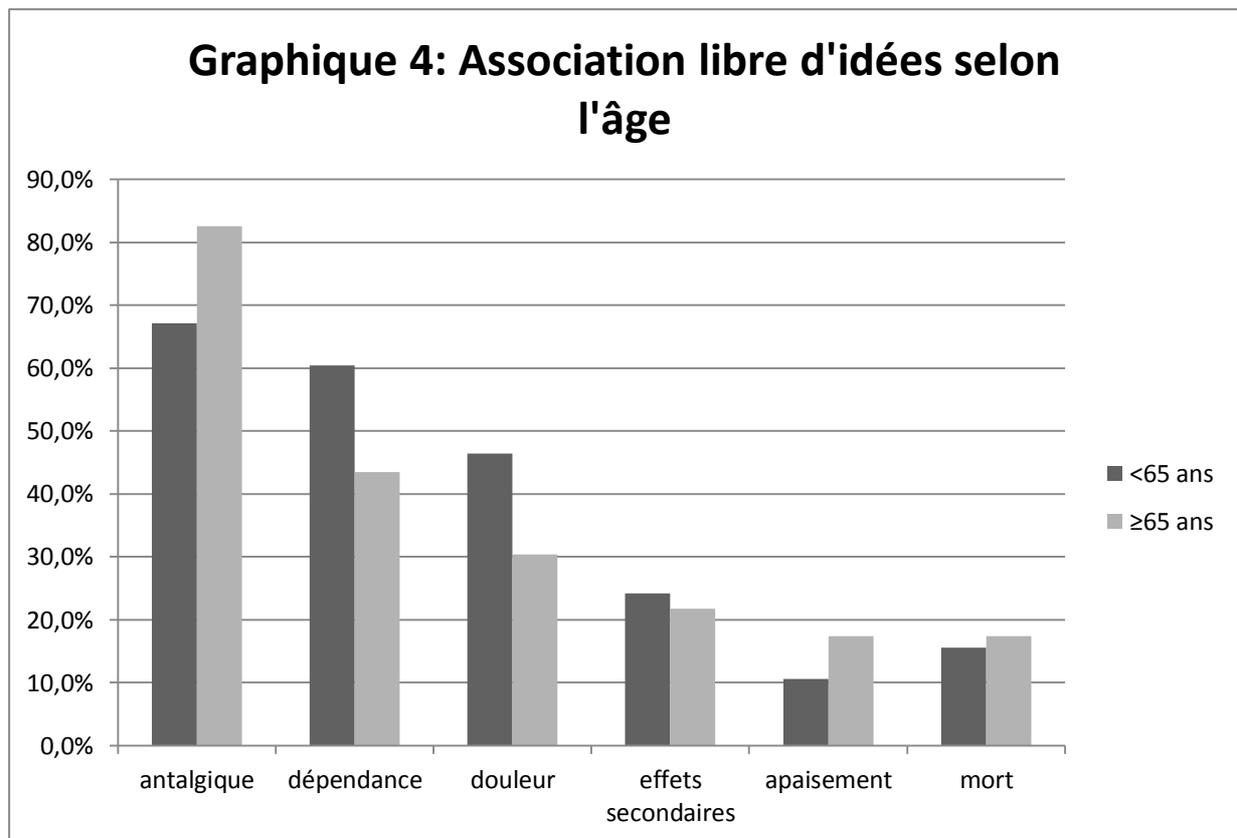
## Association libre d'idées

### Premier thème par ordre d'apparition

Chez les personnes âgées, « antalgique » était le premier thème évoqué par ordre d'apparition (pour 52,2% d'entre elles contre 32,7% chez les personnes jeunes avec  $p=0,05$ ).

### Premier thème tous ordres d'apparition confondus

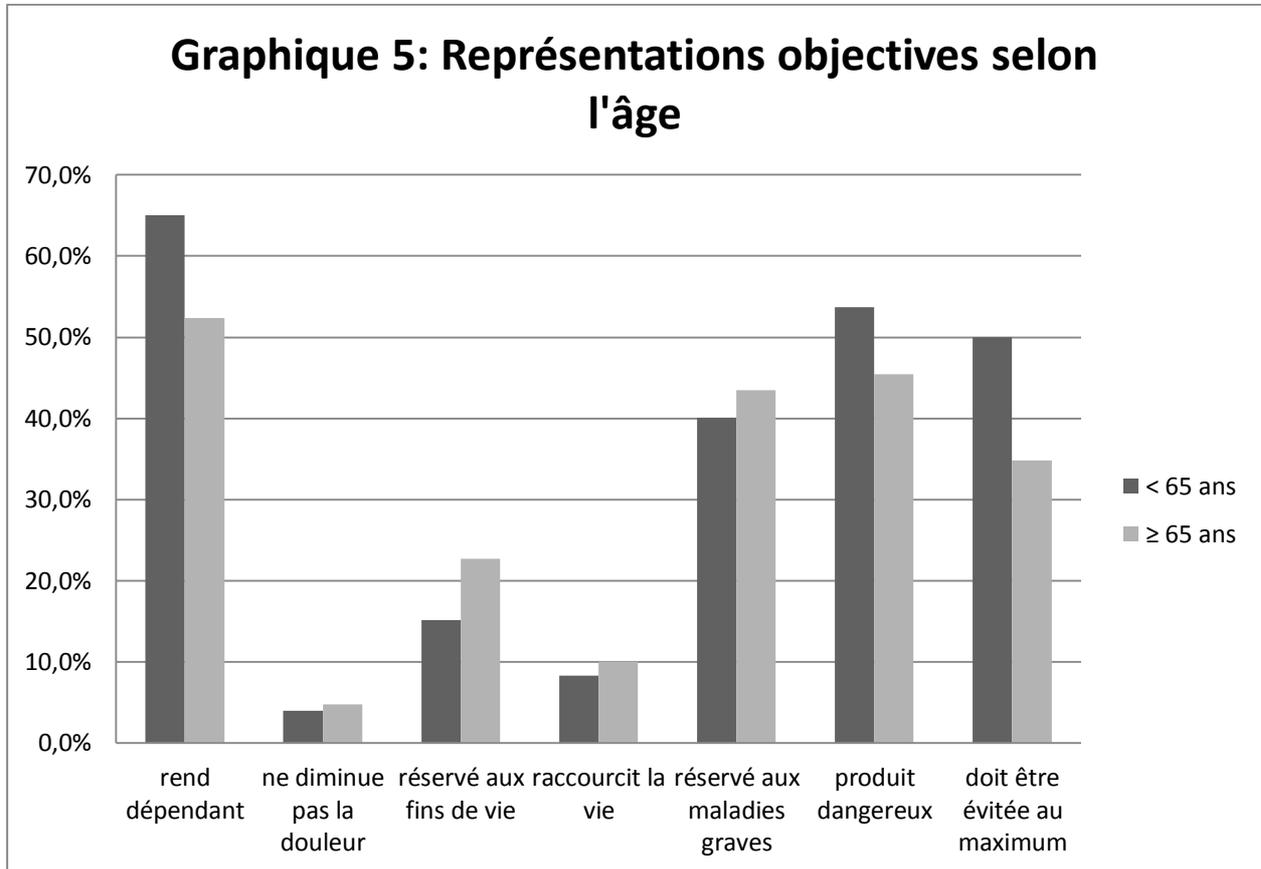
Les premiers thèmes évoqués tous ordres confondus dans les deux groupes sont représentés dans le graphique ci-dessous :



Il n'y avait pas de différence significative concernant les associations libres d'idées entre les deux groupes.

## Représentations objectives et score de connaissance

Les représentations objectives (réponses aux affirmations sur la morphine faisant appel à des connaissances objectives) des patients selon leur âge sont représentées dans le graphique ci-dessous :

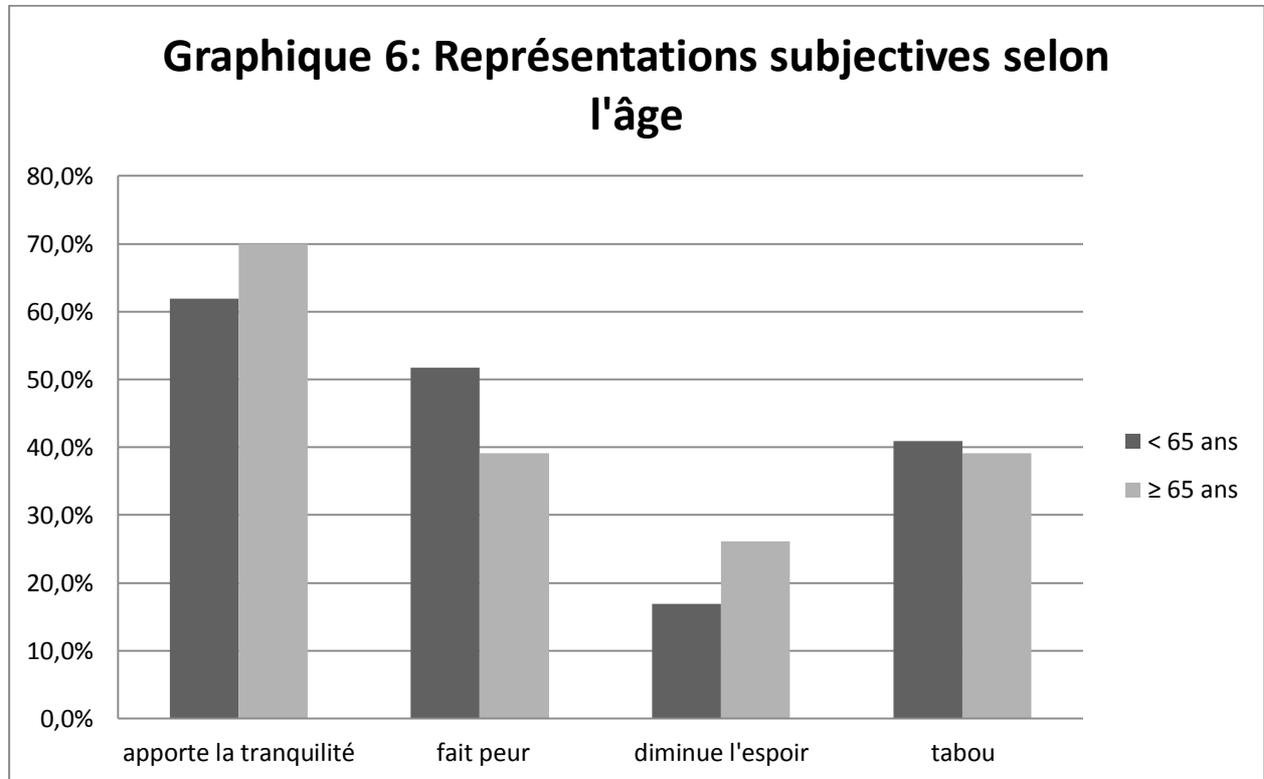


Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations objectives sur la morphine entre les deux groupes.

Le score de connaissance n'était pas significativement différent selon le fait d'avoir  $\geq 65$  ans ou pas (scores moyens respectifs de 4,65 et 4,48).

## Ressenti subjectif sur la morphine

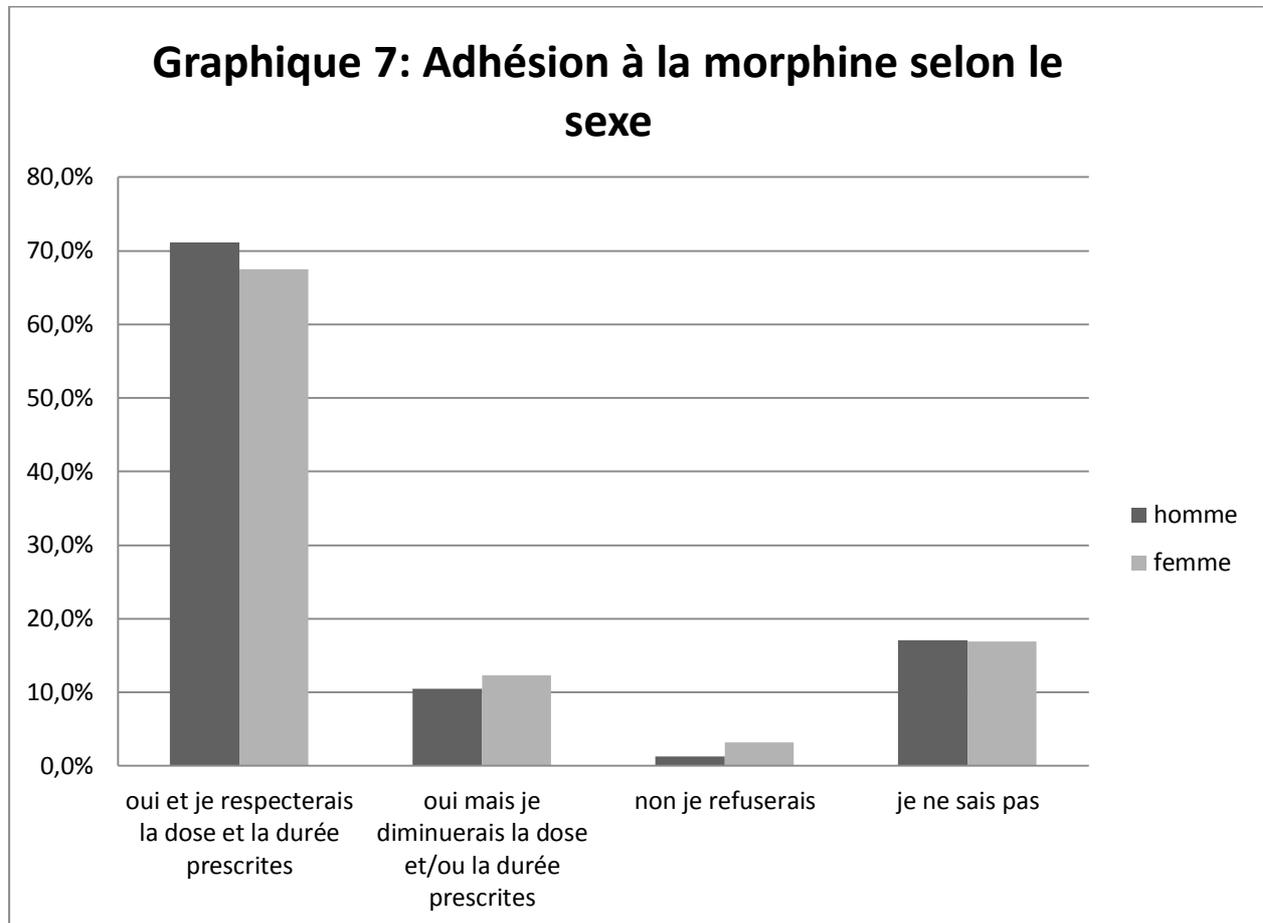
Les représentations subjectives (réponses aux affirmations sur la morphine faisant appel à des connaissances subjectives) des patients sont représentées dans le graphique ci-dessous :



Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations subjectives sur la morphine entre les deux groupes.

### 2.3.4 Le sexe

#### Adhésion hypothétique à la morphine



Il n'y avait pas de différence significative concernant l'adhésion à la morphine entre les deux groupes.

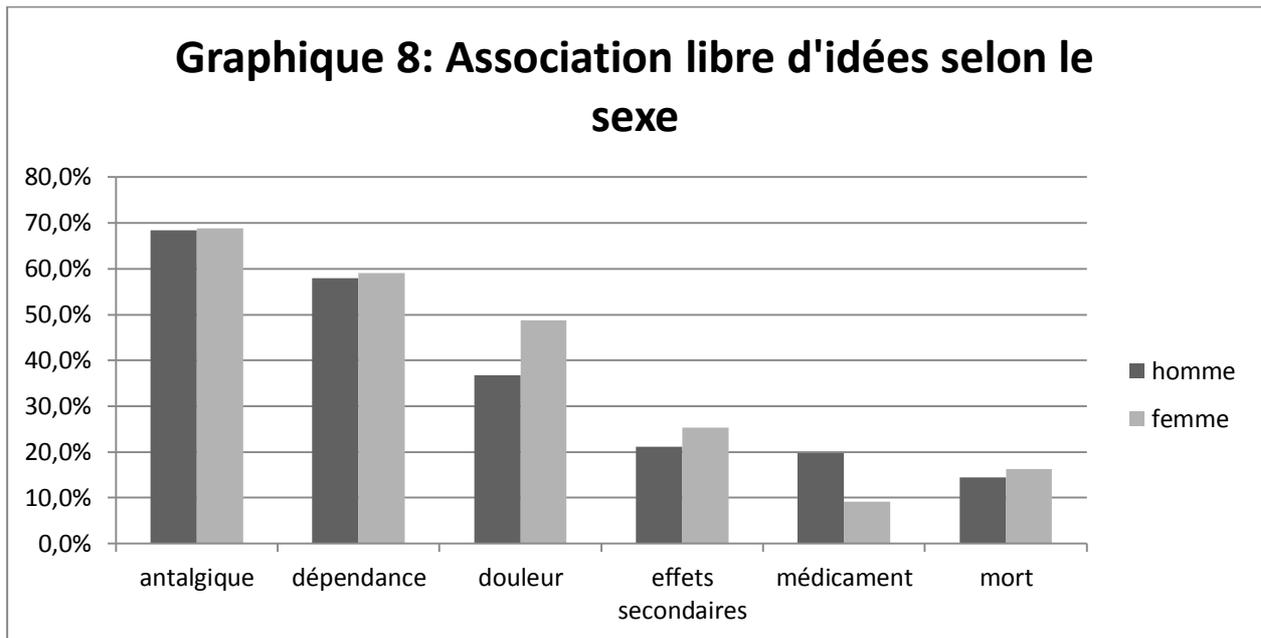
#### Association libre d'idées

##### Premier thème par ordre d'apparition

Chez les femmes, « douleur » était le premier thème évoqué par ordre d'apparition (pour 37,1% d'entre elles contre 24,3% chez les hommes avec  $p=0,05$ ).

Chez les hommes, « antalgique » était le premier thème évoqué par ordre d'apparition (pour 36,5% d'entre eux).

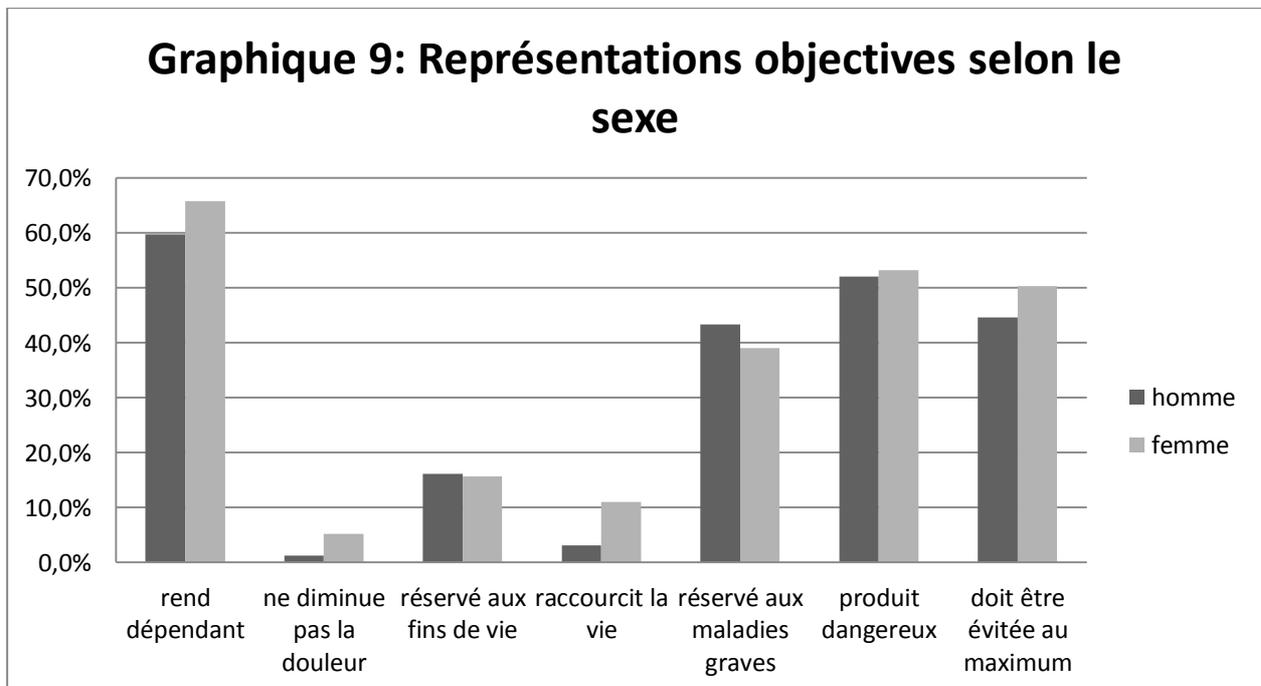
Premier thème tous ordres d'apparition confondus



Les hommes évoquaient plus souvent le thème « médicament » que les femmes ( $p=0,02$ ).

Les femmes évoquaient plus souvent le thème « douleur » que les hommes ( $p=0,05$ ).

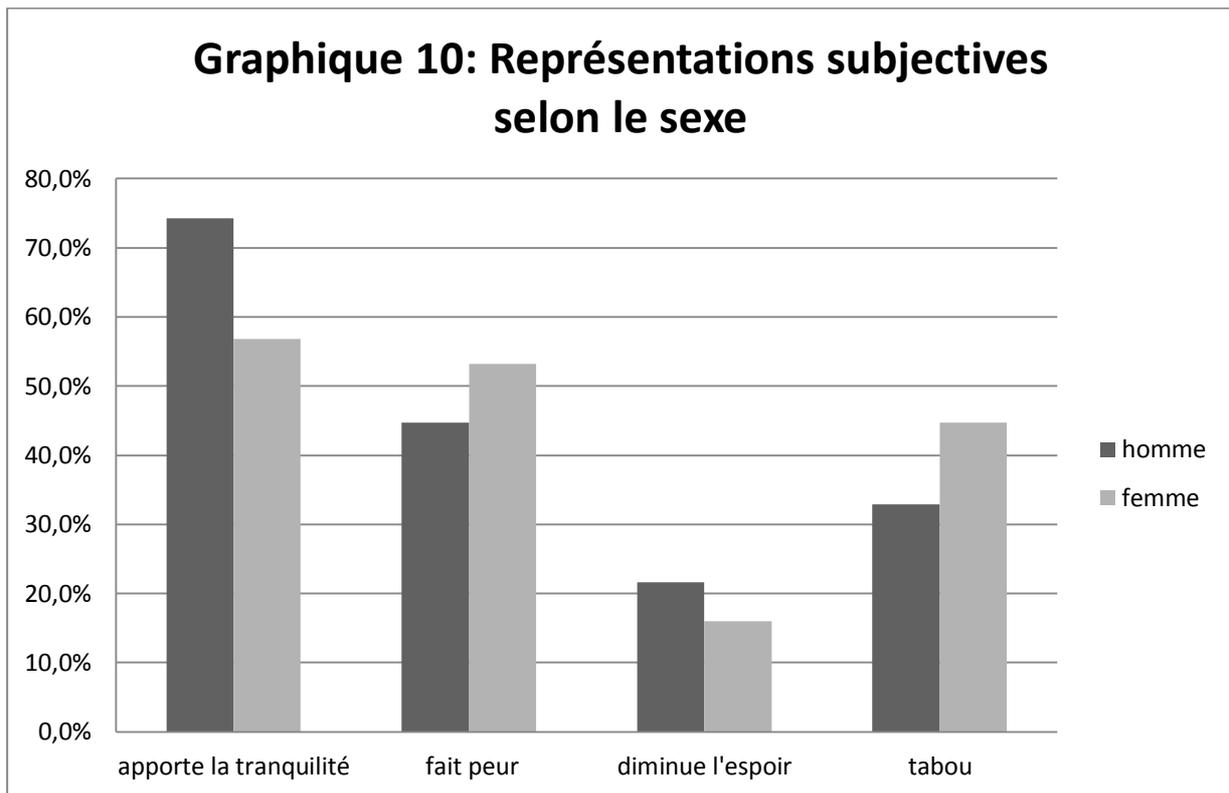
Représentations objectives et score de connaissance



Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations objectives sur la morphine entre les deux groupes.

Le score de connaissance n'était pas significativement différent selon le fait d'être une femme ou un homme (scores moyens respectifs de 4,47 et 4,57).

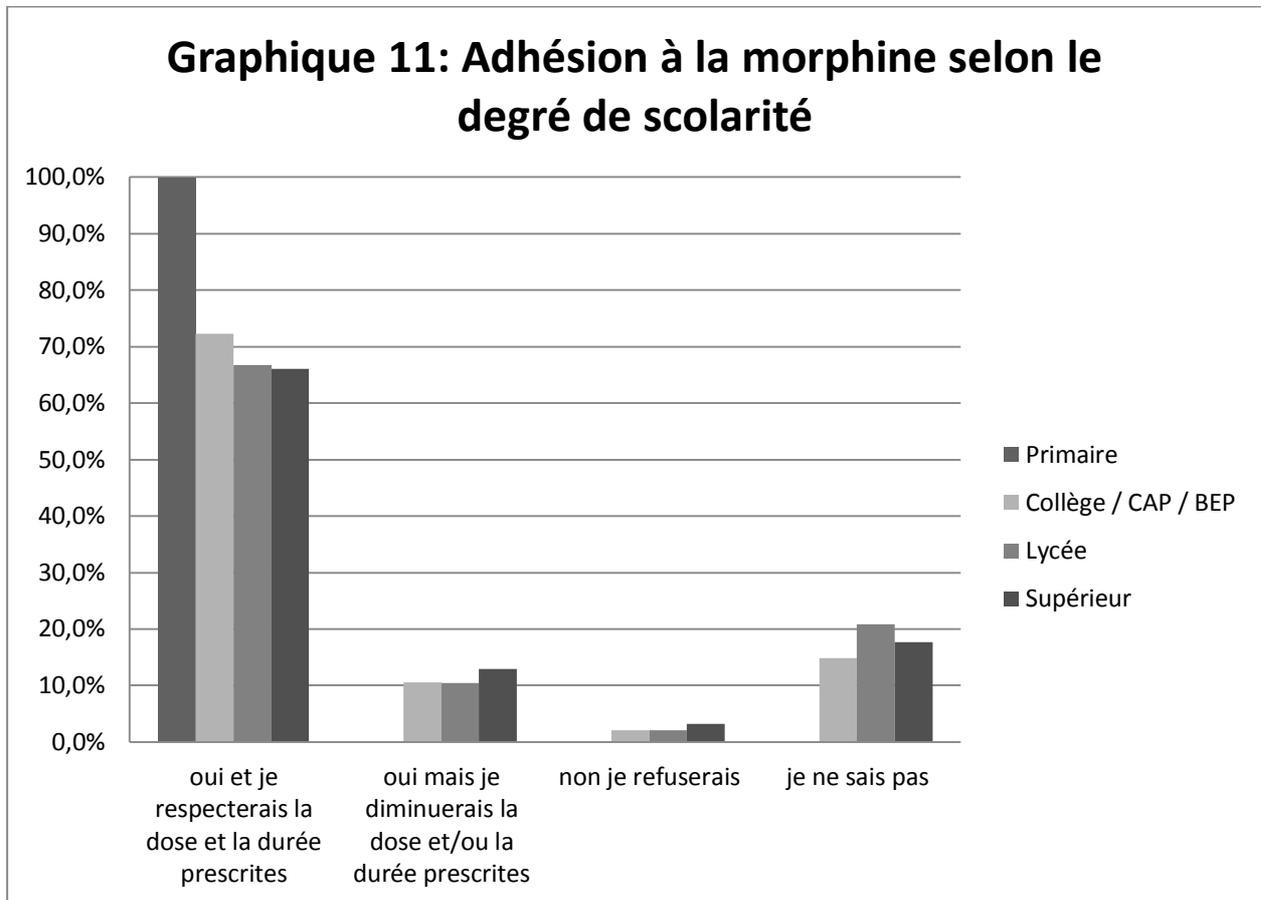
### Ressenti subjectif sur la morphine



Les hommes trouvaient que la morphine apportait plus de tranquillité que les femmes ( $p=0,01$ ).

### 2.3.5 Le degré de scolarité

#### Adhésion hypothétique à la morphine



Il n'y avait pas de différence significative concernant l'adhésion à la morphine entre les groupes.

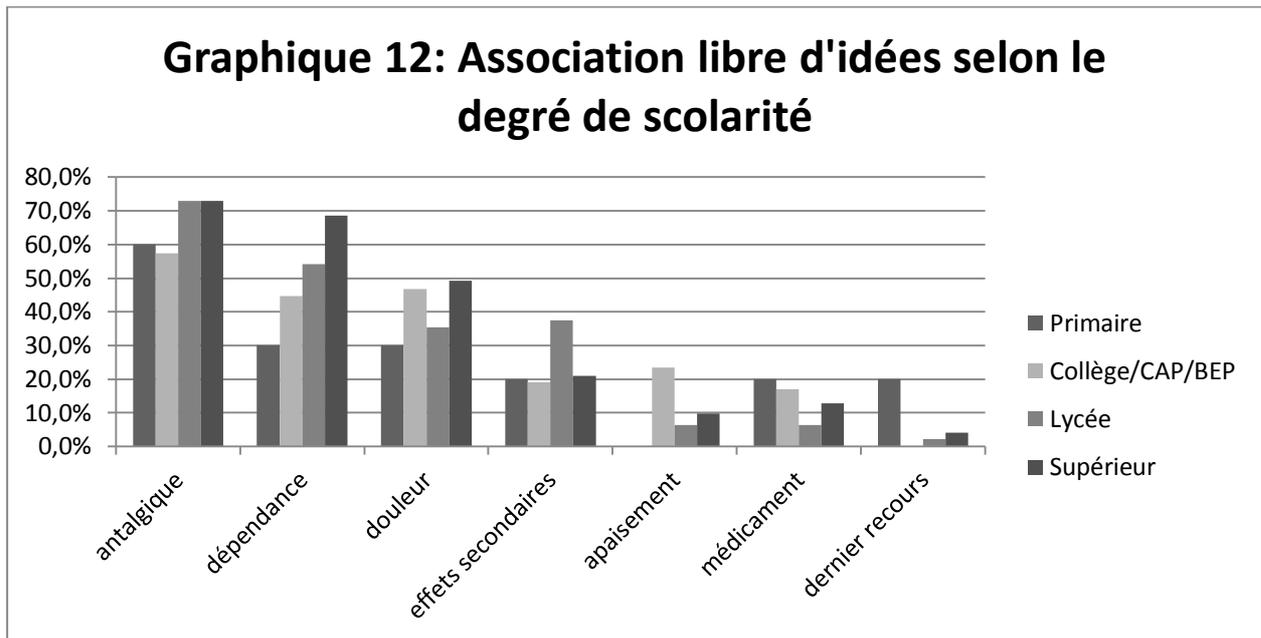
#### Association libre d'idées

##### Premier thème par ordre d'apparition

Dans les groupes « primaire », « lycée » et « supérieur », « antalgique » était le premier thème évoqué par ordre d'apparition (avec respectivement 44,4%, 31,9%, 34,4%) ;

Dans le groupe « collège/CAP/BEP », « douleur » était le premier thème évoqué par ordre d'apparition (pour 40,4% d'entre eux).

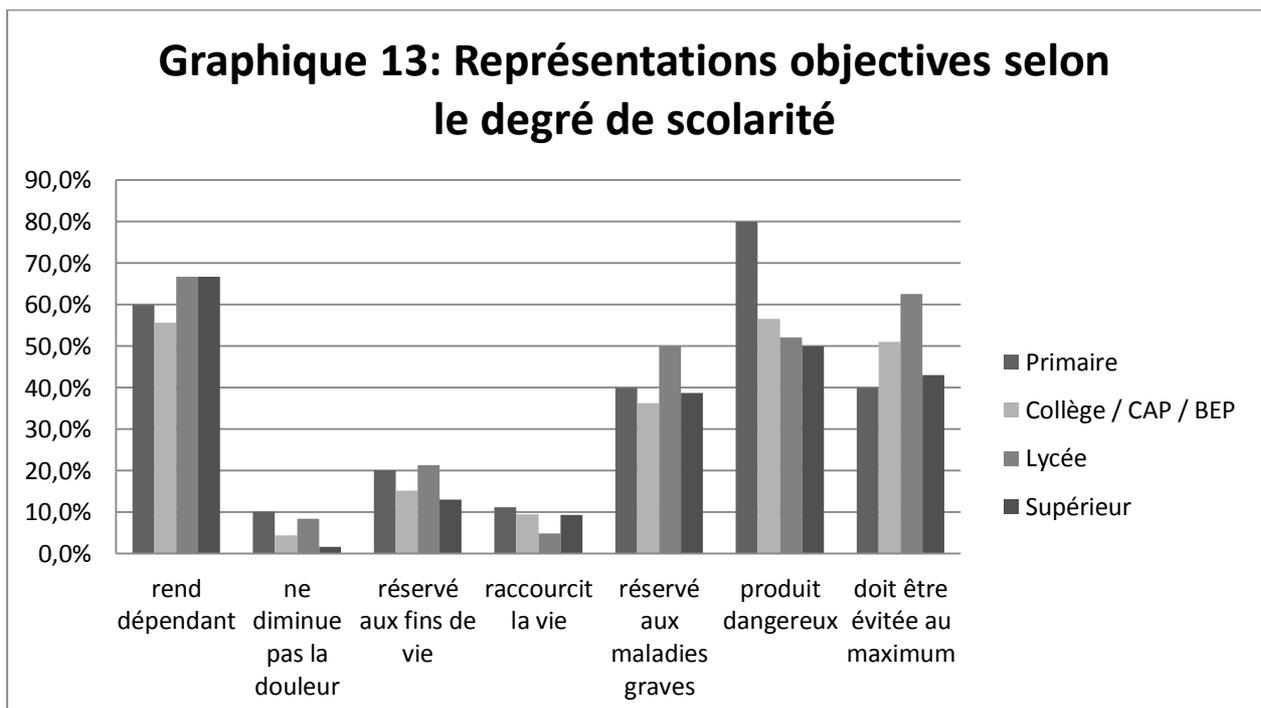
Premier thème tous ordres d'apparition confondus



« Apaisement » était un thème plus souvent évoqué dans le groupe « collège/CAP/BEP » ( $p=0,003$ ).

« Dernier recours » était un thème plus souvent évoqué dans le groupe « primaire » ( $p=0,03$ ).

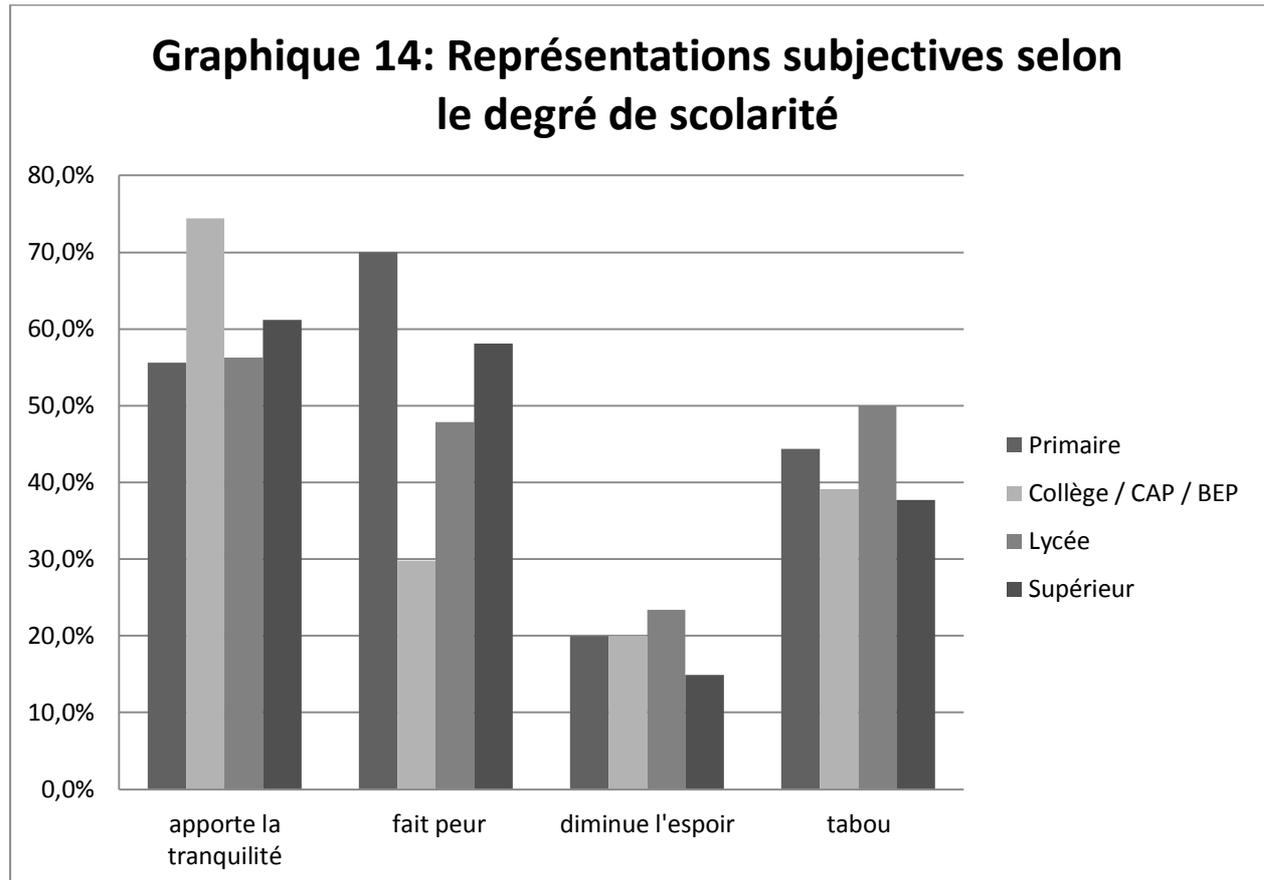
Représentations objectives et score de connaissance



Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations objectives sur la morphine entre les deux groupes.

Le score de connaissance n'était pas significativement différent selon le degré de scolarité (par ordre décroissant : « supérieur » avec 4,6, « collège/CAP » avec 4,55, « primaire » avec 4,3, « lycée/bac » avec 4,19).

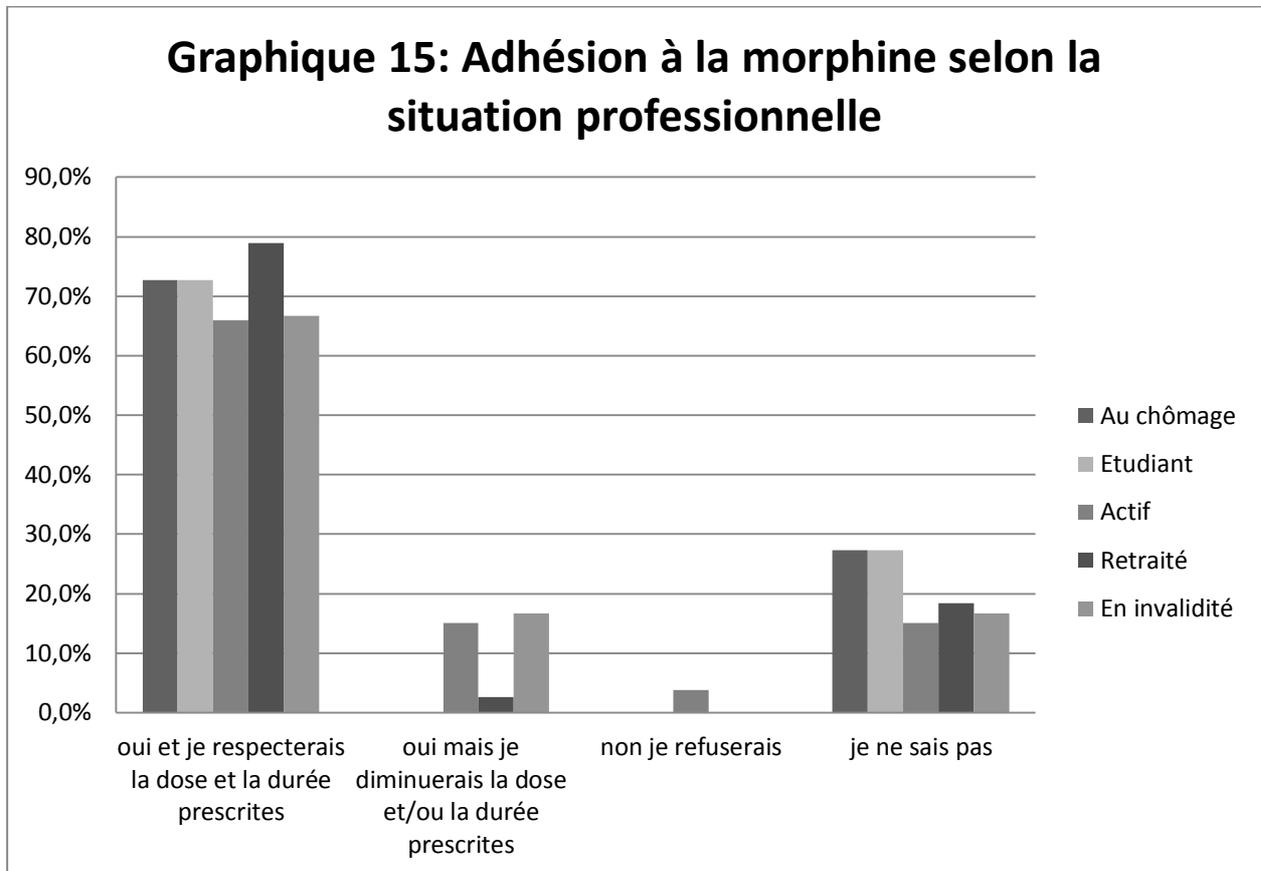
### Ressenti subjectif sur la morphine



Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations subjectives sur la morphine entre les groupes.

### 2.3.6 La situation professionnelle

#### Adhésion hypothétique à la morphine

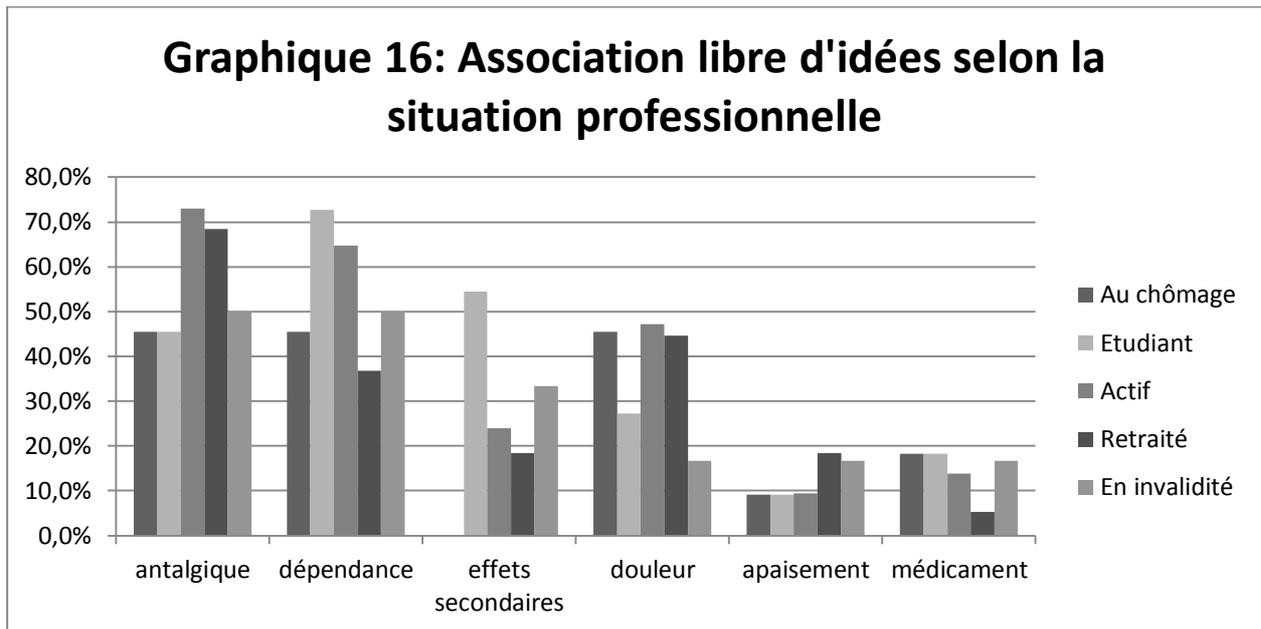


Il n'y avait pas de différence significative concernant l'adhésion à la morphine entre les groupes.

#### Association libre d'idées

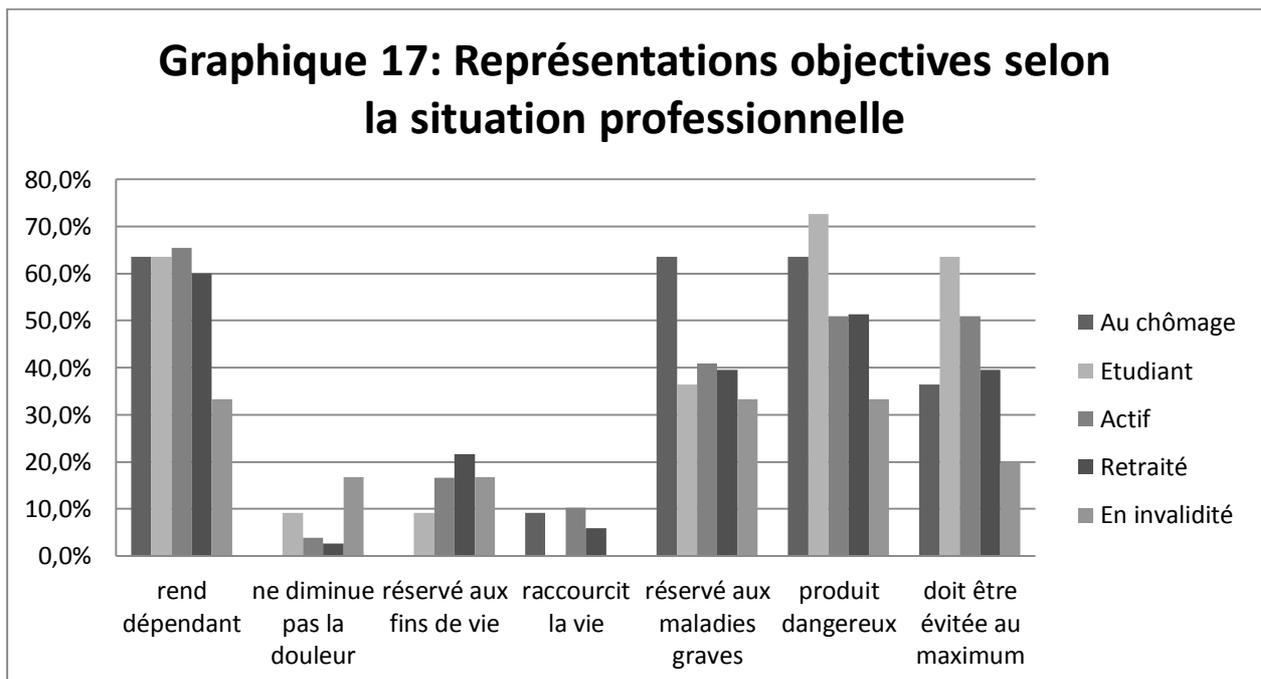
##### Premier thème par ordre d'apparition

Chez les étudiants, « effets secondaires » était le premier thème évoqué par ordre d'apparition (chez 36,4% d'entre eux) et dans les autres groupes : « antalgique ».



L'association de la morphine au thème « dépendance » était significativement différente selon la situation professionnelle ( $p=0,02$ ) avec dans l'ordre décroissant: les étudiants (72,7%), les actifs (64,8%), les personnes en invalidité (50%), les personnes au chômage (45,5%), puis les retraités (36,8%).

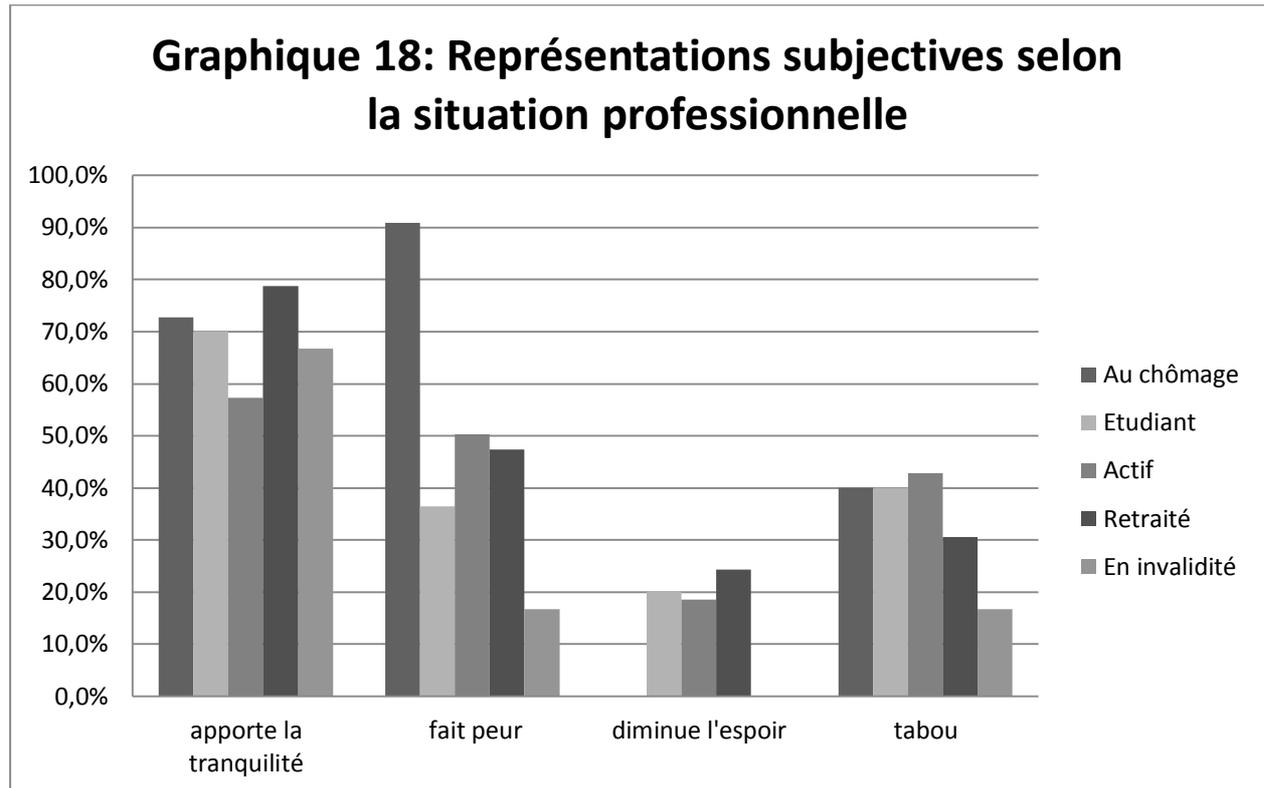
**Représentations objectives et score de connaissance**



Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations objectives sur la morphine entre les groupes.

Le score de connaissance n'était pas significativement différent selon la situation professionnelle (par ordre décroissant : « invalidité » avec 5,17, « chômage » avec 4,64, « retraités » avec 4,6, « étudiants » et actifs avec 4,45)

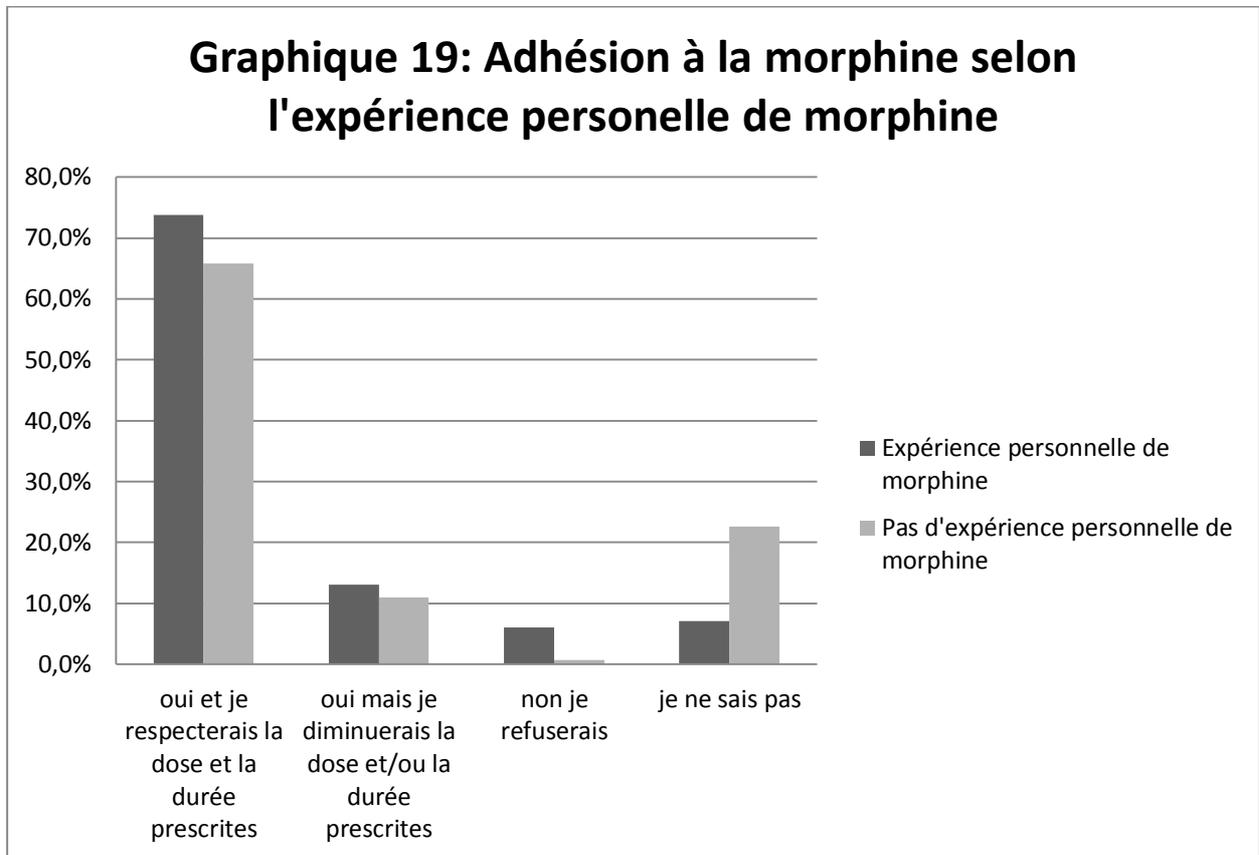
### Ressenti subjectif sur la morphine



Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations subjectives sur la morphine entre les groupes.

### 2.3.7 L'expérience personnelle de la morphine

#### Adhésion hypothétique à la morphine



Les personnes ayant déjà pris de la morphine seraient plus en situation de refuser d'en reprendre en cas de douleur intense ( $p=0,02$ ).

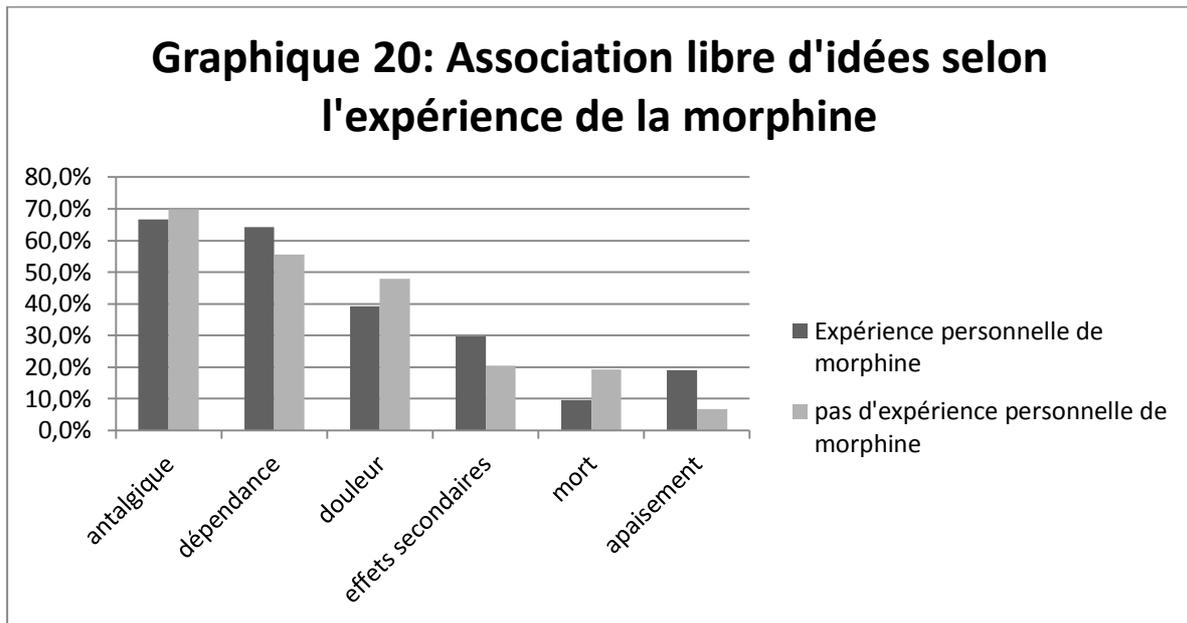
Les personnes n'ayant jamais pris de morphine ont répondu plus fréquemment qu'elles ne savaient pas si elles accepteraient d'en prendre ( $p=0,003$ ).

#### Association libre d'idées

##### Premier thème par ordre d'apparition

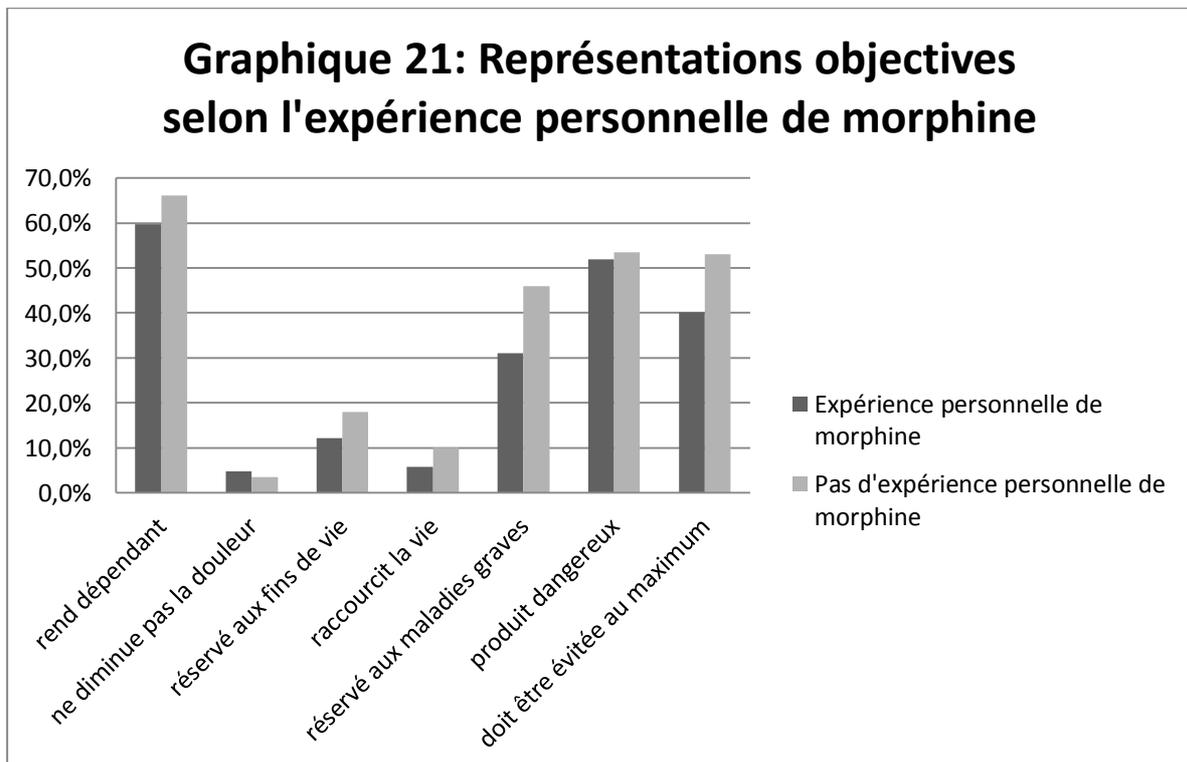
« Antalgique » était le premier thème évoqué par ordre d'apparition chez les personnes ayant déjà pris de la morphine (pour 34,6% d'entre elles) et « douleur » chez les personnes n'en ayant jamais pris (pour 35,4% d'entre elles).

Premier thème tous ordres d'apparition confondus



Les personnes ayant déjà pris de la morphine l'associaient plus souvent au thème « apaisement » que les personnes n'ayant jamais pris de morphine ( $p=0,005$ ). Les personnes n'ayant jamais pris de morphine l'associaient plus souvent au thème « mort » ( $p=0,04$ ).

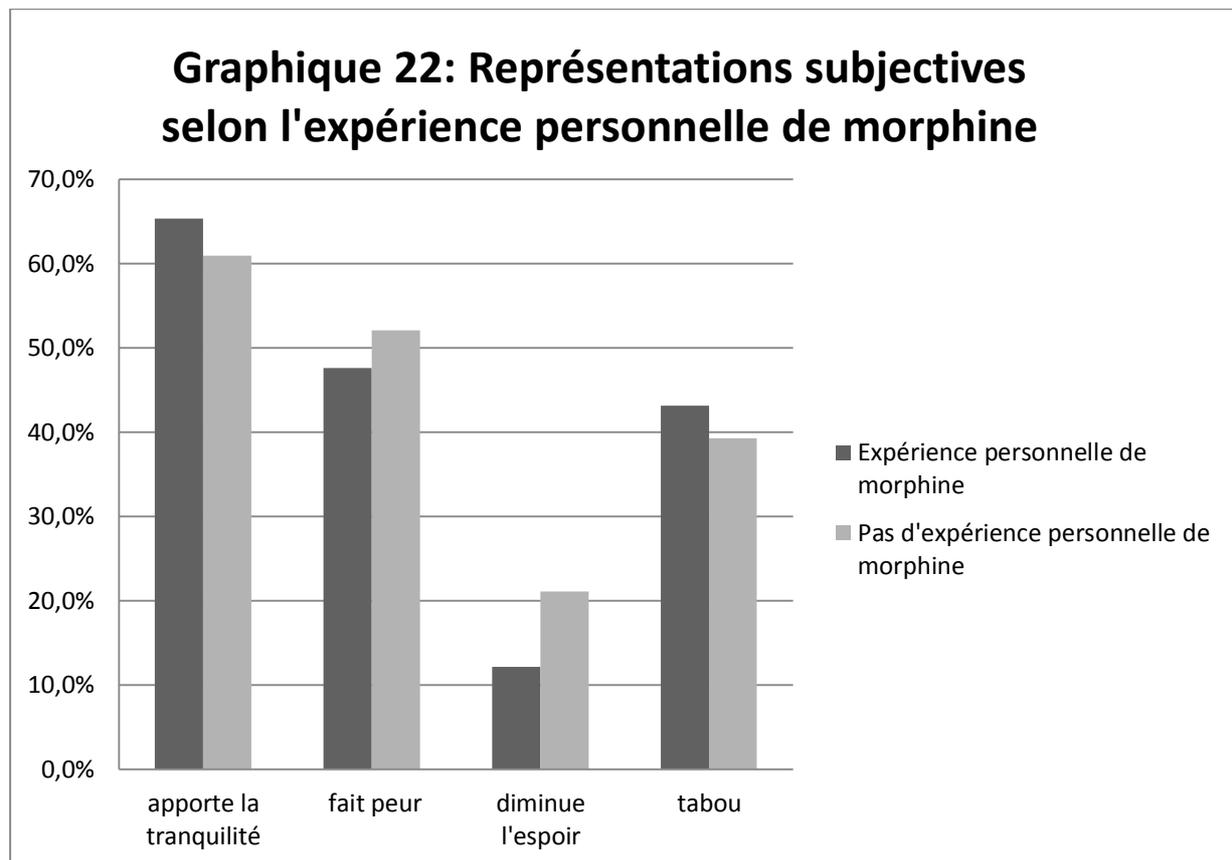
Représentations objectives et score de connaissance



Les personnes n'ayant jamais pris de morphine pensaient plus qu'elle était réservée aux maladies graves ( $p=0,03$ ).

Le score de connaissance n'était pas significativement différent selon le fait d'avoir déjà pris de la morphine ou non (scores moyens respectifs de 4,73 et 4,37).

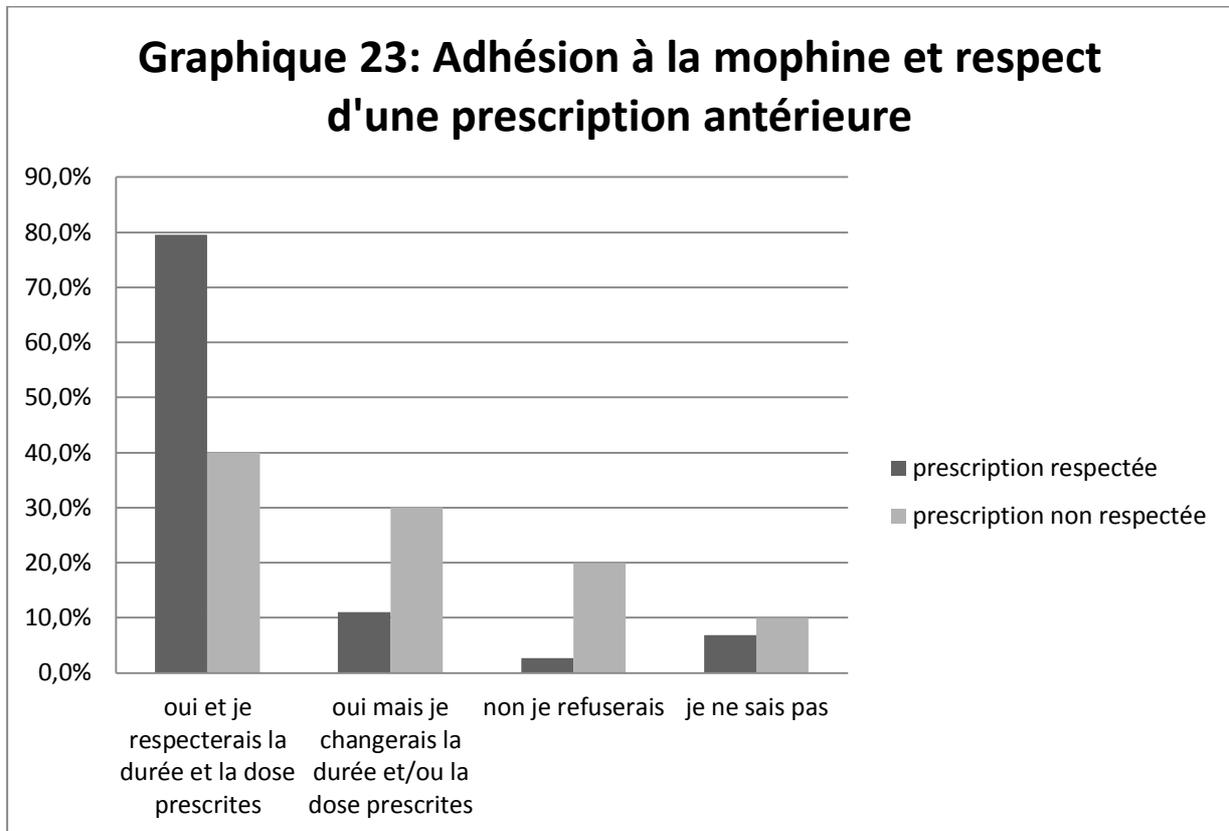
### Ressenti subjectif sur la morphine



Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations subjectives sur la morphine entre les deux groupes.

### 2.3.8 Respect d'une prescription antérieure de morphine

#### Adhésion hypothétique à la morphine



Les personnes qui n'ont pas respecté une prescription antérieure de morphine refuseraient plus d'en reprendre que les personnes qui ont respecté la prescription (20% contre 2,7% avec  $p=0,02$ ).

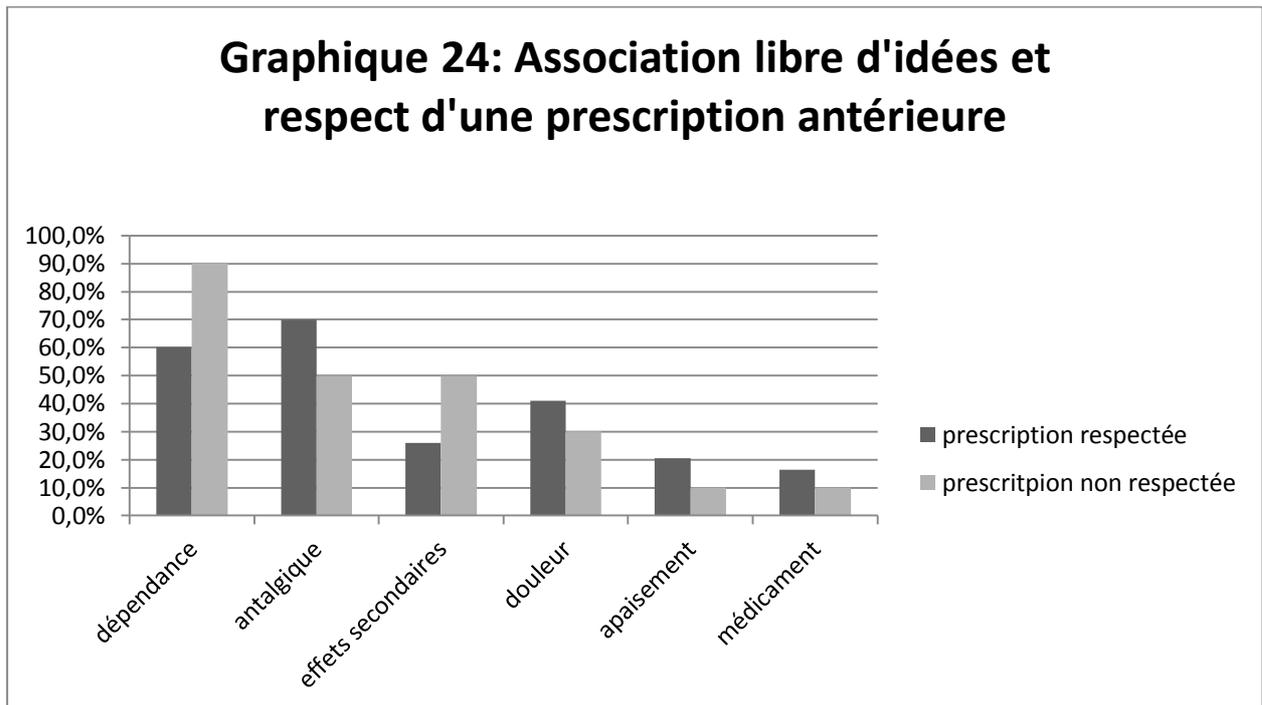
Les personnes qui ont respecté la prescription ont d'avantage répondu « oui et je respecterais la dose et la durée prescrites » (79,5% contre 40% avec  $p=0,01$ ).

#### Association libre d'idées

##### Premier thème par ordre d'apparition

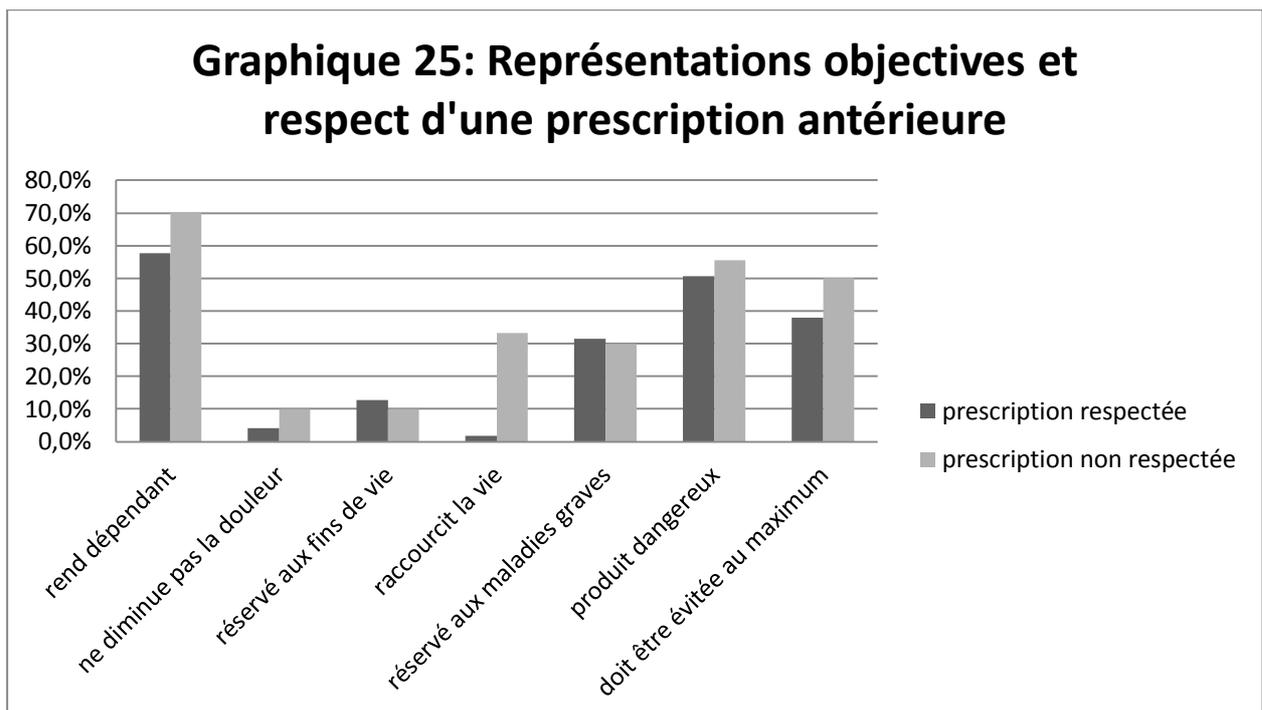
« Antalgique » était le premier thème énoncé par ordre d'apparition dans les deux groupes (34,3% chez les personnes ayant respecté la prescription et 40% chez les personnes ne l'ayant pas respectée).

Premier thème tous ordres d'apparition confondus



Il n'y avait pas de différence significative concernant les associations libres d'idées entre les deux groupes.

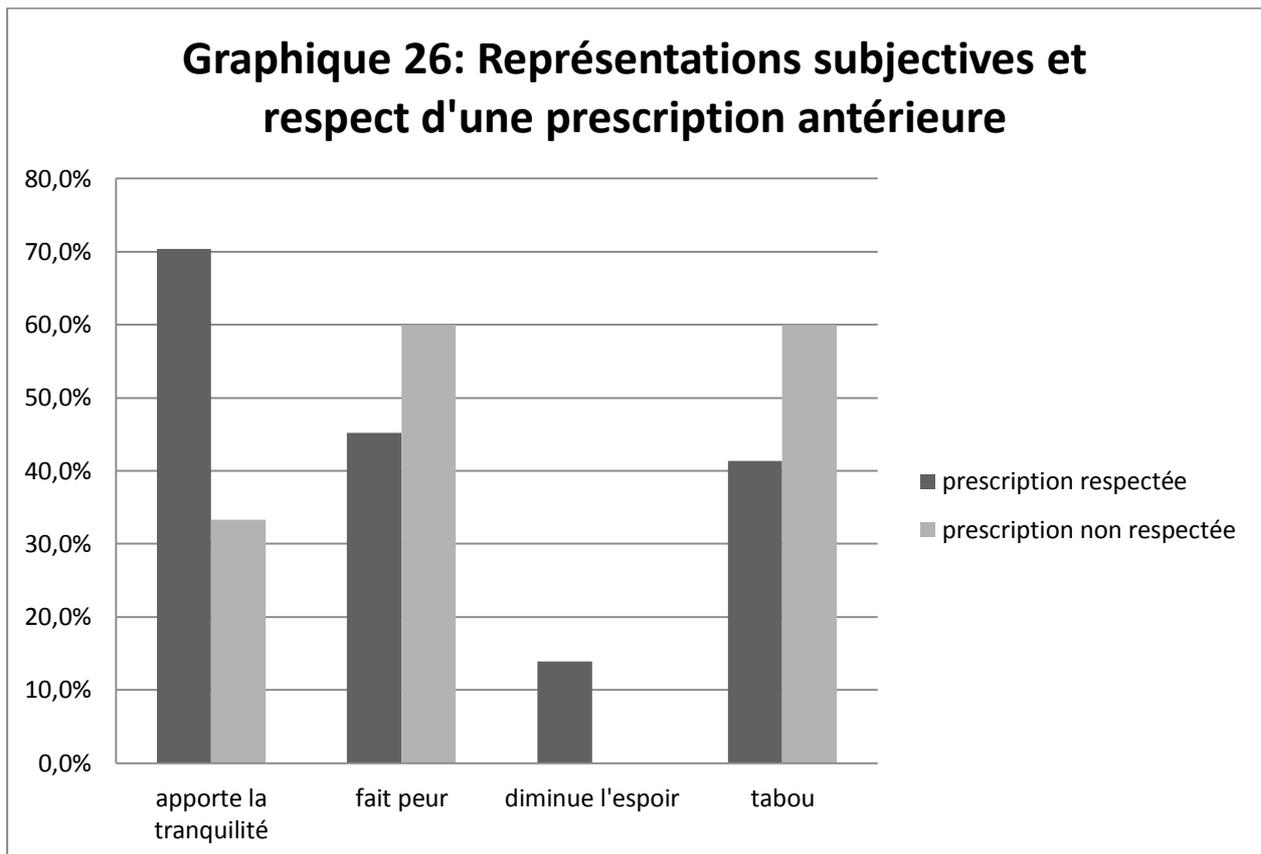
Représentations objectives et score de connaissance



Les personnes qui n'ont pas respecté la prescription de morphine pensaient d'avantage que la morphine raccourcissait la vie ( $p=0,0001$ ).

Le score de connaissance n'était pas significativement différent entre les personnes ayant respecté la prescription et les autres (scores moyens respectifs de 4,79 et 4,30).

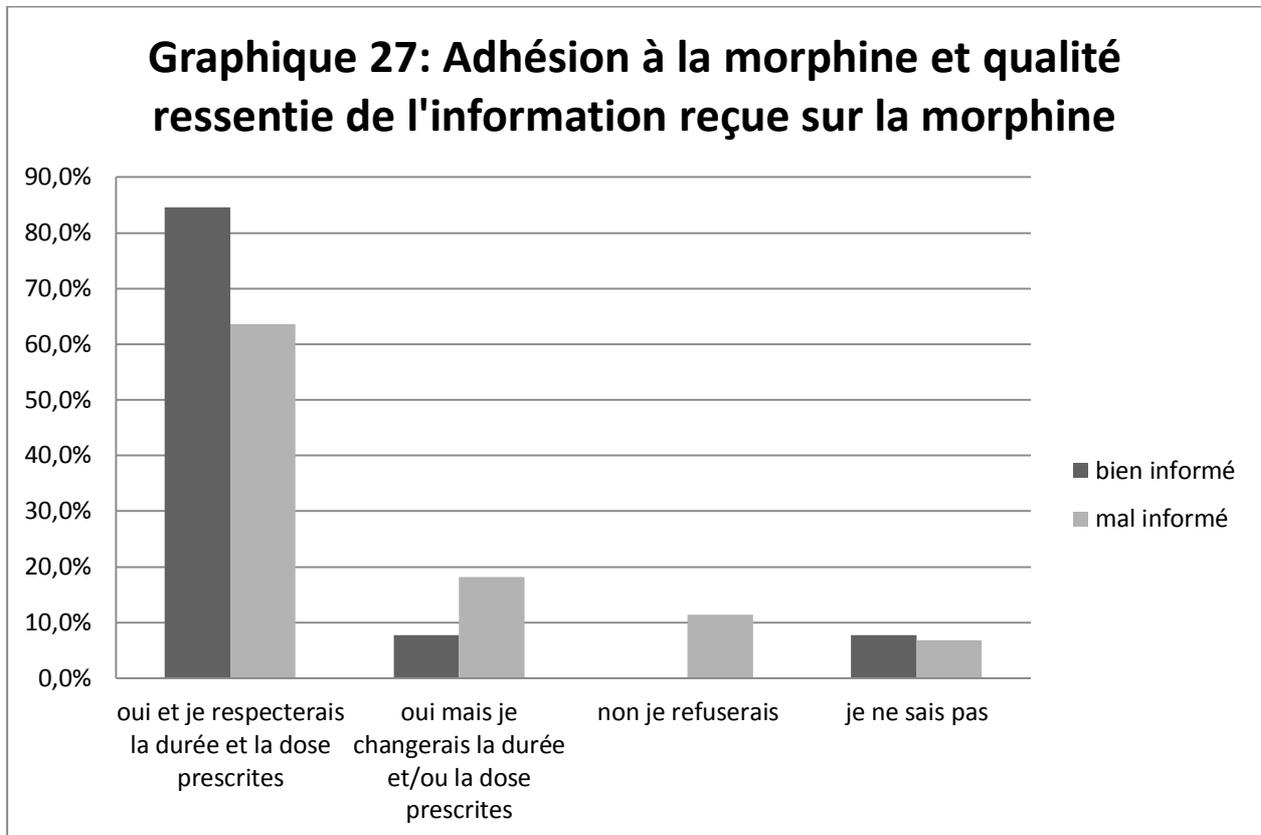
### Ressenti subjectif sur la morphine



Les personnes qui n'ont pas respecté une prescription antérieure de morphine trouvaient moins que les autres que la morphine apportait la tranquillité ( $p=0,03$ ).

### 2.3.9 Qualité ressentie de l'information reçue sur la morphine

#### Adhésion hypothétique à la morphine



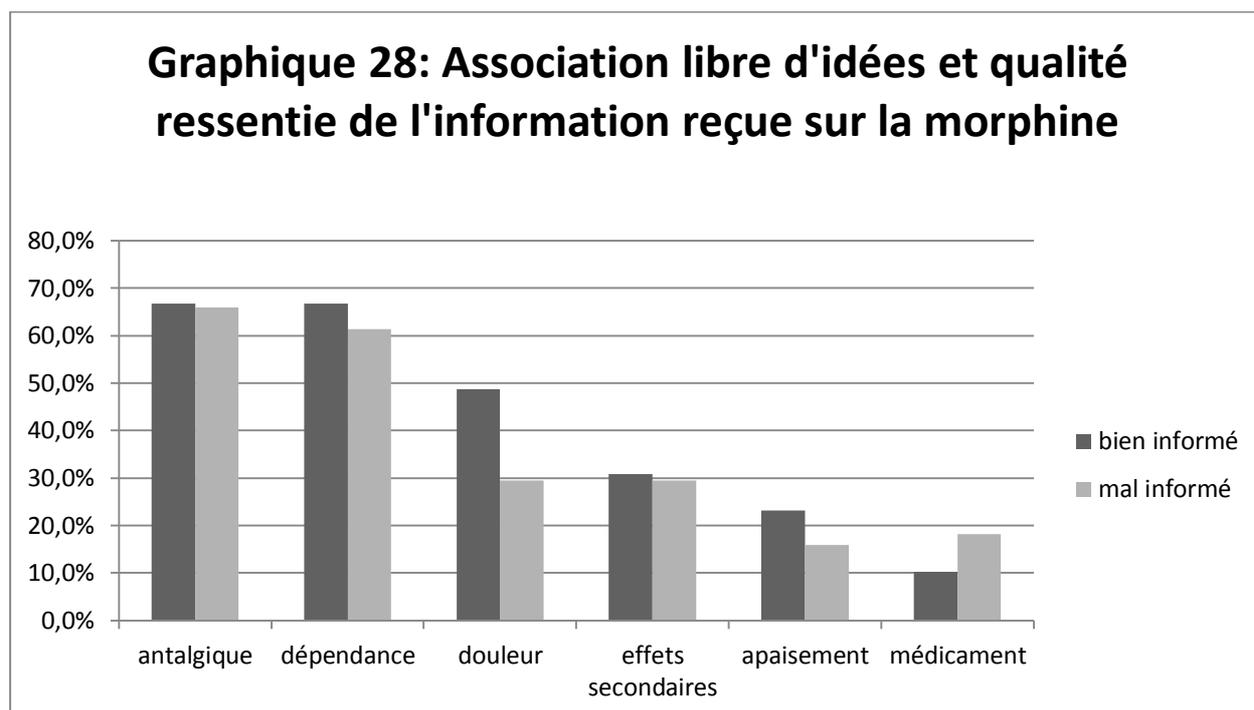
Les personnes bien informées ont plus souvent répondu « oui et je respecterais la dose et durée prescrites » (84,6% contre 63,6% chez les mal informées avec  $p=0,03$ ).

Les personnes mal informées ont plus souvent répondu « non je refuserais » (11,4% contre 0% avec  $p=0,04$ ).

#### Association libre d'idées

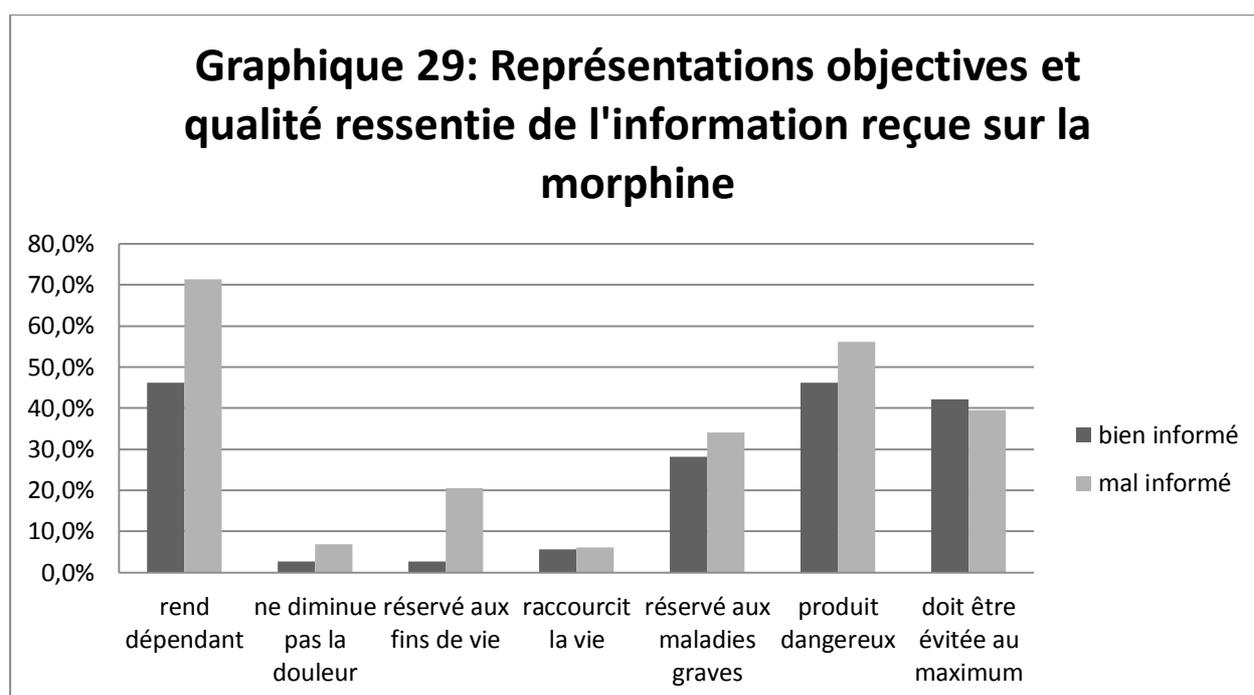
##### Premier thème par ordre d'apparition

« Douleur » était le premier thème évoqué par ordre d'apparition chez les personnes bien informées (pour 39,5% d'entre elles) et « antalgique » chez les personnes mal informées (pour 35,7% d'entre elles).



« Douleur » était un thème plus souvent associé à la morphine chez les personnes bien informées sur la morphine ( $p=0,05$ ).

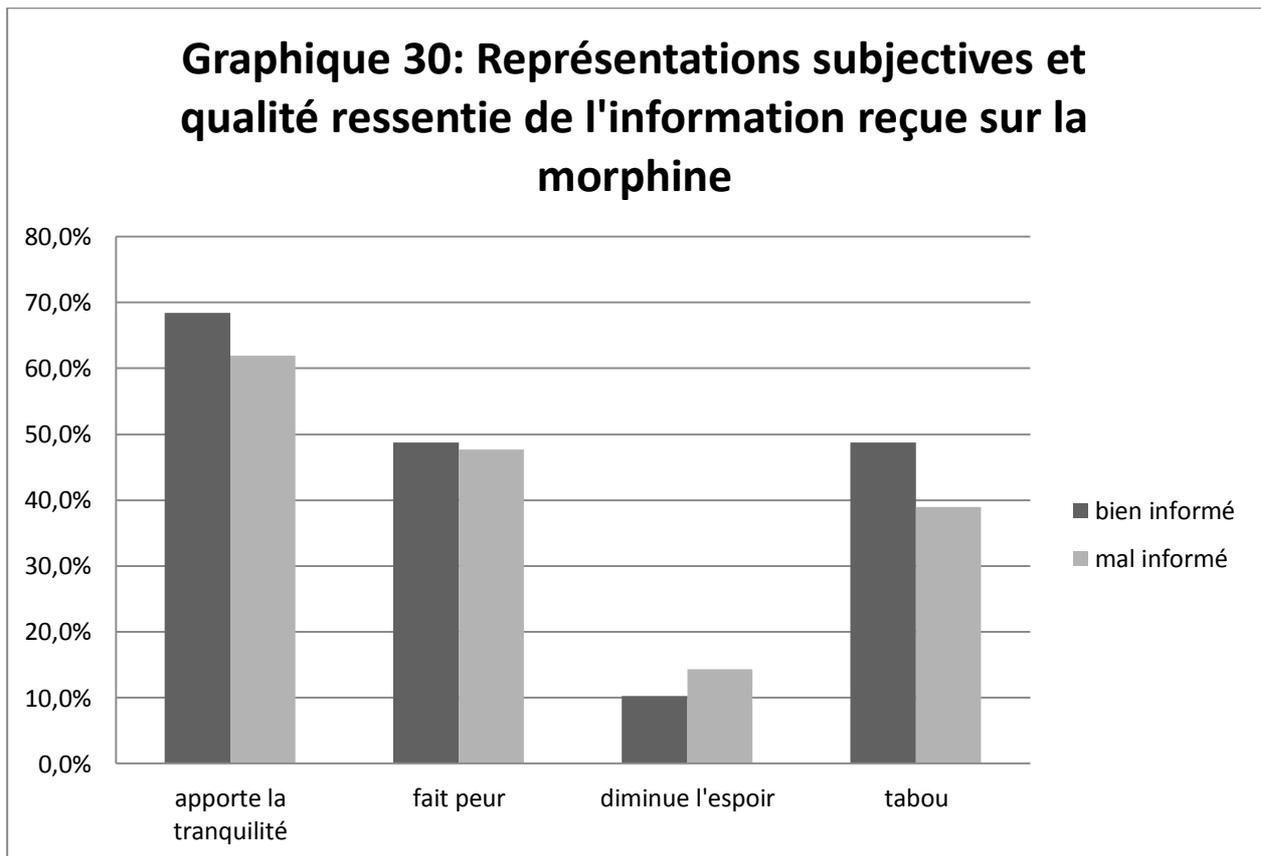
### Représentations objectives et score de connaissance



Les personnes mal informées sur la morphine pensaient davantage que la morphine rendait dépendant et était réservée à la fin de vie avec respectivement  $p=0,02$  et  $p=0,01$ .

Les personnes bien informées sur la morphine avaient un meilleur score de connaissance que les personnes mal informées (scores moyens respectifs de 5,12 et 4,36 avec  $p=0,006$ ).

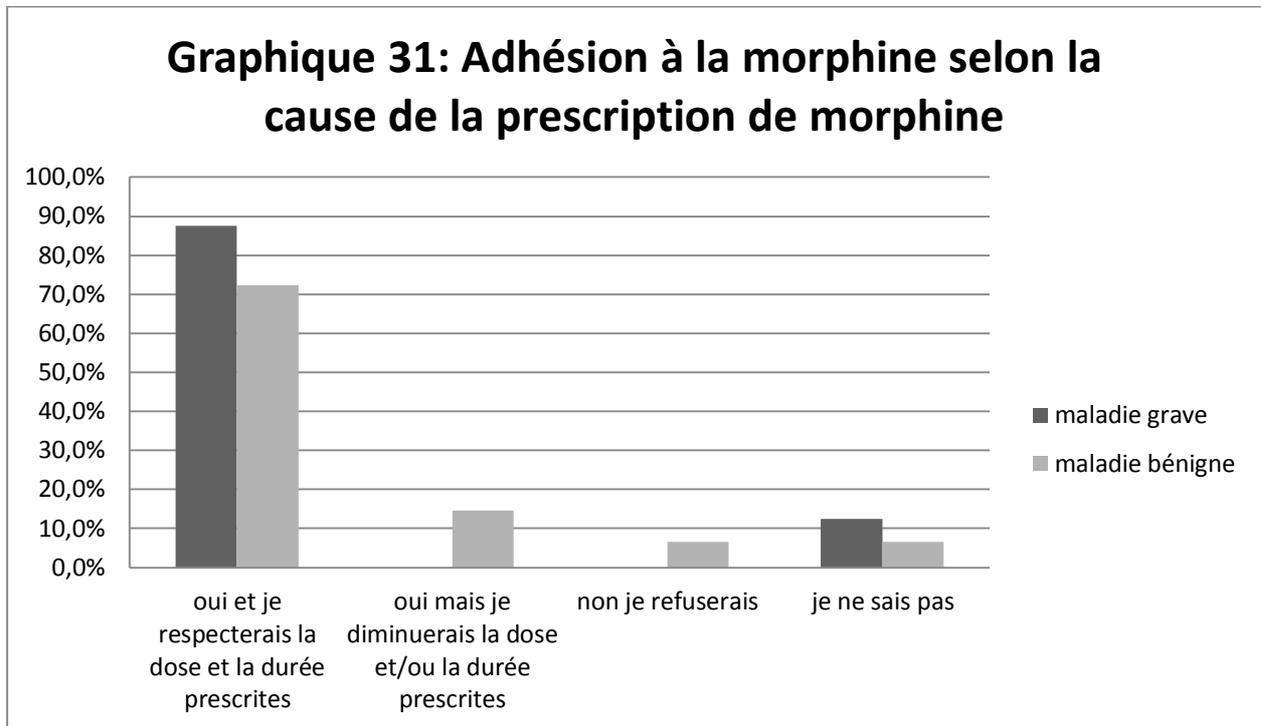
### Ressenti subjectif sur la morphine



Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations subjectives sur la morphine entre les deux groupes.

### 2.3.10 Cause de la prescription de la morphine

#### Adhésion hypothétique à la morphine



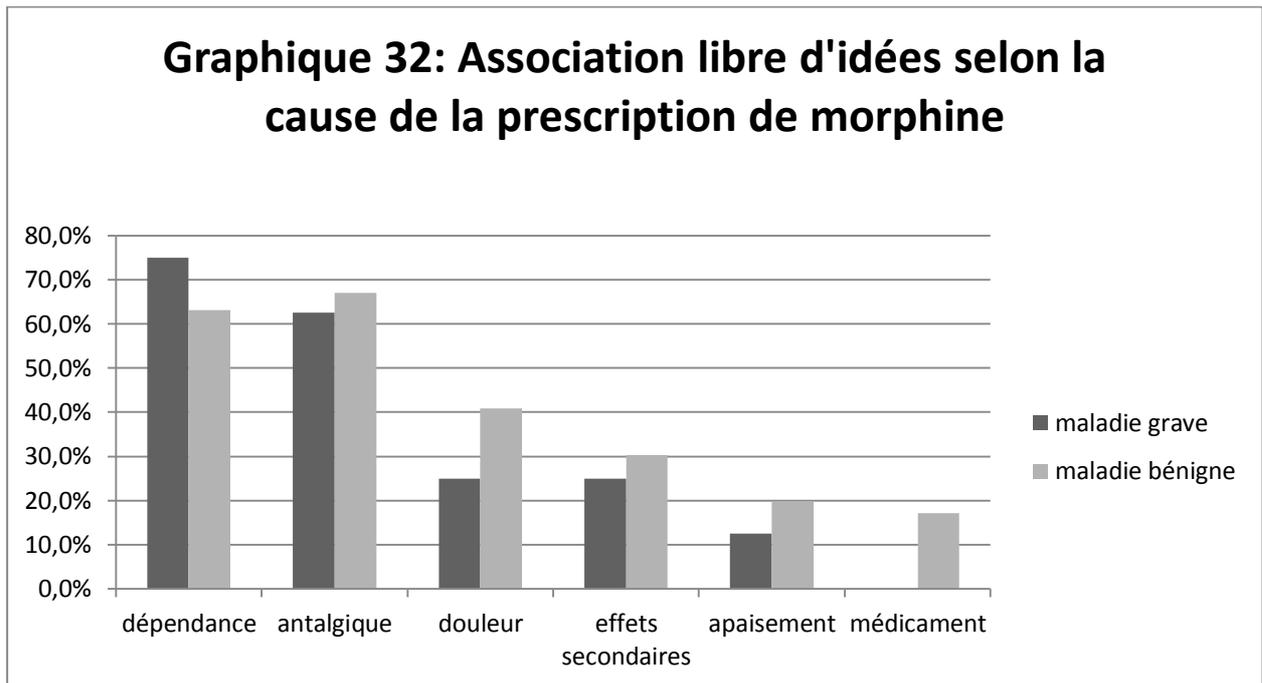
Il n'y avait pas de différence significative concernant l'adhésion à la morphine entre les deux groupes.

#### Association libre d'idées

##### Premier thème par ordre d'apparition

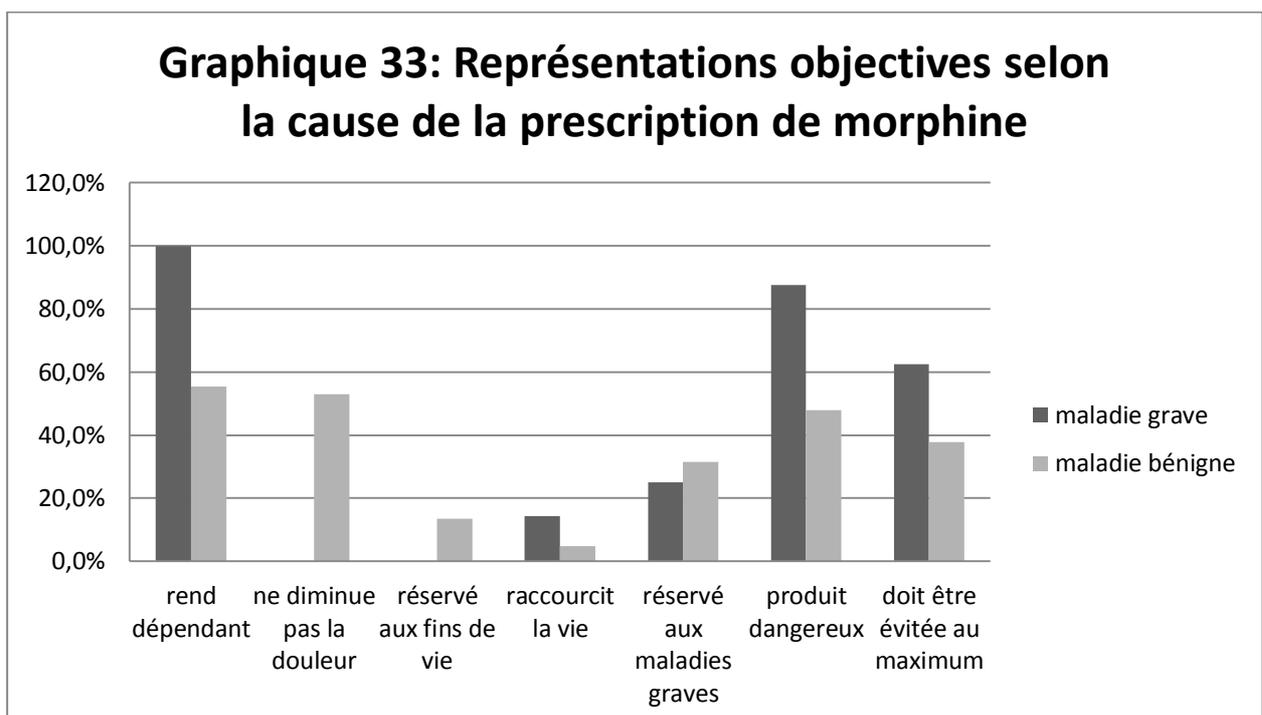
« Effets secondaires » était le premier thème évoqué par ordre d'apparition chez les patients ayant pris de la morphine pour une maladie grave (pour 25% d'entre eux contre 2,7% chez ceux qui en ont pris pour une maladie bénigne avec  $p=0,005$ ).

« Antalgique » était le premier thème évoqué par ordre d'apparition chez les patients ayant pris de la morphine pour une maladie bénigne (pour 35,6% d'entre eux).



Il n'y avait pas de différence significative concernant les associations libres d'idées entre les deux groupes.

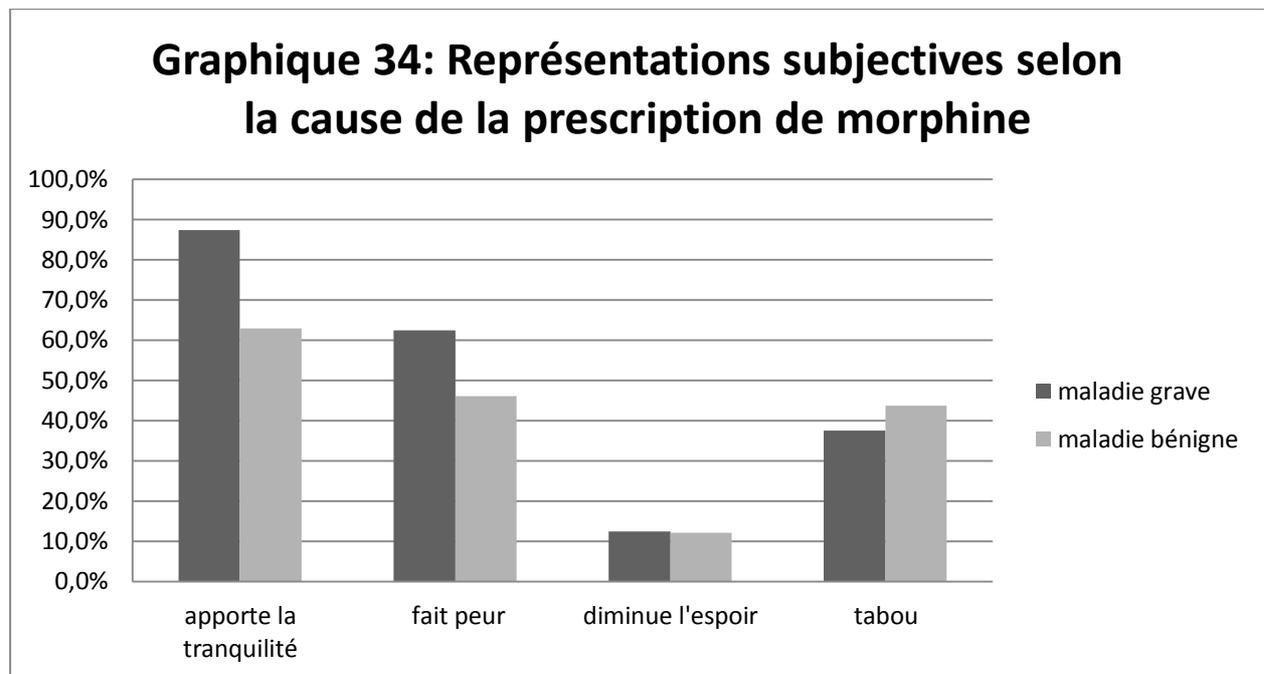
### Représentations objectives et score de connaissance



Les patients ayant pris de la morphine pour une maladie grave pensaient plus qu'elle rendait dépendant et qu'elle était dangereuse (avec respectivement  $p=0,01$  et  $p=0,04$ ).

Le score de connaissance n'était pas significativement différent selon le fait d'avoir déjà pris de la morphine pour une maladie grave ou non (scores moyens respectifs de 4 et 4,8).

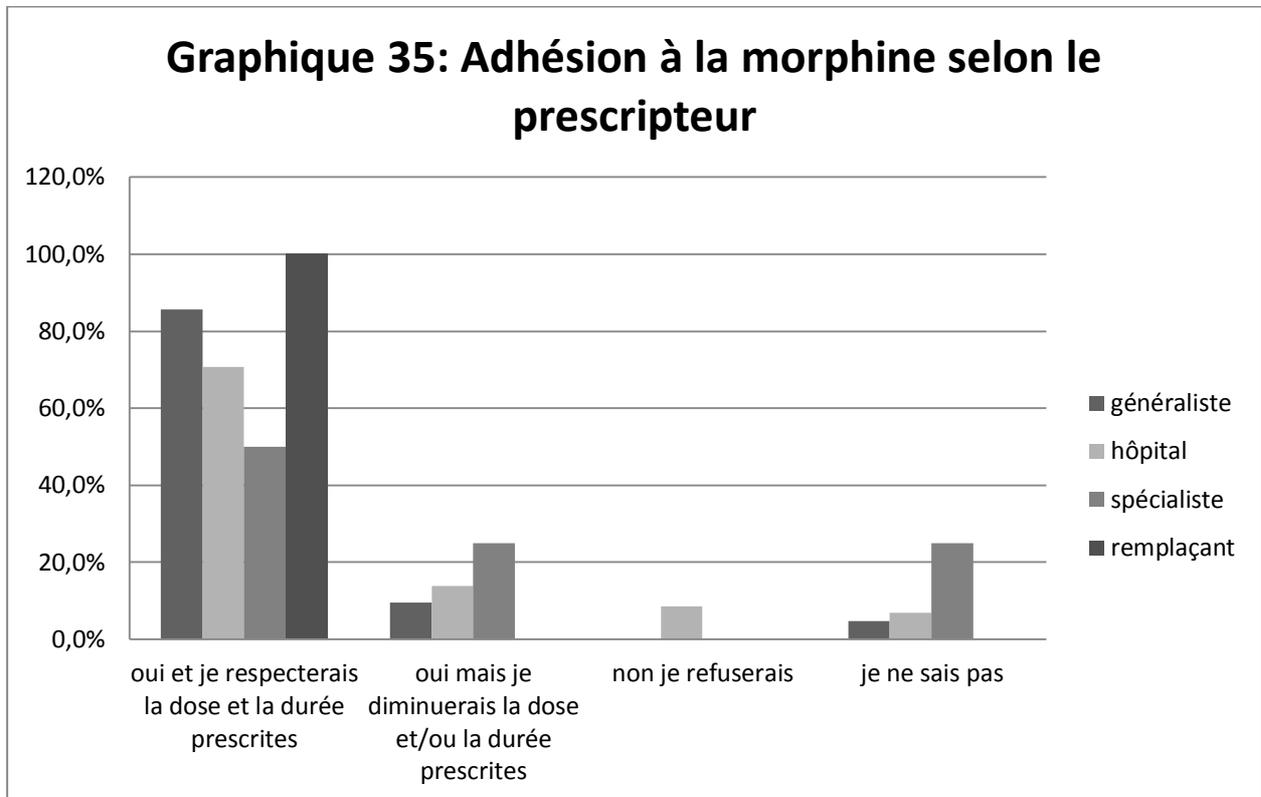
### Ressenti subjectif sur la morphine



Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations subjectives sur la morphine entre les deux groupes.

### 2.3.11 Le prescripteur

#### Adhésion hypothétique à la morphine

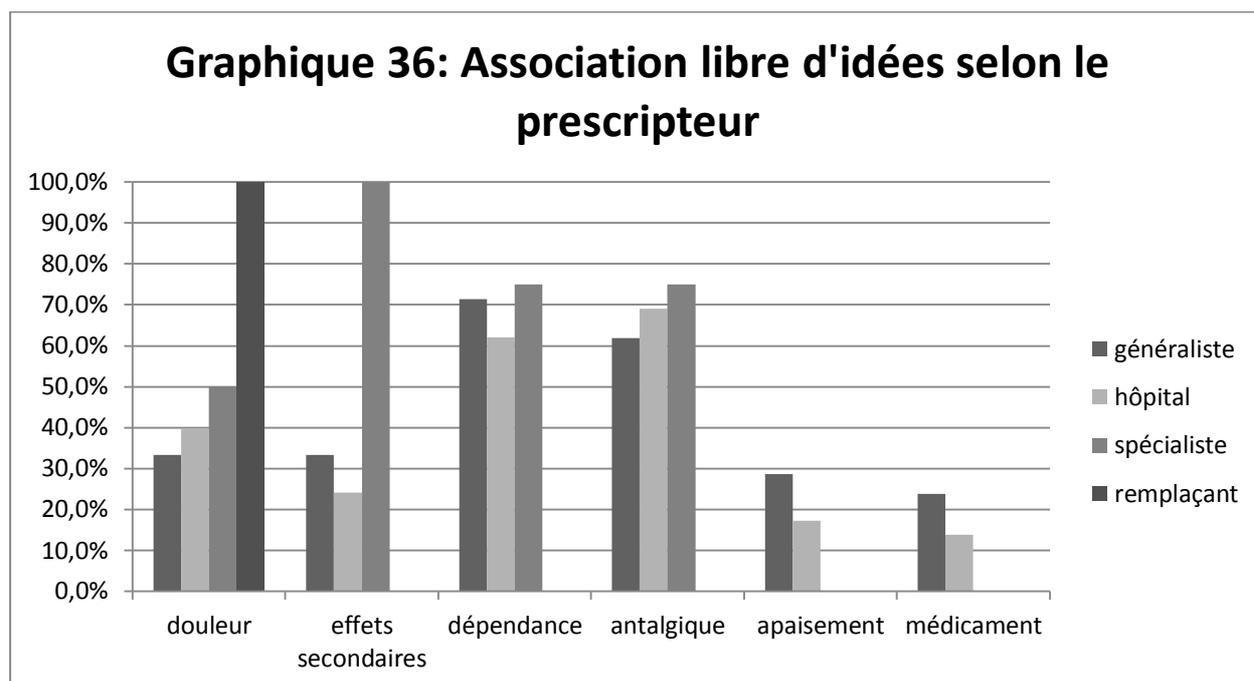


Il n'y avait pas de différence significative concernant l'adhésion à la morphine entre les groupes.

#### Association libre d'idées

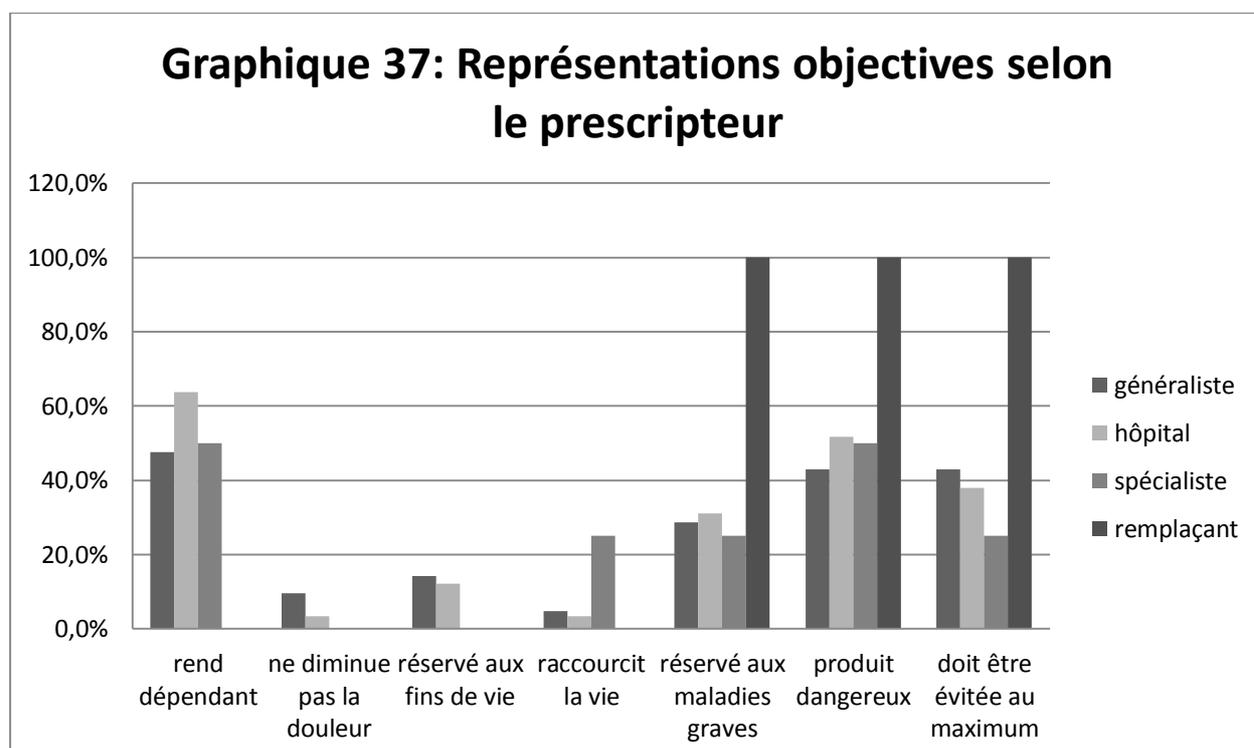
##### Premier thème par ordre d'apparition

« Antalgique » était le premier thème évoqué par ordre d'apparition chez les patients ayant reçu une prescription de morphine par un médecin généraliste (28,6%), par un spécialiste (50%) ou lors d'une prescription hospitalière (34,5%). Le premier thème évoqué par les patients ayant reçu une prescription de morphine par un remplaçant était « douleur » (100%).



Il n'y avait pas de différence significative concernant les associations libres d'idées entre les groupes.

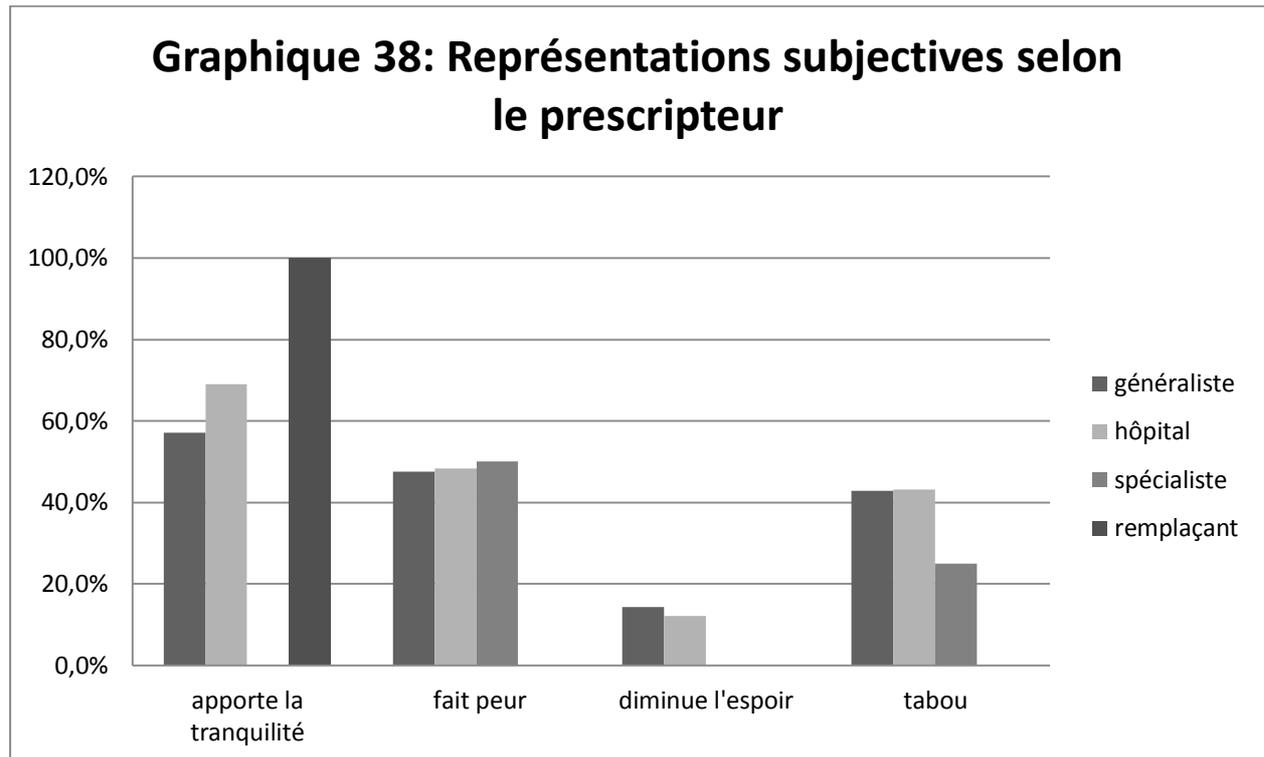
### Représentations objectives et score de connaissance



Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations objectives sur la morphine entre les groupes.

Le score de connaissance n'était pas significativement différent selon le prescripteur (scores moyens respectifs par ordre décroissant : « spécialiste » avec 5,25, « hôpital » avec 4,72, « généraliste » avec 4,67 » et « remplaçant » avec 4).

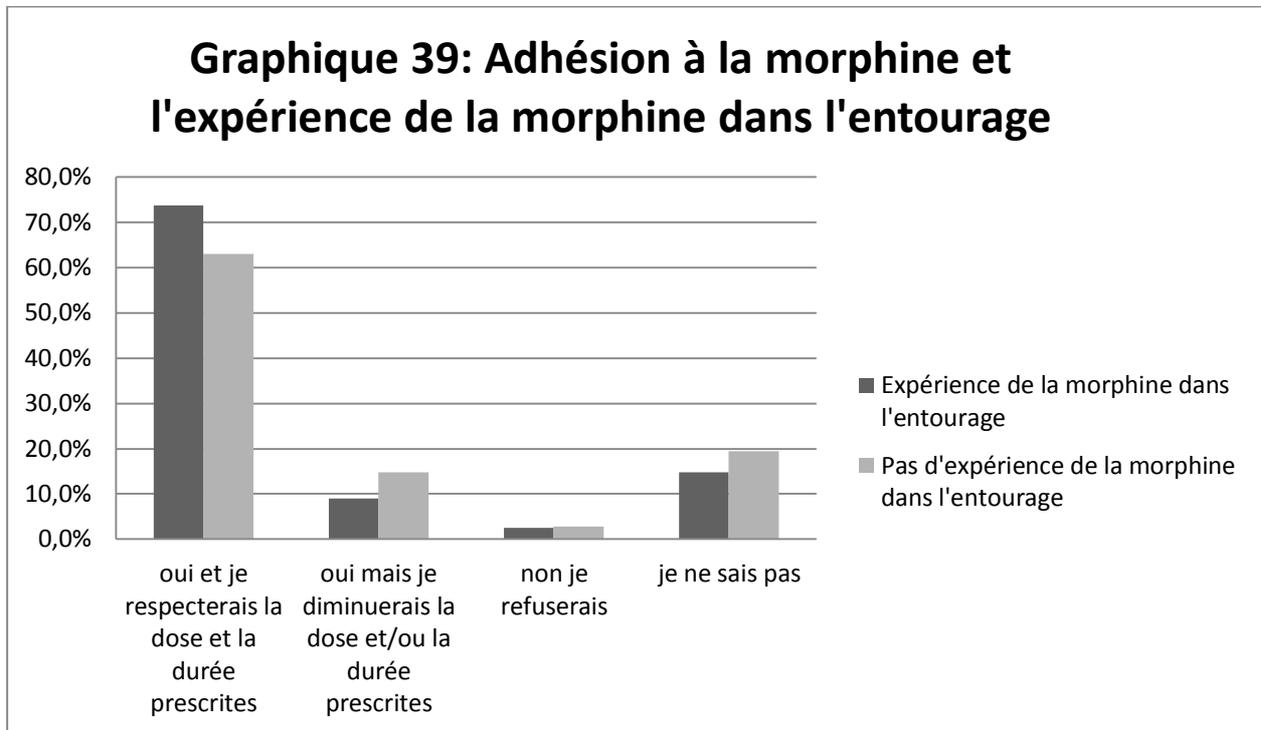
### Ressenti subjectif sur la morphine



Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations subjectives sur la morphine entre les groupes.

### 2.3.12 L'expérience de la morphine dans l'entourage

#### Adhésion hypothétique à la morphine



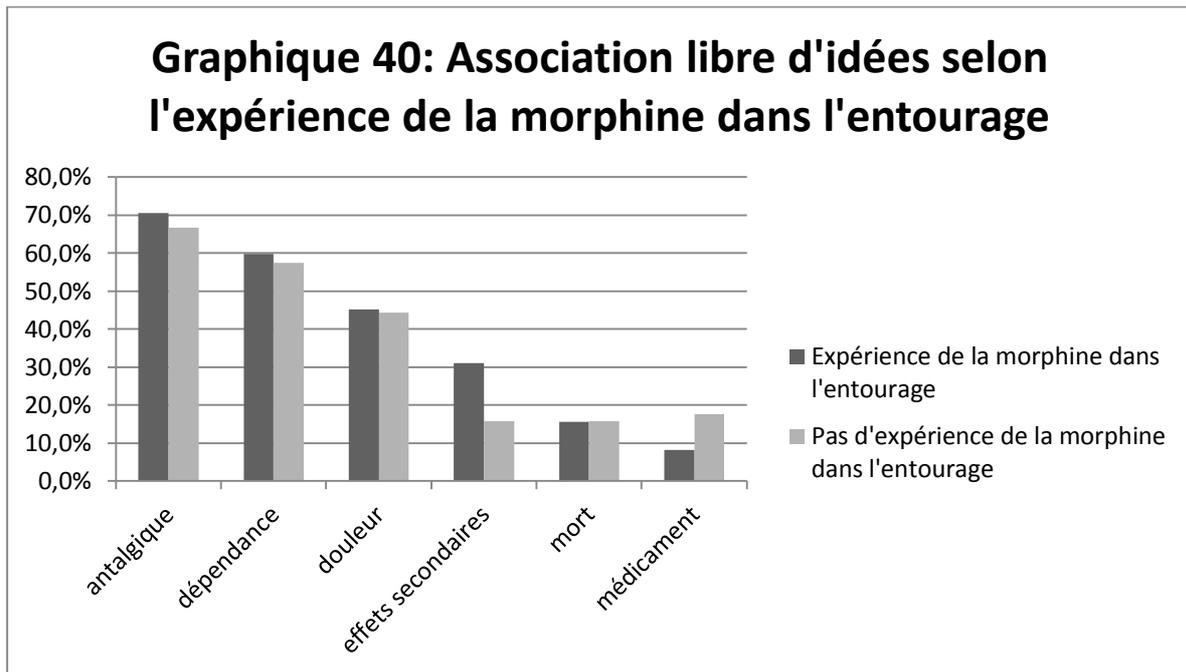
Il n'y avait pas de différence significative concernant l'adhésion à la morphine entre les deux groupes.

#### Association libre d'idées

##### Premier thème par ordre d'apparition

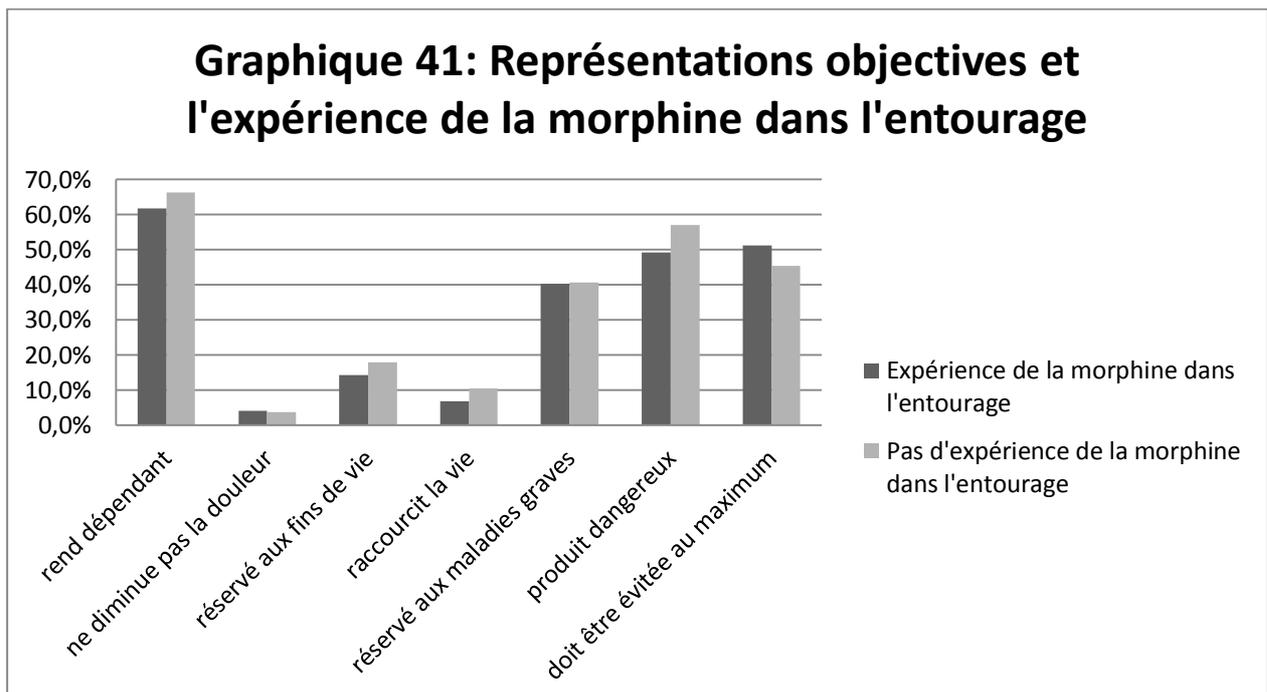
« Antalgique » était le premier thème évoqué par ordre d'apparition chez les personnes qui connaissaient quelqu'un prenant de la morphine (pour 38,8% d'entre elles contre 29,8% chez les autres) et « douleur » chez les patients ne connaissant personne prenant de la morphine.

Premier thème tous ordres d'apparition confondus



« Effets secondaires » et « médicament » étaient des thèmes plus souvent rapportés chez les personnes connaissant quelqu'un dans leur entourage ayant pris de la morphine (avec respectivement  $p=0,004$  et  $p=0,02$ ).

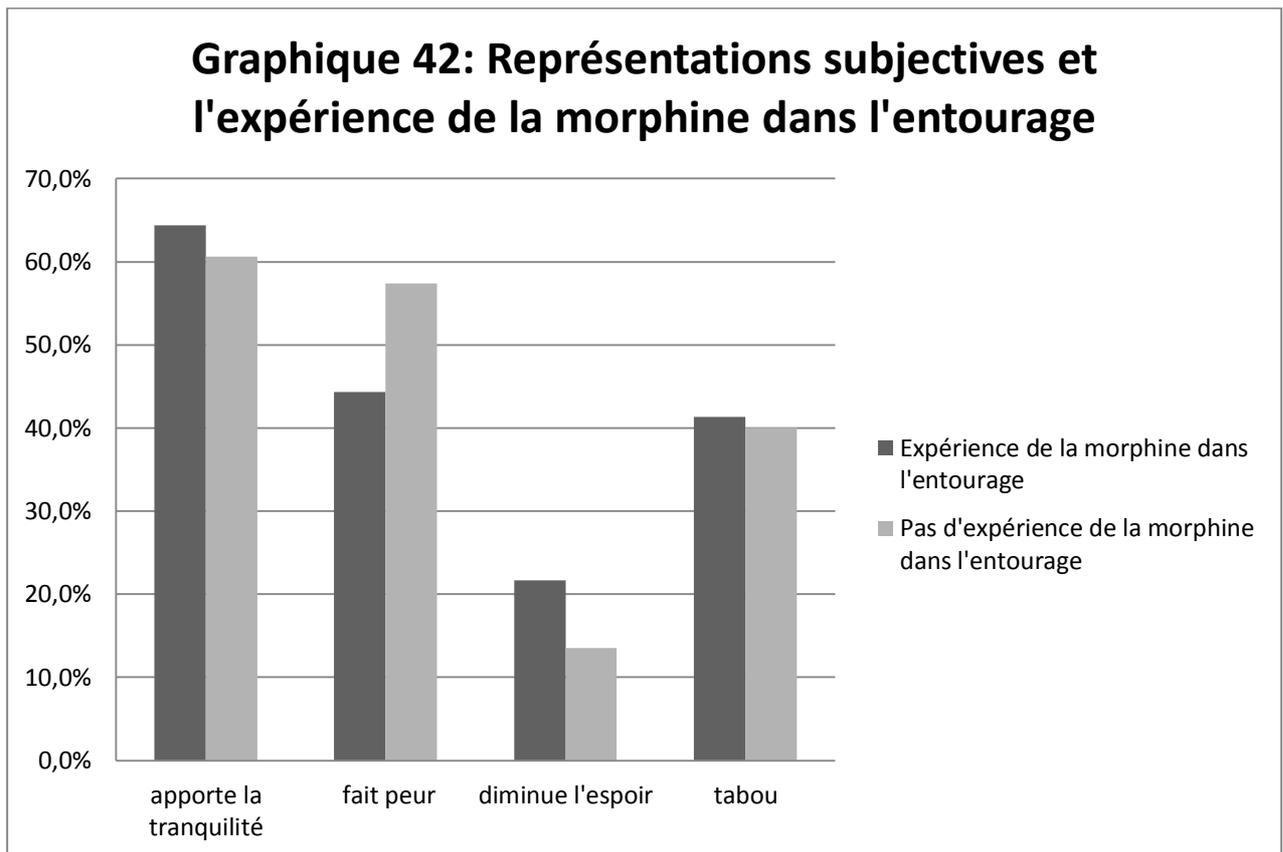
Représentations objectives et score de connaissance



Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations objectives sur la morphine entre les groupes.

Le score de connaissance n'était pas significativement différent selon le fait de connaître quelqu'un consommant de la morphine ou non (scores moyens respectifs de 4,54 et 4,45).

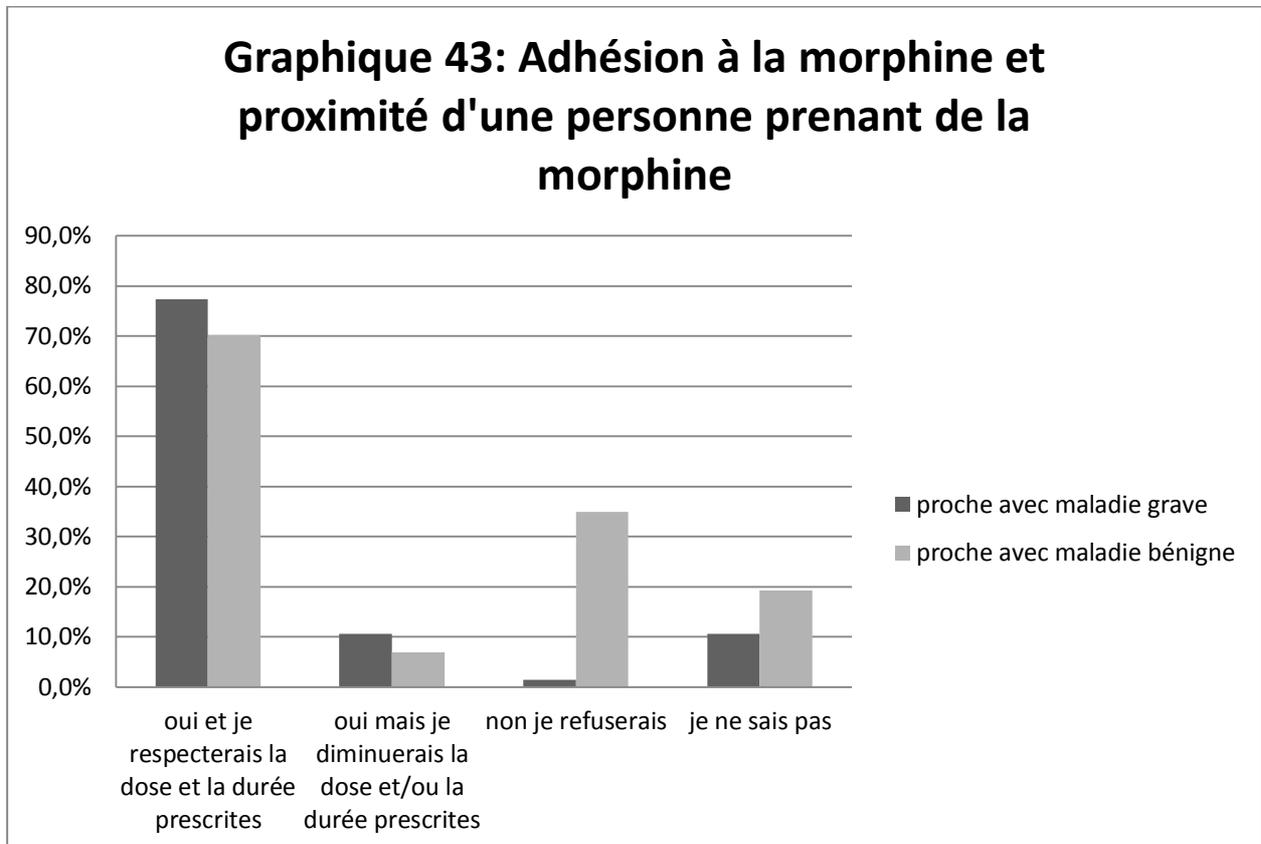
### Ressenti subjectif sur la morphine



Les patients avec l'expérience de la morphine dans leur entourage avaient moins peur de la morphine ( $p=0,04$ ).

### 2.3.13 Cause de la prise de morphine dans l'entourage

#### Adhésion hypothétique à la morphine

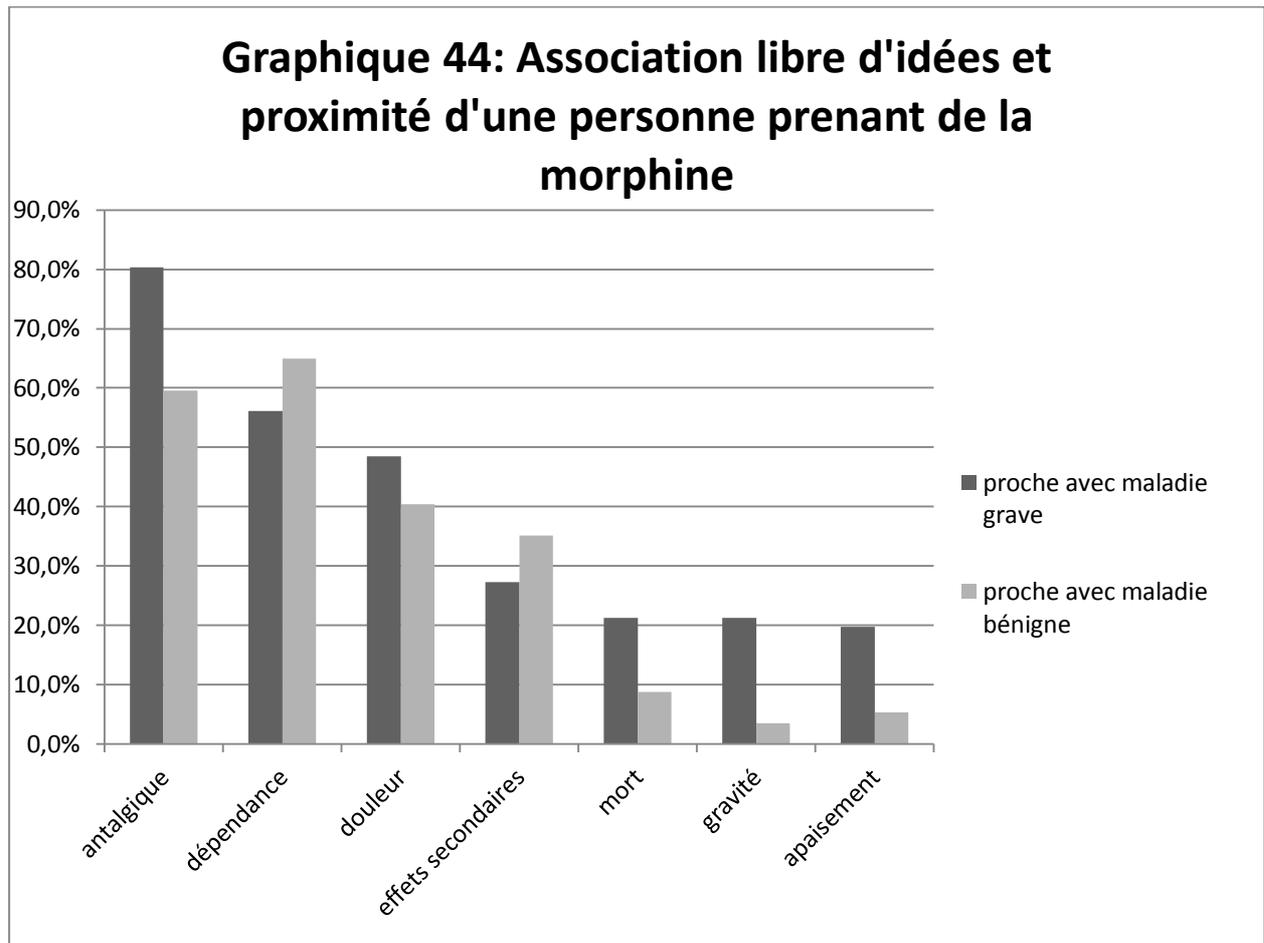


Il n'y avait pas de différence significative concernant l'adhésion à la morphine entre les deux groupes.

#### Association libre d'idées

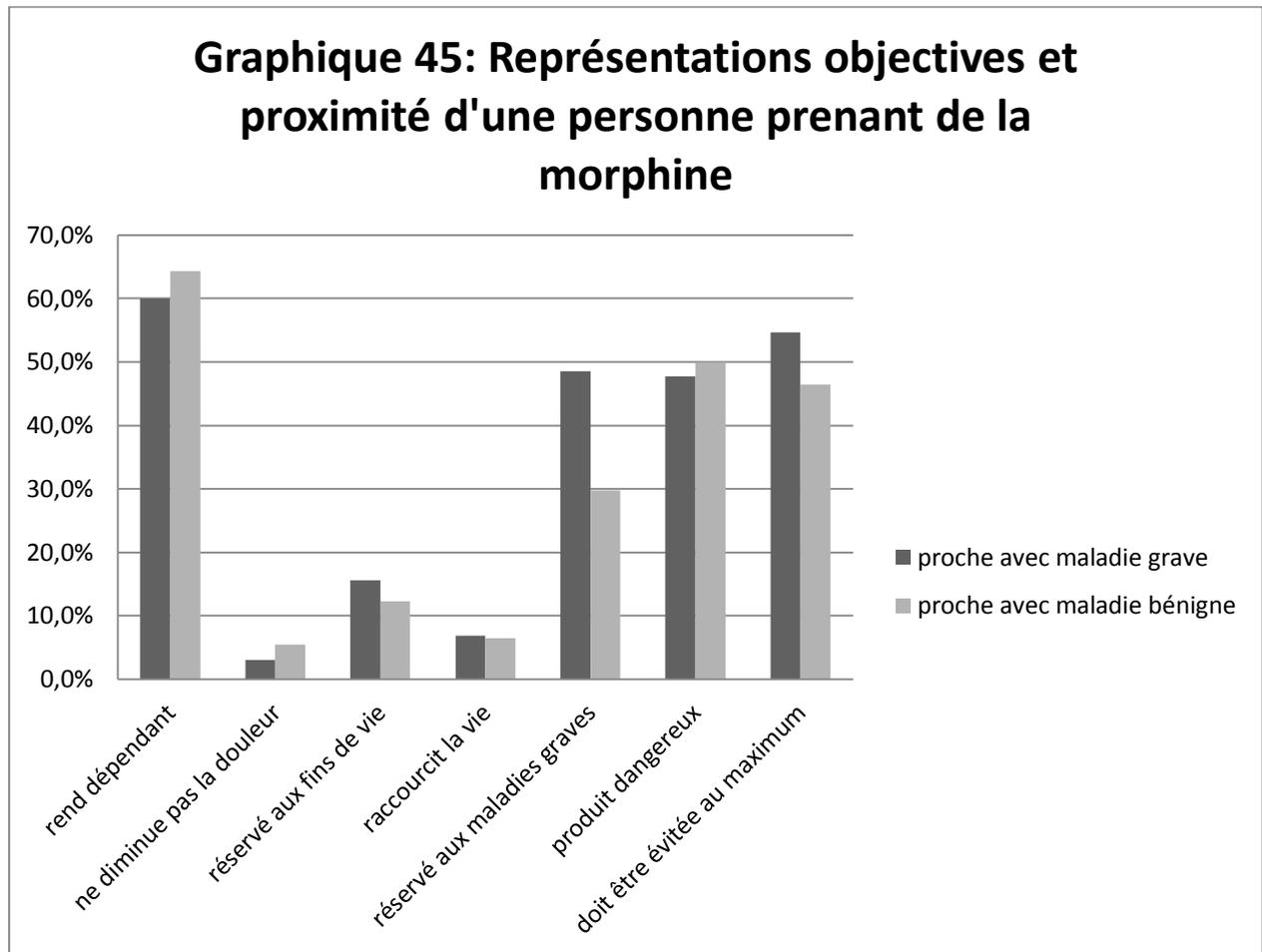
##### Premier thème par ordre d'apparition

« Antalgique » était le premier thème évoqué par ordre d'apparition chez les personnes connaissant quelqu'un prenant de la morphine pour une maladie grave comme pour une maladie bénigne (avec respectivement 43,1% et 35,1%).



« Antalgique », « mort », « gravité » et « apaisement » étaient des thèmes plus souvent rapportés chez les personnes connaissant quelqu'un ayant pris de la morphine pour une maladie grave (avec respectivement  $p=0,01$ ,  $p=0,05$ ,  $p=0,003$  et  $p=0,02$ ).

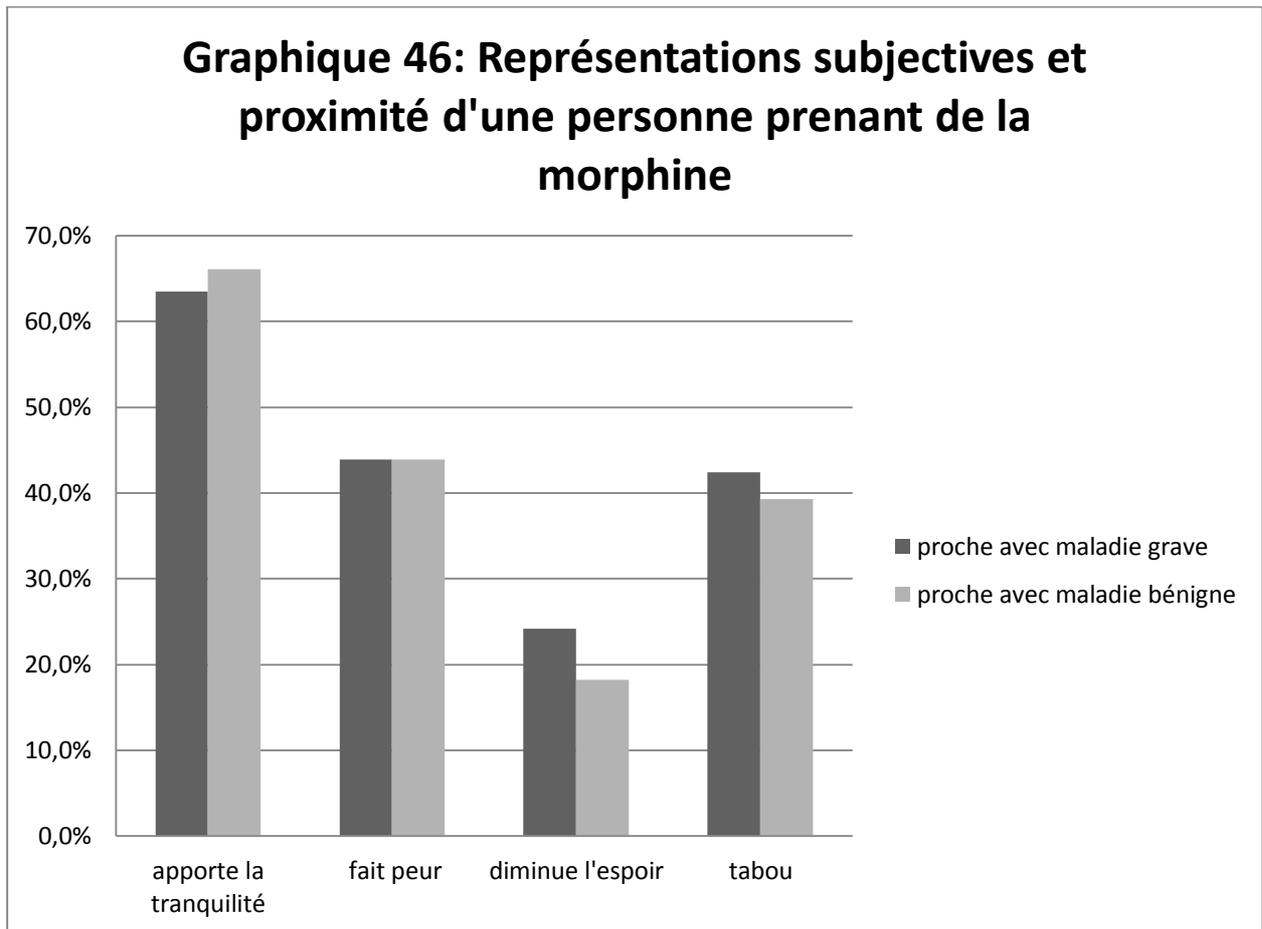
## Représentations objectives et score de connaissance



Les personnes connaissant quelqu'un prenant de la morphine pour une maladie grave pensaient davantage que la morphine était réservée aux maladies graves ( $p=0,03$ ).

Le score de connaissance n'était pas significativement différent selon le fait de connaître quelqu'un consommant de la morphine pour une maladie grave ou non (scores moyens respectifs de 4,47 et 4,65).

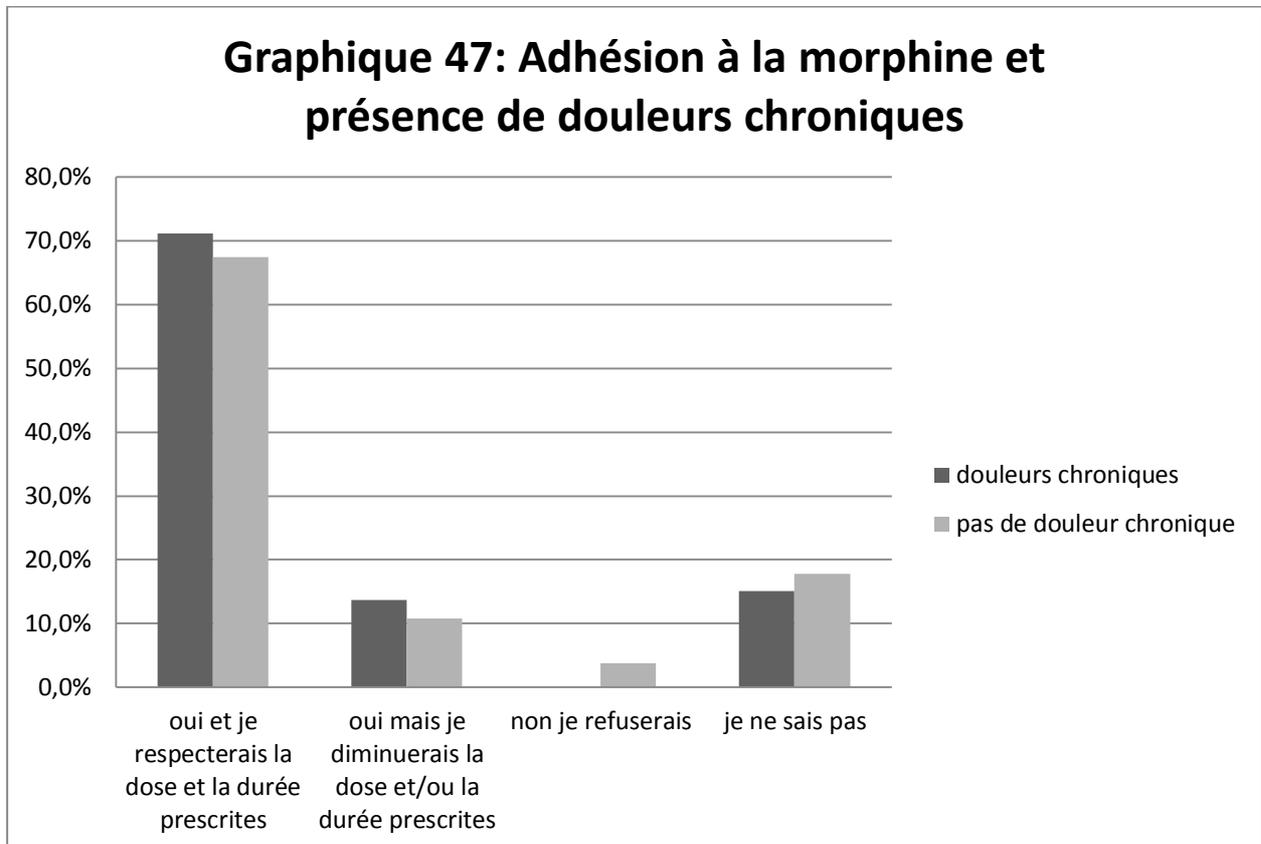
## Ressenti subjectif sur la morphine



Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations subjectives sur la morphine entre les deux groupes.

### 2.3.14 Présence de douleurs chroniques

#### Adhésion hypothétique à la morphine



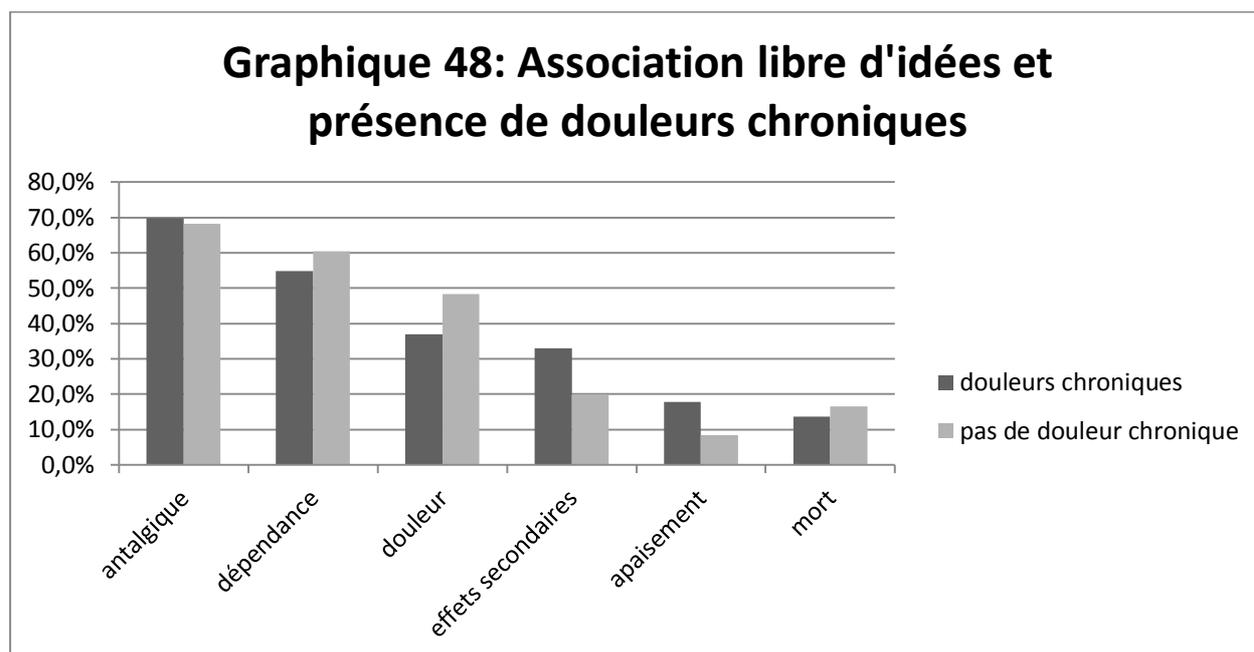
Il n'y avait pas de différence significative concernant l'adhésion à la morphine entre les deux groupes.

#### Association libre d'idées

##### Premier thème par ordre d'apparition

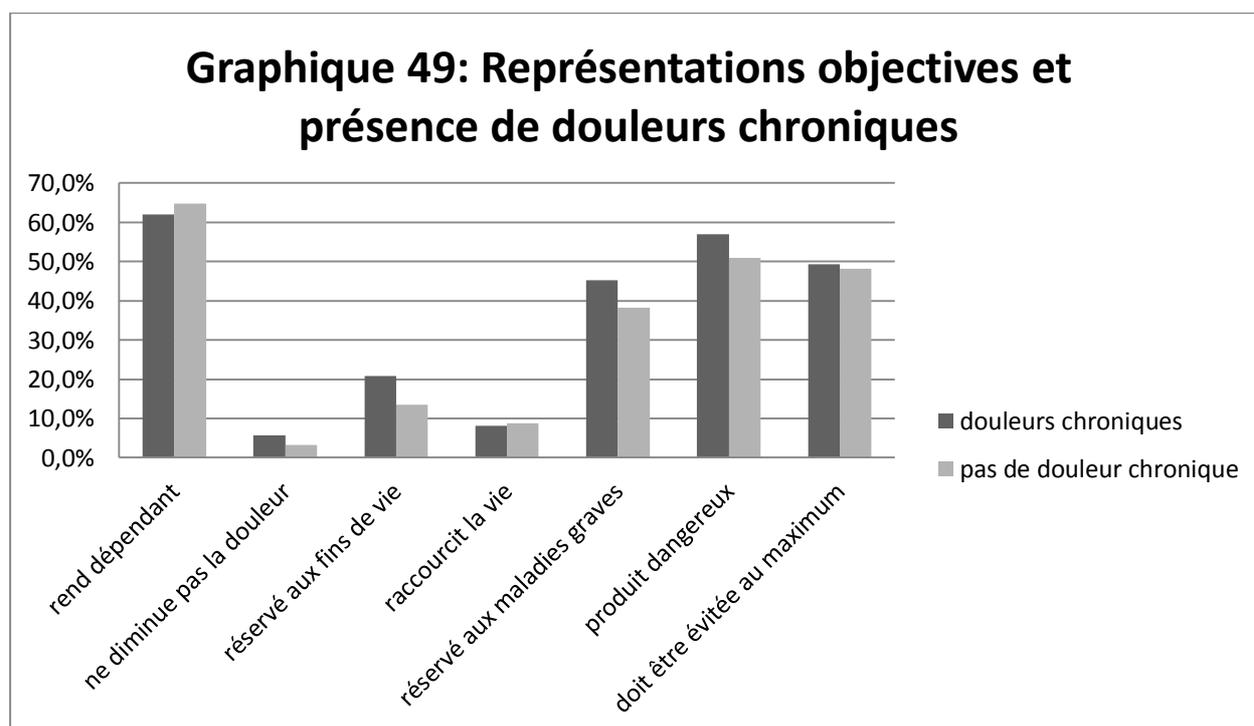
« Antalgique » était le premier thème évoqué par ordre d'apparition chez les patients atteints de douleurs chroniques (pour 39,1% d'entre eux) et « douleur » chez les autres patients (pour 35,3% d'entre eux).

Premier thème tous ordres d'apparition confondus



« Effets secondaires » et « apaisement » étaient des thèmes plus souvent associés à la morphine chez les personnes douloureuses chroniques (avec respectivement  $p=0,02$  et  $p=0,03$ ).

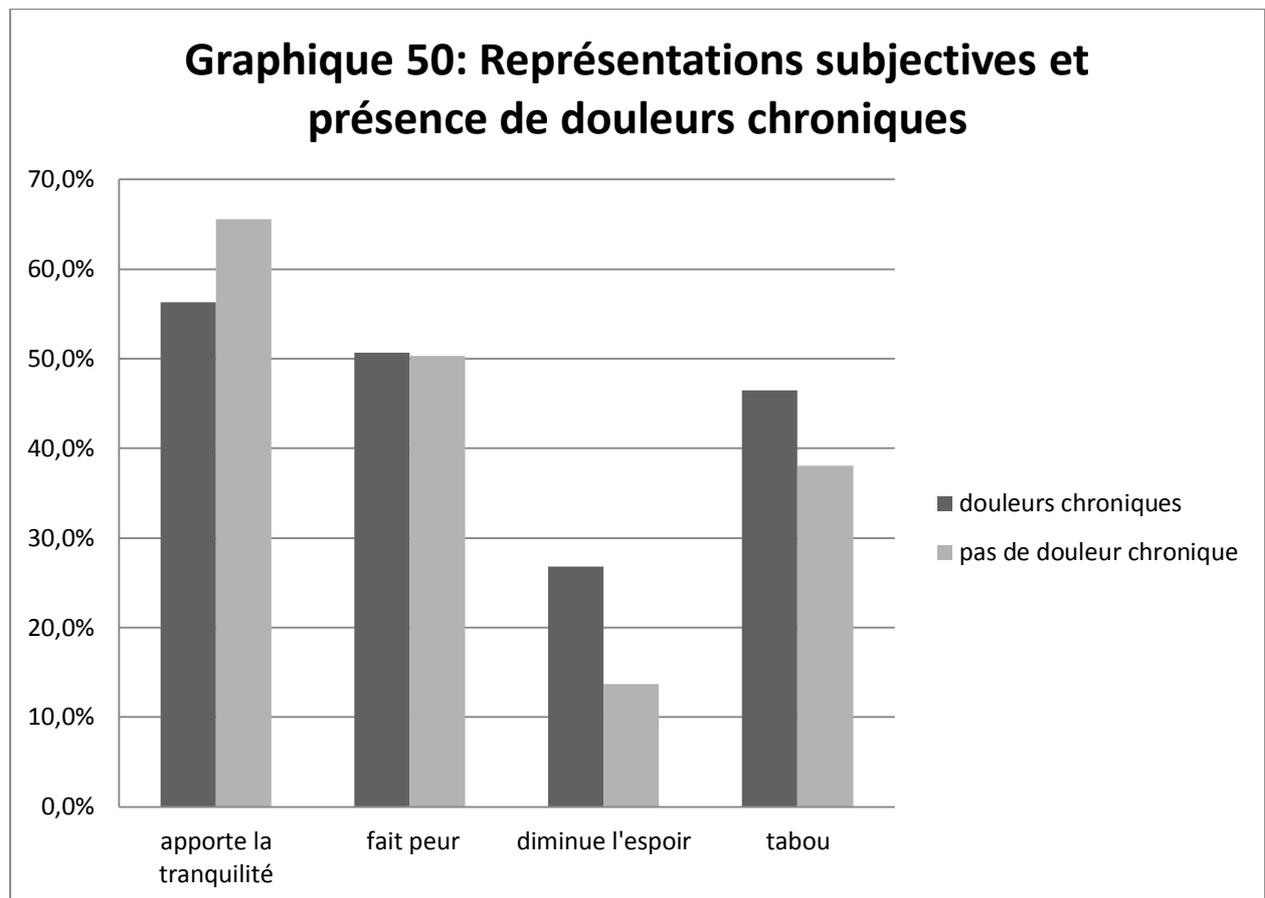
Représentations objectives et score de connaissance



Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations objectives sur la morphine entre les deux groupes.

Le score de connaissance n'était pas significativement différent selon le fait d'être atteint de douleurs chroniques ou non (scores moyens respectifs de 4,33 et 4,58).

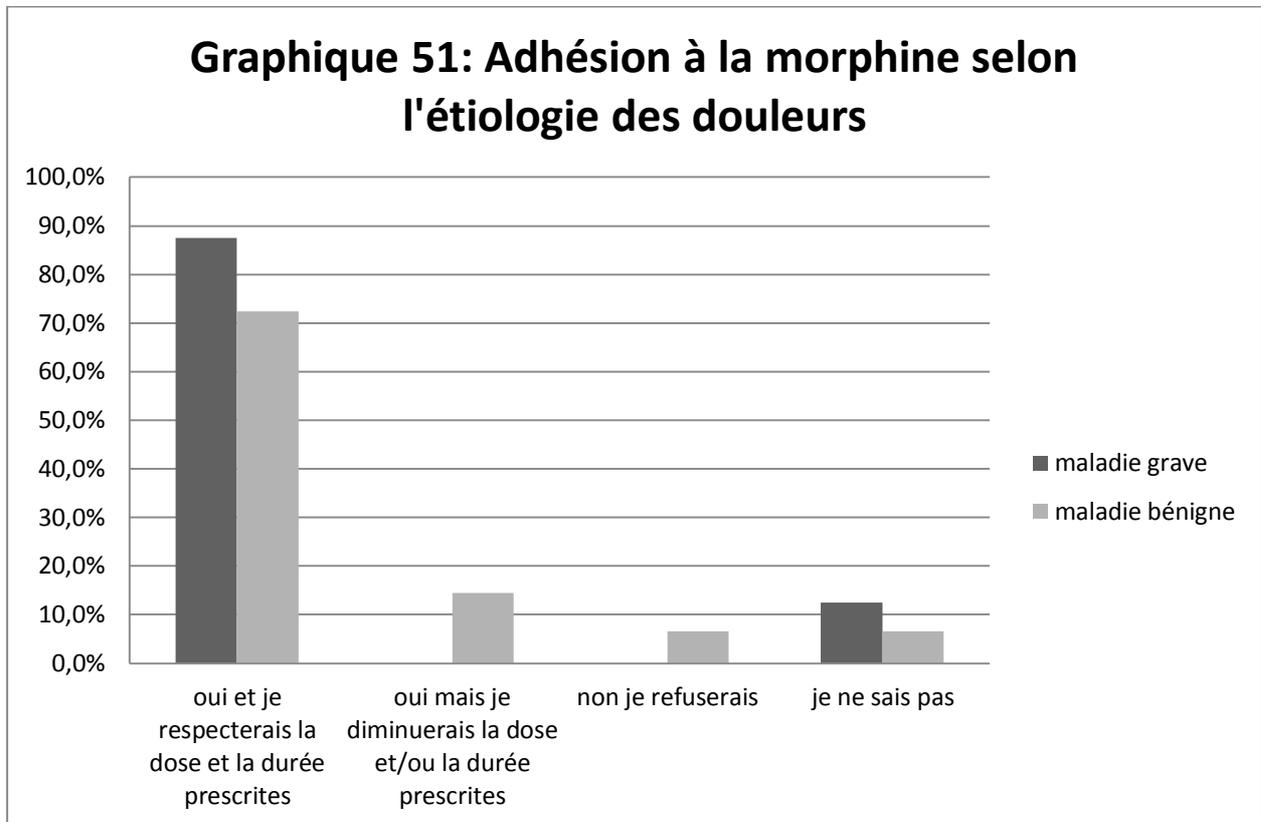
### Ressenti subjectif sur la morphine



La morphine diminuait plus l'espoir chez les patients douloureux chroniques ( $p=0,02$ ).

### 2.3.15 Douleurs chroniques et causes de ces douleurs

#### Adhésion hypothétique à la morphine



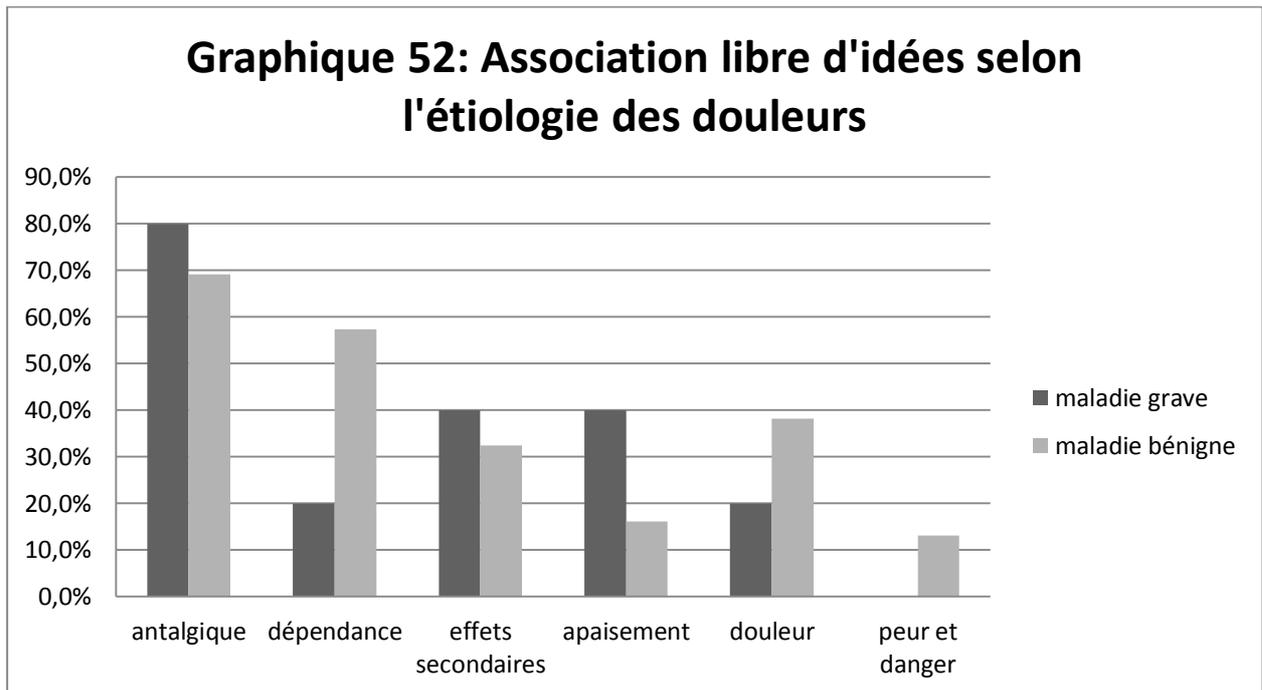
Il n'y avait pas de différence significative concernant l'adhésion à la morphine entre les deux groupes.

#### Association libre d'idées

##### Premier thème par ordre d'apparition

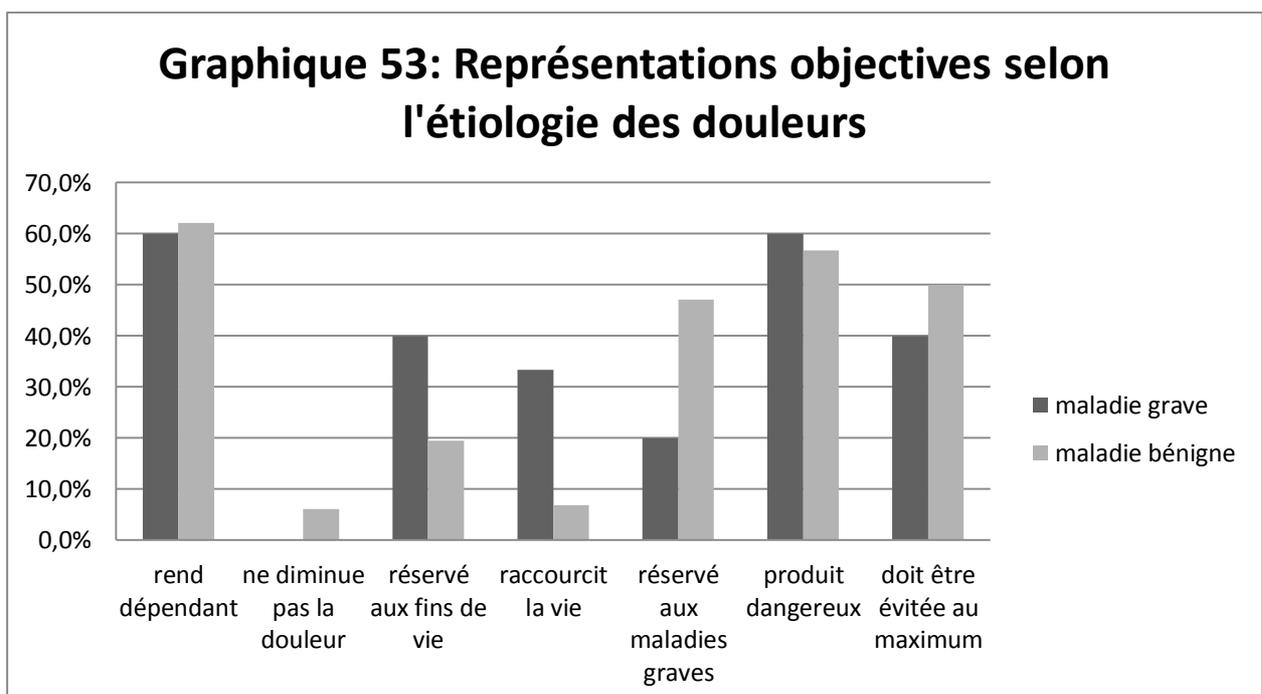
« Antalgique » était le premier thème évoqué par ordre d'apparition chez les patients atteints de douleurs chroniques graves ou bénignes (respectivement 60% et 35,3%).

Premier thème tous ordres d'apparition confondus



Il n'y avait pas de différence significative concernant les associations libres d'idées entre les deux groupes.

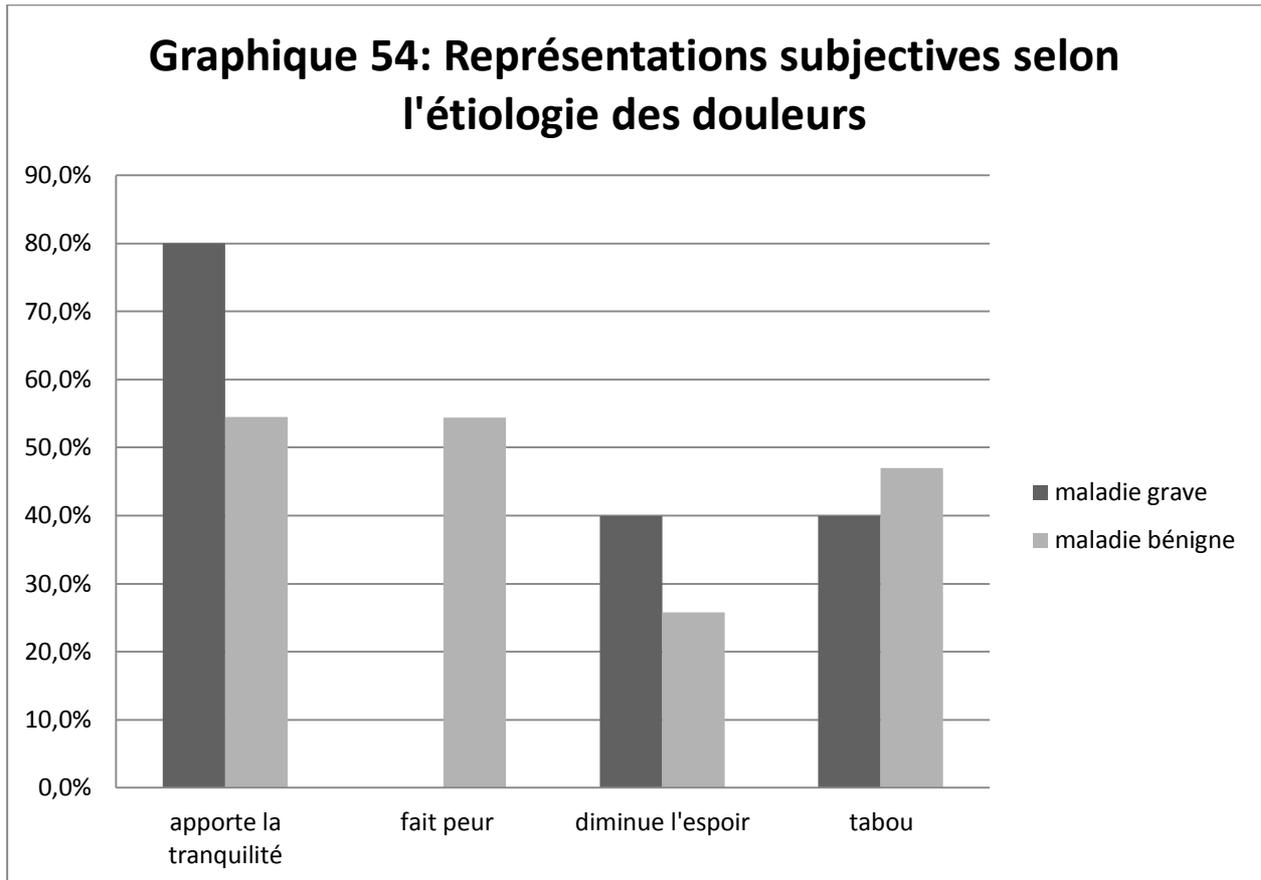
Représentations objectives et score de connaissance



Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations objectives sur la morphine entre les deux groupes.

Le score de connaissance n'était pas significativement différent selon le fait de souffrir de douleurs chroniques en lien avec une maladie grave ou non (scores moyens respectifs de 4,2 et 4,34).

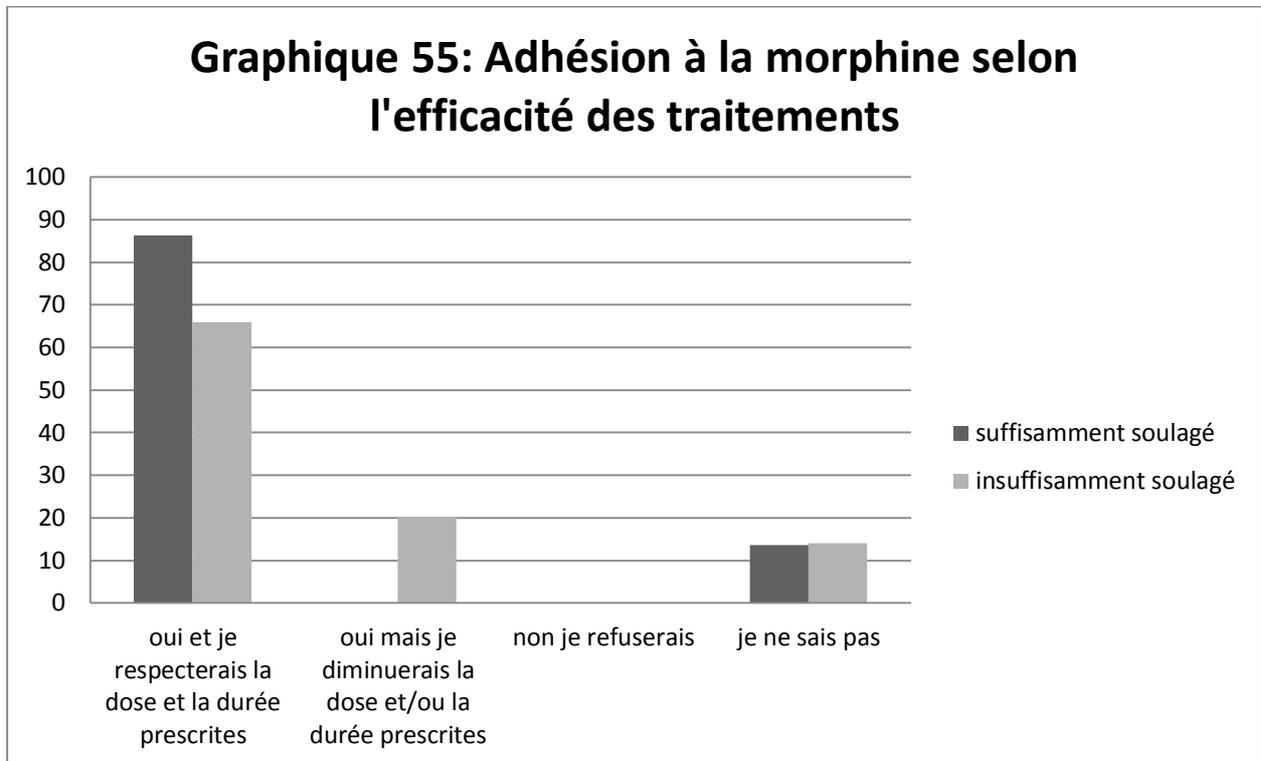
### Ressenti subjectif sur la morphine



Les personnes avec des douleurs d'origine bénigne avaient plus peur de la morphine ( $p=0,02$ ).

### 2.3.16 Douleurs chroniques et efficacité des traitements antalgiques

#### Adhésion hypothétique à la morphine



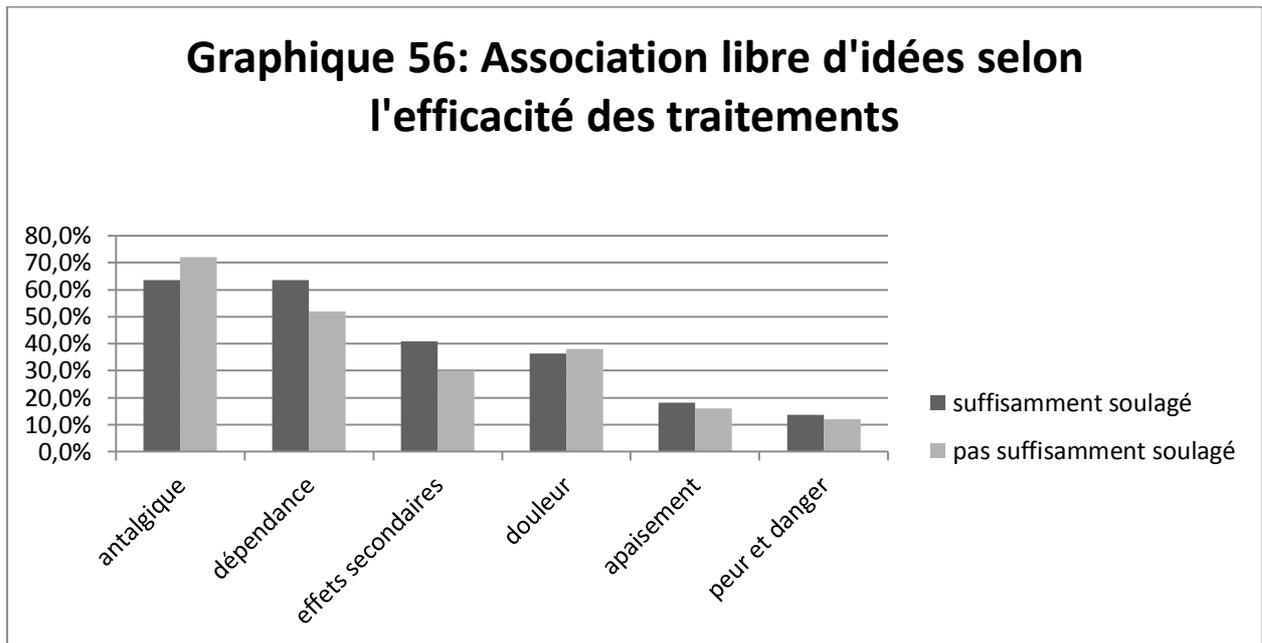
Les personnes douloureuses chroniques non soulagées diminueraient plus souvent la dose et/ou la durée prescrites de morphine ( $p=0,02$ ).

#### Association libre d'idées

##### Premier thème par ordre d'apparition

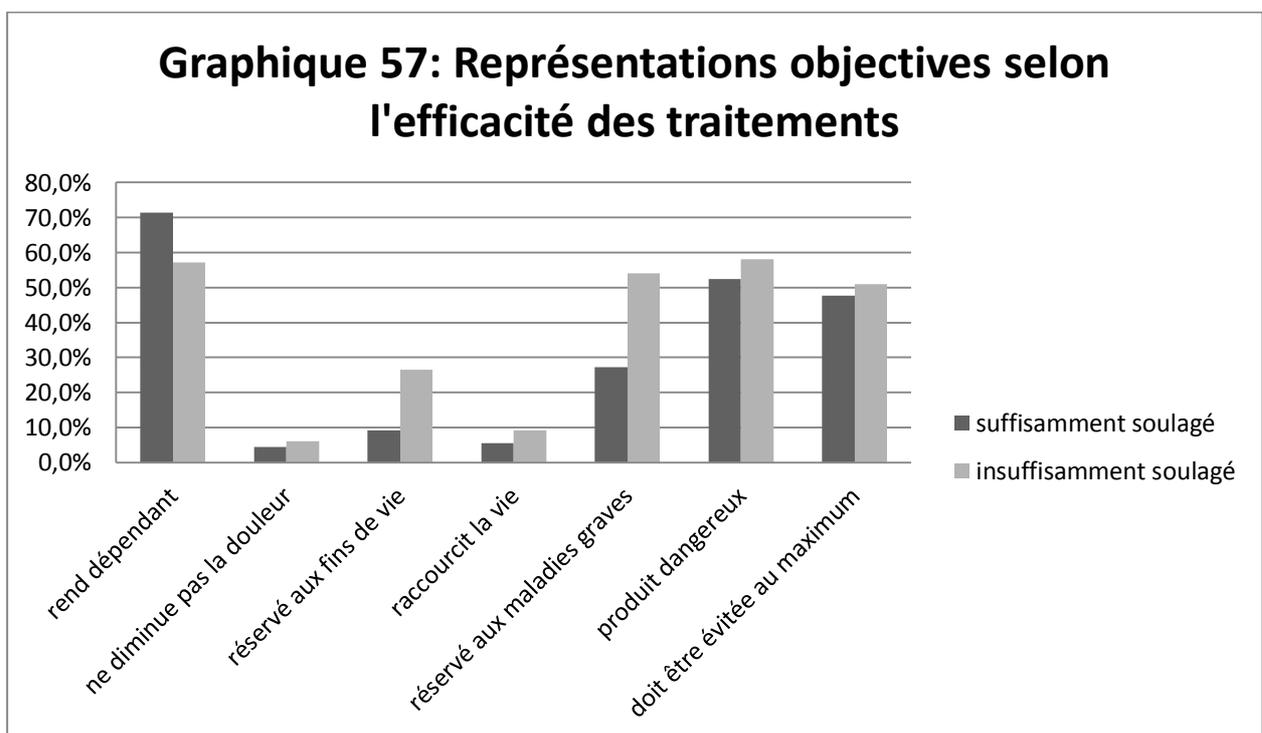
« Antalgique » était le premier thème évoqué par ordre d'apparition chez les patients atteints de douleurs chroniques insuffisamment soulagées (pour 41,7% d'entre eux) et chez les patients suffisamment soulagés : « douleur » et « antalgique » (30% chacun).

Premier thème tous ordres d'apparition confondus



Il n'y avait pas de différence significative concernant les associations libres d'idées entre les deux groupes.

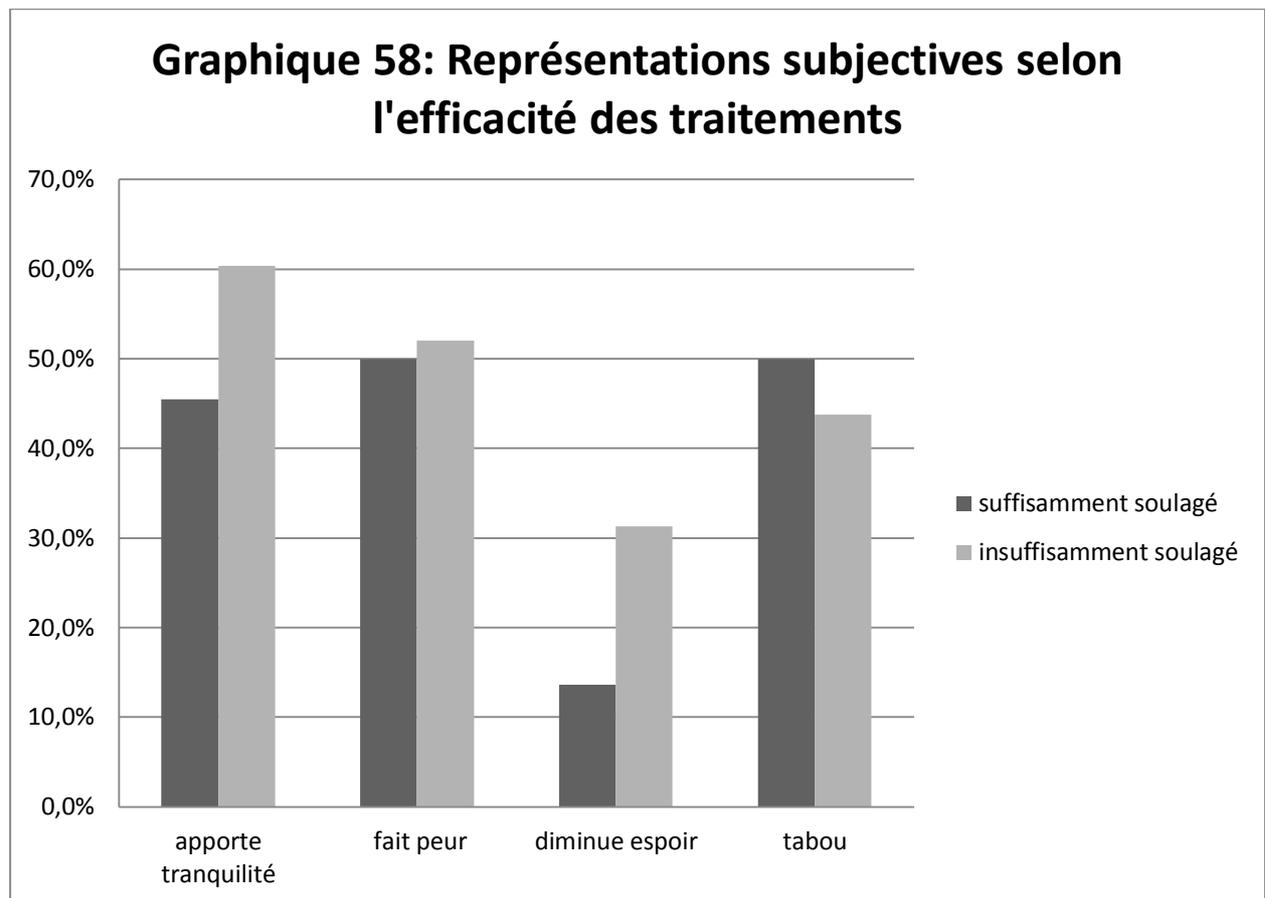
Représentations objectives et score de connaissance



Les personnes non soulagées pensaient plus que la morphine était réservée aux maladies graves ( $p=0,04$ ).

Le score de connaissance n'était pas significativement différent selon le fait d'avoir des douleurs chroniques soulagées ou non (scores moyens respectifs de 4,59 et 4,22).

### Ressenti subjectif sur la morphine



Il n'y avait pas de différence significative concernant les représentations subjectives sur la morphine entre les deux groupes.

## 2.4 DISCUSSION

---

### 2.4.1 Interprétations des résultats

#### 2.4.1.1 Résultats globaux

88,9% des patients qui ont déjà pris de la morphine ont déclaré avoir respecté la prescription de ce médicament. Ce résultat est assez surprenant compte tenu des connotations négatives longtemps associées à la morphine. Ce constat rassurant montre le caractère évolutif des représentations sur la morphine avec le temps.

Par contre, 52,4% des patients ayant déjà reçu une prescription de morphine estimaient avoir été insuffisamment informés, ce qui est plus inquiétant. Cette large proportion explique en partie le défaut d'observance de la morphine, en effet nous savons qu'une information faite en termes simples et compréhensibles est le premier pas vers une bonne observance du traitement. Il convient lors d'une prescription de morphine d'expliquer le mode de prise du traitement, les bénéfices attendus et les effets indésirables les plus fréquents. L'information peut se faire aussi auprès de la famille du patient.

#### **Adhésion hypothétique à la morphine**

Une large majorité de patients (68,7%) seraient prêts à prendre de la morphine et à respecter la prescription en cas de douleurs intenses non soulagées par d'autres traitements.

Seulement 2,6% des patients refuseraient cette prescription. Ce résultat rassurant montre une amélioration de la perception de la morphine qui semble mieux acceptée par les patients.

Malgré les fausses croyances sur la morphine et l'anxiété générée par sa prescription, on constate que la majorité des patients seraient disposés à en prendre si nécessité. Cela montre que les représentations de la morphine ne sont pas restrictives.

#### **Association libre d'idées**

Par ordre d'apparition, les premiers thèmes évoqués par les patients étaient « antalgique », « douleur » et enfin « dépendance ».

Tous ordres confondus, la « dépendance » apparaissait en 2<sup>ème</sup> position derrière « antalgique ».

On observe donc que la morphine évoque en priorité une notion d'efficacité dans la prise en charge de la douleur, avec un ressenti positif ; mais avec toujours en arrière-plan la peur de l'addiction. En effet, 58,7% des patients ont évoqué au moins une fois la notion de dépendance.

Une source de préoccupation importante au sujet de la morphine était ses effets secondaires, thème évoqué par 23,9% des patients.

A noter que 15,7% des patients associaient la morphine au thème de la mort. Ce résultat montre une idée reçue encore très ancrée sur l'association de la morphine avec la fin de vie.

Nous observons avec surprise que seulement 12,6% des patients de notre étude associaient spontanément la morphine à la notion de « gravité », signe que les représentations négatives de la morphine évoluent favorablement. Cela est sûrement lié au fait que la plupart des prescriptions de morphine reçues par les patients de l'étude ou par leur entourage étaient en lien avec une pathologie bénigne.

#### **Représentations objectives et score de connaissance :**

Les résultats montrent une évolution positive des représentations sur la morphine. En effet une très faible proportion des patients de notre étude pensait que la morphine était un produit réservé à la fin de vie (15,6%) ; ou qu'elle raccourcissait la vie (7,4%).

Moins de la moitié des patients associait la morphine à une maladie grave (40,3%).

On constate malheureusement encore une large proportion de représentations erronées concernant la morphine avec une majorité de patients qui pensaient qu'elle rendait dépendant (62,2%) ou qu'elle était dangereuse (51,7%).

#### **Ressenti subjectif sur la morphine**

La morphine faisait peur à la moitié des patients, mais une large proportion de la population était d'accord avec le fait qu'elle apportait la tranquillité.

A noter que la morphine était « tabou » pour 40,7% des patients, résultat qui souligne l'impact social d'une prescription de morphine avec la peur du jugement d'autrui, qu'on peut rapprocher de l'image négative renvoyée par la dépendance.

#### **2.4.1.2 L'âge**

Même si on n'observait pas de différence significative entre les 2 groupes, les patients âgés semblaient plus adhérer à la morphine en cas de douleurs intenses non soulagées par d'autres médicaments que les patients plus jeunes, et aucune personne âgée de notre étude ne refuserait une prescription de morphine si cela était nécessaire.

On peut imaginer qu'avec l'augmentation de morbidités liées à l'âge, les personnes âgées sont d'avantage exposées à des douleurs potentiellement rebelles aux traitements classiques, et seraient donc plus enclines à des traitements plus lourds.

On peut expliquer également ce résultat par le fait que l'exposition à la morphine augmentant avec l'âge, les personnes âgées ont une expérience de ce médicament plus importante que chez les patients plus jeunes et ont probablement moins peur d'utiliser un traitement qu'ils ont déjà pris par le passé.

Les personnes âgées associaient d'avantage la morphine au thème « antalgique » et « apaisement » que les sujets jeunes. Ainsi on constate que les personnes âgées ont un ressenti globalement plus positif par rapport à la morphine qui sert avant tout à soulager la douleur et à se sentir mieux. Ils y voient avant tout une solution et non pas un problème, les personnes âgées étant plus exposées que les sujets jeunes aux douleurs chroniques insuffisamment soulagées que les personnes jeunes.

Même s'il n'y avait pas de différence significative, on constate que les personnes âgées semblaient moins penser que la morphine rendait dépendant et trouvaient moins qu'elle devait être évitée au maximum. Cependant on ne constatait pas de différence sur le score de connaissance concernant la morphine.

On retrouve que les personnes âgées semblaient avoir moins peur de la morphine que les personnes jeunes, et trouvaient plus qu'elle apportait la tranquillité sans qu'une différence significative n'ait pu être mise en évidence entre les 2 groupes.

#### 2.4.1.3 Le sexe

Les femmes semblaient avoir plus de ressentis négatifs que les hommes concernant la morphine : en effet elles associaient plus la morphine à la dépendance, la peur, la mort, le tabou et elles pensaient plus que la morphine raccourcissait la vie sans qu'on n'ait pu mettre en évidence de différence significative. On note que les hommes associaient significativement plus la morphine à la notion de tranquillité.

Les femmes rapportaient volontiers la morphine à des notions plus sensibles ou sensorielles en évoquant plus souvent les thèmes « douleur » et « peur », tandis que les hommes l'abordaient de manière plus fonctionnelle ou pragmatique en évoquant le thème « médicament » et « antalgique ».

#### 2.4.1.4 Le degré de scolarité

Le meilleur score de connaissance a été retrouvé chez les patients ayant fait des études supérieures (score de 4,6) mais il n'y avait pas de différence significative.

Cependant les patients ayant fait des études supérieures associaient autant la morphine à la dépendance, et elle ne leur faisait pas moins peur.

#### 2.4.1.5 La situation professionnelle

On remarque que les étudiants étaient beaucoup plus préoccupés par la dépendance que les autres groupes. Ils trouvaient la morphine plus dangereuse que dans les autres groupes, et pensaient qu'il fallait l'éviter au maximum. Cela peut être expliqué par une sensibilisation et un intérêt plus importants concernant la problématique des addictions dans cette tranche d'âge.

On retrouve également que les retraités semblaient moins concernés par cette problématique de dépendance et associaient plus la morphine à la notion de tranquillité, résultats qui recourent ceux mentionnés plus haut sur la population âgée.

#### 2.4.1.6 L'expérience personnelle de la morphine

Les patients ayant déjà pris de la morphine l'associaient plus à ses effets secondaires et à l'apaisement et l'associaient moins à une maladie grave et au dernier recours. Cela est dû au fait que la plupart des patients avaient pris de la morphine pour une pathologie bénigne. Ces patients ayant déjà eu de la morphine avaient moins peur et leurs connaissances étaient moins erronées que dans l'autre groupe. Cela montre bien qu'une information claire par le médecin, par le pharmacien ou par la notice des traitements prescrits permet (entre autres) de changer les idées reçues sur la morphine.

Cela souligne également l'importance du vécu dans l'élaboration des représentations sur la morphine. Une expérience avec la morphine impacte nécessairement l'opinion des personnes à l'égard de ce traitement et modifie leur attitude en cas de nouvelle exposition au médicament. En effet les patients qui avaient déjà pris de la morphine savaient plus que les autres si elles en reprendraient ou pas.

#### 2.4.1.7 Respect d'une prescription antérieure de morphine

Les personnes ayant respecté la prescription de morphine reprendraient plus facilement de la morphine que les personnes n'ayant pas respecté les doses, et inversement. Cela semble logique étant donné que la plupart des patients n'ayant pas respecté les doses l'ont fait à cause des effets indésirables de la morphine (qu'ils évoquaient beaucoup plus dans les associations d'idées que les autres). Une mauvaise expérience incite à ne pas la renouveler.

Les représentations de la morphine étaient globalement moins erronées et elle faisait moins peur chez les patients qui avaient respecté la prescription de morphine que chez les autres.

Cela confirme qu'une meilleure connaissance du traitement va avec une meilleure observance de celui-ci.

A noter que ceux qui n'avaient pas respecté la prescription ont plus souvent associé la morphine à la notion de « tabou » (sans que cela soit significatif). Les personnes disaient que les effets secondaires étaient la principale cause de ce non-respect de prescription, mais on peut se demander si la crainte du jugement d'autrui n'est pas aussi responsable du défaut d'observance de la morphine.

#### 2.4.1.8 Qualité ressentie de l'information recue sur la morphine

Les représentations étaient moins erronées chez les patients qui avaient le sentiment d'être bien informés par le médecin prescripteur de morphine. On remarque que ces patients bien informés seraient plus enclins à prendre de la morphine si besoin. Ceci souligne encore l'importance d'une information compréhensible sur le traitement et ses effets secondaires pour une implication du patient et une meilleure adhésion au traitement morphinique.

#### 2.4.1.9 Cause de la prescription de morphine

Les représentations de la morphine étaient plus mauvaises chez les patients prenant de la morphine pour une maladie grave.

Elles pensaient plus qu'elle rendait dépendant et qu'elle était dangereuse. Elle semblait leur faire plus peur.

Par contre cela ne les empêcherait pas d'en reprendre si besoin.

Chez ces patients aux graves antécédents se retrouve souvent la peur de la dépendance à la morphine. En effet ces patients sont bien au clair avec la grande efficacité de la morphine mais craignent une accoutumance et/ou une perte d'efficacité, avec l'absence d'une alternative thérapeutique par la suite. C'est pour cela qu'ils pensent qu'elle doit être évitée au maximum ou en dernier recours seulement.

#### 2.4.1.10 Le prescripteur

Nous n'avons malheureusement pas pu dégager d'informations intéressantes concernant l'impact du prescripteur de morphine sur les représentations des patients à son sujet. Les sous-groupes étaient trop peu puissants. Il serait pourtant intéressant de voir si les prescriptions de morphine faites par le médecin généraliste seraient mieux suivies que celles des autres médecins, ce qui confirmerait l'importance de la relation de confiance médecin/patient dans l'observance thérapeutique.

#### 2.4.1.11 L'expérience de la morphine dans l'entourage

Même si on n'a pas observé de différence significative, connaître quelqu'un qui a pris de la morphine favoriserait une bonne observance.

Ces personnes ayant l'expérience de la morphine dans leur entourage semblaient plus concernées par ses effets secondaires. Ils l'associaient plus au concept du « médicament ».

Ces personnes ont certainement vu leurs proches souffrir d'effets secondaires. Cependant cela ne les empêcherait pas de prendre de la morphine si nécessaire et elle leur faisait même moins peur que les personnes ne connaissant personne en ayant pris.

Cela confirme l'importance du vécu, de l'expérience (même indirecte) dans la représentation de la morphine. On a moins peur de ce qu'on connaît déjà, de ce qu'on a déjà vécu.

#### 2.4.1.12 Cause de la prise de morphine dans l'entourage

Les personnes qui avaient dans leur entourage quelqu'un prenant de la morphine pour une maladie grave associaient plus souvent la morphine à la mort, à la gravité, mais également à l'apaisement. Ces résultats étaient prévisibles, mais on observe que la morphine ne leur faisait pas plus peur, ce qui est intéressant. Cela ne les empêcherait pas de prendre de la morphine si nécessaire et les représentations n'étaient pas plus erronées dans ce groupe.

#### 2.4.1.13 Présence de douleurs chroniques

On observe des représentations plus erronées sur la morphine chez les patients qui souffrent de douleurs chroniques. Ils étaient plus concernés par les effets secondaires de la morphine, ils pensaient plus qu'elle était réservée à la fin de vie et qu'elle diminuait l'espoir. On retrouve encore cette notion de dernier recours : ces patients souffrant de douleurs chroniques ont sûrement essayé plusieurs traitements qui ont dû se révéler inefficaces et/ou lourds en effets secondaires. Certains préfèrent s'accommoder de leurs douleurs plutôt que de prendre de la morphine qui dans leur imaginaire aurait beaucoup d'effets secondaires et ne serait efficace qu'un temps, ne laissant plus de possibilité thérapeutique antalgique par la suite.

Même s'il n'y avait pas de différence significative, les patients atteints de douleurs chroniques associaient d'avantage la morphine avec la notion de « tabou ». Cela souligne l'importance de l'impact social de la douleur d'une part et d'autre part le poids des connotations négatives de la morphine comme nous l'avons vu tout au long de cette étude.

#### 2.4.1.14 Douleurs chroniques et causes de ces douleurs

Les patients souffrant de douleurs en lien avec une pathologie grave évoquaient davantage la notion d'apaisement, par contre ils pensaient plus qu'elle devait être réservée à la fin de vie, qu'elle raccourcissait la vie, qu'elle devait être évitée au maximum et qu'enfin elle diminuait l'espoir.

On remarque encore que cette notion du dernier recours est très présente chez les patients avec des maladies graves, c'est sans doute pourquoi on observe qu'ils seraient moins enclins à prendre de la morphine si nécessaire.

#### 2.4.1.15 Douleurs chroniques et efficacité des traitements antalgiques

Même si on n'observait pas de différence significative, on remarque que les représentations étaient globalement plus erronées chez les personnes insuffisamment soulagées.

Ces personnes trouvaient que la morphine diminuait l'espoir et elles seraient moins prêtes à prendre de la morphine si nécessaire.

Ceci souligne encore l'importance d'une meilleure connaissance des traitements par les patients, point de départ essentiel à une bonne observance du traitement antalgique et donc un meilleur résultat thérapeutique.

## **2.4.2 Comparaison avec la littérature**

- Un travail réalisé dans la Vallée d'Aoste en Italie a été fait en 2001 et avait également pour but d'étudier les représentations de la morphine auprès de la population de médecine générale (382 patients) et auprès de professionnels de la santé (177 médecins et 217 infirmiers) (34).

En termes de similitudes, 15% des patients italiens pensaient que la morphine était réservée à la fin de vie (15,6% dans notre étude) et 15% trouvaient qu'elle diminuait l'espoir (17,9% dans notre étude).

Il y avait également un recueil d'associations d'idées concernant la morphine ; les thèmes les plus évoqués étaient en premier lieu : « drogue », « douleur » puis « antalgique ». A noter que dans notre étude le thème « dépendance » n'était seulement qu'en 2<sup>ème</sup> place après « antalgique ».

Les représentations semblaient plus erronées chez les patients italiens. En effet, 70% des patients italiens étaient d'accord avec le fait que la morphine était associée à la gravité de la maladie (contre 40,3% dans notre étude), et 15% pensaient qu'elle raccourcissait la vie (contre 7,4% dans notre étude).

Dans le questionnaire, les patients devaient répondre s'ils seraient d'accord pour prendre de la morphine en cas de douleur très forte et il est intéressant de constater que 17% des patients italiens auraient refusé, contre 2,6% dans notre étude.

Ces dissemblances peuvent être liées à une différence culturelle ou à l'évolution positive des représentations avec le temps puisque 15 ans séparent les 2 travaux.

- Un autre travail réalisé en 2010 au Portugal avait également pour but l'étude des représentations sur la morphine auprès de 176 patients (40).

On constate dans cette étude que les participants issus de la population générale ont, comme dans le travail italien, associé en premier la morphine avec la notion de dépendance.

Les patients portugais pensaient moins qu'elle rendait dépendant (41% contre 62,2% dans notre étude).

Mais plus de patients pensaient qu'elle était réservée aux maladies graves (56% contre 40,3% dans notre étude), à la fin de vie (27,5% contre 15,6% dans notre étude) et qu'elle raccourcissait la vie (35,7% contre 7,4% dans notre étude).

Comme dans notre étude, les femmes avaient des représentations plus négatives sur la morphine que les hommes, en effet elles avaient significativement plus peur de la dépendance et pensaient plus que la morphine était un traitement réservé aux fins de vie ou aux maladies graves.

Leur travail a mis en évidence que l'âge était un facteur de risque de représentations erronées sur la morphine, ce qui n'était pas le cas dans notre étude.

- Un travail de thèse réalisé par Claire Reneaux en 2012 avait pour but de recueillir les représentations sur la morphine, mais cette fois-ci auprès d'une population en situation palliative (41).

Comme dans les 2 travaux cités ci-dessus, le premier thème associé à la morphine était la dépendance.

Les représentations erronées sur la dépendance étaient similaires entre ce travail et le nôtre (60,3% contre 62,2% dans notre étude), et la morphine faisait peur à la moitié des patients ce qui était également le cas dans notre travail. Par contre les patients en situation palliative associaient plus la morphine à la fin de vie (36,9% contre 15,6% dans notre étude) et pensaient plus qu'elle raccourcissait la vie (20,3% contre 7,4% dans notre étude).

Les scores de connaissance étaient identiques entre ce travail et le nôtre.

Comme dans l'étude portugaise, il a été retrouvé que l'âge et le fait d'être une femme étaient des facteurs de risque de croyances erronées sur la morphine.

Comme dans notre travail, il a été montré que les patients atteints de maladie grave avaient plus peur de la morphine, et que les patients connaissant quelqu'un prenant de la morphine pour une maladie grave associaient plus souvent la morphine à la gravité de la maladie, de même qu'un niveau de scolarisation élevé était associé à de meilleures connaissances sur la morphine.

### **2.4.3 Limites de l'étude**

Ce travail était unicentrique ce qui occasionnait un biais de sélection. Les résultats ne peuvent être généralisables à l'ensemble de la population de médecine générale française.

Notre population n'était pas représentative de la population de médecine générale, en effet notre échantillon comportait peu de personnes âgées (d'éventuels troubles visuels, praxiques ou cognitifs pouvaient limiter la bonne réalisation du questionnaire) et il y avait également beaucoup plus de femmes que d'hommes.

Ce travail était fait uniquement sur des patients consultant leur médecin généraliste, ces résultats ne pouvaient donc pas être généralisables à la population générale française.

Concernant les associations libres d'idées sur la morphine, il y avait un possible biais d'interprétation des données. Les allégations concernant la morphine mentionnées par les patients étaient classées par une seule personne dans des catégories prédéfinies. Certaines allégations pouvaient faire appel à plusieurs catégories, par exemple « abrégé les souffrances » ou « améliorer la fin de vie » pouvaient aussi bien être classées dans la catégorie « mort » mais aussi dans la catégorie « soulagement ». De ce fait certains classements d'allégations pouvaient paraître arbitraires et pouvaient diminuer la justesse de ces résultats.

Même s'il était mentionné de répondre aux questions dans l'ordre où elles étaient posées, les patients pouvaient lire sur la dernière page les énoncés sur la morphine du dernier tableau et pouvaient donc être influencés lors de la rédaction des associations libres sur la morphine.

Certains résultats ont été retrouvés non significatifs par manque de puissance de l'échantillon.

Les résultats concernant l'adhésion à la morphine sont hypothétiques, on ne peut donc pas en tirer de conclusion sur la future observance des patients qui reçoivent une prescription de morphine, il faudrait pour cela réaliser un travail prospectif sur une plus vaste population.

## 2.5 CONCLUSION

---

Ce travail souligne l'importance de l'expertise des représentations des patients dans le domaine de leur santé.

Mieux connaître les représentations des patients sur la morphine permet de mieux appréhender les dimensions psychosociales en jeu dans le rapport à la morphine, mais aussi de déterminer des pistes de réflexion permettant d'améliorer l'alliance thérapeutique.

Les opiacés ont une place de choix dans la prise en charge de la douleur (dans le cadre du respect des recommandations de bonnes pratiques).

Or la morphine est lourde de sens dans la mémoire collective, et même si les représentations sur la morphine ont beaucoup évolué, elle fait encore peur à beaucoup de patients. Même certains soignants ont de fausses croyances sur la morphine et cela augmente l'appréhension des patients envers ce traitement.

Ces mythes favorisés par le manque de connaissance engendrent de la peur (de la dépendance, de la mort, des effets secondaires...) et favorise une mauvaise observance des traitements et donc un résultat thérapeutique insuffisant.

Ce travail nous a permis de confirmer l'existence de ces représentations négatives sur la morphine auprès des patients mais il nous a aussi montré qu'elles évoluent favorablement avec le temps. On peut en déduire alors que les médecins peuvent aussi surestimer les craintes des patients au sujet de la morphine.

La prescription de morphine (pouvant être génératrice d'anxiété) doit absolument être accompagnée d'une information compréhensible par le patient. Il convient au préalable que le médecin prescripteur soit bien sûr lui-même bien formé sur la morphine et convaincu qu'elle soit justifiée et bénéfique pour le patient lors de sa prescription.

Combattre les idées reçues sur la morphine est un objectif réalisable à long terme, grâce à une attitude consensuelle mais aussi bienveillante, patiente et compréhensive des soignants envers leurs patients.

### 3. BIBLIOGRAPHIE

---

1. Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F, ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO*. 2012 Oct;23 Suppl 7:vii139–54.
2. Organization WH. *Cancer Pain Relief: With a Guide to Opioid Availability*. World Health Organization; 1996. 74 p.
3. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Br J Cancer*. 2001 Mar 2;84(5):587–93.
4. Wiffen PJ, McQuay HJ. Oral morphine for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD003868.
5. Perrot S, Bannwarth B, Bertin P, Javier R-M, Glowinski J, Le Bars M, et al. USE OF MORPHINE IN NONMALIGNANT JOINT PAIN : THE LIMOGES RECOMMENDATIONS. *Rev Rhum*. 1999;66(11):571–6.
6. AFSSAPS. Mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses. 2004 Sep.
7. Jodelet D. 1. Représentations sociales : un domaine en expansion. *Sociol Aujourdhui*. 2003 May 1;7e éd.:45–78.
8. Abric J-C. De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale. In: *Exclusion sociale, insertion et prévention* [Internet]. ERES; 2003 [cited 2016 May 28]. p. 11. Available from: <http://www.cairn.info/exclusion-sociale-insertion-et-prevention--9782865864423-page-11.htm>
9. Cannone P, Dany L, Dudoit E, Duffaud F, Sala S, Favre R. Étude des représentations sociales de la chimiothérapie : une voie d'analyse des relations entre patients et médecins oncologues. *Bull Cancer (Paris)*. 2004;91(3):279–84.
10. Collin J. Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gérontologie Société*. 2002 Dec 1;n° 103(4):141–59.
11. Clark A, Boulanger A, Squire P, Horbay G, Cui E. Canadian pain study II: Opiophobia in Canada, 2004. *J Pain*. 2005 Mar;6(3):S43.
12. Analysis of Patient-Related Barriers in Cancer Pain Management in Turkish Patients [Internet]. [cited 2016 May 22]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392409006563>
13. Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, Emanuel EJ. Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *Lancet Lond Engl*. 2001 Apr 28;357(9265):1311–5.
14. Thomason TE, McCune JS, Bernard SA, Winer EP, Tremont S, Lindley CM. Cancer pain survey: patient-centered issues in control. *J Pain Symptom Manage*. 1998 May;15(5):275–84.
15. Breitbart W, Passik S, McDonald MV, Rosenfeld B, Smith M, Kaim M, et al. Patient-related barriers to pain management in ambulatory AIDS patients. *Pain*. 1998 May;76(1-2):9–16.

16. Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V, Mueller C, Nolan A, Pawlik-Plank D, et al. Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain*. 1993 Mar;52(3):319–24.
17. Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, Voge C, Ward S. Patient-related barriers to pain management: the barriers questionnaire II (BQ-II). *Pain*. 2002 Oct;99(3):385–96.
18. Reid CM, Gooberman-Hill R, Hanks GW. Opioid analgesics for cancer pain: symptom control for the living or comfort for the dying? A qualitative study to investigate the factors influencing the decision to accept morphine for pain caused by cancer. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO*. 2008 Jan;19(1):44–8.
19. Verloo H, Kabengele EM, Ferreira M, Rapin C-H, Chastonay P. Opiophobia: état des lieux auprès des soignants à Beira Interior au Portugal. *Douleur Analgésie*. 2009 Sep 19;22(3):186–95.
20. Reis-Pina P, Lawlor PG, Barbosa A. Cancer-Related Pain Management and the Optimal Use of Opioids. *Acta Médica Port*. 2015 Jun 8;28(3):376–81.
21. Maltoni M. Opioids, pain, and fear. *Ann Oncol*. 2008 Jan 1;19(1):5–7.
22. Grossman SA. Undertreatment of cancer pain: barriers and remedies. *Support Care Cancer*. 1993 Mar;1(2):74–8.
23. Cleeland CS. Barriers to the management of cancer pain. *Oncol Williston Park N*. 1987 Apr;1(2 Suppl):19–26.
24. Schumacher KL, West C, Dodd M, Paul SM, Tripathy D, Koo P, et al. Pain management autobiographies and reluctance to use opioids for cancer pain management. *Cancer Nurs*. 2002 Apr;25(2):125–33.
25. Covington EC. Opiophobia, Opiophilia, Opiagnosia. *Pain Med*. 2000 Sep;1(3):217–23.
26. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol*. 2008;mdn419.
27. Vainio A. Treatment of terminal cancer pain in France: a questionnaire study. *Pain*. 1995 Aug;62(2):155–62.
28. Morley-Forster PK, Clark AJ, Speechley M, Moulin DE. Attitudes toward opioid use for chronic pain: a Canadian physician survey. *Pain Res Manag J Can Pain Soc J Société Can Pour Trait Douleur*. 2003;8(4):189–94.
29. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO*. 2009 Aug;20(8):1420–33.
30. Stiefel F, Morant R, Radziwill A, Senn HJ. Attitudes of Swiss physicians in prescribing opiates for cancer pain. *Support Care Cancer*. 1993 Sep 1;1(5):259–62.
31. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Pandya KJ. Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med*. 1993 Jul 15;119(2):121–6.
32. Elliott TE, Elliott BA. Physician attitudes and beliefs about use of morphine for cancer pain. *J Pain Symptom Manage*. 1992 Apr 1;7(3):141–8.

33. Radbruch L, Sabatowski R, Elsner F, Loick G, Kohlen N. Patients' associations with regard to analgesic drugs and their forms for application – a pilot study. *Support Care Cancer*. 2002 May 7;10(6):480–5.
34. Musi M, Bionaz A. Les mythes de la morphine. *Rev Int Soins Palliatifs*. 2005 Dec 1;20(4):107–15.
35. Højsted J, Sjøgren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review. *Eur J Pain Lond Engl*. 2007 Jul;11(5):490–518.
36. Zenz P. Opiophobia and cancer pain in Europe. *The Lancet*. 1993 Apr;341(8852):1075–6.
37. MARKS RM, SACHAR EJ. Undertreatment of Medical Inpatients with Narcotic Analgesics. *Ann Intern Med*. 1973 Feb 1;78(2):173–81.
38. Charavel M, Bremond A, Mignotte H. Étude de la participation des patientes au choix thérapeutique en oncologie. /data/revues/00034487/v0160i04/02001713/ [Internet]. [cited 2015 Sep 22]; Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/8792>
39. Birmelé B, Lemoine M. Éducation thérapeutique: transmission de connaissances ou de croyances? *Éthique Santé*. 2009;6(2):66–72.
40. Verloo H, Mpinga EK, Ferreira M, Rapin C-H, Chastonay P. Morphinofovia: the situation among the general population and health care professionals in North-Eastern Portugal. *BMC Palliat Care*. 2010;9:15.
41. Reneaux C. Représentations des traitements morphiniques chez les patients en situation palliative. [Nancy]: faculté de médecine; 2012.

## 4. ANNEXES

---

### 4.1 ANNEXE 1: QUESTIONNAIRE

---

#### QUESTIONNAIRE

NOUS RÉALISONS UNE ÉTUDE SUR LES REPRÉSENTATIONS DE LA MORPHINE AUPRÈS DES PATIENTS AFIN D'ADAPTER AU MIEUX VOTRE INFORMATION SUR LE SUJET.  
VOUS POUVEZ NOUS AIDER EN RÉPONDANT À CE QUESTIONNAIRE.  
IL RESTERA ANONYME.

PAR AVANCE MERCI.

CONSIGNE : 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 : Votre niveau de scolarisation : Primaire  Collège/CAP/BEP  Lycée/bac   
Supérieur

4 : Votre situation professionnelle: En activité  En invalidité  retraité   
Au chômage  Etudiant  autre

Dernière profession exercée : .....

5 : Prenez-vous ou avez-vous déjà pris de la morphine\* ? oui  non

\*Il existe plusieurs commercialisations de morphines avec des noms différents :

formes orales	formes intra-nasales	patches	formes injectables
OXYCONTIN, OXYNORM, ACTISKENAN, SKENAN, MOSCONTIN, KAPANOL, SEVREDOL, ORAMORPH, ACTIQ, ABSTRAL, EFFENTORA	INSTANYL	DUROGESIC, FENTANYL, MATRIFEN	MORPHINE

**-Si non, passez directement à la question 6**

-Si oui : pour quel motif ?.....

-Qui vous a prescrit cette morphine ?

- votre médecin généraliste
- un spécialiste en ville
- son remplaçant
- un médecin à l'hôpital

-Vous a-t-on assez informé sur ce traitement et ses effets secondaires ? oui  non

-Avez-vous respecté la durée et la dose prescrites ? oui  non

-Si non : pour quelle(s) raison(s) ?

.....

.....

.....

.....

**6: Souffrez-vous de douleurs chroniques quotidiennes?** (arthrose, fibromyalgie, rhumatismes, douleurs en lien avec un cancer, ulcères cutanés, autres...) oui  non

-Si oui : de quoi s'agit-il ?.....

-Êtes-vous suffisamment soulagé par vos traitements actuels ? oui  non

**7 : Dans votre entourage proche, connaissez-vous quelqu'un qui reçoit ou qui a reçu de la morphine ?** oui  non

-Si oui : pourquoi en a-t-il reçu ? .....

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

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

**9 : Si vous souffriez de douleurs très intenses non soulagées par d'autres médicaments, prendriez-vous la morphine prescrite par votre médecin de confiance ?**

- Oui et je respecterais la dose et la durée prescrites
- Oui mais je diminuerais la dose et/ou la durée prescrite
- Non, je refuserais
- Je ne sais pas

**10 : 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 bonnes ou de mauvaises réponses, 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 est un produit réservé à la fin de vie				
La morphine raccourcit la vie				
La morphine fait peur				
La morphine n'est utilisée que pour les maladies très graves				
La morphine diminue l'espoir				
La morphine est dangereuse				
La morphine est tabou				
La morphine doit être évitée au maximum				

**Merci pour votre aide dans la réalisation de cette étude. Si cela soulève des questions concernant la morphine, n'hésitez pas à en parler à votre médecin.**

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté

**Titre de Thèse : Représentations des patients sur la morphine en médecine générale**

---

**RESUME**

**-Introduction :** La morphine est un antalgique de choix dans la prise en charge de la douleur. On sait qu'une prescription de morphine peut être source d'anxiété pour le patient. Etudier les représentations du patient sur la morphine permet de mieux anticiper les réactions de celui-ci en cas de prescription de morphine et d'en améliorer l'observance.

**-Objectif :** mettre en évidence les représentations des patients de médecine générale sur la morphine et les facteurs de risque associés aux représentations erronées.

**-Matériel et méthode :** il s'agit d'une étude quantitative et qualitative, le recueil de données était réalisé à l'aide d'un questionnaire auto-rempli par les patients qui se rendaient chez leur médecin traitant. Le questionnaire comportait un recueil d'association libre d'idées sur la morphine, une auto-évaluation d'observance hypothétique à la morphine, une évaluation des représentations objectives et subjectives sur la morphine.

**-Résultats :** 230 patients ont répondu au questionnaire, 36% d'entre eux avaient déjà pris de la morphine. 52,4% estimaient avoir mal été informé sur la morphine lors de sa prescription. Le mot « morphine » était associé en premier lieu à la notion d'antalgique, puis de dépendance et enfin de douleur. Seulement 2,6% refuseraient d'en prendre en cas de douleur intense non soulagée par d'autres antalgiques. Les patients qui avaient les représentations les plus négatives sur la morphine étaient ceux qui n'avaient jamais pris de morphine, ceux qui en avaient pris pour une maladie grave, ceux qui avaient le sentiment d'avoir mal été informés lors d'une prescription de morphine, ceux qui n'avaient pas respecté une prescription antérieure de morphine. La morphine faisait plus peur aux étudiants et aux personnes n'ayant personne dans leur entourage prenant de la morphine.

**-Conclusion :** la morphine reste lourde de connotations négatives dans l'imaginaire collectif mais les représentations sur la morphine évoluent avec le temps et les patients semblent moins réticents à son égard. Une information claire et compréhensible sur la morphine auprès des patients reste indispensable pour lutter contre les idées reçues.

---

**MOTS-CLES :**

Morphine, Représentations sociales, Opiophobie, Observance