



HAL
open science

Difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques en médecine générale dans le bassin grenoblois

Mariwenn Binoist, Mathieu Cochin

► **To cite this version:**

Mariwenn Binoist, Mathieu Cochin. Difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques en médecine générale dans le bassin grenoblois. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00828882

HAL Id: dumas-00828882

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00828882>

Submitted on 31 May 2013

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

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

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année 2012

DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DOULOUREUX
CHRONIQUE EN MEDECINE GENERALE DANS LE BASSIN
GRENOBLOIS

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

BINOIST Mariwenn
Née le 15 Février 1984 à Villepinte

&

COCHIN Mathieu
Né le 9 Mars 1982 à Pontoise

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Le 14 Décembre 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Professeur Philippe GAUDIN

Membres M. le Professeur Robert JUVIN
M. le Docteur François PAYSANT
Mme le Docteur Katell MIGNOTTE
M. le Docteur Jean-Michel PELLAT

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

N° poste HARPEGE	N° poste ministère	Occupation Actuelle	Discipline universitaire
2304	0100	ALBALADEJO Pierre Depuis 01/09/2008	Anesthésiologie réanimation
2315	0174	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine Depuis de 01/09/2007	chirurgie générale
2369	0041	BACONNIER Pierre Depuis 01/10/1993	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
2295	0008	BAGUET Jean-Philippe Depuis 01/09/2006	Cardiologie
2431	0024	BALOSSO Jacques Depuis 01/09/2003	Radiothérapie
2301	0919	BARRET Luc Depuis 01/10/1992	Médecine légale et droit de la santé
2302	0048	BAUDAIN Philippe Depuis 01/05/1990	Radiologie et imagerie médicale
2363	0063	BEANI Jean-Claude Depuis 01/10/1992	Dermato-vénérologie
2290	0003	BENHAMOU Pierre Yves Depuis 01/09/2003	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
2495	0031	BERGER François Depuis 01/09/2001	Biologie cellulaire
2307	1117	BLIN Dominique 01/07/1990 au 01/01/2010	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
2456	0039	BONAZ Bruno Depuis 01/09/2001	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
5179	1453	BOSSON Jean-Luc Depuis 01/01/2006	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
2416	0011	BOUGEROL Thierry Depuis 01/09/1998	Psychiatrie d'adultes
2372	0013	BOUILLET Laurence Depuis 01/09/2012	Médecine interne
2309	0954	BRAMBILLA CHRISTIAN Depuis 01/10/1989	Pneumologie
2368	0004	BRAMBILLA Elisabeth Depuis 01/10/1993	Anatomie et cytologie pathologiques
2302	0048	BRICAULT Ivan Depui 01/09/2011	Radiologie et imagerie médicale
2365	0900	BRICHON Pierre-Yves Depuis 01/10/1993	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire

2294	0043	CAHN Jean-Yves Depuis 01/09/2004	Hématologie
2405	0017	CARPENTIER Françoise Depuis 01/09/1997	Thérapeutique, médecine d'urgence
2310	0020	CARPENTIER Patrick Depuis 01/10/1990	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
2425	0030	CESBRON Jean-Yves Depuis 01/09/1999	Immunologie
2308	0110	CHABARDES Stephan Depuis 01/09/2010	Neurochirurgie
2535	0725	CHABRE Olivier Depuis 01/09/2002	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
2316	0061	CHAFFANJON Philippe Depuis 01/09/2005	Anatomie
2340	0134	CHAVANON Olivier Depuis 01/09/2006	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
2297	0190	CHIQUET Christophe Depuis 01/09/2007	Ophthalmologie
2311	0062	CHIROSEL Jean-Paul Depuis 01/06/1990	Anatomie
2343	0233	CINQUIN Philippe Depuis 01/10/1992	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
3551	1414	COHEN Olivier Depuis 01/09/2003	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
5237	0103	COUTURIER Pascal Depuis 01/09/2007	Gériatrie et biologie du vieillissement
2306	0077	CRACOWSKI Jean-Luc Depuis 01/09/2009	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
2313	0879	DE GAUDEMARIS Régis Depuis 01/07/1992	Médecine et santé au travail
2322	0032	DEBILLON Thierry Depuis 01/09/2003	Pédiatrie
8855	0084	DEMATTEIS Maurice Depuis 01/09/2010	Addictologie
2344	1009	DEMONGEOT Jacques Depuis 01/10/1989	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
2403	0022	DESCOTES Jean-Luc Depuis 01/09/1997	Urologie
4068	1437	ESTEVE François Depuis 01/09/2004	Biophysique et médecine nucléaire
2361	0034	FAGRET Daniel Depuis 01/10/1992	Biophysique et médecine nucléaire

2493	0055	FAUCHERON Jean-Luc <i>Depuis 01/09/2001</i>	<i>chirurgie générale</i>
2447	0047	FERRETTI Gilbert <i>Depuis 01/09/2000</i>	<i>Radiologie et imagerie médicale</i>
2317	0005	FEUERSTEIN Claude <i>Depuis 01/07/1992</i>	<i>Physiologie</i>
5178	1452	FONTAINE Eric <i>Depuis 01/01/2006</i>	<i>Nutrition</i>
2411	0028	FRANCOIS Patrice <i>Depuis 01/09/1998</i>	<i>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</i>
9594	0072	GARBAN Frédéric <i>Depui 01/09/2011</i>	<i>Hématologie, transfusion</i>
2491	0053	GAUDIN Philippe <i>Depuis 01/09/2001</i>	<i>Rhumatologie</i>
2296	0052	GAVAZZI Gaetan <i>Depui 01/09/2011</i>	<i>Gériatrie et biologie du vieillissement</i>
2300	0065	GAY Emmanuel <i>Depuis 01/09/2004</i>	<i>Neurochirurgie</i>
2318	9901	GRIFFET Jacques <i>Depuis 01/03/2010</i>	<i>Chirurgie infantile</i>
2372	0013	HALIMI Serge <i>Depuis 01/10/1990</i>	<i>Nutrition</i>
2339	0102	HENNEBICQ Sylviane <i>Depuis 01/09/2012</i>	<i>Génétique et procréation</i>
2305	0027	HOFFMANN Pascale <i>Depuis 01/09/2012</i>	<i>Gynécologie obstétrique</i>
2384	0012	HOMMEL Marc <i>Depuis 01/09/1995</i>	<i>Neurologie</i>
2404	1317	JOUK Pierre-Simon <i>Depuis 01/09/1997</i>	<i>Génétique</i>
2364	0014	JUVIN Robert <i>Depuis 01/10/1993</i>	<i>Rhumatologie</i>
5235	0069	KAHANE Philippe <i>Depuis 01/09/2007</i>	<i>Physiologie</i>
2508	0050	KRACK Paul <i>Depuis 01/09/2003</i>	<i>Neurologie</i>
2338	0912	KRAINIK Alexandre <i>Depuis 01/09/2009</i>	<i>Radiologie et imagerie médicale</i>
2344	1009	LABARERE José <i>Depuis 01/09/2012</i>	<i>Département de veille sanitaire</i>
5176	1480	LANTUEJOL Sylvie <i>Depuis 01/09/2008</i>	<i>Anatomie et cytologie pathologiques</i>

2323	0018	LE BAS Jean-François <i>Depuis 01/06/1992</i>	Biophysique et médecine nucléaire
2324	0042	LEBEAU Jacques <i>Depuis 01/10/1989</i>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
2507	0015	LECCIA Marie-Thérèse <i>Depuis 01/09/2002</i>	Dermato-vénérologie
2392	0006	LEROUX Dominique <i>Depuis 01/09/1996</i>	Génétique
2303	0064	LEROY Vincent <i>Depuis 01/09/2007</i>	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
2325	0026	LETOUBLON Christian <i>Depuis 01/05/1992</i>	chirurgie générale
2401	0033	LEVY Patrick <i>Depuis 01/09/1997</i>	Physiologie
2327	0112	LUNARDI Joël <i>Depuis 01/10/1992</i>	Biochimie et biologie moléculaire
2328	0045	MACHECOURT Jacques <i>Depuis 01/10/1989</i>	Cardiologie
2329	0184	MAGNE Jean-Luc <i>Depuis 01/07/1990</i>	Chirurgie vasculaire
5233	3755	MAITRE Anne <i>Depuis 01/09/2007</i>	Médecine et santé au travail
2500	0056	MAURIN Max <i>Depuis 01/09/2002</i>	Bactériologie - virologie
2330	0021	MERLOZ Philippe <i>Depuis 01/10/1991</i>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
2332	0007	MORAND Patrice <i>Depuis 01/09/2007</i>	Bactériologie - virologie
2362	0071	MORO Elena <i>Depuis 01/09/2012</i>	Neurologie
2293	0046	MORO-SIBILOT Denis <i>Depuis 01/09/2005</i>	Pneumologie
2380	0010	MOUSSEAU Mireille <i>Depuis 01/09/1994</i>	Cancérologie
2331	0001	MOUTET François <i>Depuis 01/10/1990</i>	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
2311	0062	PALOMBI Olivier <i>Depui 01/09/2011</i>	Anatomie
2379	0019	PASSAGIA Jean-Guy <i>Depuis 01/09/1994</i>	Anatomie

2393	0009	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François Depuis 01/09/1996	Anesthésiologie réanimation
2486	0889	PELLOUX Hervé Depuis 01/09/2001	Parasitologie et mycologie
2291	0057	PEPIN Jean-Louis Depuis 01/09/2004	Physiologie
2395	1318	PERENNOU Dominique Depuis 01/04/2008	Médecine physique et de réadaptation
2312	0051	PERNOD Gilles Depuis 01/09/2007	Médecine vasculaire
2314	0060	PIOLAT Christian Depuis 01/09/2009	Chirurgie infantile
2381	0671	PISON Christophe Depuis 01/09/1994	Pneumologie
2333	0044	PLANTAZ Dominique Depuis 01/09/2003	Pédiatrie
2412	0038	POLACK Benoît Depuis 01/09/1998	Hématologie
2414	0066	PONS Jean-Claude Depuis 01/09/1998	Gynécologie obstétrique
2334	0058	RAMBEAUD Jacques Depuis 01/07/1991	Urologie
2367	0911	REYT Emile Depuis 01/10/1992	Oto-rhino-laryngologie
2307	1117	RIGHINI Christian Depuis 01/09/2010	Oto-rhino-laryngologie
2335	0023	ROMANET J. Paul Depuis 01/10/1991	Ophthalmologie
2336	0025	SARAGAGLIA Dominique Depuis 01/07/1992	Chirurgie orthopédique et traumatologie
2298	0913	SCHMERBER Sébastien Depuis 01/09/2005	Oto-rhino-laryngologie
2326	0037	SCHWEBEL Carole Depuis 01/09/2012	Réanimation médicale
2387	1281	SERGEANT Fabrice Depui 01/09/2011	Gynécologie obstétrique
2320	0059	SESSA Carmine Depuis 01/09/2005	Chirurgie vasculaire
2341	1026	STAHL Jean-Paul Depuis 01/10/1992	Maladies infectieuses, maladies tropicales

2337	0002	STANKE Françoise Depuis 01/09/2011	<i>Pharmacologie fondamentale</i>
2321	0054	TIMSIT Jean-François Depuis 01/09/2004	<i>Réanimation</i>
2319	0088	TONETTI Jérôme 01/09/2007 au 31/12/2010	<i>Chirurgie orthopédique et traumatologie</i>
2370	0074	TOUSSAINT Bertrand Depuis 01/09/2008	<i>Biochimie et biologie moléculaire</i>
2428	0016	VANZETTO Gérald Depuis 01/09/1999	<i>Cardiologie</i>
2430	0035	VUILLEZ Jean-Philippe Depuis 01/09/1999	<i>Biophysique et médecine nucléaire</i>
9591	0117	WEIL Georges Depui 01/09/2011	<i>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</i>
2292	0878	ZAOUI Philippe Depuis 01/09/2002	<i>Néphrologie</i>
2377	0036	ZARSKI Jean-Pierre Depuis 01/09/1994	<i>Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie</i>

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

N° poste HARPEGE	N° poste ministère	Occupation Actuelle	Discipline universitaire
2487	0070	APTEL Florent Depuis 01/09/2012	<i>Ophthalmologie</i>
2354	0118	BOISSET Sandrine Depuis 01/09/2012	<i>Agents infectieux</i>
2350	0137	BONNETERRE Vincent Depuis 01/09/2011	<i>Médecine et santé au travail</i>
2371	1226	BOTTARI Serge Depuis 01/10/1993	<i>Biologie cellulaire</i>
2444	0081	BOUTONNAT Jean Depuis 01/09/2000	<i>Cytologie et histologie</i>
2489	0090	BOUZAT Pierre Depuis 01/09/2012	<i>Réanimation</i>
2513	0131	BRENIER-PINCHART M.Pierre Depuis 01/11/2001	<i>Parasitologie et mycologie</i>
2492	0099	BRIOT Raphaël Depuis 01/09/2009	<i>Thérapeutique, médecine d'urgence</i>
3549	1415	CALLANAN-WILSON Mary Depuis 01/09/2002	<i>Hématologie, transfusion</i>
2524	0114	DERANSART Colin Depuis 01/09/2004	<i>Physiologie</i>
2427	0136	DETANTE Olivier Depuis 01/09/2009	<i>Neurologie</i>
2356	0138	DIETERICH Klaus Depuis 01/09/2012	<i>Génétique et procréation</i>
2378	0132	DUMESTRE-PERARD Chantal Depuis 01/09/2004	<i>Immunologie</i>

2424	0109	EYSSERIC Hélène Depuis 01/10/2009	<i>Médecine légale et droit de la santé</i>
2497	0082	FAURE Julien Depuis 01/09/2008	<i>Biochimie et biologie moléculaire</i>
2345	0908	GILLOIS Pierre Depuis 01/09/2010	<i>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</i>
2383	0089	GRAND Sylvie Depuis 01/09/1995	<i>Radiologie et imagerie médicale</i>
2410	0130	GUZUN Rita Depuis 01/09/2012	<i>Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique</i>
2351	0113	LAPORTE François Depuis 01/10/1991	<i>Biochimie et biologie moléculaire</i>
2391	0073	LARDY Bernard Depuis 01/09/2007	<i>Biochimie et biologie moléculaire</i>
2402	0097	LARRAT Sylvie Depuis 01/09/2009	<i>Bactériologie, virologie</i>
2496	0078	LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine Depuis 01/09/2001	<i>Physiologie</i>
2352	0133	MALLARET Marie-Reine Depuis 01/08/1992	<i>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</i>
2538	0085	MAUBON Danièle Depuis 01/09/2010	<i>Parasitologie et mycologie</i>
2348	0123	MC LEER (FLORIN) Anne Depuis 01/09/2011	<i>Cytologie et histologie</i>
2488	0956	MOREAU-GAUDRY Alexandre Depuis 01/09/2008	<i>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</i>
2353	0119	MOUCHET Patrick Depuis 01/10/1992	<i>Physiologie</i>
5521	1454	PACLET Marie-Hélène Depuis 01/09/2007	<i>Biochimie et biologie moléculaire</i>
2445	0162	PAYSANT François Depuis 01/02/2008	<i>Médecine légale et droit de la santé</i>
5201	1481	PELLETIER Laurent Depuis 01/01/2006	<i>Biologie cellulaire</i>
2440	0120	RAY Pierre Depuis 01/09/2003	<i>Génétique</i>
2494	1399	RIALLE Vincent Depuis 01/09/2001	<i>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</i>
2357	0111	ROUX-BUISSON Nathalie Depuis 01/09/2012	<i>Biochimie, toxicologie et pharmacologie</i>
2400	0106	SATRE Véronique Depuis 01/09/2005	<i>Génétique</i>
2359	1010	STASIA Marie-Josée Depuis 01/08/1992	<i>Biochimie et biologie moléculaire</i>
2349	0087	TAMISIER Renaud Depuis 01/09/2006	<i>Physiologie</i>

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	10
RÉSUMÉ	14
I / INTRODUCTION	15
II / MATÉRIEL ET MÉTHODE	18
II.1 Bibliographie	18
II.2 Le choix de la méthode	18
II.3 Le recueil des données	18
II.4 Le choix des lieux d'interview	19
II.5 Le choix de la population	19
II.6 Le déroulement des entretiens	19
II.7 Le choix du nombre d'entretiens	19
II.8 L'analyse des données	19
III / RÉSULTATS.....	20
III.1. POPULATION	20
III.2. DIFFICULTÉS RESENTIES DANS LE SUIVI DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	21
III.2.1. DIFFICULTÉS TECHNIQUES	21
III.2.1.1 Les difficultés de nature thérapeutique	21
III.2.1.2 Les difficultés liées à l'évaluation de la douleur	23
III.2.1.3 Les difficultés du travail en réseau	25
III.2.1.4 Les difficultés de gestion de la consultation	27
III.2.1.5 Les difficultés liées à la formation	29
III.2.1.6 Les difficultés liées à la prise en charge psychologique	29
III.2.2. DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES DU SOIGNANT	31
III.2.3. DIFFICULTÉS DANS LA RELATION MÉDECIN / PATIENT	33
III.2.4. ÉVOLUTION DE LA PROFESSION	36
III.2.5. CAS NÉGATIF	38
IV / DISCUSSION	39
IV.1. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE	39
IV.1.1 Forces de l'étude	39
IV.1.2 Faiblesses de l'étude	40
IV.2. RÉSULTATS ATTENDUS	40
IV.2.1 Des difficultés thérapeutiques	40
IV.2.2 Une évaluation qui demande du temps	41
IV.2.3 Une problématique d'accès aux soins	42
IV.3. RÉSULTATS INATTENDUS	43
IV.3.1 Une relation médecin / patient complexe	43
IV.3.2 Une formation non optimisée	44
IV.3.3 Une communication en porte-à-faux	45
IV.3.4 Le paradoxe d'être soignant	46
IV.3.5 Technicisation de la médecine moderne = déshumanisation	47
IV.3.6 Le déclin de la médecine toute puissante	48
V / CONCLUSION	49
LISTE DES ABRÉVIATIONS	51
BIBLIOGRAPHIE	52

REMERCIEMENTS

Au Président du jury :

Monsieur le professeur Philippe GAUDIN,

Pour l'honneur que vous nous faites de présider cette thèse. Nous vous exprimons nos sincères remerciements et notre respect.

Aux membres du jury :

A madame le Docteur Katell MIGNOTTE, directrice de thèse,

Merci de nous avoir proposé ce sujet de thèse qui nous a passionné, pour ta disponibilité et l'accompagnement dans ce travail.

A monsieur le Professeur Robert JUVIN,

Pour avoir accepté de juger ce travail et l'intérêt porté à la médecine générale, soyez assuré de notre reconnaissance.

A monsieur le Docteur François PAYSANT,

Pour avoir accepté de participer à ce jury et pour l'intérêt que vous avez porté à cette thématique originale.

A monsieur le Docteur Jean-Michel PELLAT,

Merci pour la relecture de ce travail et les encouragements reçus veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude.

A ceux qui ont permis notre travail :

A monsieur le Docteur Patrick IMBERT,

Pour avoir fait germer la graine de la recherche qualitative en nous, soyez assuré de notre reconnaissance et de notre plus profond respect.

Aux médecins volontaires,

Merci de nous avoir accordé un temps qui vous est précieux, merci pour la sympathie de ces échanges, et pour l'intérêt que vous avez montré pour le sujet. Nous avons vécu ces rencontres comme de vrais moments de partage.

Aux relecteurs :

Virginie, Solène, Lyne, Solen, Sandra

Remerciements de Mariwenn

A Mathieu, co-thésard de choc : Pour ta motivation et ton travail. Je suis ravie d'avoir travaillé cette thèse avec toi.

A mes co-internes, notamment Sophie, Virginie, Marie, Benoît, Mathilde, Morine, Christine.

A tous les médecins, infirmières, soignants mais aussi patients qui ont ponctué mon parcours jusqu'à aujourd'hui. Tous ont contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

A l'équipe de Mistral : merci de m'accueillir pour ma nouvelle vie de Docteur.

A Virginie et Thomas, les « Brachon », pour les soirées hautes en couleur, le vin, le vélo, le coq-au-vin, judo-boy, le baby sitting, la tartiflette... bref vous !! vous allez nous manquer !!

A mes amies d'enfance, Lyne et Solène, vous m'accompagnez de loin depuis si longtemps !! C'est toujours un plaisir de vous retrouver.

A Nafi-Amélie : peu de mots peuvent exprimer notre amitié. Elle m'est chère et j'espère sera encore longue et riche.

A ma grande famille : oncles, tantes, cousins, cousines : vous êtes mon refuge !

A mes grands parents : Vous tenez une grande place dans ma vie, je vous dédie cette thèse.

A mon parrain et sa femme (ma marraine de cœur) : pour avoir fait le voyage de Bretagne ce jour, les repas, le punch, le chocolat et le bonjour, les (longues) discussions nous manquent...

A mon bof, Jehann, et Claire : pour les week-end en famille, la montagne, le Sud, le cubi, le shopping, le réveillon. Et a mes nièces Laurie et Maelle.

A mes parents : vous m'avez tout offert : une belle enfance, un soutien permanent, et votre amour qui m'accompagnera toujours. Ma réussite dans ce métier que j'aime, c'est avant tout à vous que je la dois.

A ma sœur, mon modèle de toujours. Toujours là pour jouer avec moi, pour m'accompagner à l'école, pour m'aider en maths et en physiques... et aujourd'hui relire ma thèse ! La vie nous rapproche et je suis heureuse de te retrouver !

A Christophe, pour ta présence, ta patience, ton amour. Depuis 10 ans : le TGV, MSN, Rennes, l'externat, le concours, Grenoble, l'internat, la thèse... Et entre temps Malo, notre fils venu combler notre bonheur.

Remerciement de Mathieu

A ma co-thésarde Mariwenn, merci pour ce travail réalisé ensemble dans la bonne humeur.

A ma famille sans qui rien ne serai :

A mon grand frère Guillaume, par ta bienveillance à mon égard je me suis toujours senti protégé. Je te remercie pour ce que tu m'as appris, la sensibilité et la combativité. Pour tous ces moments partagé et cette complicité fraternel.

A ma grande sœur Céline, tu m'as appris le sens de la rigueur et du partage. Merci pour cet exemple que tu représentes toujours. Merci à Vin's Romane et Mathilde d'agrandir la famille avec vitalité.

A ma petite sœur Pauline, pour ta joie, ton humour tranchant, tes coups de gueule poussées haut. Je te kiffe.

A mon Père pour m'avoir poussé à oser. Pour nous avoir donné tant et notamment cette vocation du soin à l'autre. Merci d'avoir fait naître en moi le désir insoutenable de traverser cette cour de récréation en primaire pour apprendre le plus beau métier du monde. Le chemin était en fait un peu plus long ...

A ma Mère pour nous avoir accompagner et suivi de près pour l'épanouissement de chacun. Tu nous as donné le meilleur.

A GrandMam pour sa vitalité de chaque jour, ton sens aiguisé de la curiosité, pour ton accueil au refuge de la Cadière. Grand Pape veille aussi sur ce sanctuaire de paix.

A Bon Papa et Mamie pour leurs nombreuses valeurs transmises. Vous êtes une force de chaque jour.

A Riton pour m'avoir contaminer au virus parapente : que c'est bon de voler !

A Habiba pour ses bonnes bouffes et ses spécialités Tunisiennes qui représente une vrai drogue.

A mes Oncles et Tantes pour votre bienveillance et l'effervescence de cette famille ; aux nombreux cousins et cousines.

Ces racines me sont précieuses.

Je vous remercie pour votre soutient sans faille durant ce chemin.

A mes formateurs :

A certains enseignants du collège qui ont fortement contribué à mon calvaire scolaire.

Aux enseignants de la fac de médecine de Grenoble qui m'ont enfin apporter ce que je désirais. Aux médecins du CHU qui m'ont offert un externat de qualité. (Dr Bosserai, Dr Gavazzi, Dr Falcon, Dr Lavagne, Dr Forli ...)

Aux Dr Créton et Dr Béziaud qui m'ont beaucoup appris sur la relation médecins-patients ainsi que toute l'équipe des soins palliatifs pour leur humanité. Christine pour ta joie de vivre, ton dynamisme et ton dévouement tu es un exemple.

Aux Dr Achkar et Darmon qui m'ont permis de rédiger ce travail dans de très bonnes conditions. Merci pour votre accueil à l'Alpes d'Huez et la formation. Vous m'avez donné l'envie d'exercer en montagne.

Aux proches :

Ceux qui m'habitent : La famille Bauters et particulièrement Maud qui me donne chaque jour la soif de comprendre.

A JB parti trop tôt ; ta présence quotidienne me donne la force du combat pour la vie.

Merci aux amis de longue date : c'est bon de s'accompagner et de grandir ensemble !

Merci pour tous ces instants de bonheur partager et ceux à venir...

Rom, Greg, Manu, PJ, Dave, Nar's, Dam's, Tri, Ju, Lois, Cloé, Solange, Math la famille s'est agrandi depuis et le noyau résiste ! Vous m'avez toujours soutenu durant ces années.

Vous êtes moteur dans ma vie ! Merci

Big Up à la team Grenobloise qui s'est formé depuis les premières années d'étude avec l'internat en point d'orgue : merci à Pich pour tes facultés pédagogique tu m'as tiré vers le haut ; l'ouverture d'esprit et ta qualité de réflexion ; nous ferons un monde meilleur, I hope ! ;))

A PY toujours prêt à mettre le brin dans une sale de révision ! Bonne humeur oblige merci pour ta force vie ! Continu à te battre pour tes idéaux, ils sont nobles.

A Flo pour ton moral inattaquable ton amitié sans faille ta générosité.

A Delph pour ta finesse d'esprit et ta constance ; tu es un model de sagesse.

A la salle du RDC JR ! (Pich PY Flo Delph Julia Audrey Léa Virg Volga les fléchettes les leçons Aubades ...) Big up pour cette 6^e années de boulot de partage, d'émulation et de soutien ! Sans vous tout aurait été plus dur ! Merci

Merci Marie pour ton soutien et ces moments partagés pendant l'externat.

Merci aux potes de Fac : Ben Gérem Minor Gab Polo Detri Amé Marisa Marine PopNeger

Antho Moineau Bat Tib Maya Pedro (pour ta bonne humeur et tes coups de gueule légendaires !) Ali Iana Julio Manon Rob Sarah Les Berbos pour toutes ces soirées inoubliables Beauduc ou le col et celles à venir ...

Gé Yan Pour les découvertes fortes en paralpinisme et l'alpi !

A Sandra pour ton amour, ta patience, ta joie de vivre ; tu me rends heureux, j'espère partager encore davantage avec toi. Merci pour cet arc en ciel où volent les papillons de la vie.

RESUMÉ

INTRODUCTION :

La douleur chronique est une pathologie fréquente : elle touchait 15 % de la population française en 2006. Les 3 plans de lutte contre la douleur menés depuis 1998 ont permis une amélioration de la formation des médecins. Une étude menée sur les étudiants en médecine en 2007 avait montré que la prise en charge des patients douloureux chroniques était complexe et frustrante. L'objectif principal de cette recherche était de mettre en lumière les difficultés rencontrées par les praticiens lors de la prise en charge des patients douloureux chroniques.

MATERIEL ET MÉTHODE :

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés jusqu'à saturation des données. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits intégralement puis analysés de manière thématique avec un triple codage. L'échantillon était raisonné et diversifié.

RÉSULTATS :

Treize entretiens ont été enregistrés dans le bassin Grenoblois. Quatre grands thèmes ont été identifiés : les difficultés d'ordre technique (thérapeutique, évaluation, réseau, formation), les difficultés psychologiques pour le soignant, les difficultés dans la relation médecin-patient et les difficultés liées à l'évolution de l'exercice médical. Les difficultés d'ordre pharmacologiques ont été évoquées, avec des molécules difficiles à manier, peu efficaces et présentant des effets secondaires fréquents. L'observance thérapeutique n'était pas optimale. La relation médecin-malade était décrite comme complexe, nécessitant du temps, de l'empathie, et une formation basée sur l'humain et l'accompagnement psychologique. Les craintes de l'isolement et du *burn-out* ont été évoquées.

CONCLUSION :

Les résultats de cette étude pourraient suggérer une modification de l'enseignement initial dispensé aux médecins généralistes à propos de la gestion de la douleur chronique, avec une prise en compte de la relation médecin-malade dans la thérapeutique. Cette thèse s'inscrit dans une étude nationale, multicentrique, qui étudiera aussi les difficultés des internes de médecine générale et le vécu des patients douloureux chroniques. Elle permettra peut-être de dégager des outils de formation permettant une meilleure prise en charge de ces patients.

MOTS CLÉS :

Douleur chronique, médecine générale, relation médecin-malade, thérapeutique antalgique, évaluation douleur, formation médicale, étude qualitative.

I / INTRODUCTION

La douleur a été décrite en 1976 par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur comme "une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent, ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage". Cette définition a essayé de prendre la douleur en compte dans toute sa complexité : organique et psychologique. Elle prenait le risque de délaissier les cas où la douleur ne s'exprimait que par des changements de comportement ou d'attitude, notamment aux âges extrêmes de la vie.

La douleur aiguë se différencie de la douleur chronique qui évolue dans le temps (3 à 6 mois selon les consensus) (1).

En 2008 la Haute Autorité de Santé en donnait une définition plus globale : « *la douleur chronique (ou syndrome douloureux chronique) est un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient* » (2). Cette définition a mis en valeur la complexité, la variabilité et la subjectivité liées à la douleur chronique qui en font toute la difficulté tant au niveau de son évaluation que de son traitement et sa prise en charge globale.

La douleur chronique peut être liée à une pathologie cancéreuse ou musculo-squelettique, neurologique, psychogène...

La douleur chronique s'intègre dans des situations cliniques variées et souvent complexes. Contrairement à la douleur aiguë ponctuelle, la douleur chronique, du fait de sa durée, de sa persistance malgré les traitements antalgiques usuels, entraîne des séquelles invalidantes ayant des retentissements majeurs sur la qualité de vie du patient et son environnement social.

En 2009, la douleur chronique était considérée comme un phénomène pluridimensionnel somatique et psychosocial qu'il convenait de prendre en charge de façon multidimensionnelle (1).

L'omnipraticien était le premier recours pour la prise en charge de douleurs chroniques telles que la migraine ou les douleurs rhumatologiques. C'était une problématique importante du médecin généraliste, la prévalence de la douleur représentant 45 % des motifs de consultation (3).

Cinquante pourcent des 65-84 ans vivant à leur domicile ressentait des douleurs physiques d'intensité importante. La douleur chronique concernait entre 50 % et 93 % des personnes vivant en institution (4).

Sept millions de Français souffraient en 2006 de douleur chronique soit 15 % de la population. Parmi eux 18 % souffraient depuis plus de 20 ans (5).

Quarante cinq pourcent des patients douloureux chroniques ont conduit le médecin à prescrire des arrêts de travail dont la durée moyenne cumulée dépassait quatre mois par an selon une étude menée en Ile de France (6).

La douleur chronique en France devient une préoccupation de santé publique. Trois plans ministériels de la santé ont vu le jour depuis 1998 en vue d'améliorer la prise en charge des patients douloureux chroniques :

- la première étape (1998 - 2002) a permis le financement de structures multidisciplinaires pour l'évaluation et le traitement de la douleur chronique rebelle. L'accès aux antalgiques forts a été facilité par le remplacement du carnet à souche par des ordonnances sécurisées à partir du premier octobre 2000 (2),(7)

- le deuxième plan national contre la douleur (2002 - 2005), s'est attaché à l'organisation des soins autour des centres pluridisciplinaires et à faire connaître leur existence auprès des médecins généralistes mais aussi du public. La notion de filière de soins émergeait (2),(7). Cette même année, paraissait la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins qui reconnaissait le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne (8)

- le troisième plan (2006 - 2010) orientait vers une meilleure structuration de la filière de santé : faciliter l'accès aux structures de prise en charge de la douleur chronique, partager les expériences de soins entre les différentes régions, renforcer l'action des réseaux, définir et intégrer des objectifs et indicateurs d'amélioration de la prise en charge de la douleur (2)

En 2007, malgré la mise en place des « plans douleur », la prise en charge de la douleur restait la première attente des associations de patients souffrants de pathologies chroniques (2).

Médecins et patients rapportaient une insatisfaction face à la prise en charge de la douleur chronique (9). Celle-ci n'a pas progressé et les difficultés ont plutôt eu tendance à augmenter du

fait d'un nombre de patients plus important (10).

Par sa nature subjective, la douleur chronique a longtemps été sous-estimée (7). Quarante-vingt un pourcent des médecins généralistes estimaient que la douleur chronique et son impact sur la qualité de vie étaient sous-estimés. Quarante-trois pourcent des omnipraticiens affirmaient connaître la conduite à tenir devant des douleurs persistantes après traitement (5).

Une mauvaise connaissance des mécanismes et de la prise en charge de la douleur chronique, tant sur le plan somatique que psycho comportemental, pouvait présenter un risque de rejet mutuel. Le médecin se sentant inefficace finissait par douter de son malade et le malade de la bonne volonté et des compétences de son médecin. La situation risquait d'évoluer vers une impasse relationnelle et thérapeutique(11),(12).

Une étude menée sur des étudiants en médecine avait montré que la prise en charge des patients douloureux chroniques était complexe et frustrante (13). La recherche présentée ici avait pour but d'étudier le ressenti des médecins généralistes avec une méthode qualitative.

Quelles sont les difficultés de prise en charge globale de la douleur chronique en soins primaires ?

Ce travail de thèse s'inscrit dans l'étude DOLMEN, menée au niveau national. Le but est de mettre en miroir les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'accompagnement des patients douloureux chroniques avec le ressenti des patients en vue de répondre à la question : « Que devons-nous enseigner du soin au patient douloureux chroniques aux internes de médecine générale ? ».

II / MATERIEL ET METHODE

II.1 Bibliographie

La revue de bibliographie a été réalisée à l'aide de plusieurs moteurs de recherche (PubMed, Cismef, Sudoc, Google Scholar, Google), avec les mots « douleur chronique » « chronic pain » « primary care » « prise en charge » et spécifiquement à chaque grande thématique.

II.2 Le choix de la méthode

La méthode qualitative a été choisie pour cette étude car elle était la plus appropriée pour explorer le vécu, l'expérience et le ressenti des médecins généralistes face aux patients douloureux chroniques. Grâce à cette méthode, l'investigateur cherchait à comprendre une situation, en extraire les difficultés qui ne peuvent se mesurer de manière quantitative, et à faire émerger des données inconnues qu'un questionnaire conçu par le chercheur n'aurait pas permis. La question de recherche « Quels sont les obstacles à une prise en charge efficiente des patients douloureux chroniques en soins primaires ? », relevait donc d'une exploration qualitative (14).

II.3 Le recueil des données

Le recueil des données a été effectué par des entretiens semi-structurés auprès de médecins généralistes de la région Grenobloise. Chaque médecin était informé de la question de recherche après une courte présentation de l'étude menée. Tous ont accepté un enregistrement audio de l'entretien. Par la suite, ces entretiens audio ont été dactylographiés intégralement en respectant le langage parlé sans chercher à améliorer ou lisser le langage. L'ensemble des entretiens retranscrits constituait le verbatim.

Les données ainsi recueillies étaient considérées comme propres à la personne interviewée. Le respect de la libre parole des médecins était fondamental même si la technique de l'entretien semi-structuré permettait d'orienter la discussion et de la centrer autour des thèmes particuliers de cette recherche.

II.4 Le choix des lieux d'interview

Tous les médecins ont été interviewés si possible sur leur lieu de travail. Cela permettait d'être au cœur de l'exercice et d'avoir accès au contexte professionnel. Le lieu d'un entretien pouvait modifier le contenu de la pensée de la personne interrogée.

II.5 Le choix de la population

Les médecins généralistes ont été choisis par relation de proximité ou au hasard, dans un souci d'obtenir un échantillon le plus diversifié possible en terme d'âge, de sexe, de mode d'exercice, de lieu et de durée d'exercice.

II.6 Le déroulement des entretiens

La durée des entretiens n'était pas limitée, mais laissée à la convenance des médecins interrogés, qui pouvaient y mettre fin à leur gré. Ces entretiens étaient tenus en face à face : l'investigateur et le médecin. Ils étaient enregistrés, après le recueil du consentement oral, sur un enregistreur numérique.

II.7 Le choix du nombre d'entretiens

Le nombre d'entretiens à réaliser était de 20 « à priori ». Il a été déterminé ensuite par la saturation des données recueillies (15). La saturation des données était considérée comme obtenue lorsqu'au cours d'un entretien, aucune donnée nouvelle n'apparaissait.

II.8 L'analyse des données

Le verbatim a été analysé de façon structurée dans un premier temps en attribuant un codage sémantique, en relevant les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. Dans un deuxième temps les sous thèmes de difficultés ont été regroupés afin d'être présentés. Pour s'assurer de la reproductibilité de l'analyse, un double codage a été effectué par notre directrice de thèse.

III / RÉSULTATS

III.1 Population

Treize entretiens ont été réalisés de février à juillet 2012, à Grenoble et en Isère.

Vingt médecins ont été contactés. Sept entretiens n'ont pu avoir lieu pour diverses raisons : filtrage du secrétariat sans suite (n=2), refus du médecin (n=2), absence de compatibilité de planning (n=3).

Treize médecins généralistes exerçant en Isère ont été rencontrés.

Tous ont accepté l'enregistrement vocal de l'entretien.

Les médecins ont été contactés par téléphone, au hasard via les Pages Jaunes, ou par connaissance, et par effet boule de neige.

La population était constituée de 7 hommes et 6 femmes, âgés entre 35 et 60 ans. Sept travaillaient en libéral, 5 étaient salariés et un possédait une activité mixte. Neuf travaillaient en zone urbaine, 3 en zone semi-rurale, et 1 en zone rurale. Six étaient des maîtres de stage (MS).

Les entretiens ont été numérotés de façon chronologique et selon l'investigateur : le préfixe 0 pour le premier investigateur et le préfixe 1 pour le deuxième.

Tableau récapitulatif de la population étudiée :

Médecins	Genre	Tranche d'âge	Mode d'exercice	Type d'exercice
01 MS	Femme	30-40	libéral	urbain
02	Femme	40-50	salarié	urbain
03	Homme	30-40	libéral	urbain
04	Femme	35-45	salarié	urbain
05	Homme	45-55	mixte	urbain
06 MS	Homme	40-50	libéral	semi-rural
11 MS	Homme	45-50	libéral	rural
12	Homme	55-65	libéral	semi-rural
13 MS	Femme	40-50	salarié	urbain
14	Femme	40-50	libéral	semi-rural
15	Femme	40-50	libéral	urbain
16 MS	Homme	45-55	salarié	urbain
17 MS	Homme	30-40	salarié	urbain

III.2 DIFFICULTÉS RESENTIES DANS LE SUIVI DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

III.2.1 DIFFICULTÉS TECHNIQUES

Les médecins généralistes ont décrit des difficultés d'ordre « technique », c'est à dire liées à la pathologie douloureuse chronique et à son traitement. Ont été dégagées des difficultés thérapeutiques, d'évaluation, de gestion de la consultation, liées à la formation et à la prise en charge psychologique.

III.2.1.1 Les difficultés de nature thérapeutique

Le traitement médicamenteux de la douleur était une difficulté fréquemment évoquée par les médecins. Des questions d'effets secondaires, de risques d'addiction, de manque d'efficacité, d'observance des patients et de gestion des paliers ont été relevées.

Les effets indésirables des thérapeutiques antalgiques ont été mentionnés. Ces effets secondaires étaient fréquents. Ils étaient soit craints par le médecin au moment de la prescription, soit rapportés par le patient. Ils concernaient les antalgiques de paliers 2 ou 3 et les antalgiques à visée neuropathique.

Le risque d'addiction aux thérapeutiques prescrites a été régulièrement évoqué par les médecins. Ils craignaient d'instaurer tel ou tel traitement de peur d'induire une dépendance à la substance.

La question de l'inefficacité des traitements a été évoquée comme cause d'échec. Des thérapeutiques même bien prescrites ne permettaient pas d'obtenir un soulagement de la douleur. Certains médecins ont évoqué une diminution d'efficacité des traitements dans le temps.

L'observance des patients posait des problèmes. Les traitements n'étaient pas pris, ou pris de manière irrégulière ou incorrecte. Les consignes de prise n'étaient pas respectées, la question de la qualité des explications fournies par le médecin a été évoquée. Des surdosages par erreur d'utilisation ont été rapportés. Ils étaient liés à l'inefficacité d'un traitement

entraînant une automédication, ou à une double prise causée par une confusion de nom commercial.

Les paliers de l’OMS des thérapeutiques antalgiques étaient connus. Les médecins rapportaient des difficultés d’utilisation de ces paliers dans le cadre de la douleur chronique. Il semblait difficile de choisir un palier selon l’indication, de réévaluer la douleur pour limiter un palier ou en changer. Il persistait des difficultés d’utilisation du troisième palier. Le risque d’escalade thérapeutique était considéré comme permanent. Le palier 3 semblait une prescription compliquée en ambulatoire.

La suppression du dextropropoxyphène était vécue comme la perte d'un médicament efficace avec peu d'effet indésirable. Sa disparition a limité le palier 2 à deux molécules qui engendraient plus d'effets indésirables.

« Première chose : les intolérances médicamenteuses. (...) Après, les effets secondaires qui sont parfois difficiles à supporter. (...) C'est toujours un aller, un retour, aller, retour d'un autre produit. (...) Déjà 1 sur 10 a une intolérance à tout ce qui est morphinique. Ça peut être passager, c'est à dire si tu augmentes par petites doses, ça peut s'améliorer, mais des fois ça marche pas du tout. (...) Il faut prendre un traitement qui donne des nausées, qui rend somnolent, c'est difficile quand même. » (02)

« Parce que après ils sont accrocs, on ne peut plus les diminuer, c'est vachement difficile (...) Yen a certains je sais que si je vais introduire une benzo, je sais que je vais jamais l'arrêter. » (01)

« En plus on a l'impression que plus on les maintient, plus il vont, euh ...moins ils sont sensibles, et plus c'est dur de l'enlever (...) Parce qu'en fait on va remettre des médocs, il va revenir la semaine d'après, ça n'ira pas. Hop médoc. La semaine d'après ça ira pas, et hop médoc, médoc, médoc. Et alors au bout d'un moment on va se trouver dans une impasse. » (01)

« Mais c'est vrai qu'on monte, on monte on monte, et à un moment donné, on ne peut plus monter ! A un moment donné il faut s'arrêter ! Et la c'est compliqué (...) Parce que t'auras pas spécialement envie de lui mettre de la morphine à domicile. » (01)

III.2.1.2 Les difficultés liées à l'évaluation de la douleur

Des difficultés d'évaluation multidimensionnelle de la douleur chronique ont été évoquées. Ces difficultés étaient liées au diagnostic, à la subjectivité de la douleur, parfois à la barrière culturelle, au manque d'outils dédiés ou de leurs utilisation compliquées en ambulatoire.

La difficulté diagnostique a été mentionnée : la description précise de la douleur par le patient était difficile à obtenir. L'étiologie de la douleur était souvent inconnue. Il semblait difficile de diagnostiquer le passage d'une douleur prolongée vers une douleur chronique.

Le caractère subjectif de la plainte douloureuse rendait difficile son évaluation. Cette subjectivité s'exprimait dans le ressenti du patient qui souffre et du médecin qui l'évalue. La barrière culturelle a été mentionnée dans l'évaluation. Une même douleur aurait une représentation et donc une description différente selon l'origine, la culture et l'éducation du patient.

Les outils d'évaluation ont été évoqués. L'EVA était connue des médecins interrogés. Elle a été décrite comme inadaptée dans le suivi chronique, difficile d'utilisation en consultation ambulatoire, et donnant une information biaisée par le côté ponctuel de l'évaluation.

Les médecins ont décrit un manque de connaissance d'outil dédié à l'évaluation de la douleur chronique.

Les médecins étaient sensibles à l'évaluation de la qualité de vie de leurs patients, ils l'ont considérée comme un bon indicateur de l'intensité de la douleur chronique. Sa pratique était variable selon les médecins : certains l'évoquaient d'emblée, d'autres ressentaient le manque d'outils dédiés ou le manque de pratique.

« D'analyser l'origine de la douleur c'est pas toujours très simple (...) quand on leur demande depuis quand ils ont mal, généralement t'arrives jamais à avoir un truc précis. Même quand tu leur dit « mais c'est en mois, en années, en semaines ? » ben des fois t'as pas de réponse tu restes comme ça. » (06)

« Y'a la question du diagnostic au départ, évaluer à quel moment on est sur une douleur qui devient chronique. » (17)

« Donc à l'interrogatoire j'essaie de me faire une idée de la douleur du patient, mais c'est vrai que c'est très subjectif et c'est par rapport, je dirais à des critères personnels. Et donc quelque part je suis sûrement dans l'erreur. » (06)

« Chaque population a une façon très particulière d'exprimer sa douleur et qu'en fait il faut apprendre à décrypter la douleur en fonction de la population. (...) Il y a des patients qui vont l'exprimer totalement différemment parce qu'ils ont une image de leur corps, une éducation et une culture différente. » (13)

« J'entends pas le message douloureux de la même façon, chez quelqu'un qui vient d'Afrique noire, ou quelqu'un qui vient du Maghreb, ou quelqu'un qui vient d'Europe de l'Est, c'est pas tout à fait la même chose. » (16)

« En fait au départ, tu fais ton EVA, et puis après, au fil des consultations tu les valides plus. Tu fais plus ça. Les gens reviennent en disant « j'ai encore mal ». Du coup j'essaie de voir un peu où elle en est dans ses traitements, de voir quand je peux baisser les doses, quand je peux adapter le traitement. Mais du coup je n'utilise plus du tout l'EVA. Elle se perd, en fait, l'évaluation de la douleur. » (04)

« Je pense qu'il ne manque peut être pas d'outils, parce que des outils existent. Leur diffusion est relative, et l'envie du patient de les utiliser est très relative (...) mais je pense que le seul élément en qui on peut avoir confiance c'est la parole du patient. » (05)

« Voilà il y a les échelles de douleur certes mais bon ; demander à quelqu'un de placer entre 0 et 10 euh en faisant ... euh ... bon si il a envie de vous dire qu'il est à 8 alors qu'il est à 2 il peut le faire. Fin moi la plupart de mes patients ne comprennent pas le concept de 0 à 10 ça leur échappe. » (13)

« Les gens si on leur demande est ce que vous avez mal ? Ils vous diront toujours oui j'ai mal ; par contre après si on discute et on s'aperçoit qu'ils ont repris une activité qu'ils faisaient plus 6 mois avant ou un an avant , c'est que ça va peut-être pas aussi mal que ça. » (11)

« La difficulté est d'avoir une approche globale de cette douleur sur le ressenti, sur le retentissement sur la vie personnelle et sur l'entourage (...) ça mériterait d'être marqué et posé à chaque consultation, on devrait avoir une grille comme ça mais je crois qu'elle existe mais je ne l'ai pas. » (12)

III.2.1.3 Les difficultés du travail en réseau

Le travail en réseau était un point qui est apparu essentiel à la prise en charge d'une pathologie chronique. Ce réseau était envisagé différemment selon les médecins et leur mode d'exercice. Certains médecins évoquaient le travail avec les paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmières, psychologues...), certains ont évoqué les médecines parallèles (acupuncture, hypnose...), et tous ont évoqué le travail avec les médecins spécialistes d'organe ou de la douleur. L'absence de réseau spécifique ambulatoire de la douleur, les délais de rendez-vous très longs, les difficultés de communication étaient ressenties comme des freins importants à la prise en charge globale.

Le côté pluridisciplinaire du réseau a été décrit comme primordial dans la prise en charge de la douleur chronique.

Quelques médecins ont évoqué l'absence de réseau ambulatoire spécifique de la douleur. Ce réseau était présent en Isère, mais aurait disparu depuis quelques années (Algo38). La difficulté de créer un réseau autour de chaque patient douloureux chronique a été décrite.

Les délais de rendez-vous ont été mentionnés par l'ensemble des médecins interrogés. Ces délais concernaient les spécialistes d'organes et le Centre Anti-douleur.

Une fois les correspondants (spécialistes, centre anti-douleur...) trouvés, les difficultés de communication apparaissaient. Ces difficultés concernaient la possibilité d'appeler le spécialiste pour un avis, ou d'obtenir un compte rendu du suivi des patients adressés.

Les médecins étaient plutôt satisfaits des résultats des centres anti-douleurs, malgré les délais et les difficultés de communication. Un médecin n'a pas trouvé d'intérêt à utiliser ces centres.

Les médecins-conseil de la sécurité sociale ou les médecins du travail pouvaient intervenir dans le réseau créé autour du patient douloureux chronique. Les difficultés de communication n'étaient pas les mêmes qu'avec les médecins spécialistes d'organe ou de la douleur. Des difficultés relationnelles ont été décrites, liées à un accès opaque ou à des objectifs de traitement ou de suivi du patient différents. Les relations étaient décrites comme ambiguës : compliquées, mais parfois utiles.

Le frein financier pour la prise en charge en réseau a été évoqué.

« Du coup y a vraiment besoin autour du patient douloureux chronique de faire vraiment un réseau autour qui peut très rapidement prendre les choses en main. » (01)

« Après tu te constitues ton réseau, mais c'est un réseau informel, je ne suis pas sûr qu'il y ait de grands réseaux constitués sur Grenoble, ça j'en sais rien. » (03)

« J'ai connu, l'époque où y'avait un réseau qui s'appelait Algo38, autour de Mme M. et qui était extrêmement utile, puis qui s'est cassé la gueule pour des questions financières, je crois et donc où on avait une prise en charge qui était assez réactive dans le temps et qui avait une vraie prise en compte globale du patient, (...) on a perdu ça et donc maintenant ben c'est un peu galère (...) difficulté sur le plan technique pour trouver des correspondants adaptés, oui c'est un petit peu la galère. » (17)

« Le temps d'avoir les rendez-vous chez le rhumato, chez ci chez ça, on s'en sort pas.(...) Donc si on veut chez le Dr D, c'est 6 mois d'attente, et si t'appelles toi, t'as 2 mois d'attente. C'est déjà bien, mais, voilà. » (01)

« On essaye de s'appuyer sur les centre anti-douleur mais les délais de RDV sont très très longs. » (13)

« Je trouve qu'au jour d'aujourd'hui, prendre contact avec des services hospitaliers, essayer d'avoir un médecin dans des structures hospitalières ça devient quand même pas très facile. » (06)

« Il est suivi par le docteur A. et j'ai plus de retour donc bon voilà des fois je trouve ça dommage. (...) Après j'avais plus de compte-rendu de ce qu'ils en pensaient. » (15)

« Contacter le centre de la douleur, le téléphone ça répond, ça répond pas, le mail ça répond, ça répond pas, ça répond souvent à coté de la question qu'on pose. » (17)

« Moi j'ai essayé les centres anti-douleur, tout ça ! Pffff, franchement, ça n'aide pas tant que ça ! En tout cas les centres anti douleurs, je n'ai jamais eu de résultat excellent ! Les gens y sont allé, bin ils ont parlé, mais au final, y a rien du tout ! »(01)

« C'est pas toujours facile les relations avec le médecin-conseil de la sécu mais moi je trouve que c'est bien aussi qu'il existe et que parfois ils mettent un peu le hola à des choses dans lesquelles on est un peu en train de s'emmêler et on

n'arrive plus à savoir si il faut continuer, pas continuer, où on en est ; ça aide parfois ; parfois c'est pas la bonne décision mais parfois ça aide aussi. » (13)

« Avec les médecins du travail oui ça se passe quand même assez bien ; mais par contre j'ai parfois le sentiment que eux ils sont plus dans bon ... euh on va continuer les arrêts ; (...) Ben je suis déçu chaque fois de la réponse qu'on me donne quoi ! » (15)

« Là où mon réseau marche le moins bien, c'est effectivement avec le médecin de la sécu.(...) difficile de les avoir, c'est difficile de discuter un peu avec eux, ils sont toujours un peu... je les ai jamais vus, bon voilà. (...) Ce n'est pas très détendu quoi.(...) Je pense que c'est pas pareil entre le monde libéral et ici. On les sent un peu sur la défensive sur une citadelle un peu difficile d'accès. » (16)

« En plus, si ils n'ont pas de moyens financiers, comme une dame qui a une gonarthrose, d'une cinquantaine d'années ; pas de moyens financiers pour une infiltration, pas de CMU. (...) Ceux qui peuvent se permettre les cures, les infiltrations, les séances de kiné... ceux qui ne peuvent pas sont vraiment mal. » (02)

III.2.1.4 Les difficultés de gestion de la consultation

La prise en charge des patients douloureux chroniques par les médecins généralistes posait des difficultés liées à l'organisation en consultation. Les problèmes liés au temps de consultation et à la prise en charge multiple ont été évoqués.

Le temps était un facteur important. La durée de consultation des patients douloureux chroniques était décrite comme longue. Ce temps était vécu comme une nécessité pour une prise en charge correcte de leurs patients. Pour l'évaluation de la douleur et des traitements, mais aussi pour le maintien d'une bonne relation médecin-patient. Mais ce temps pris entraînait des retards dans le planning.

Le patient douloureux chronique était décrit comme un patient nécessitant une prise en charge multiple. La douleur n'était pas forcément le symptôme unique ou principal de la consultation. Des comorbidités, des conséquences iatrogènes ou sociales de la douleur pouvaient être évoquées en priorité. Recentrer la consultation sur la douleur pouvait être difficile.

« Ils vont prendre plus de temps.(...)C'est ceux qui nous font faire du temps en consultation, ils nous mettent en retard.(...)Parce que c'est vrai que si ils sont en grand état de détresse c'est difficile de leur dire : bon ben vous revenez demain. Tout dépend. Y a des fois t'as pas le choix, t'es obligé. Donc tu vas faire une consultation longue, bien que t'aies du retard. » (01).

« Ça prend du temps, oui ce n'est pas des consultations qui durent 10 minutes. (...) En prenant le temps, généralement t'arrives à bien cerner le problème. Enfin en prenant le temps c'est 30-45 min. » (03)

« Je pense que le vrai problème, c'est d'arriver à limiter le temps de ta consultation, que ça déborde pas trop. En fait c'est apprendre à faire ça, apprendre à limiter. » (04)

« Ça, c'est vachement important aussi, d'arriver à donner du temps à ces douloureux chroniques, pour essayer de bien les écouter dans toutes les dimensions de leur douleur et ça, ça prend du temps, c'est pas toujours facile. » (16)

« Donc après on se fait submerger par les effets indésirables des traitements, et puis les complications de la douleur qui sont psycho-sociales (...) au début je n'arrivais pas à sectoriser. Tout venait en même temps : sa pathologie, ses douleurs, ses problèmes sociaux... » (04)

« C'est rare que les gens viennent aussi que pour la douleur, et souvent les gens viennent et demandent tout un tas de trucs, fin tu connais ça, les motifs de consultations sont multiples et la douleur vient se noyer un peu là-dedans (...) C'est aussi recentrer l'interrogatoire là dessus, recibler les attentes, ce qui au demeurant est difficile à faire dans une consultation ou les gens vont te demander un renouvellement pour leur tension, un courrier pour le rhumatologue et vont nous dire qu'il faut leur donner quelque chose parce qu'ils ont des douleurs pour ceci ou cela. » (06)

III.2.1.5 Les difficultés liées à la formation

La formation au suivi et au traitement de la douleur chronique a été critiquée : certains ont manqué de formation initiale, d'autres estimaient que la formation était trop technique.

Certains médecins ont pointé l'absence de formation initiale sur la prise en charge globale de la douleur chronique.

Lorsque la formation a eu lieu, elle a été considérée comme trop technique : centrée sur des échelles, des paliers, des valeurs mesurables. Cette formation était vécue comme non adaptée à la pratique en soins primaires.

« Je n'ai pas l'impression qu'on soit très bien formé. Après ça va dépendre pas mal des stages où on passe en tant qu'interne. Parce qu'après sinon pendant le cursus jusqu'à la fin de l'externat, j'ai pas l'impression qu'on soit vraiment formé, fin je suis même sûr du contraire. (...) Bin on se forme sur le tas. Au détriment du patient parfois. » (03)

« Moi je sais que j'ai eu aucune formation sur la douleur pendant mes études. Rien, jamais. » (04)

« On te dit y a des morphines, y a des paliers, y a machin, c'est très technique, c'est très thérapeutique et du coup tout le côté humain : on a zéro formation sur le côté humain. » (04)

« Je pense que c'est sans doute plus difficile pour les gens plus jeunes qui ont beaucoup d'outils techniques qui sont sans doute meilleurs que les miens, ou plus récents, mais pas forcément... (...) Je pense que de toute façon, il y a énormément, et c'est aussi un des écueils, de dichotomie entre la prise en charge théorique et la prise en charge de terrain. » (05)

III.2.1.6 Difficultés liées à la prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique prenait une place importante dans la douleur chronique. Elle pouvait intervenir dans le cadre d'une douleur considérée comme d'origine psychique, entraînant des problèmes psychologiques, ou dans le cadre d'une douleur globale : intriquée dans des problèmes psychologiques ou sociaux.

La relation entre la douleur et le psychisme a été évoquée : la douleur était parfois décrite comme un symptôme de troubles psychologiques, parfois ceux-ci étaient entraînés par la douleur ou ses conséquences. Les traitements classiques de la douleur n'étaient donc pas adaptés et une prise en charge spécifique devenait nécessaire, mais était difficile à mettre en œuvre.

Les patients douloureux chroniques étaient décrits comme complexes du fait de l'ensemble des pathologies ou problèmes intriqués avec la douleur. Ces problèmes empêchaient une prise en charge « classique » diagnostic-traitement.

« C'est de l'anxiété ce n'est plus de la douleur, donc si on traite l'anxiété par un traitement anti-douleur, ce n'est pas génial non plus. » (01)

« Ils sont anxieux. Après on est jamais sûr de l'origine : ils sont anxieux parce qu'ils ont des douleurs chroniques, ils sentent bien qu'il y a des difficultés, on ne peut pas vraiment les aider ; ou c'est une structure de personnalité déjà anxieuse, qui souffre simplement plus que quelqu'un d'autre. » (02)

« Après je me dis que pour les douloureux chroniques c'est important aussi de leur proposer un soutien psy. De toute façon, parce que même s'ils étaient pas encore dépressifs de toute façon, avec leur douleur chronique, ils vont le devenir. » (04)

« Les douleurs chroniques qui peuvent être aussi un moyen d'expression pour le patient pour son existence et là on rentre dans un domaine plus psychologique et on se trouve mis en échec avec les thérapeutiques habituelles. » (11)

« A partir du moment où cela devient un peu insolvable, souvent il a un problème psychologique derrière (...) il y a des gens qui ont des douleurs psychologiques et cela se traduit par des douleurs physiques et puis il y a des gens qui ont des douleurs physiques qui ont un impact psychologique important qui fait que c'est extrêmement majoré,(...) les douleurs chroniques rendent les gens complètement dépressifs ou à bout hein c'est affreux d'avoir mal tout le temps. » (14)

« Y'a des choses sur lesquelles on aura du mal à agir, les conditions sociales, les stress sociaux, les stress financiers, on en voit beaucoup en ce moment, enfin voilà, y'a des facteurs sur lesquels on aura du mal à jouer. » (16)

III.2.2 LES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES DU SOIGNANT

Les médecins ont évoqué leurs difficultés personnelles d'ordre psychologique à gérer des patients douloureux chroniques. Être face à la souffrance de l'autre était parfois vécu comme difficile, pour le soignant.

La prise en charge des patients douloureux chroniques pouvait entraîner une perte de confiance ou une remise en question du médecin sur ses connaissances ou sa pratique.

Le stress au travail a été évoqué : il pouvait être lié au manque d'expérience du jeune médecin, à l'incertitude du diagnostic, à l'échec des traitements, et au manque de distance dans la relation médecin-malade. Ce stress pouvait envahir le médecin dans sa sphère privée.

La douleur chronique a mis tous les médecins interrogés en échec : par définition, les douloureux chroniques n'étaient pas soulagés et cette situation pouvait être vécue comme un échec. Celui-ci entraînait chez tous les médecins un sentiment désagréable d'être impuissant, démuni face à cette douleur. Les médecins décrivaient une lassitude face à l'échec, à la plainte douloureuse qui se réitérait consultation après consultation.

La relation médecin-patient dans la douleur chronique a été décrite comme forte et parfois difficile à gérer sur du long terme. Les médecins avaient des difficultés à gérer leurs émotions face à ces patients qu'ils n'arrivaient pas à soulager, avec une évolution peu favorable ou une histoire de vie compliquée.

Des médecins ont évoqué le risque de « *burn-out* ». La nécessité de travailler à plusieurs (cabinet de groupe) ou de participer à des réunions de confrères (groupe de pairs, supervision) pour parler de leurs patients, pour ne pas se sentir seuls face à cette souffrance. La crainte de l'isolement était forte.

« Difficultés morales parce que dans ce métier où l'empathie est première, voir quelqu'un souffrir est proprement douloureux pour soi (...) moralement c'est difficile de voir les gens, voir leur espace vital se réduire et n'avoir plus qu'une idée en tête, une idée fixe, cette douleur qui modifie profondément leur mode de vie. » (12)

« On n'aime pas savoir que notre patient souffre (...) et c'est pas facile d'avoir quelqu'un en face de soi qui est douloureux ; c'est difficile pour le médecin (13) »

« Quant on sent qu'on est mis en échec ou que la confiance commence à vaciller et ce qui est normal, ce qui peut arriver (...) chaque fois on se remet en cause. » (12)

« Je sais pas si on répond bien aux attentes du patient (...) Mais peut-être parce que je manque de professionnalisme aussi. (...) Tu vois il y a des pathologies comme ça où tu ne te sens pas ... (...) Peut être que je suis nul, j'ai jamais fait de séminaire sur la douleur chronique mais certainement que je suis pas top. » (15)

« Pour dire à quel point l'angoisse, elle peut être... (...) Parce que là sur un truc comme ça, un vieux médecin, je pense qu'il aurait pas fait tout ça. Mais bon, moi, je stresse alors je fais ! Parce que j'ai envie de dormir la nuit. (...) Parce que quand t'es là à être submergée par ce que la personne te dit, puis à te projeter dans sa douleur, à te dire il faut vraiment trouver une solution tout de suite ! C'est là que tu te fais bouffer en fait, tu te fais vraiment envahir. » (01)

« On prend quand même la souffrance humaine, on la prend ... » (11)

« Disons que c'est le type de patient à l'extrême quand c'est vraiment très important c'est celui qui vous réveille à 3 heures du matin avec ... mais comment faire ? (...) Le patient qui va mobiliser plus d'énergie psychique au sens large. » (13)

« Oui je pense qu'on emporte du stress à la maison. » (15)

« On peut se sentir rapidement impuissant à soulager les patients (...) cette pathologie là est un motif de consultation ou l'on est assez démuni. » (12)

« Mais tu es avec des gens où tu dois toi, accepter d'avoir un rôle qui n'est pas celui que t'aimerais avoir à chaque fois, d'apporter une solution radicale, définitive où tu soignes les gens, etc. ce qui est un peu le fantasme, ou du moins l'espoir qu'on a à chaque fois. Quand quelqu'un vient, si on peut régler son problème, c'est très bien, on est content, voilà. Là, on voit des gens chez qui on n'arrive pas forcément à régler leur problème. » (06)

« Il faut arriver à se protéger, nous-même en tant que professionnels il faut se protéger par rapport à ça (...) pas avoir trop d'affect pour des patients que l'on suit depuis 15 ans (...) voilà des fois c'est difficile ; parce que justement des fois on fait partie de la famille. » (11)

« Les difficultés, c'est que parfois, on connaît donc très bien les patients, on a du mal à prendre un peu de recul. (...) On manque un peu de distance. (...) Qu'on est quand même dans l'émotion, dans l'affectif, dans de l'émotionnel donc forcément ça dépasse les barrières du cabinet mais voilà, ça gâche pas ma vie, ça m'empêche pas de vivre. » (16)

« Et puis après c'est vrai que c'est mieux d'être à plusieurs du coup pour pouvoir parler de tes patients. Pas toujours pour avoir un avis, mais juste pour souffler et dire « là j'en ai ras le bol ». Ou si, demander à tes confrères : « là j'ai fait comme ça, est-ce que c'était bien, est-ce que j'aurais du faire comme ça ? ». Donc je pense que du coup c'est important d'être une équipe. Pour pas être médecin tout seul dans son cabinet. Ou alors il faut avoir des réunions, des groupes de pairs, pour mieux gérer ces patients là, il faut être entouré, jamais tout seul. Il faut pouvoir en parler, dire « j'en ai marre, et là t'aurais fait quoi, j'en ai marre » (rire). » (04)

« Moi je sais que souvent, je me suis posé la question d'avoir une supervision. (...) à mon avis on est un peu isolé justement.(...) mais je déjeune pas mal avec des confrères et consoeurs et du coup là je pose mes trucs ...(...) des fois, je pense que le burn-out du médecin, ben on le frôle ; ma collègue en a déjà fait un. » (15)

III.2.3 LES DIFFICULTÉS DANS LA RELATION MEDECIN / PATIENT

Le soin des patients douloureux chroniques passait par une relation médecin-patient particulière. Les médecins ont évoqué des difficultés dans cette relation : elle a pu être fragilisée par une altération de la relation de confiance dans les deux sens : médecin-patient et patient-médecin, ainsi que par la personnalité parfois difficile du patient.

Les médecins ont parfois vu leur confiance dans les propos du patient mise en défaut. Ils ont évoqué le doute qui pouvait s'installer face à cette douleur chronique : parfois la douleur en elle-même pouvait être remise en cause. Il s'agissait surtout d'une crainte de la part du médecin de ne pas suffisamment croire le patient.

Les bénéfices secondaires sociaux étaient très présents dans la prise en charge des patients douloureux chroniques et venaient interférer dans la relation de confiance. La crainte des abus des arrêts de travail était un sujet récurrent. Avec la difficulté à évaluer la douleur, sa réalité et son impact. Ce rôle du médecin face à la gestion des arrêts était parfois difficile à vivre. La crainte de se faire flouer était présente.

La nécessité de réorienter le patient dans sa vie professionnelle du fait de la douleur posait des difficultés. Le professionnel n'était pas à l'aise avec ce rôle d'annonce.

La confiance du patient envers son médecin pouvait parfois être altérée. La notion d'échec était mal acceptée par les patients, ou une inadéquation entre la demande du patient (ne plus avoir mal) et la réponse du médecin pouvait être mal vécue par le patient. Les médecins ont pu décrire leurs patients comme « déçus », « vindicatifs ».

Les médecins ressentaient une pression forte exercée par le patient dans leur demande. Cette pression se manifestait par une exigence de résultat, ou une répétition des consultations pour la même demande.

Cette relation médecin-patient était mise en difficulté par la répétition des consultations, de la demande ou de la plainte, et les médecins pouvaient parfois épuiser leurs ressources ou leur empathie. Certains ont dû demander à ces patients de consulter un autre médecin. D'autres craignaient de ne plus être efficaces dans le temps, dans cette prise en charge au long cours.

« Parce que t'as des patients ça peut être aussi un symptôme « pour qu'on s'occupe d'eux » avec plein de guillemets. On a l'impression, chez certains, où t'as une composante inconsciente qui fait qu'ils auront toujours mal quoiqu'il arrive. » (03)

« Il faut arriver à le mettre suffisamment en confiance et essayer toujours de se dire que non, il ne triche pas, non il ment pas. De lui redire qu'on croit à sa douleur, même si parfois, au fond de nous, on n'y croit plus tellement (...) Oui bien sûr, y a un risque de jugement. (...) Mais oui, je pense que du coup la prise en charge des douloureux chroniques doit passer par la confiance mutuelle et réciproque. Parce que sinon, si tu penses d'emblée que ton patient n'a pas mal,

ça va pas marcher, d'ailleurs tu vas pas le soigner, et... On parle des « vrais » douloureux chroniques, hein ? (Rire) » (04)

« Et on est obligé de partir du principe que ce que dit le patient est vrai. Et ça, c'est une des grandes difficultés de l'absence d'élément objectif. (...) Le problème c'est comment sortir du côté interprétatif de part et d'autre. Et pour le patient et pour le médecin. (...) Le médecin qui est inefficace face à un patient qui souffre finit par dire « oh il exagère sûrement, dans le fond on ne trouve pas tant de choses que ça... » » (05)

« Chez certaines personnalités c'est vrai, je pense que je fais pas toujours confiance. » (15)

« Ça devient des fois un peu compliqué après si y a des histoires d'arrêts de travail là dessus, ça vient encore rajouter des bénéfices secondaires qui sont pas très faciles à dénouer chez certains patients. Parce que c'est vrai que j'en ai quelques-uns, c'est des gros consommateurs d'arrêts de travail avec ça, et après tu sais plus si c'est la douleur ou l'arrêt de travail qui est le motif de consultation. » (06)

« Complexité de sa propre vision sur les arrêts de travail et arrêts maladie : j'aurais souvent tendance à penser que les gens exagèrent et on envie de tirer sur la ficelle (...) L'accident de travail c'est quelque chose de très particulier parce qu'il y a une revendication double. » (12)

« Parfois c'est pas simple ; on sait bien que le médecin généraliste est très souvent sollicité autour de ... sur le fait qu'il a ce pouvoir entre guillemets de l'arrêt de travail. » (13)

« Réorienter quelqu'un c'est difficile quand même ! Lui dire vous allez plus pouvoir faire ce métier faut faire autre chose c'est quand même chaud. » (01)

« Il y a des choses désespérées, surtout les gens plutôt jeunes qui ne sont plus bien pour leur boulot. (...) qu'est ce que tu veux lui proposer ? Qu'est ce qu'il pourrait faire, s'il peut pas guérir de ses épaules... il n'y a pas de solution. Il faut changer de métier. C'est la seule solution. » (02)

« Donc oui c'est une relation qui est parfois un petit peu plus compliquée. Parce que des fois les gens sont un peu vindicatifs, avec un symptôme que t'arrives pas à gérer tu sens que des fois ils ont envie de te mettre la pression, ils ont l'impression que t'en fais pas assez. » (06)

« le mec il vient, il veut une solution tout de suite maintenant, et dans 24 h faut que ce soit résolu, non ! Le mec ça fait déjà 10 fois qu'il vient pour une douleur rhumato, c'est clair qu'en 24h ça sera pas résolu ! Dans un an non plus. »(01)

« Quand ils ont mal, ils veulent qu'on les calme tout de suite. (...) Je pense que la difficulté qui fait que ces douloureux chroniques peuvent être vécus comme des emmerdeurs, je n'ai pas dit que c'était mon cas, j'ai dit que ça peut être une des choses, c'est que la demande est quand même très forte, parce que tolérer une douleur chronique est quelque chose d'extrêmement difficile. » (05)

« Maintenant pour les patients à qui je demande d'aller voir un autre médecin ce sont les patients pour qui je ne peux plus supporter (...) des patients abusent ou viennent empiéter sur votre territoire ou vous demandent trop de choses et vous n'avez plus envie de donner. » (12)

« Parce qu'à un moment donné il y a un effet de lassitude. T'en as marre, et tu te dis, c'est pas possible : on a mis tout ça et il a encore mal (...) Alors j'essaie de faire attention d'avoir suffisamment d'empathie pour pas montrer, que parfois ça me saoule ! (rire) et ben c'est pas toujours facile ! » (04)

« Je trouve qu'on n'a pas une super satisfaction et du coup je me demande si on écoute toujours, si on ne s'épuise pas ; (...) on n'investit plus. (...) Je me pose la question si je les écoute toujours aussi bien ;(...) bon si je vais être attentive au début mais au cours des années ; heu pouf (soupir). »(15)

III.2.4 ÉVOLUTION DE LA PROFESSION

Beaucoup de médecins ont livré leurs réflexions sur l'évolution de la médecine moderne qui apparaissait peu compatible avec le suivi de la douleur chronique. Avec la formation jugée trop technique, les critères d'évaluation des bonnes pratiques basés sur des données chiffrables, plusieurs médecins ont évoqué le risque de déshumanisation de la médecine générale, le manque de valorisation de l'empathie, de la prise en charge psychologique et sociale, ce qui conduirait à une médecine plus technique mais de moins bonne qualité.

« En fait on a une réponse très thérapeutique à la gestion de la douleur, mais on n'a pas le reste. On n'a pas toute cette prise en charge psychologique derrière. (...) Puis après voilà, tu fais un peu de thérapeutique : on te dit y a des morphines, y a des paliers, y a machin, c'est très technique, c'est très thérapeutique et du coup tout le côté humain : on a zéro formation sur le côté humain. » (04)

« Quand on a diagnostic, évaluation, traitement, c'est facile. Le problème vient à partir moment où on sort de ce schéma là. Le diagnostic repose sur des éléments subjectifs, l'évaluation repose sur des éléments subjectifs, et le traitement n'est pas forcément codifié et simple avec un traitement médicamenteux. Ou une réponse technique. » (05)

« On perd peut être un peu sur le côté humain des choses, c'est phénomène de société il faut que ça aille vite, on va toujours vite ; et je pense que des fois on prend pas assez de temps, on n'est pas assez à l'écoute des gens. (...) Vous les jeunes médecins, vous avez une formation qui est différente, qui est beaucoup plus technique, du fait que la société est comme ça et je pense qu'on va de plus en plus vers une évolution comme ça (...) et je pense qu'on va perdre quelque chose en qualité de soins je pense qu'on va perdre quelque chose. (...) Quelque part c'est quand même un petit peu la mort de la médecine générale. (...) Justement cette confiance là j'ai peur que l'organisation des soins fait que ce côté là, petit à petit aussi disparaisse du côté domicile quoi. (...) Après si on fait que de la technique, il suffit d'avoir un gros distributeur, on tape la maladie et le traitement et la prise en charge sort, c'est pas très compliqué quand on voit les abaques qui sont faits des fois. » (11)

« On n'est plus tellement sensé prendre en charge le côté psychologique (...) mais justement avec cette évolution de la médecine où on nous demande vraiment d'avoir des protocoles de soins, de mettre des gens dans des cases et on exclut complètement le côté psychique (...) on formate les gens à venir nous dire leurs problèmes physiques et plus du tout nous parler de leurs problèmes psychologiques. » (14)

« Mais c'est pour ça la sécu moi j'adore tu sais quand ils arrivent et qu'ils te disent alors voilà vos prescriptions d'antibiotiques, d'IPP, vos prescriptions... Les petits camemberts par rapport à la moyenne nationale tout ça j'adore. Et à un moment je dis mais il est où le camembert de l'empathie ? Je sais pas celui là

il existe pas ? (...) Enfin moi j'ai un peu peur pour vous, dans les années à venir on va perdre une médecine, enfin l'empathie je sais pas comment elle va évoluer là-dessus.(...) je me demande l'évolution future comment ça va être. » (15)

III.2.5 CAS NÉGATIF

Un médecin n'a pas éprouvé de difficulté dans la relation médecin-malade, ni dans la gestion psychologique de la douleur. Ce cas négatif est venu éclairer les résultats. Ce médecin a évoqué une formation en « écoute active ». Cette formation lui aurait permis de centrer le discours sur la solution plutôt que la plainte. La multiplication des solutions (aide paramédicale, soutien psychologique, parfois médecine parallèle) permettait de contrer la demande répétée, et de gagner du temps sur la prochaine consultation. Elle évoquait l'expérience comme atout pour se mettre à distance dans la relation médecin-patient.

IV / DISCUSSION

IV.1 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

IV.1.1 Forces de l'étude

L'échantillon des médecins interrogés était diversifié. Les deux sexes, les modes d'exercices (libéral, salarié, mixte) et les milieux d'exercice (rural, semi-rural, urbain) ont tous été représentés. Des médecins maîtres de stage et des médecins n'ayant pas d'activité universitaire ont été interrogés.

Le choix de la méthode qualitative permettait aux médecins interrogés de s'exprimer librement sur leur vécu et ressenti et d'évoquer de nouvelles problématiques indépendamment des préjugés du chercheur. Elle a permis l'exploration de la relation médecin-malade. La technique de l'entretien semi-dirigé a permis au médecin interrogé de laisser libre cours à sa pensée. Même si un guide d'entretien avait été élaboré afin que les thèmes de l'étude soient abordés, les questions étaient ouvertes et le déroulement des entretiens était laissé en grande partie à l'initiative des personnes interviewées. Le guide d'entretien était modifiable au cours de la recherche. Si une donnée inattendue émergeait au cours d'un entretien, elle était abordée au cours des entretiens suivants. La présence importante des émotions et sentiments personnels évoqués par les médecins a été considérée comme critère de qualité des entretiens. Le guide d'entretien avait été conçu séparément par les deux investigateurs, puis les thématiques ont été croisées : beaucoup de thématiques étaient communes, ce qui laisse penser que le sujet avait suffisamment été ciblé.

Les deux investigateurs étaient des jeunes médecins remplaçants. Ils connaissaient donc la problématique étudiée. Les personnes interviewées pouvaient se sentir plus en confiance pour livrer leurs émotions. Cette connaissance du sujet avait permis aux investigateurs d'approfondir ces entretiens. La qualité des réponses a ainsi été améliorée. Globalement, les médecins ont montré peu de résistance à s'exprimer, ont été enclins à une remise en question et à exprimer des données intimes.

Les entretiens ont été réalisés par deux investigateurs différents. Chaque investigateur avait une technique personnelle pour conduire ses entretiens, ce qui a permis d'obtenir une richesse des thématiques explorées.

Le double codage a été réalisé par les 2 investigateurs séparément, suivi du regroupement des thèmes. Ce double codage avait été par la suite contrôlé par la directrice de thèse. Le résultat de ce triple codage était concordant.

La présence d'un cas négatif qui éclaire les résultats a été considérée comme un critère de qualité.

IV.1.2 Faiblesses de l'étude

L'échantillon a été limité à une zone géographique : l'Isère. Une extension au niveau régional ou national aurait permis d'obtenir une population plus diversifiée.

La présence d'un nombre important de maîtres de stages (6 sur 13 entretiens) pouvait apparaître comme un biais de recrutement. La richesse des thématiques explorées a pu en être affectée.

L'entretien semi-directif a été une pratique complètement nouvelle pour les investigateurs. Sa pratique nécessite un entraînement que les investigateurs n'avaient pas. Ce manque d'expérimentation a pu gêner l'approfondissement des entretiens et la saturation des données a pu être atteinte rapidement.

Lors des premiers entretiens, le guide d'entretien n'avait pas pu être respecté. L'expérience venant, les entretiens ont été de meilleure qualité et réalisés en modifiant le guide d'entretien, puis en s'en affranchissant, en tendant vers la technique de l'entretien libre, sans guide d'entretien.

Les investigateurs ayant une faible pratique de l'anglais et un niveau peu élevé dans la compréhension écrite notamment au sujet de la phénoménologie, des concepts de la relation médecins-patients et de la sociologie, a limité l'approche holistique de la recherche.

IV.2 RÉSULTATS ATTENDUS

IV.2.1 Des difficultés thérapeutiques

La définition de la douleur chronique suppose un échec des thérapeutiques antalgiques puisque la douleur persiste au-delà de 3 à 6 mois. Les douleurs chroniques présentent un problème complexe pour lequel il n'existe, à l'heure actuelle, aucune approche qui permette à elle seule d'éliminer toutes les douleurs (16).

Les raisons de ces échecs thérapeutiques résidaient en partie dans l'inefficacité et les effets secondaires des traitements. Effets secondaires, dont on peut facilement se rendre compte par la lecture du Doroz. Les antalgiques classiques étaient jugés inefficaces d'emblée ou leur efficacité initiale diminuait dans le temps. Cette inefficacité venait aggraver les troubles d'observance des patients. La principale raison d'arrêt des thérapeutiques antalgiques était l'inefficacité du médicament selon le Dr Piguet (17). Et s'il ne s'agissait pas du « bon » traitement contre cette douleur ?

Face à cet échec, les médecins évoquaient un risque important d'escalade thérapeutique et donc de iatrogénie. La réponse pharmacologique à la douleur chronique ne doit pas être la seule réponse. La prise en charge globale semble apporter des avantages. Dans les recommandations internationales, nous pouvons lire que l'objectif est d'assurer au mieux la prise en charge de la douleur chronique, pas nécessairement de l'éliminer. Le traitement médicamenteux n'est donc pas la priorité dans une prise en charge globale qui vise à améliorer le statut fonctionnel du patient, ses aptitudes et sa qualité de vie (18).

IV.2.2 Une évaluation qui demande du temps

L'évaluation de la douleur, du fait de son caractère subjectif, est une tâche difficile pour le médecin (19). Les recommandations HAS sur la douleur évoquaient l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) comme outil de référence. Les médecins ont tous remis en question cette échelle. Elle ne prend pas en compte les aspects multidimensionnels de la douleur et semble difficile à utiliser en ambulatoire. Cette EVA a été jugée inadaptée en consultation ambulatoire (20).

Des échelles d'hétéro-évaluation existent, mais elles n'ont pas été testées en soins primaires et ont été peu diffusées auprès des médecins généralistes (20). Pour combler ce manque, les médecins ont évoqué la parole du patient, la connaissance de celui-ci, la relation médecin malade pour une évaluation globale. Aucun outil ne permettrait d'objectiver la douleur. La communication verbal et non verbal du patient seraient la seule information utilisable avec des biais d'interprétation et de jugement liés au vécu personnel du patient et du médecin (21).

La connaissance du patient, de sa culture, son environnement, son travail et ses loisirs permet d'avoir une vision globale du patient et du retentissement de sa douleur.

Mais cette évaluation demandait du temps, la durée moyenne de la première consultation dans une structure spécialisée est de cinquante minutes (22). On comprend que le médecin généraliste ne puisse répondre à cette attente de façon quotidienne. À moins d'envisager une rémunération spécifique pour ce genre de consultation, comme cela avait été suggéré au cours des plans de lutte contre la douleur (7),(23).

IV.2.3 Une problématique d'accès aux soins

L'état des lieux de l'HAS sur la douleur chronique en 2008 évoquait la difficulté de faire la part des signes objectifs – biologiques – de la maladie et celle de l'expérience subjective d'inconfort et de dysfonctionnement. La douleur chronique agit directement sur celui qui en souffre, d'emblée et/ou secondairement, mais aussi sur son entourage familial et social, y compris de travail : tous ces éléments doivent être pris en compte au moment de la prise en charge (24). Les recommandations professionnelles qui ont découlé de cet état des lieux ont été axées sur une orientation rapide en centre de la douleur. Les centres de la douleur étaient appréciés des médecins mais les délais de rendez-vous trop longs limitaient l'accès à ces centres.

Les délais d'attente pour une première consultation s'avéraient raisonnables pour 56 % des patients (dans le mois), mais ils sont de plus de trois mois pour 21 % (22).

Ce point a été évoqué dans l'évaluation des plans douleur. Le manque de financement n'a pas permis la création d'un nombre suffisant de centres. Les délais d'accès aux soins restaient donc trop longs. La prise en charge de la douleur chronique est donc majoritairement réalisée par les médecins généralistes. Ceux-ci s'appuyaient sur des spécialistes d'organes mais étaient confrontés aux mêmes problématiques de délais de rendez-vous.

La prise en charge multidisciplinaire recommandée par l'HAS est donc problématique en pratique courante. Certains médecins ont évoqué l'existence d'un réseau spécifique de la douleur (ALGO 38), qui a disparu faute de financement. Un effort de financement des réseaux avait été prévu dans le troisième plan de lutte contre la douleur mais le financement a été arrêté avant le début de l'expérimentation (25).

Au sein même des réseaux informels créés, les difficultés de communication avec les structures hospitalières et les spécialistes ont été déplorées par les médecins généralistes. Renforcer l'accessibilité aux structures de lutte contre la douleur et améliorer le lien ville-hôpital ferait partie des pistes envisagées pour un quatrième plan douleur ; actuellement en

suspend. La participation des médecins généralistes à ce plan paraît indispensable, puisque la majorité des patients douloureux chroniques sont suivis en soins primaires (5).

IV.3 RÉSULTATS INATTENDUS

IV.3.1 Une relation médecin-patient complexe

Le patient douloureux chronique a mis en échec la médecine et confrontait le médecin à l'impuissance, la frustration et l'incertitude. La difficulté pour le médecin face à son incapacité à répondre au symptôme douleur et son sentiment d'impuissance, était de maintenir une relation d'accueil et d'empathie plutôt que de rejet (26). Les médecins ont évoqué cette difficulté à maintenir une disponibilité et leur empathie dans le temps. C'est pourtant dans la durée que s'inscrit le soin des patients douloureux chroniques. Il fallait, selon le Dr Bouckenaere, accepter que cet accompagnement s'étale sur plusieurs mois ou années.

La composante psychologique de la douleur était difficile à appréhender. Cette dimension émotionnelle était souvent méconnue du patient qui se focalisait sur la plainte somatique (27). Le rôle du soignant dans cette relation au patient serait de mettre au second plan l'aspect somatique de la plainte et de centrer le soin autour des facteurs psycho-sociaux, comportementaux et relationnels qui pourraient expliquer le mal-être (21),(28). La relation était mise à mal par cette différence de perception de la douleur, pouvant entraîner une perte de confiance du patient.

La prise en charge de la douleur chronique était vécue comme plus ingrate que la prise en charge du diabète par 86 % des médecins généralistes (29). Les conséquences pour le soignant étaient un épuisement et une difficulté à avoir de l'empathie.

Les médecins ressentaient une pression du fait de la souffrance des patients et de l'absence de résultat. Cette pression n'était pas justifiée car les patients douloureux chroniques interrogés demandaient du temps, de l'écoute mais n'ont pas évoqué une exigence de résultat (30).

Les médecins et leurs patients douloureux chronique ont donc les mêmes attentes lors de la prise en charge en ambulatoire : le besoin de temps, de disponibilité, d'écoute et de relationnel.

Comment le soignant peut-il faire comprendre au patient que l'expression de sa souffrance n'est pas entièrement liée à une pathologie somatique et que la résolution de son symptôme passe

par une compréhension globale de sa plainte ? Que sa prise en charge s'inscrive dans la durée, avec une recherche d'amélioration de sa qualité de vie sans solution immédiate ?

Le médecin aussi doit changer sa façon d'aborder la prise en charge. La difficulté d'acceptation de la chronicité peut venir de sa formation centrée sur le soulagement de la douleur, avec peu de prise en compte de l'importance de la relation humaine.

IV.3.2 Une formation non optimisée

La formation initiale a été remise en cause, par son absence ou son inadaptation à la douleur chronique et aux soins primaires.

Elle était manquante chez certains médecins. Ceci s'explique en partie par l'âge des médecins interrogés. Les plans douleurs ont démarré en 1998, avec la sensibilisation générale de la douleur, puis de l'introduction du module douleur dans le deuxième cycle des études médicales (réforme ECN 2004). Mais même chez les internes ayant reçu cette formation, elle est insuffisante : une étude réalisée en 2006 sur des internes de médecine générale a mis en évidence leurs lacunes sur l'évaluation de la douleur chez l'adulte non communiquant, l'adaptation d'un traitement morphinique, l'équianalgésie, la rotation des opioïdes et sur la douleur neuropathique dans son diagnostic et son traitement (31).

Cette formation, lorsqu'elle a eu lieu, était jugée trop technique, trop axée sur la thérapeutique, et peu adaptée à la douleur chronique. Soixante quatre pourcent des médecins généralistes jugeaient leur préparation à la gestion des patients douloureux chronique passable ou mauvaise (29). Le Dr Bouckenaere estimait que la formation des médecins était trop orientée vers une action efficace, pouvant entraîner une multiplication des actes techniques et des examens. Son approche objectivante ne permettrait pas la prise en compte du registre bio-psycho-social de la douleur (26). Les médecins interrogés ont évoqué cette difficulté face à la douleur psychologique, au contexte social, à la prise en compte de l'environnement du patient. Ils estimaient que la formation donnée n'était pas adaptée à leur pratique, qui nécessite du temps, de la communication, qui est basée sur la relation médecin malade.

Il a été démontré en 2004 que l'effet d'une thérapeutique peut être potentialisé au travers d'une relation médecin-malade de qualité (32), on peut donc s'étonner comme le Dr Bouckenaere du peu de place qui est accordée aux aspects relationnels de la prise en charge médicale dans le cadre des études de médecine.

Un des objectifs des plans nationaux de la douleur était d'améliorer la formation des médecins sur la douleur. On pourrait imaginer, comme le suggérait le Dr Mantz et le Dr Wattel, une formation alliant la partie scientifique et technique à une part relationnelle (33).
Et si la communication était la thérapeutique des maux ?

IV.3.3 Une communication en porte-à-faux

La communication, vectrice et messagère de l'information, est la clé de la relation médecin-malade. Selon les Dr Mantz et Dr Wattel en 2006, cette communication se faisait mal, que ce soit à domicile, en consultation ou en milieu hospitalier (33).

Même autour de l'annonce d'un diagnostic grave, les médecins se font une idée fautive de l'opinion des patients (34) et ont des difficultés à communiquer avec eux. On peut faire le parallèle avec le dialogue au sein de la douleur chronique : une étude canadienne conduite en 1974 (34), montrait que devant une affection grave, 78 % des patients interrogés désiraient être informés du diagnostic, mais 13 % seulement des médecins pensent qu'il fallait le fournir ; 65 % des patients étaient désireux de connaître le pronostic même fatal alors que 12 % des médecins acceptaient de l'annoncer. Et la majorité des médecins qui prônaient mensonge et silence précisait que la quasi-totalité des patients qui souhaitent connaître la vérité espérait entendre une « bonne nouvelle » (35).

Cette communication était en porte-à-faux car le patient désirait savoir, mais le médecin préférait être annonceur d'une bonne nouvelle.
Dans quelle mesure le soignant est contaminé par la souffrance de son patient et préfère nier celle-ci ?

Cette relation peut provoquer une sous-estimation de la douleur, dans la mesure où les soignants élaborent des mécanismes de défense lors de la confrontation avec l'intolérable de la souffrance lorsque celle-ci s'accompagne d'un sentiment d'impuissance de leur part (26).

Les travaux de Michael Balint et sa phrase célèbre « Le médicament le plus utilisé en médecine est le médecin lui-même » (36), ont mis la relation médecin malade au cœur de la prise en charge.

On peut se poser la questions soulevée par Claude Lelouche dans un de ses films (Homme femme mode d'emploi) : « Comment choisir les mots qui guérissent sans passer la barrière du charlatanisme ? » Dans quelle mesure le langage comme acte thérapeutique doit-il être considéré comme du charlatanisme ?

Comment mesurer l'efficacité de l'acte thérapeutique qui fait usage de la parole ?

IV.3.4 Le paradoxe d'être soignant

Les médecins ont évoqué la difficulté d'être au contact de la souffrance, avec parfois le manque de distance face à une relation médecin-malade inscrite dans la durée. Ces émotions pouvaient engendrer du stress, une sensation de solitude avec la crainte du « *burn-out* ».

Comment le médecin qui souffre face à son patient peut continuer d'avoir une relation d'aidant ?

La douleur est là, plus seulement somatique, mais intriquée dans le relationnel, le social, et vient envahir les médecins. Ceux-ci souffrent car la douleur rebelle les confronte aux limites de leur art (37).

Le médecin étant confronté à un sentiment d'échec et d'impuissance face à son patient douloureux chronique, présente un risque de « *burn-out* ». Il est défini comme une diminution de l'accomplissement personnel, un épuisement émotionnel et une dépersonnalisation de son patient (une image négative de celui-ci) (38). Dans la relation interhumaine particulière qu'est celle du soin, le patient communique une partie de sa souffrance au médecin qui ressent lui aussi une certaine souffrance, un stress à l'exercice de sa profession.

Le médecin possède une grande sensibilité qui lui permet de percevoir la détresse du patient. Le médecin qui souffre avec son patient ne peut accepter cette situation (39).

Le transfert de cette souffrance dans une juste mesure serait donc moteur dans la relation de soins. Comment se protéger pour continuer d'être aidant et ne pas se consumer de l'intérieur ?

La prévalence élevée du *burn-out* chez les médecins libéraux traduit une tension importante du système de santé qui nécessite une prise en charge collective adaptée, soutenue et urgente (40).

IV.3.5 Technicisation de la médecine moderne = déshumanisation ?

Les entretiens sur la douleur chronique ont amené plusieurs médecins à une réflexion sur l'avenir de la médecine. Avec le recul de leur propre exercice, les évolutions constatées (course aux données chiffrées, T2A, quantification des prescriptions, valorisation de l'acte) et la formation très technique actuelle valorisant l'acte plus que le relationnel. Ils se sont dits inquiets pour l'avenir, avec un médecin qui risque de manquer d'humanité.

En 1978 Laplantine, était très sévère avec la médecine moderne qu'il définissait comme "allopathique et brutale" : allopathique car « *elle soigne par les contraires en écrasant les symptômes* », brutale par les doses médicamenteuses massives qu'elle utilise jusqu'à parfois devenir iatrogène. Elle "*frappe à grands coups sur la totalité des fonctions et des défenses du malade, sans tenir compte avec précision des effets secondaires, de l'accoutumance aux médicaments et de tout ce que peut entraîner la substitution chimiothérapique à un processus d'ensemble qui n'est plus écouté*" (41).

Le Dr Piednoir en 2000 disait que l'arrivée de la technique dans la prise en charge médicale quotidienne modifiait la relation entre le médecin et son patient (39).

En 2000, L'HAS évoquait aussi cette « *rencontre du silence entre le malade et le médecin* » qui pourrait être due au « *manque de temps lié, entre autres, à l'hyper-technicité peu efficiente et déshumanisante de la médecine actuelle, à l'inadéquation des effectifs médicaux et paramédicaux par rapport aux besoins et aux tâches administratives de plus en plus lourdes qui accablent le médecin* » (35). Le Dr Bouckenaere rappelait que l'évolution de la médecine contemporaine par son approche réductionniste, était performante au niveau lésionnel et a apporté des progrès importants, mais montre aujourd'hui ses limites dans le syndrome douloureux chronique (26).

Il semble donc que la qualité technique du soin se soit développée au détriment de sa qualité humaine. Est-il possible de concilier prise en charge humaine et performance en médecine générale ?

On peut se demander si impuissant face à l'incompréhension de son patient, le médecin aura tendance à allonger la liste de ses prescriptions, s'enfonçant ainsi dans le rêve de la toute puissance.

IV.3.6 Le déclin de la médecine toute puissante

L'image de la médecine toute puissante telle qu'elle était ressentie par la société au début du siècle précédant ne laisse pas de place à un médecin en échec face à son patient. Au début du siècle précédant Jean Hanburger déclarait : « La médecine reflète le désir de justice de l'homme qui n'accepte pas la souffrance et la mort. » M. Taubiana déclarait : « la société demande aux médecins une protection contre la maladie, la vieillesse et la mort sans pour autant accepter les risques que cela comporte » (39).

Les avancées de la recherche médicale (la pharmacopée grandissante, la biologie moléculaire, la génétique, l'immunologie, l'imagerie, les techniques de chirurgie) ont contribué à donner une image puissante de la médecine moderne. Selon le Dr Maurin, ces progrès scientifiques ont pu faire apparaître la mort comme non inéluctable (41). Au cours de sa formation, le médecin a associé le fait de ne pas savoir à une sanction immédiate et un sentiment d'échec et d'impuissance. Avec le postulat que chaque zone d'ombre pourrait être éclairée. Que la Science saurait répondre intimement à chaque question de l'Homme. Là où la faculté devrait chercher à donner les clefs de la compréhension et de la communication interhumaine, elle valorise le savoir scientifique brut. La technique médicale est centrée sur la thérapeutique médicamenteuse bien que celle-ci ne soit peu ou pas enseignée. Il n'existe pas encore d'évaluation pour les thérapeutiques non médicamenteuses, la relation médecin-patient ou encore l'empathie.

Quel est le rôle du médecin en soins primaires ? Vers quel exercice de la médecine moderne tendons nous ? L'écoute, (acte intellectuel) et la qualité de la relation médecin-patient non quantifiables par définition, sont-elles légitimement efficaces dans la relation de soins ? Les économies de santé sont-elles compatibles avec une prise en charge de qualité, centrée sur le patient ? Ces questions relèvent pour partie d'une démarche éthique.

Depuis la loi du 4 mars 2002, la relation médecin-patient évolue vers un partenariat soignant-soigné ; où le soigné a droit d'être informé en termes compréhensibles et le médecin d'expliquer les limites de son art. En ce sens la médecine devient moins puissante en avouant ses limites. Cette communication préserve les soignants de la sensation d'échec dans la mesure où ils font preuve d'humilité. La toute-puissance est alors remise en question. Le médecin n'est plus responsable de la maladie incurable ; la médecine n'a pas toutes les solutions. La société entrevoit que l'humain est un être mortel et la médecine ne pourra guérir toutes les pathologies.

THESE SOUTENUE PAR : BINOIST Mariwenn & COCHIN Mathieu

TITRE : DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DOULOUREUX
CHRONIQUE EN MEDECINE GENERALE DANS LE BASSIN GRENOBLOIS.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les 3 plans nationaux de lutte contre la douleur menés en France pendant 14 ans ont obtenu un résultat mitigé et ont montré que la prise en charge de la douleur chronique en soins primaire n'est pas optimale.

Cette étude qualitative avait pour but de relever les difficultés rencontrées par les médecins généralistes à suivre et soigner leurs patients douloureux chroniques.

Les difficultés d'ordre pharmacologiques ont été évoquées, avec des thérapeutiques d'efficacité limitée, présentant des effets secondaires fréquents et des molécules difficiles à manier. L'observance thérapeutique n'était pas optimale. L'évaluation de la douleur était compliquée, du fait de sa subjectivité, sa chronicité et son aspect multidimensionnel. Les outils dédiés ont été jugés inappropriés à la médecine ambulatoire et à la douleur chronique.

La complexité de la douleur chronique a entraîné des difficultés psychologiques du soignant dans la prise en charge. Les médecins ont évoqué une formation initiale insuffisante, trop axée sur la technique. La relation médecin-malade était décrite comme complexe, nécessitant du temps, de l'empathie, et une formation basée sur l'humain et l'accompagnement psychologique. Ce manque de préparation entraînait parfois un manque de confiance, un stress au travail et des sentiments d'échec et d'impuissance. La crainte de l'isolement et du burn out ont été évoquées. Cette interrogation sur la douleur chronique a amené plusieurs médecins à s'interroger sur la technicisation de la médecine, non adaptée à la prise en charge de pathologies complexes telles que la douleur chronique.

Ces résultats concordaient avec ceux d'une étude qualitative portant sur le ressenti des patients douloureux chroniques en Ile de France. Le manque de temps centré sur la relation médecin malade et le défaut de communication semblait être les carences principales de cette prise en charge.

Cette thèse s'inscrit dans le cadre de l'étude DOLMEN, menée conjointement par le Département de Médecine Générale de l'Université Paris 7, le Département d'Ethique Médicale et de Médecine Légale de l'Université Paris 5 et le Département de Soins Primaires de l'Université de Montréal. Elle vise à réfléchir sur ce qu'est l'idéal de prise en charge de la

douleur chronique par les médecins généralistes, au regard de l'éthique médicale. L'étude DOLMEN étudiera par une méthode qualitative multicentrique, le vécu et les attentes de patients douloureux chroniques, les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et internes de médecine générale dans la gestion de la douleur chronique. Des consultations entre médecin généraliste et patient douloureux chronique seront analysées afin de mettre en évidence des compétences particulières développées par des médecins expérimentés, ou des difficultés de communication entre le médecin et le patient.

Les résultats de cette étude pourraient suggérer une modification de l'enseignement initial dispensé aux médecins généralistes à propos de la gestion de la douleur chronique, et déboucher sur une valorisation de l'acte intellectuel réalisé.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 26/11/2012

LE DOYEN

J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR P. GAUDIN

A handwritten signature in black ink is written over a block of printed text. The text reads: "Professeur Ph. GAUDIN", "Service de Rhumatologie", "C.H.U. de GRENOBLE", and "N° Adeli 38 10 5388 3".

Professeur Ph. GAUDIN
Service de Rhumatologie
C.H.U. de GRENOBLE
N° Adeli 38 10 5388 3

LISTE DES ABRÉVIATIONS

MS : Maître de Stage

HAS : Haute Autorité de Santé

EVA : Echelle Visuelle Analogique

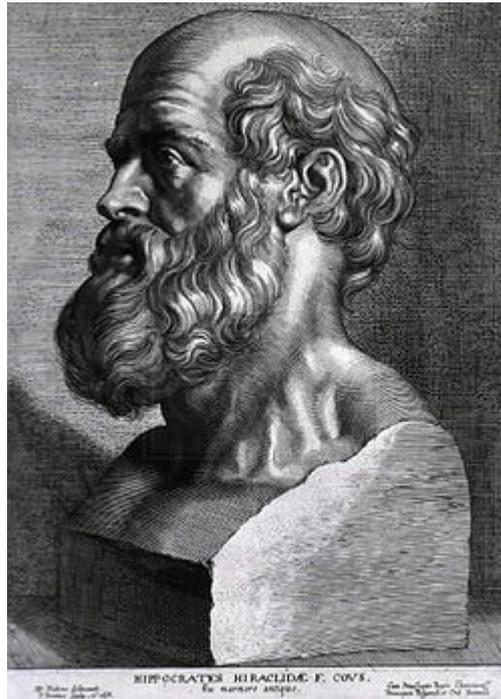
OMS : Organisation Mondiale de la Santé

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. ÉTAT DES LIEUX Douleur chronique : les aspects organisationnels, Le point de vue des structures spécialisées SYNTHÈSE. HAS; 2009.
2. Haute Autorité de Santé. RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient Consensus formalisé ARGUMENTAIRE. HAS; 2008.
3. Huas D, Gercche S, Tajfel P. Prévalence et prise en charge de la douleur chronique en médecine générale. DRC observatoire médecine générale. Douleurs. 2001;3(2):149–54.
4. Pickering G, Eschalier A, Deteix A. Impact of pain on recreational activities of nursing home residents. Aging (Milano). 2001 fev;13(1):44–8.
5. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. European Journal of Pain. 2006 May;10(4):287–287.
6. Ouahnon P. URCAM : Prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Ile-de-France.
7. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé. Le programme de lutte contre la douleur. 2002-2005. 2002.
8. Journal Officiel 2002. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002 Mar 5;4118–59.
9. Upshur CC, Bacigalupe G, Luckmann R. "They Don't Want Anything to Do with You": Patient Views of Primary Care Management of Chronic Pain. Pain Medicine. 2010;11(12):1791–8.
10. ANTHONIOZ-AMMOUCHE Marielle. Impact des trois plans gouvernementaux de lutte contre la douleur (1998-2010) sur la médecine générale : une analyse systématique de contenu. Thèse d'exercice de médecine. UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7; 2012.
11. Queneau P, Ostermann G, Piem, Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique (France). Le médecin, le malade et la douleur. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2004.
12. Lazorthes Y. Les Douleurs rebelles : évaluation et stratégies thérapeutiques. Paris: Maloine; 1993.
13. Corrigan C, Desnick L, Marshall S, Bentov N, Rosenblatt RA. What Can We Learn from First-Year Medical Students' Perceptions of Pain in the Primary Care Setting? Pain Medicine. 2011;12(8):1216–22.
14. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142–5.
15. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie: de «maladies» à «verbatim. 2009;88:106–12.
16. McCracken LM, Turk DC. Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. Spine. 2002;27(22):2564–73.
17. Piguet V. De la pharmacologie à la prise en charge globale de la douleur: intégration dans une approche plurimodale.
18. Bloomington:ICSI. Institute For Clinical Systems Improvement. Assessment and management of chronic pain. 2008;
19. HADJISTAVROPOULOS T., CRAIG K.D. A theoretical framework for understanding self-report and observational measures of pain: a communications model.

Behaviour Research and Therapy. 2002;40:551–70.

20. Lothon-Demerliac C, Laurent-Beq A, Marec P. Évaluation du plan triennal de lutte contre la douleur. Société française de santé publique. Rapport réalisé à la demande de la direction générale de la santé. Ministère délégué à la santé, ministère de l'emploi et de la solidarité. 2001 Oct;
21. Jacobson L., Mariano A.J. General considerations of chronic pain. *Bonica's Management of Pain*. 2001;241–54.
22. Malou N. Des recommandations utiles mais chronophages ! *Le Concours Médical*. 2009 Sep 22;131(14):548.
23. Ministère de la santé et des solidarités. Plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris. 2006.
24. Serrie A., Queneau P. Livre blanc de la douleur. Paris : Comité d'Organisation des États Généraux de la Douleur. 2005.
25. Haut Conseil de la Santé Publique. Evaluation du 3eme plan douleur : L'Evaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. 2011.
26. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cahiers de psychologie clinique*. 2007;28(1):167.
27. Rentsch D. Douleurs chroniques et dépression: un aller-retour ? *Douleur*. 2009;208(24):1364–9.
28. Allaz A.F. Le messenger boiteux : approche pratique des douleurs chroniques rebelles : Genève. *Médecine et Hygiène*; 2003.
29. Chen JT, Fagan MJ, Diaz JA, Reinert SE. Is Treating Chronic Pain Torture? *Internal Medicine Residents' Experience With Patients With Chronic Nonmalignant Pain*. *Teaching and Learning in Medicine*. 2007 May 25;19(2):101–5.
30. GANDON Vianney. Vécu des Patients Dououreux Chroniques et Attentes vis-à-vis du Médecin Traitant. Thèse d'exercice de médecine. Université Paris Diderot - Paris 7; 2012.
31. Piffer I. Enquête d'évaluation de la formation et des connaissances des internes en médecine sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte [Reproduction de]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2006.
32. Bruxelles J. Placebo et effet placebo dans le traitement de la douleur. *Douleur et Analgésie* 1. 2004;3–7.
33. Mantz J, Wattel F. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. *BULLETIN-ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE*. 2006;190(6):1299.
34. BR. Mount, A. Jones, A. Patterson. Death and dying attitudes in a teaching hospital. *Urology*. 1974;4:27.
35. Haute Autorité de Santé. INFORMATION DES PATIENTS RECOMMANDATIONS DESTINÉES AUX MÉDECINS. HAS; 2000.
36. BALINT M. Le médecin, son malade et la maladie. Petite Bibliothèque Payot. Paris; 1972.
37. Pla-Dhomont T. Vécu des patients douloureux chroniques. *Douleur et Analgésie*. 2010 Oct 23;23(4):198–200.
38. Galam É. Burn out des médecins libéraux-1re partie : une pathologie de la relation d'aide. *Médecine*. 2007 Nov 1;3(9):419–21.
39. Piednoir P, Hervé C, Moutel G. La relation médecin-malade et le métier de médecin. *Eri\csim:(www.inserm.fr/ethique)*. *Eri\csim Tarihi*. 2009;14.
40. Galam É. Burn out des médecins libéraux-4e partie: un problème individuel, professionnel et collectif. *Médecine*. 2008;4(2):83–5.
41. Maurin S. Pourquoi a t-on encore recours aux guérisseurs à l'heure actuelle ? Thèse d'exercice de médecine. Lyon: Université Lyon 1, 2006. 135 f; 2006.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciplines et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.