



**HAL**  
open science

**Le parcours de soins du patient douloureux chronique.  
Étude qualitative concernant la perception et les  
attentes des médecins généralistes des départements de  
Seine-Maritime et de l'Eure à l'égard des structures  
d'étude et de traitement de la douleur chronique**

Christophe Caltero

► **To cite this version:**

Christophe Caltero. Le parcours de soins du patient douloureux chronique. Étude qualitative concernant la perception et les attentes des médecins généralistes des départements de Seine-Maritime et de l'Eure à l'égard des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02049805

**HAL Id: dumas-02049805**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02049805>**

Submitted on 26 Feb 2019

**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.

**THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

CALTERO Christophe

Né le 12 juillet 1990 à Dieppe (76)

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 8 février 2019

**Le parcours de soins du patient douloureux chronique :  
Étude qualitative concernant la perception et les attentes des  
médecins généralistes des départements de Seine Maritime et  
de l'Eure à l'égard des structures d'étude et de traitement de la  
douleur chronique**

Président du jury : Monsieur le Professeur Thierry LEQUERRE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Rodrigue DELEENS

Membres du jury : Madame le Professeur Elizabeth MAUVIARD

Madame le Docteur Sophie POUPLIN-JARDIN

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019**  
**U.F.R. SANTÉ DE ROUEN**

-----

**DOYEN** : Professeur Pierre **FREGER**

**ASSESEURS** : Professeur Michel **GUERBET**  
Professeur Benoit **VEBER**  
Professeur Pascal **JOLY**  
Professeur Stéphane **MARRET**

<b>I – MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Pierre <b>CZERNICHOW</b> ( <i>surnombre</i> )	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CB	Cancérologie
Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
Mr Philippe <b>DUCROTTE</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie

Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytologie
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit <b>MISSET</b>	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François <b>MUIR</b> ( <i>surnombre</i> )	HB	Pneumologie
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe <b>MUSETTE</b>	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique

Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Christian <b>THUILLEZ</b> ( <i>surnombre</i> )	HB	Pharmacologie
Mr Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre <b>VANNIER</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN	Physiologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas <b>MOUREZ</b>	HCN	Virologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	HCN	Génétique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
Mr David <b>WALLON</b>	HCN	Neurologie

#### **PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ**

Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication
Mme Mélanie <b>AUVRAY-HAMEL</b>	UFR	Anglais

## II – PHARMACIE

### PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**  
Mr Roland **CAPRON**  
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)  
Mme Isabelle **DUBUS**  
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)  
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)  
Mr Michel **GUERBET**  
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**  
Mme Christelle **MONTEIL**  
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)  
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)  
Mr Jean-Marie **VAUGEUIS**  
Mr Philippe **VERITE**

Chimie Thérapeutique  
(PU-PH) Biophysique  
Pharmacologie  
Biochimie  
Parasitologie  
Toxicologie  
Toxicologie  
Physiologie  
Toxicologie  
Microbiologie  
Pharmacie clinique  
Pharmacologie  
Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**  
Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)  
Mr Frédéric **BOUNOURE**  
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**  
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**  
Mme Elizabeth **CHOSSON**  
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Chimie Générale et Minérale  
Pharmacologie  
Pharmacie Galénique  
Physiologie  
Statistiques  
Botanique  
Législation pharmaceutique et économie de la santé

Mme Cécile **CORBIERE**  
Mr Eric **DITTMAR**  
Mme Nathalie **DOURMAP**  
Mme Isabelle **DUBUC**  
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**  
Mr Abdelhakim **ELOMRI**  
Mr François **ESTOUR**  
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)  
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**  
Mme Marie-Laure **GROULT**  
Mr Hervé **HUE**  
Mme Laetitia **LE GOFF**  
Mme Hong **LU**  
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)  
Mme Marine **MALLETER**  
Mme Sabine **MENAGER**  
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**  
Mr Mohamed **SKIBA**  
Mme Malika **SKIBA**  
Mme Christine **THARASSE**  
Mr Frédéric **ZIEGLER**

Biochimie  
Biophysique  
Pharmacologie  
Pharmacologie  
Pharmacologie  
Pharmacognosie  
Chimie Organique  
Parasitologie  
Chimie analytique  
Botanique  
Biophysique et mathématiques  
Parasitologie – Immunologie  
Biologie  
Immunologie  
Toxicologie  
Chimie organique  
Chimie analytique  
Pharmacie galénique  
Pharmacie galénique  
Chimie thérapeutique  
Biochimie

### PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ** Pharmacie officinale  
Mr Jean-François **HOUIVET** Pharmacie officinale

### PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN** Anglais

### ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs **SOARES** Bactériologie

### ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie **CHAMPY** Pharmacognosie  
M. Jonathan **HEDOUIN** Chimie Organique  
Mme Barbara **LAMY-PELLETER** Pharmacie Galénique

### LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT** Chimie Générale et minérale  
Mr Thierry **BESSON** Chimie thérapeutique  
Mr Roland **CAPRON** Biophysique  
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB** Législation et économie de la santé  
Mme Elisabeth **CHOSSON** Botanique  
Mme Isabelle **DUBUS** Biochimie  
Mr Abdelhakim **ELOMRI** Pharmacognosie  
Mr Loïc **FAVENNEC** Parasitologie  
Mr Michel **GUERBET** Toxicologie  
Mr François **ESTOUR** Chimie organique  
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET** Physiologie  
Mme Martine **PESTEL-CARON** Microbiologie  
Mr Mohamed **SKIBA** Pharmacie galénique  
Mr Rémi **VARIN** Pharmacie clinique  
M. Jean-Marie **VAUGEOIS** Pharmacologie  
Mr Philippe **VERITE** Chimie analytique

### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PH-PH)

UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-PH)

UFR Médecine générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**

UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD**

UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ**

UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

### IV. ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

#### PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)

Physiologie (ADEN)

Mr Paul **MULDER** (phar)

Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

#### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)

Biochimie et biologie moléculaire

(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)

Biochimie et biologie moléculaire

(UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (med)

Neurosciences (Néovasc)

M. Sylvain **FRAINEAU** (med)

Physiologie (Inserm U 1096)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)

Génétique moléculaire humaine

Mr Nicolas **GUEROUT** (med)

Chirurgie Expérimentale

Mme Rachel **LETELLIER** (med)

Physiologie

Mme Christine **RONDANINO** (med)

Physiologie de la reproduction

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med)

Biochimie (UMR 1079)

HCN : Hôpital Charles Nicole - HB : Hôpital Bois Guillaume - CB : Centre Henri Becquerel -SJ : Hôpital Saint Julien

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

# Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

## **REMERCIEMENTS**

### **A Monsieur le Professeur Thierry LEQUERRE**

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et d'accepter de juger mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

### **A Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD**

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury de thèse. Vous m'avez apporté de nombreux conseils et points de vue enrichissants sur l'exercice de la médecine générale durant les séances d'études dirigées que vous avez animé pendant les trois ans de mon internat.

### **A Madame le Docteur Sophie POUPLIN-JARDIN**

Les quelques mois passés dans ton service, en tant qu'interne, me sont d'une grande utilité dans mon exercice quotidien. Tu as participé à l'initiation de ce projet de thèse et c'est en grande partie grâce à toi que je me suis lancé sur ce thème de la douleur. Je te suis reconnaissant pour cela et heureux que tu aies accepté de faire partie de mon jury de thèse.

### **A Monsieur le Docteur Rodrigue DELLENS**

Tu as accepté de m'accompagner sur cette thèse avec envie et bienveillance. Tu as su te montrer disponible, patient et apporter ton soutien lorsque cela était nécessaire durant ces nombreux mois de travail. Ta connaissance dans le domaine de la douleur et ton travail de relecture furent également précieux. Je te remercie sincèrement de m'avoir aidé à élaborer cette thèse.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à cette étude.

Aux nombreux médecins, personnels paramédicaux, rencontrés aux cours de ces années et qui m'ont, à leur manière, permis de devenir un meilleur soignant.

A Céline, qui depuis plus de cinq ans, embellit ma vie. Ta présence à mes côtés me rend meilleur. Je suis fier d'être ton futur mari.

A mes parents, pour leur affection et soutien au long de ces nombreuses années d'études médicales. Un grand merci de m'avoir permis de concrétiser de nombreux projets, professionnels et personnels. Un remerciement à ma mère pour le travail de mise en page de cette thèse.

A ma sœur, qui m'a épaulé notamment durant les moments difficiles de la première année de médecine et qui aura toujours une place particulière dans ma vie.

A mes grands-parents et la famille Popo pour qui j'ai une forte pensée.

A Marie et Jorge, pour votre bonté et générosité dont vous faites preuve à chaque instant.

A mes futurs témoins de mariage, Aurélien, David, Dorian, qui ont été présents à des moments importants de ma vie.

Au groupe des copains, qui ont rendu ces années d'études tellement plus folles, avec plein de souvenirs mémorables.

Aux « coloc » du Havre et de Rouen, qui ont donné une vision tellement plus cool de mon internat de médecine.

Aux amis parisiens, avec qui les week-ends et sorties à Paris m'ont apporté de bonnes bouffées d'oxygène.

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>p.20</b>
<b>I. LA DOULEUR</b>	<b>p.20</b>
<b>1) Définition et concepts</b>	<b>p.20</b>
a) <u>Définition internationale</u>	p.20
b) <u>Composante de la douleur</u>	p.20
c) <u>La sémiologie de la douleur</u>	p.21
d) <u>La temporalité de la douleur : aigue et chronique</u>	p.21
<b>2) La douleur en France : états des lieux</b>	<b>p.22</b>
a) <u>Démographie de la douleur</u>	p.22
b) <u>Démographie de la douleur chronique</u>	p.22
<b>3) Les plans gouvernementaux</b>	<b>p.23</b>
a) <u>Le premier plan de lutte contre la douleur 1998-2000</u>	p.23
b) <u>Le programme de lutte contre la douleur de 2002 à 2005</u>	p.24
c) <u>Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010</u>	p.25
d) <u>Un quatrième plan douleur national en attente</u>	p.26
<b>II. LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE</b>	<b>p.26</b>
<b>1) Evaluation d'un patient douloureux chronique</b>	<b>p.26</b>
a) <u>Les bases du rapport ANAES 1999-2000</u>	p.26
b) <u>Les recommandations internationales</u>	p.27
c) <u>Les recommandations HAS</u>	p.27
c.1) Identification d'une douleur chronique	p.27
c.2) L'évaluation initiale de la douleur chronique	p.27
d) <u>Les outils d'évaluation</u>	p.28
d.1) La grille d'entretien semi-dirigée	p.28
d.2) Schéma corporel des zones douloureuses	p.29
d.3) Les échelles d'auto évaluation unidimensionnelles	p.29
d.4) Les échelles d'hétéro évaluation unidimensionnelles	p.30
d.5) Les échelles multidimensionnelles de la douleur	p.31
d.6) Quelques outils spécifiques	p.32
e) <u>L'évaluation de la douleur chronique par le médecin généraliste</u>	p.32
e.1) La douleur chronique : motif de consultation en médecine générale	p.32
e.2) Le médecin généraliste : premier acteur de la prise en charge	p.33
e.3) Les connaissances du médecin généraliste pour prendre en charge la douleur	p.33
e.4) Les limites et difficultés rencontrées par le médecin généraliste	p.33

<b>2) <u>Orientation d'un patient douloureux chronique</u></b>	<b>p.34</b>
a) <u>Les recommandations internationales</u>	p.34
b) <u>Les recommandations HAS</u>	p.35
c) <u>Informations nécessaires à transmettre à la structure spécialisée</u>	p.36
d) <u>L'orientation des patients par le médecin généraliste</u>	p.36
d.1) L'état des lieux	p.36
d.2) Les pathologies et motifs d'envoi par le médecin généraliste	p.37
<b>3) <u>Les structures de prise en charge de la douleur chronique</u></b>	<b>p.37</b>
a) <u>Historique</u>	p.37
b) <u>Rôle de ces structures</u>	p.39
c) <u>Une organisation bien définie</u>	p.39
d) <u>Le socle des SDC : la prise en charge pluridisciplinaire</u>	p.42
e) <u>Le personnel intervenant au sein de ces structures</u>	p.43
e.1) Le médecin douleur	p.43
e.2) L'infirmier	p.44
e.3) Le psychologue	p.44
e.4) Le kinésithérapeute	p.45
e.5) L'assistante sociale	p.45
f) <u>Les activités spécifiques des SDC</u>	p.45
f.1) L'utilisation de la neurostimulation électrique transcutanée (TENS)	p.45
f.2) Les traitements réalisés dans les hôpitaux de jour	p.45
f.3) L'éducation thérapeutique du patient (ETP)	p.47
g) <u>Le délai d'attente dans les SDC</u>	p.47
h) <u>La démographie des SDC en France</u>	p.48
i) <u>La démographie des SDC dans les départements de Seine Maritime et Eure</u>	p.48
<b>4) <u>Evaluer une douleur chronique dans les structures spécialisées</u></b>	<b>p.48</b>
a) <u>Les recommandations internationales</u>	p.48
b) <u>Les recommandation HAS</u>	p.49
b.1) Une évaluation globale	p.49
b.2) Les modalités de l'évaluation	p.50
b.3) La transmission des conclusions de l'évaluation	p.50
<b>5) <u>Orienter le patient suite à l'évaluation en structure douleur</u></b>	<b>p.51</b>
a) <u>Les recommandations internationales</u>	p.51
b) <u>Les recommandations HAS</u>	p.51
c) <u>La synthèse du parcours de soins du patient douloureux chronique</u>	p.53

<b>6) <u>Les réseaux douleurs et le médecin généraliste</u></b>	<b>p.53</b>
a) <u>Le réseau entre structures de soins ; pour exemple, le Réseau Régional Douleur en (ex) Basse-Normandie (RRDBN)</u>	p.53
b) <u>Le réseau entre médecine de ville et hospitalière, l'exemple du Réseau Lutter Contre la Douleur Chronique (LCD)</u>	p.54
c) <u>Le médecin généraliste, un rôle de coordinateur</u>	p.54
<b>METHODOLOGIE ET RESULTATS</b>	<b>p.55</b>
<b>I. MATERIELS ET METHODE</b>	<b>p.55</b>
<b>1) <u>Choix de la méthode</u></b>	<b>p.55</b>
<b>2) <u>Population étudiée</u></b>	<b>p.55</b>
a) <u>La sélection des participants</u>	p.55
b) <u>Les caractéristiques de l'échantillon</u>	p.56
c) <u>La prise de rendez-vous</u>	p.58
d) <u>La taille de l'échantillon</u>	p.59
<b>3) <u>Le recueil des données</u></b>	<b>p.59</b>
a) <u>Les entretiens</u>	p.59
b) <u>Le guide d'entretien</u>	p.59
c) <u>La retranscription des entretiens</u>	p.60
<b>4) <u>L'analyse des données</u></b>	<b>p.60</b>
<b>II. RESULTATS DE L'ENQUÊTE</b>	<b>p.61</b>
<b><u>1ere PARTIE : LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE PAR LE MEDECIN GENERALISTE</u></b>	<b>p.61</b>
<b>1) <u>Les difficultés du médecin généraliste</u></b>	<b>p.61</b>
a) <u>Les difficultés thérapeutiques</u>	p.61
a.1) La lourdeur du traitement	p.61
a.2) Le manque de connaissances	p.61
a.3) L'utilisation des médicaments	p.62
a.4) La tolérance et effets indésirables des traitements	p.62
b) <u>Une prise en charge difficile face à la complexité de la douleur</u>	p.63
b.1) La composante psychologique	p.63
b.2) L'analyse de la douleur	p.63

c) <u>Le relationnel avec le patient</u>	p.64
c.1) Etre en adéquation avec le patient	p.64
c.2) L'acceptation de la chronicité des douleurs	p.64
c.3) L'acceptation du traitement	p.65
c.4) Le patient douloureux chronique est un patient demandeur	p.65
c.5) Un constat d'impuissance à soulager	p.65
d) <u>L'impact multifactoriel de la douleur</u>	p.66
<b>2) <u>Les pathologies et douleurs posant des difficultés de prise en charge</u></b>	<b>p.66</b>
<b>3) <u>La douleur chronique chez différentes catégories de population</u></b>	<b>p.68</b>
a) <u>Les enfants</u>	p.68
b) <u>Les jeunes actifs</u>	p.69
c) <u>Les personnes âgées</u>	p.69
d) <u>Les patients en fin de vie</u>	p.69
e) <u>Autres</u>	p.70
f) <u>L'âge n'est pas un facteur influenceur</u>	p.70
<b>4) <u>Les critères de situation d'échec</u></b>	<b>p.70</b>
<b>5) <u>Les moyens du médecin généraliste pour une prise en charge efficace</u></b>	<b>p.71</b>
a) <u>Le suivi régulier</u>	p.71
b) <u>Les outils thérapeutiques</u>	p.71
<b>6) <u>Les limites de la médecine de ville</u></b>	<b>p.72</b>
a) <u>Les limites de connaissance</u>	p.72
b) <u>Les limites du non spécialité</u>	p.72
c) <u>Les limites du temps de consultation</u>	p.73
d) <u>Les limites d'outils thérapeutiques de la médecine générale de ville</u>	p.74
e) <u>La perte d'objectivité</u>	p.74
f) <u>L'intensité des symptômes nécessitant une prise en charge hospitalière</u>	p.74
g) <u>Un réseau douleur pouvant être défaillant</u>	p.74

**2ème PARTIE : LES STRUCTURES DE TRAITEMENT ET D'ETUDE DE LA DOULEUR CHRONIQUE : CONNAISSANCE ET POINTS DE VUE DU MEDECIN GENERALISTE** **p.75**

<b>1) <u>L'existence de ces structures</u></b>	<b>p.75</b>
<b>2) <u>La structuration des CETD</u></b>	<b>p.76</b>
<b>3) <u>Les professionnels travaillant au sein des CETD</u></b>	<b>p.77</b>
<b>4) <u>Leurs champs de compétence</u></b>	<b>p.78</b>
a) <u>La clarté des champs d'action</u>	p.78
b) <u>Les thérapeutiques utilisées</u>	p.79

<b>5) <u>Le rôle des structures douleur</u></b>	<b>p.80</b>
a) <u>Un avis diagnostique complémentaire</u>	p.80
b) <u>Un avis thérapeutique complémentaire</u>	p.80
c) <u>Une prise en charge globale et adapté</u>	p.81
c.1) Soutien psychologique	p.81
c.2) Suivi du patient	p.82
d) <u>Un regard plus spécialisé</u>	p.82
e) <u>Un renforcement du lien entre médecine de ville et hospitalière</u>	p.82
f) <u>Une solution parmi un panel de soins</u>	p.82
g) <u>Un soutien du médecin traitant</u>	p.83

### **3ème PARTIE : LE RECOURS AUX STRUCTURES D'ETUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE**

**p.84**

<b>1) <u>La fréquence du recours aux structures douleur</u></b>	<b>p.84</b>
a) <u>Le nombre de patients adressés</u>	p.84
b) <u>Une sollicitation suffisante</u>	p.84
b.1) Ces structures ne sont pas un recours de première ligne	p.84
b.2) Le médecin traitant considère être compétent pour la prise en charge	p.85
c) <u>Une sollicitation insuffisante</u>	p.85
<b>2) <u>L'orientation du patient vers la structure douleur : à quel moment ?</u></b>	<b>p.86</b>
a) <u>Une orientation précoce</u>	p.86
a.1) Une prise en charge adaptée et multidisciplinaire	p.86
a.2) Un retentissement multifactoriel de la pathologie	p.86
a.3) Un gain d'efficacité pour la douleur du patient	p.87
a.4) La non adhésion et réponse au traitement	p.87
a.5) Un recours rapide à utiliser avec parcimonie	p.87
b) <u>En dernier recours</u>	p.87
c) <u>Le médecin généraliste : le mieux placé pour adresser ?</u>	p.88
<b>3) <u>Les moyens du médecin généraliste pour adresser son patient</u></b>	<b>p.89</b>
<b>4) <u>Le retour des patients</u></b>	<b>p.89</b>
a) <u>Retour positif</u>	p.89
a.1) Satisfaction de la prise en charge globale	p.89
a.2) Une oreille attentive à leurs problèmes	p.90
b) <u>Retour négatif</u>	p.90
b.1) Des thérapeutiques inefficaces	p.90
b.2) Le délai d'attente	p.91
b.3) Des croyances erronées	p.91

**4ème PARTIE : LA RELATION ENTRE LE MEDECIN GENERALISTE ET LES STRUCTURES D'ETUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE** **p.91**

- 1) La communication entre professionnels** **p.91**
  - a) Outils de communication p.91
  - b) Un échange efficace p.92
  - c) Des progrès à réaliser p.93
  
- 2) La suite de la prise en charge du patient après l'évaluation initiale par la structure douleur** **p.93**
  - a) Le compte rendu de l'évaluation initiale p.93
  - b) Le suivi du patient p.94
    - b.1) L'avis du médecin généraliste sur le suivi de leur patient p.94
    - b.2) Le médecin généraliste veut rester acteur de la prise en charge p.94
    - b.3) Le médecin peut se sentir délaissé de la prise en charge p.95

**5ème PARTIE : LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES ENVERS LES STRUCTURES D'ETUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE** **p.96**

- 1) Des attentes concernant la prise en charge de leurs patients** **p.96**
  - a) Un délai d'attente plus court p.96
    - a.1) Une situation problématique mais comprise par le médecin généraliste p.96
  - b) Une aide pour le médecin généraliste p.97
    - b.1) Sur la thérapeutique p.97
    - b.2) Un accompagnement p.97
  - c) Un appui pour l'adhésion du patient au projet thérapeutique p.97
  - d) Un suivi de soins efficace p.98
  - e) Un avis spécialisé p.98
  
- 2) Une meilleure disponibilité** **p.98**
  
- 3) Un souhait d'être mieux informé** **p.99**
  - a) Sur l'organisation et le personnel des structures de prise en charge de la douleur p.99
  - b) Sur les thérapeutiques réalisées par ces centres p.100
  - c) Les moyens d'informations pour pallier à ce manque p.100

**DISCUSSION** **p.102**

**I. L'ETUDE** **p.102**

- 1) Le choix de l'enquête réalisée** **p.102**
  - a) Le parcours de soins du patient douloureux chronique p.102
  - b) Etude qualitative p.102
  - c) Le choix de la population étudiée p.102

<b>2) <u>Les biais de cette étude</u></b>	<b>p.103</b>
a) <u>L'élaboration du questionnaire</u>	p.103
b) <u>L'échantillon choisi</u>	p.103
b.1) <u>Le recrutement de l'échantillon</u>	p.103
b.2) <u>La taille de l'échantillon</u>	p.104
c) <u>Les biais liés à l'enquêteur lors de l'entretien semi dirigé</u>	p.104
d) <u>L'analyse des données</u>	p.105
<b>II. <u>DISCUSSION DES RESULTATS</u></b>	<b>p.105</b>
<b>1) <u>La prise en charge de la douleur chronique au cabinet du médecin généraliste</u></b>	<b>p.105</b>
a) <u>La prise en charge médicamenteuse</u>	p.105
b) <u>La composante psychologique complique la prise en charge</u>	p.106
c) <u>Les outils pour aiguiller le médecin généraliste sont peu utilisés</u>	p.106
d) <u>La relation patient – médecin, un socle essentiel mais fragile</u>	p.107
e) <u>Les rachialgies chroniques : une prise en charge fréquente et complexe pour le médecin généraliste</u>	p.107
f) <u>Le médecin généraliste : un acteur essentiel de la prise en charge avec ses limites</u>	p.108
<b>2) <u>La perception des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique par le médecin généraliste</u></b>	<b>p.109</b>
a) <u>Un interlocuteur connu des médecins généralistes</u>	p.109
b) <u>L'amélioration de la formation des internes de médecine générale permet une meilleure connaissance de ces structures</u>	p.110
c) <u>Une vision plus éclairée des jeunes médecins vis-à-vis des structures de prise en charge de la douleur</u>	p.110
<b>3) <u>Le recours aux SDC par le médecin généraliste</u></b>	<b>p.111</b>
a) <u>Le médecin généraliste essaye de gérer au maximum les douleurs de son patient</u>	p.111
b) <u>Les SDC : une aide principalement thérapeutique</u>	p.111
c) <u>La prise en charge psychologique conditionne souvent le recours vers les SDC</u>	p.112
d) <u>Le médecin généraliste considère les SDC comme un soutien</u>	p.112
e) <u>Le délai d'attente : un frein</u>	p.113
f) <u>Un suivi efficace du patient dans les SDC</u>	p.113
<b>4) <u>Les échanges d'informations entre le médecin généraliste et les SDC</u></b>	<b>p.113</b>
a) <u>Des disparités de communication selon les caractéristiques des médecins</u>	p.113
b) <u>Un compte rendu d'évaluation satisfaisant pour le médecin généraliste avec des thérapeutiques modulables</u>	p.114
<b>5) <u>Les médecins généralistes attendent davantage des SDC en étant conscients des difficultés actuelles</u></b>	<b>p.115</b>
a) <u>Des créneaux « dits » d'urgence</u>	p.115
b) <u>Une meilleure disponibilité téléphonique</u>	p.115
c) <u>Une meilleure ouverture des SDC vers l'extérieur</u>	p.116

<b>III. QUEL FUTUR POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE ?</b>	<b>p.117</b>
<b>1) Facteurs d'optimisme</b>	<b>p.117</b>
a) <u>Une formation de la douleur améliorée durant les études médicales</u>	p.117
b) <u>Le regroupement des médecins pourrait permettre une meilleure diffusion des connaissances sur les SDC</u>	p.117
c) <u>Les réseaux douleur, un enjeu important pour l'amélioration du parcours de soins du patient douloureux chronique</u>	p.118
<b>2) Facteurs négatifs</b>	<b>p.118</b>
a) <u>Le quatrième plan douleur annulé</u>	p.118
b) <u>La pérennisation des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique est menacée</u>	p.118

<b>CONCLUSION</b>	<b>P.120</b>
-------------------	--------------

## **ANNEXES**

Annexe 1	p.122
Annexe 2	p.123
Annexe 3	p.124
Annexe 4	p.125
Annexe 5	p.126
Annexe 6	p.127
Annexe 7	p.128
Annexe 8	p.129
Annexe 9	p.130
Annexe 10	p.131
Annexe 11	p.132
Annexe 12	p.133
Annexe 13	p.136
Annexe 14	p.137
Annexe 15	p.139
Annexe 16	p.140
Annexe 17	p.141
Annexe 18	p.145
Annexe 19	p.146

<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>148</b>
----------------------	------------

# INTRODUCTION

## I. LA DOULEUR

### 1) Définitions et concepts

#### a) Définition internationale

D'après la définition de l'OMS en 1986, la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ».

Cette définition prend en compte la dimension subjective de la douleur et ses mécanismes complexes. La douleur est à différencier de la souffrance qui « représente un mal être, un sentiment profond, intriqué. » (1)

Ainsi la douleur s'exprime par « j'ai mal » ; pour la souffrance, on dira « je suis mal » ».

#### b) Composantes de la douleur

La douleur est multidimensionnelle. Elle comprend 4 composantes (1) :

- Sensitivo-discriminative : c'est le décodage de la douleur en termes de qualité (intensité, horaire, rythme, siège...) de durée, d'intensité et de localisation ;
- Affectivo-émotionnelle : perception désagréable de l'expérience douloureuse, possiblement modulée par des états émotionnels (anxiété, dépression...);
- Cognitive : impliquant des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception et les comportements de la personne (attention et diversion de l'attention, interprétation, valeurs attribuées, mémorisation, anticipation, référence aux douleurs antérieures, décision du comportement à adopter...).

La signification de la douleur et l'incertitude sur son évolution sont des facteurs qui vont moduler le vécu douloureux du patient.

- Comportementale : correspondant aux manifestations verbales et non verbales, conscientes ou inconscientes, en réaction à la douleur tels que : les gémissements, mimiques, plaintes, postures antalgiques. Les comportements de l'individu sont susceptibles d'être modifiés en fonction des apprentissages antérieurs, qui dépendent avant tout de l'environnement familial et ethnoculturel mais également de l'âge et du sexe. Ces manifestations assurent une communication avec l'entourage qui peut lui-même interférer dans le comportement du malade douloureux et participer à son entretien voire à son accentuation.

### c) La sémiologie de la douleur

Il existe différents mécanismes de la douleur (1):

- Nociceptives : se rapportant à une atteinte tissulaire locale, mécanique et/ou inflammatoire ;
- Neuropathiques : correspondant à une lésion du système nerveux central ou périphérique ;
- Mixtes : associant à la fois une composante nociceptive et neuropathique ;
- Nociplastiques : dues à une altération de la modulation de la douleur, au niveau cérébral et/ou périphérique, sans que l'on puisse déceler une lésion (fibromyalgie, colopathie fonctionnelle, algoneurodystrophie...).

### d) La temporalité de la douleur : aigue et chronique

- La douleur aiguë (1) : souvent unifactorielle, elle correspond à un signal d'alarme pour la sauvegarde de l'intégrité de l'organisme. Un acte thérapeutique amène à la résolution de la douleur.
- La douleur chronique : est définie comme un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte, avec une durée se prolongeant au-delà de 3 mois. Elle est souvent multifactorielle, avec des facteurs d'entretien psychologiques, sociaux et culturels, et des conséquences physiques, morales et sociales (1).

D'après la définition de l'American Medical Association (AMA) reprise par le consensus de la HAS en 2008 (2), cette douleur chronique devient une maladie à part entière, pouvant être définie alors comme un « syndrome douloureux chronique » ou « maladie chronique » lorsque celle-ci présente les caractéristiques suivantes :

- Persistante ou récurrente.
- Durée inhabituelle pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois.
- Réponse insuffisante au traitement.
- Altération significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités quotidiennes, au domicile, au travail ou à l'école.

Elle est souvent accompagnée :

- de manifestations psychopathologiques
- d'une volonté par le patient à poursuivre la prise de médicaments ou les procédures médicales souvent invasives, bien qu'il déclare leur inefficacité à soulager
- d'une adaptation à la situation compliquée pour le patient

La dysthymie, l'agressivité, l'isolement et la fragilité peuvent exister, mais ne sont pas nécessaires au diagnostic.

- La douleur chronique rebelle : douleur réfractaire aux thérapeutiques usuelles. Nécessite la plupart du temps une prise en charge en équipe pluridisciplinaire, principalement en centre de la douleur. Cependant, cette définition est ambiguë et non consensuelle, ayant finalement très peu d'utilité pour la décision médicale.

## **2) La douleur en France : états des lieux**

### **a) Démographie de la douleur**

En 2005, d'après « Le livre blanc de la Douleur » (3), 78% de la population française majeure avaient été concernée par une douleur (aiguë ou chronique) au cours des deux dernières années. Une autre enquête en 2014 (4) est venue alourdir ce chiffre avec 92% des français âgés de 18 à 60 ans déclarant avoir souffert d'une douleur de courte durée ou persistante au cours de la dernière année.

L'INPES a publié son baromètre santé en 2010 (5) faisant état des lieux qu'un quart des personnes de 15 à 85 ans avaient ressenti, au cours de la dernière année, une douleur physique difficile à supporter. Cette proportion de personnes était représentée en majorité par les femmes (28.0% contre 23.7% pour les hommes) et augmentée avec l'âge (34.9% chez les 75-85 ans).

Cette différence de sensibilité de la douleur entre les femmes et les hommes était également mise en évidence lors du rapport de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) de l'IRDES de 2011 (6) où 39,6% des femmes déclaraient souffrir de douleurs importantes ou très importantes contre 31% chez les hommes.

Concernant l'enquête Sanofi de 2014 (4), les symptômes douloureux les plus représentés étaient les lombalgies (67%) suivi par les céphalées (62%).

Tous ces résultats mettent en relief que la douleur est omniprésente dans la population française et est en enjeu de santé publique.

### **b) Démographie de la douleur chronique**

La principale enquête réalisée en France sur la douleur chronique est l'étude STOPNET réalisée en 2004 (7). Son objectif était d'estimer, au sein d'un échantillon représentatif de la population française, la prévalence de la douleur chronique, avec ou sans douleurs neuropathiques.

Selon cette enquête, 31,7% des Français exprimaient une douleur quotidienne depuis plus de 3 mois.

La prévalence de la douleur chronique était significativement plus élevée chez les femmes (35%) que chez les hommes (28,2%) et augmentait significativement avec l'âge surtout au-delà de 65 ans. Elle était quasiment deux fois plus élevée chez les ouvriers et les agriculteurs que chez les cadres. La prévalence des douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère est évaluée en population générale à 19,9%.

Parmi les Français exprimant une douleur quotidienne, 6.9% percevaient une douleur chronique avec des caractéristiques neuropathiques. Celle-ci était plus fréquente chez la femme (60%), augmentant avec l'âge (pic à 50-64 ans) et deux fois plus fréquente chez les agriculteurs et travailleurs manuels et dans les zones rurales. La douleur chronique avec une intensité modérée à sévère était évaluée à 11% chez l'adulte et 8% chez l'enfant d'après le rapport de l'IRDES en 2011 (6), cité auparavant.

### **3) Les plans gouvernementaux**

#### **a) Le premier plan de lutte contre la douleur 1998-2000**

Ce premier plan, élaboré en 1998, à l'initiative du Secrétaire d'Etat de la santé Mr Kouchner (8), fut articulé autour de trois axes :

- Le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur

En effet, la formation initiale des étudiants en médecine a été renforcée avec l'introduction d'un module obligatoire sur la lutte contre la douleur et les soins palliatifs dans le programme initial du deuxième cycle des études médicales. Cette formation a été étendue à l'enseignement de la douleur dans la formation des professionnels paramédicaux notamment infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes.

D'autre part, la formation continue sur la douleur a été développée et améliorée permettant aux professionnels notamment hospitaliers de bénéficier régulièrement de formations.

Des diplômes universitaires et capacités sur la prise en charge de la douleur ont été créés.

- Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et réseaux de soins

Les structures anti douleur ont été multipliées.

Des recommandations labellisées de bonnes pratiques ont été rédigées permettant la réalisation de protocoles de prise en charge de la douleur. L'utilisation de l'échelle visuelle analogique (EVA) sous forme de règle a été conseillée pour tout professionnel de santé.

Sur le plan thérapeutique, la prescription des traitements antalgiques type morphiniques a été facilitée avec le remplacement des carnets de souche par des ordonnances sécurisées associées à un

allongement de la durée de prescription de 7 à 28 jours. Des nouvelles formes pédiatriques d'antalgiques furent mises également au point.

➤ La prise en compte de la demande du patient et l'information du public

L'information des patients a été développée par la délivrance au patient d'un carnet douleur intitulé « la douleur n'est pas une fatalité » l'informant des possibilités de prises en charge de la douleur. Il incluait également des mesures de satisfaction concernant la prise en charge de sa douleur. A été mis aussi à disposition des usagers, via internet ou le minitel, la liste régionale des consultations, unités et centres de lutte contre la douleur chronique. Enfin, une campagne de communication sur la douleur, par le biais de la télévision, a été relayée.

Malgré les efforts et l'investissement des professionnels de santé dans la lutte contre la douleur, l'évaluation du plan triennal par la société française de Santé Publique, réalisée en 2001, (9) mis en évidence des points clés à améliorer notamment sur:

- la prise en charge multidimensionnelle (psychologique, éthique, religieuse, sociale..) de la douleur
- l'évaluation de la douleur avec une meilleure diffusion des réglettes EVA
- l'amélioration de la prescription et l'accès des opioïdes en médecine de ville
- le lien entre centres anti douleur et autres professionnels de santé
- l'extension de l'information du patient par des brochures ou questionnaires.

b) Le programme de lutte contre la douleur de 2002 à 2005

Ce nouveau programme (10) avait pour objectifs de poursuivre et renforcer les mesures déjà mises en place par le précédent plan. Il s'articulait autour de cinq objectifs majeurs à savoir :

- associer les usagers à la prise en charge de leur pathologie grâce à une meilleure information (le contrat d'engagement douleur remplaçait le carnet douleur)
- améliorer l'accès des personnes souffrant de douleur chronique aux structures spécialisées avec une augmentation des postes des professionnels de santé y travaillant (médecins, infirmiers, psychologues...)
- améliorer l'information et la formation des professionnels de santé par la diffusion de documents sur la douleur

- Amener les établissements de santé à s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur des patients (avec par exemple l'élaboration d'un guide méthodologique concernant l'organisation de la prise en charge)
- renforcer le rôle de l'infirmier dans la prise en charge de la douleur provoquée, cela passant par la création de postes d'infirmiers référents douleur.

Au-delà de ces objectifs, ce plan mettait en exergue trois nouvelles priorités :

- la douleur provoquée par les soins et la chirurgie
- la douleur de l'enfant
- la prise en charge de la migraine

### c) Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010

En mars 2006, le Ministre de la Santé et des Solidarités, M. Xavier Bertrand, a présenté un nouveau plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur.

En effet, malgré ces plans successifs, il restait des progrès à faire notamment dans les effectifs, la disposition de locaux et la valorisation des soins des structures de prise en charge de la douleur.

Les enquêtes régionales menées dans le cadre des Etats généraux de la douleur de juin 2005 (11) mettaient en évidence une disparité de prise en charge selon les établissements de santé d'une même région renforçant l'importance de coordination entre les professionnels de santé, des protocoles de soins adaptés pour tous au sein d'un même établissement.

Comme chacun des plans précédents, des axes de travail étaient définis (12). Au nombre de 4, ils reposaient sur :

- une meilleure structuration de la filière de soins en facilitant l'accès aux structures de prise en charge de la douleur et renforçant le travail en réseau
- une prise en charge de la douleur plus adaptée pour les personnes les plus vulnérables (enfants, adolescents, polyhandicapés, personnes âgées en fin de vie)
- l'amélioration de la formation initiale et continue des professionnels de santé concernant la douleur. Un diplôme d'étude spécialisée complémentaire sur la douleur et les soins palliatifs a été créé.
- une utilisation plus efficiente des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques (kinésithérapie, hypno thérapie, etc..)

#### d) Un quatrième plan douleur national en attente

En 2013, un quatrième programme national (13) reparti sur 5 ans (2013-2017), devait redéfinir trois axes prioritaires dont :

- sensibiliser les acteurs de premier recours (médecin généraliste, infirmiers, kinésithérapeutes..) sur l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients douloureux
- renforcer la prise en charge de la douleur lors des hospitalisations à domicile
- former les professionnels de santé sur la prise en charge de la douleur chez les patients rencontrant des difficultés de communication (nourrissons, personnes souffrant de troubles psychiatriques ou de troubles envahissants du développement, etc.).

Ce programme n'a cependant pas pu être mis en place à ce jour.

## **II. LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE**

### **1) L'évaluation du patient douloureux chronique**

#### a) Les bases du rapport ANAES en 1999-2000

De ces recommandations (14), plusieurs principes se dégagent notamment sur l'importance :

- du temps de l'évaluation ; avec si besoin de répartir cette évaluation sur plusieurs consultations
- du bilan étiologique complet comprenant par ordre : un entretien avec une grille semi structurée, un examen clinique et éventuellement des examens complémentaires.

Des « outils de base » de l'évaluation de la douleur chronique (qui seront détaillés par la suite) comme entre autres les échelles visuelles analogiques, numériques, les questionnaires sur le retentissement de la douleur et la qualité de vie, étaient conseillés pour la prise en charge la douleur dans tous ses aspects.

L'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale fut aussi au cœur des guides de bonnes pratiques de l'ANAES en 2000 (15).

Des échelles d'hétéro-évaluation ont été donc mises au point : l'échelle Doloplus et ECPA (échelle comportementale de la douleur chez la personne âgées non communicante).

## b) Les recommandations internationales

Une notion fondamentale est stipulée dans la version américaine du guide de pratique de l'ICSI (16) : l'amélioration du statut fonctionnel et de la qualité de vie du patient est le déterminant principal du critère de qualité de prise en charge et non le traitement médicamenteux ; l'objectif n'étant pas d'éliminer la douleur.

L'auto-évaluation du patient est donc l'indicateur de fiabilité pour l'existence d'une douleur et de son intensité. Pour interroger son patient, le professionnel de santé doit être muni d'échelles unidimensionnelles et multidimensionnelles comme le BPI (Brief Pain Inventory) ou QCD (Questionnaire Concis de la Douleur) en français, qui est recommandé d'utiliser pour la première consultation. Il serait judicieux d'utiliser les échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur uniquement lors d'épisodes douloureux spécifiques au cours de l'évolution de la pathologie chronique.

Les recommandations britanniques (17) vont également dans ce sens et soulignent l'importance du travail en réseau, multidisciplinaire, en collaboration fréquente avec la structure douleur référente locale, permettant possiblement une prise en charge exclusive en soins primaires.

Un questionnaire pré consultation concernant les caractéristiques de la douleur et ses retentissements peut être adressé au patient permettant d'améliorer l'évaluation initiale.

## c) Les recommandations HAS

### c.1) Identification d'une douleur chronique

En se référant à la définition décrite auparavant, le professionnel de santé est à même de pouvoir identifier une douleur chronique chez le patient. Encore faut-il qu'il la recherche en ayant un interrogatoire complet et adapté.

Certains éléments retrouvés à l'interrogatoire doivent alarmer le professionnel de santé (2) :

- une composante anxieuse, dépressive de la douleur
- une composante cognitive avec notamment une interprétation ou croyance de la douleur avec ses causes et conséquences éloignées de celles du médecin
- une résistance au traitement à priori bien conduit

### c.2) L'évaluation initiale de la douleur chronique

Il est avant tout nécessaire de connaître les antécédents médicaux, chirurgicaux personnels et familiaux du patient.

Il est recommandé que cette évaluation soit complète et se compose de (2) :

- un interrogatoire précis avec des questionnaires validés concernant la douleur : conditions et circonstances de survenue, topographie, intensité, facteurs déclenchant ou soulageant la douleur, durée et variabilité dans le temps, caractère nociceptif ou neuropathique.
- un examen clinique avec des outils validés
- l'analyse ou la prescription d'examens complémentaires
- une auto-évaluation de l'intensité de la douleur ou une hétéro-évaluation si la participation du patient n'est pas possible, pouvant tenir compte de l'évaluation par l'entourage, en particulier chez l'enfant ou si présence de troubles graves de la communication ;
- une enquête sur le retentissement social, professionnel (ou scolaire) et économique de la douleur chronique, incluant les possibles procédures en cours (arrêt de travail, reclassement, litige, etc.) ;
- l'identification et l'analyse des traitements antérieurs, médicamenteux ou non (intolérance, allergie, observance) ;
- le dépistage des troubles anxieux, dépressifs ou des manifestations psychopathologiques induites ou associées. Doit être également recherchées les interprétations et croyances du patient concernant sa douleur, ses causes, son retentissement, ses traitements, pouvant être éloignées de celles du médecin. Cette discordance pourrait retentir sur l'intensité de la douleur et les effets du traitement.

Cette évaluation initiale est primordiale car devant être compréhensible par tous les professionnels de santé aussi bien médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues amenés à consulter le dossier ou à prendre en charge le patient.

#### d) Les outils d'évaluation de la douleur

##### d.1) La grille d'entretien semi dirigé

Cette grille d'entretien est assez exhaustive (voir annexe 1). Elle comprend différents thèmes définis par l'ANAES (18) :

- l'ancienneté de la douleur
- le mode de début
- le profil évolutif du syndrome douloureux
- les traitements effectués et actuels
- les antécédents et pathologies associées
- la description de la douleur actuelle
- les contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences
- les facteurs cognitifs (représentation et interprétation de la maladie)

- les facteurs comportementaux (attitude, observance des traitements)
- l'analyse de la demande (attente du patient)

#### d.2) Schéma corporel des zones douloureuses

Cet outil (annexe 2) permet d'inscrire la topographie de la douleur du patient dans son dossier médical.

Il est utile pour évaluer des douleurs diffuses avec éventuellement une topographie neuropathique.

Le patient indique sa ou ses douleurs sur le dessin d'un corps humain imprimé.

A savoir, cet outil a été testé dans les lombalgies chroniques où certaines études ont estimé qu'il était une bonne appréciation de la « non-organicité » de la douleur (19) ou de la prédiction de l'échec de la chirurgie sur la symptomatologie douloureuse (20), sous-entendant alors la possibilité d'une détection d'une origine psychogène de ces douleurs grâce au dessin.

#### d.3) Les échelles d'auto évaluation unidimensionnelle

##### ➤ L'échelle visuelle analogique (annexe 3)

Elles concernent tous types de douleur chez les patients adultes.

Le patient déplace le curseur sur la règle selon l'intensité de sa douleur. Le soignant veille à ne pas montrer la face chiffrée et de ne pas communiquer le résultat au patient.

C'est finalement un « thermomètre » de la douleur.

##### ➤ L'échelle numérique (annexe 4)

Tout comme l'EVA, c'est une échelle d'auto évaluation, pour les patients adultes ayant tout type de douleur.

Le patient coche une note comprise entre 0 et 10 évaluant le mieux l'importance de sa douleur. La note « 0 » correspond à l'absence de douleur ; la note « 10 » à une douleur maximale inimaginable.

##### ➤ L'échelle verbale simple (annexe 5)

C'est une échelle ayant l'avantage de pouvoir être utilisée lorsque l'EVA et l'EN ne sont pas possibles.

Le patient doit entourer la réponse concernant les 3 types de douleur ci-dessus afin d'évaluer l'intensité de sa douleur.

##### ➤ L'échelle des visages (annexe 6)

C'est une échelle d'autoévaluation pour tout type de douleur de l'enfant, à partir de 4 ans.

Il y a une consigne précise qui doit être expliquée à l'enfant : "Ces visages montrent combien on peut avoir mal. Ce visage (montrer celui de gauche) montre quelqu'un qui n'a pas mal du tout. Ces visages (les montrer un à un de gauche à droite) montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, jusqu'à celui-ci (montrer celui de droite), qui montre quelqu'un qui a très mal. Montre-moi le visage qui montre combien tu as mal en ce moment." (21)

L'échelle des visages a deux faces : une face présentée à l'enfant avec 6 visages différents, une autre dirigée vers le soignant avec la correspondance numérique de 0 à 10.

Un traitement peut être débuté lorsque le score obtenu est de 3-4/10.

Il existe des limites à cette échelle (21) :

- Les enfants trop jeunes ou n'ayant pas un niveau développemental suffisant vont avoir tendance à appliquer la loi du tout ou rien, c'est-à-dire qu'ils sont capables d'exprimer la présence ou l'absence de douleur mais pas d'évaluer son intensité. Ces enfants sont facilement repérables car ils n'utilisent que les extrémités des échelles (0 ou 10), il faudra alors recourir à une hétéro-évaluation pour évaluer l'intensité de la douleur.
- Un enfant très douloureux aura des capacités de communication diminuées et cela peut empêcher l'auto-évaluation. Il faudra alors recourir à une hétéro-évaluation.
- Certains enfants peuvent sous-estimer volontairement leur douleur (par peur de devoir rester à l'hôpital, des traitements, des piqûres, de déplaire...). Il faudra alors bien expliquer la raison pour laquelle on évalue sa douleur.
- La barrière de la langue peut compliquer l'auto-évaluation.

#### d.4) Les échelles d'hétéro évaluation unidimensionnelles

##### ➤ L'échelle Algoplus (annexe 7)

Cette échelle a pour objectif d'évaluer la douleur aiguë, la douleur procédurale (induite par les soins comme les prises de sang, les pansements, les mobilisations) chez les personnes âgées présentant des troubles de la communication verbale.

L'échelle comporte cinq items (domaines d'observation). La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter « oui » l'item considéré.

Chaque item coté « oui » est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq. Un score  $\geq 2$  correspond à la présence d'une douleur avec une sensibilité de 87% et une spécificité de 80% guidant la prise en charge thérapeutique antalgique. La prise en charge est satisfaisante quand le score reste  $< 2$ . (22)

##### ➤ L'échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA) (annexe 8)

Tout comme l'Algoplus, elle permet d'évaluer la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale.

La cotation globale va de 0 (pas de douleur) à 32 (douleur extrême). Un score  $> 6$  fait suspecter fortement l'existence d'une douleur. Elle est en général moins utilisée en pratique.

➤ L'échelle Doloplus (annexe 9)

Sur le même principe que l'Algoplus, elle évalue la douleur chez la personne âgée mais concerne cette fois-ci la douleur chronique.

L'échelle comporte dix items répartis en trois sous-groupes, proportionnellement à la fréquence rencontrée (cinq items somatiques, deux items psychomoteurs et trois items psychosociaux).

La douleur est clairement affirmée pour un score  $\geq 5 / 30$ .

Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants est préférable. A domicile, la famille et les aidants peuvent être intégrés dans la démarche d'évaluation. La cotation systématique à l'admission du patient servira de base de référence. La réévaluation sera quotidienne jusqu'à sédation des douleurs puis s'espacera ensuite en fonction des situations. (23)

➤ L'échelle EVENDOL (annexe 10)

C'est une échelle française d'hétéro-évaluation de la douleur de l'enfant, destinée à évaluer l'intensité d'une douleur aiguë ou prolongée aux urgences pédiatriques chez les enfants de la naissance à 7 ans.

L'échelle EVENDOL comprend 5 items (expression vocale ou verbale, mimiques, mouvements, positions, relation avec l'environnement). Elle a l'avantage de pouvoir repérer douleur aiguë comme douleur prolongée. Il y a donc un temps d'observation nécessaire. (24)

Il faut savoir que ces échelles n'ont pas été validées pour la cotation de la douleur chronique en ambulatoire. En effet, celles-ci sont pratiquées généralement dans une structure hospitalière

d.5) Les échelles multidimensionnelles de la douleur

➤ L'échelle qualitative de la douleur : le questionnaire de Saint Antoine (annexe 11)

Ce questionnaire, qui est la version française du MacGill Pain Questionnaire, est une échelle d'autoévaluation destinée pour type de douleur chez l'adulte permettant une évaluation quantitative et qualitative de la composante affective et sensorielle de la douleur. La version abrégée à l'avantage d'être plus facilement applicable en médecine ambulatoire mais n'est actuellement pas validée contrairement à la version longue (61 mots).

➤ Questionnaire Concis de la Douleur – version française du Brief Pain Inventory (annexe 12)

Il n'est pas retrouvé comme questionnaire de référence dans les études les plus récentes sur l'évaluation de la douleur chronique. Son avantage est qu'il est simple d'utilisation.

Ce questionnaire a été construit et testé dans la douleur cancéreuse et la polyarthrite rhumatoïde (25).

Malgré tout, il n'est pas retrouvé comme questionnaire de référence dans les études les plus récentes.

➤ Le questionnaire de la qualité de vie (annexe 13)

Ce questionnaire permet de voir la répercussion de la douleur chronique sur la qualité de vie du patient. Il est important dans le suivi du patient.

➤ L'échelle du retentissement émotionnel de la douleur: le HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) (annexe 14)

Ce n'est pas à proprement dit un questionnaire concernant la douleur chronique mais sur le retentissement que peut engendrer celle-ci à savoir l'anxiété et la dépression. Il devient, par conséquent, pour le médecin un outil important à connaître et à utiliser pouvant alors orienter le patient vers une prise en charge psychologique et/ou psychiatrique.

d.6) Quelques outils spécifiques

➤ Le questionnaire DN4 (annexe 15)

Il est utilisé pour dépister une composante neuropathique dans la douleur. La réponse est positive si le score est  $\geq 4$ . Il a une bonne sensibilité (82.9%) et spécificité (89.9%) (26).

➤ Le Neuropathic Pain Symptom Inventory (NPSI) (annexe 16)

Ce questionnaire permet une évaluation de la douleur neuropathique dans le temps ainsi que de caractériser son phénotype clinique (douleur en étau, en coups de couteau..).

➤ Les questionnaires sur la fibromyalgie (annexe 17)

Plusieurs questionnaires sont validés concernant cette pathologie. Il existe notamment le questionnaire *FIRST* qui est un bon outil de dépistage. Un autre concerne l'impact sur la qualité de vie. D'autres questionnaires plus précis, intègrent aux signes cliniques, l'impact sur la qualité de vie : FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire,) ou WPI et SS Score

➤ Le questionnaire sur l'impact des céphalées chroniques / migraines (annexe 18)

Celui-ci, qui est la traduction du « Headache Impact Test (HIT) », permet de visualiser l'impact des céphalées sur la vie professionnelle, familiale et sociale du patient. C'est un outil précieux pour le médecin pour évaluer cette pathologie handicapante.

e) L'évaluation de la douleur par le médecin généraliste

e.1) La douleur chronique : motif de consultation en médecine générale

La douleur est un motif de consultation important en médecine générale couvrant des pathologies diverses et variées tels des douleurs ostéo-articulaires, neuropathiques ou autres.

En 2001, la prévalence de consultation en médecine générale pour une douleur chronique était estimée à 43% (27).

Selon une enquête réalisée en 2002 par la SFETD et le Collège National des Généralistes enseignants, 43% des patients avaient une plainte douloureuse dont 21 % étaient des douleurs chroniques (28). Le patient douloureux chronique est amené à voir de façon régulière son médecin généraliste, en moyenne dix fois par an, bien loin devant le spécialiste (29).

#### e.2) Le médecin généraliste : premier acteur de la prise en charge

Ce sont les médecins généralistes que les patients consultent en premier pour une douleur (63 % des motifs de consultation) (30) devant les spécialistes libéraux, hospitaliers ou les services urgences.

Il est le premier interlocuteur du patient qui manifeste une douleur, d'autant qu'il connaît l'histoire de celui-ci et ses antécédents.

#### e.3) Les connaissances du généraliste pour prendre en charge la douleur

L'enseignement de la prise en charge de la douleur est primordiale pour les futurs médecins, d'autant plus pour ceux qui emprunteront la voie de la médecine générale. En effet, comme on a pu s'en apercevoir au-dessus, le médecin traitant est le premier recours du patient pour la prise en charge de sa douleur.

Les différents plans de la douleur, dès 1998, avaient stipulé, dans leur cahier des charges, la nécessité de renforcer l'enseignement à partir du 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales. Depuis 2006, un module douleur (aigüe et chronique) est au programme pour l'examen classant national (ECN).

D'autre part, les internes en médecine générale peuvent compléter leur formation par un diplôme universitaire (DU) voire se spécialiser par une capacité d'évaluation et de traitement de la douleur ou le DESC médecine de la douleur – médecine palliative (qui est remplacée actuellement par la Formation Spécialisée Transversale (FST) douleur).

Concernant les médecins généralistes remplaçants ou installés, ils peuvent bénéficier dans le cadre du développement personnel continu (DPC) de formations régulières sur la douleur.

Meilleure sera leur formation, meilleure sera la prise en charge de leur patient douloureux chronique en les orientant de manière judicieuse vers les structures de la douleur.

#### e.4) Les limites et difficultés rencontrées par le médecin généraliste

Le médecin généraliste peut être amené à rencontrer plusieurs difficultés dans l'évaluation de la douleur chronique notamment par défaut de connaissances, de temps, d'expérience comme pouvait le montrer l'argumentaire de la HAS en 2008 (31) en faisant une revue de la littérature.

46% des médecins généralistes en Ile de France interrogés sur une enquête en 2003 déclaraient avoir des difficultés dans l'évaluation de la douleur (dans tous ses aspects) et parmi leur patient, plus de la moitié se disait insuffisamment soulagée. (32)

L'évaluation unidimensionnelle de la douleur est globalement adoptée dans la pratique courante du généraliste notamment avec l'utilisation de l'échelle visuelle analogique (EVA). Des efforts ont été faits à ce niveau car, en 2002, encore 60 % des médecins avouaient n'avoir jamais ou très rarement utilisé les échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur (33).

Mais l'évaluation multidimensionnelle est, quant à elle, très peu utilisée en pratique quotidienne comme le révèle une étude prospective de 2000 où sur un échantillon de 257 médecins généralistes, l'aspect multidimensionnelle de la douleur est évaluée dans seulement 6.2% des cas entraînant un retard et déficit de prescriptions antalgiques (39.7% des cas) (34).

L'étude contrôlée de Pouchain *et al.* (35,36) montrait que même si certaines échelles, telles que l'EVA et HAD, étaient utilisées par les médecins pour évaluer la douleur du patient et son retentissement, ces dernières ne permettaient pas d'apporter une réponse bénéfique pour soulager le patient. Cela posait la question de la réelle utilité de ces échelles pour les situations cliniques de soins primaires, même si on pouvait également se demander si le problème ne venait pas plutôt de l'inefficacité du traitement prescrit et non de l'échelle.

## **2) Orientation d'un patient Douloureux Chronique**

### **a) Les recommandations internationales**

L'argumentaire de la HAS de 2008 (31) a énuméré les conclusions de différentes études anglo saxonnes (Canada, Grande Bretagne, USA) sur les éléments qui doivent inciter les professionnels de santé à orienter leurs patients vers des structures spécialisées :

- Incertitude diagnostique
- Demande rapide du patient
- Impossibilité d'évaluation et prise en charge multidisciplinaire (indisponibilité des professionnels par exemple)
- Nécessité d'examens plus approfondis
- Douleur mal contrôlée ou en aggravation
- Retentissement important sur les activités et/ou l'humeur (interférences psychosociales)
- Avis sur la pertinence du traitement choisi
- Prise en charge au long cours (en liaison avec le médecin traitant)
- Nécessité d'interventions de type palliatif

Une revue de littérature réalisée en 2004 (37) définissait les critères les critères suivants :

- lorsque le patient exprime une douleur persistante et sollicite une aide **et** la cause :
  - est connue
  - ou inconnue, mais les causes graves ont été exclues,
  - ou inconnue et pour laquelle des avis spécialisés après investigations complémentaires ont déjà proposé un traitement en rapport ;
- Et on note une absence de traitement curatif disponible ;
- Et les thérapeutiques antalgiques prises ne sont pas efficaces;
- Et/ou la douleur a un retentissement sur les activités quotidiennes ou l'état émotionnel.

#### b) Les recommandations HAS

Avant d'adresser son patient vers une structure spécialisée, le médecin doit déjà avoir réalisé un bilan clinique initial avec éventuellement des avis spécialisés et examens complémentaires. Il doit avoir fixé des objectifs à son patient. Il doit également lui expliquer qu'il sera pris en charge par une équipe pluridisciplinaire et qu'il sera nécessaire de continuer le suivi en ambulatoire. (31)

Voici les critères d'orientation vers une structure spécialisée que la HAS recommande en cas de persistance de la douleur malgré le traitement adapté en cours (31) :

- un avis diagnostique complémentaire devant
  - une douleur d'intensité et durée en décalage par rapport à la lésion causale présumée, identifiée par les examens réalisés.
  - un retentissement sur la vie professionnelle, sociale et familiale, pouvant entraîner un trouble psychologique
- un avis thérapeutique complémentaire lorsque
  - les changements thérapeutiques sont trop souvent effectués sans amélioration de la composante douloureuse
  - il existe un souhait d'avoir un regard approfondi sur la pertinence de la prise en charge en cours
  - un traitement antalgique de palier 3 est envisagé de manière chronique en dehors des pathologies cancéreuses,
  - un sevrage du traitement est souhaité difficile à réaliser en ambulatoire ;

➤ un recours à la structure spécialisée dans l'objectif de bénéficiaire

- d'une approche interdisciplinaire dont notamment un de ses éléments suivants :  
approche psychologique et/ou social et/ou physique spécifique et/ou basée sur l'éducation thérapeutique ;
- d'un geste thérapeutique spécifique effectué dans cette structure

c) Informations nécessaires à transmettre à la structure spécialisée

Le médecin adressant son patient à une SDC doit réaliser un courrier type avec comme principaux éléments (31) :

- les données personnelles du patient
- les professionnels de santé en lien avec la prise en charge du patient
- la situation personnelle du patient (familiale, professionnelle...)
- les antécédents personnels ou familiaux du patient
- le motif de recours (thérapeutique, diagnostique ou autre) du médecin
- les examens complémentaires déjà réalisés
- les différents avis spécialisés déjà effectués
- les thérapeutiques antérieures avec leurs efficacités, retentissements
- le résumé de l'évaluation initiale de la douleur chronique fait par le médecin orientant

Si le patient ne peut transmettre ces éléments de l'évaluation initiale de la douleur, il faudra préciser :

- les caractéristiques de la douleur : échelles auto évaluation, historique, données de l'examen clinique par des échelles hétéro évaluation
- le retentissement de cette douleur (social, professionnel, familial...)

d) L'orientation des patients par le médecin généraliste

d.1) L'état des lieux

C'est le professionnel de santé qui adresse en majorité les patients vers les centres d'études et de traitement de la douleur. Plusieurs études viennent le montrer notamment l'état des lieux des aspects organisationnels de la douleur réalisé par la HAS en 2009 (38) où 49% des patients étaient adressés par un médecin généraliste vers une structure spécialisée, contre 39% par les spécialistes. Une étude se concentrant sur la Basse Normandie en 2015 (39) confirme ce résultat avec plus d'un patient sur 2 (54%) vus en consultation dans un CETD étaient adressés par un médecin généraliste.

Il est donc le principal pivot de la prise en charge de la douleur chronique et un acteur majeur de l'orientation si nécessaire vers les CETD.

#### d.2) Les pathologies et motifs d'envoi par le médecin généraliste

Le médecin généraliste oriente, vers les structures douleurs, principalement ses patients atteints de fibromyalgie, de céphalées, de lombalgies chroniques et autres douleurs rhumatismales (38) ; le médecin spécialiste, quant à lui, adresse plus pour les douleurs cancéreuses ou les douleurs en lien avec un syndrome douloureux régional complexe.

Le motif de consultation est différent selon le professionnel de santé qui oriente. Les spécialistes adressent davantage le malade à la structure spécialisée pour une prise en charge (31 %) que les généralistes (25 %), qui demandaient d'avantage un avis thérapeutique (38).

D'autre part, le délai entre le début de la pathologie douloureuse et l'orientation du patient vers une structure douleur pouvait être plus ou moins long selon le médecin. En effet, toujours d'après l'enquête de la HAS de 2009, le spécialiste a tendance à adresser son patient pour des douleurs d'une durée inférieure à un an contrairement au médecin généraliste qui adressait pour des pathologies plus anciennes.

Ces résultats font ressortir le sentiment que le médecin généraliste, par souhait ou manque d'informations traite la pathologie douloureuse de son patient sur de plus longues périodes, désirant finalement plus un avis thérapeutique qu'une prise en charge de la part de ses structures spécialisées, quitte à ne pas faire « profiter » son patient de moyens thérapeutiques utilisés dans celles-ci.

### **3) Les structures de prise en charge de la douleur chronique**

#### a) Historique

Les premières structures spécialisées se sont développées en France à partir de 1975, à partir de spécialités comme l'anesthésie et la neurochirurgie (40).

En 1986, une ébauche de nomenclature de ces structures a été réalisée par un groupe de travail chargé par le Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité. Il y ressort, cinq ans plus tard, dans un bulletin officiel, cette organisation suivante (41) :

- un centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur où on y exerçait à la fois un travail thérapeutique, de formation et recherche.
- une clinique multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur, identique au centre mais sans travaux de recherche ou enseignement.
- une clinique orientée vers une seule modalité thérapeutique (blocs anesthésiques, acupuncture..)

- une clinique de la douleur spécialisée dans une pathologie (exemple la migraine)

En 1994, des textes règlementaires sont écrits par le Ministère de la Santé concernant les pratiques de ses centres. Y doit s'y pratiquer (42) :

- une activité clinique avec l'évaluation et l'orientation thérapeutique
- un avis diagnostique
- un suivi à long terme en lien avec le médecin traitant et les autres services de soins
- un enseignement auprès des professionnels de santé ainsi que la Recherche fondamentale et appliquée.

Ces structures sont rattachées à un service hospitalier tel qu'en outre l'anesthésie et la médecine générale.

En 1998, ces structures vont être distinguées en trois types (43) :

- les consultations pluridisciplinaires, au sein d'établissements de santé publics ou privés. C'est la base.
- les unités pluridisciplinaires qui associées aux consultations ont la capacité d'accueillir des lits d'hospitalisation de jour ou de plus longue durée avec un plateau technique hospitalier adéquat.
- les centres pluridisciplinaires, qui sont réservés uniquement aux centres hospitalo-universitaires. En plus d'avoir des consultations et unités pluridisciplinaires, ils ont une mission d'enseignement et de recherche sur la douleur

C'est à partir de cette année-là, que différents plans nationaux de lutte contre la douleur se sont mis en place au fur et à mesure permettant l'augmentation des structures d'évaluation et de traitement de la douleur.

Ces structures ont alors permis d'améliorer la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé (charte du patient hospitalisé en 1995).

La généralisation des connaissances et compétences des personnels participant à ces structures a été possible par la mise en place d'une capacité douleur en 1996, puis d'un DIU et enfin d'un DESC en 2006. Les axes de compétences ont surtout été basés sur la multidisciplinarité et la prise en charge somato-psychique.

Enfin, en 2009, la HAS simplifiait l'organisation de ces structures en consultations et centres regroupés sous le nom : Structure de la prise en charge de la Douleur Chronique (SDC).

## b) Les rôles de ses structures

Le rôle de ses structures a été énoncé en 1994 par le ministère de la santé et redéfini l'année suivante selon quatre axes de travail à savoir (42,44) :

- l'évaluation et orientation thérapeutique : le médecin traitant ou spécialiste adresse le patient pour un avis diagnostique et/ou thérapeutique
- le traitement et suivi à long terme notamment concernant les services de soins et d'hospitalisation à domicile, en collaboration avec le médecin traitant
- l'enseignement auprès des autres services et professionnels de santé
- la recherche fondamentale et clinique appliquée.

Ces axes ont ensuite été détaillés de façon plus précise mettant en exergue plusieurs notions fondamentales à savoir :

- d'appréhender, par l'approche pluridisciplinaire, « les diverses composantes du syndrome douloureux chronique et proposer une combinaison des techniques pharmacologiques, physiques, psychologiques et chirurgicales » (44)
- de proposer une thérapie adaptée au patient après un bilan complet avec une réévaluation du diagnostic initial, un bilan somatique et psychopathologique voire un bilan socio-environnemental.
- de prendre en compte le patient dans toute sa globalité notamment son environnement social, professionnel, familial
- de travailler en équipe avec des réunions pluridisciplinaires,
- d'informer le patient et de savoir lui apprendre à vivre avec sa douleur si la diminution de la douleur et l'amélioration de la qualité de vie ne seraient pas totalement satisfaisantes.

## c) Une organisation bien définie

La reconnaissance en structure de prise en charge de la douleur chronique répond à un cahier des charges strict sur l'aspect organisationnel (qualitatif et quantitatif). Ecrit pour la première fois en 1998, il a été grandement modifié en 2011 (45) où les points suivants devaient être respectés :

### Concernant l'organisation du personnel:

- le médecin responsable est titulaire d'un DESC « médecine de la douleur et médecine palliative », orientation douleur ou d'une capacité d'évaluation et de traitement de la douleur. Il est présent pendant le fonctionnement de la structure.

- les médecins travaillant au sein de ces structures doivent effectuer au moins cinq demi-journées par semaine dont le médecin responsable assurant au minimum trois demis journées par semaine (dédiés aux soins, travail administratif, de recherche, d'enseignement etc.)
- le temps cumulé minimal de personnels non médicaux (psychologue, infirmier, aide-soignante, assistante sociale, kinésithérapeute, secrétaire...) est supérieur à 1,5 équivalent temps plein.
- L'IDE doit avoir reçu une formation universitaire de la douleur et est fortement souhaitée pour la psychologue. Les actes infirmiers et les consultations de psychologue sont tracés.
- le médecin responsable d'une structure de prise en charge de la douleur de l'enfant doit, en plus d'avoir un diplôme douleur (capacité ou DESC), être diplômé d'un DES de pédiatrie ou avoir au moins trois ans d'expérience dans le milieu pédiatrique.

Concernant l'organisation opérationnelle de la structure :

- le service doit être joignable par une permanence téléphonique du lundi au vendredi pouvant concerner la prise de rendez-vous, le suivi des patients.
- les structures de prise en charge de la douleur doivent mettre en évidence leur existence auprès des professionnels de santé et des patients (Internet, courrier, séminaire, etc.) et sont ouverts vers l'extérieur par le partage de compétences avec tous les professionnels de santé de proximité ou institutions (EHPAD , HAD..) et les associations de patients
- les patients pris en charge au sein de l'établissement d'appartenance de la structure y ont accès.
- La structure doit être un acteur majeur dans l'amélioration de la prise en charge des patients douloureux en interne (avis dans les services, protocoles de soins, formations..)

Concernant l'organisation matérielle de la structure :

- la structure de soins possède une salle pour effectuer des actes à visée antalgiques
- les locaux doivent être situés proches les uns des autres
- l'équipe soignante peut bénéficier de deux salles de consultation sur le même site au moins deux demi-journées par semaine
- l'accès à un plateau technique adapté avec notamment des lits d'hospitalisation en propre ou mis à disposition pour les unités
- la structure doit être située au sein d'un CHU pour être distinguée en centre et être capable de délivrer la capacité d'évaluation et traitement de la douleur

Concernant le volume d'activité :

- 500 consultations médicales externes doivent être réalisées par an. La traçabilité des nouveaux patients et de la file active est assurée.

Concernant la prise en charge du patient :

- une prise en charge pluri professionnelle doit être garantie, avec la présence d'un médecin, d'une IDE et d'un psychologue et/ou psychiatre.
- les professionnels de ces structures peuvent avoir un recours plus aisé pour des avis extérieurs dans des domaines comme la neurologie, rhumatologie, médecine physique et réadaptation, psychiatrie dans le cadre d'un partenariat spécifique. Ils doivent être écrits dans le dossier patient.
- un projet thérapeutique personnalisé réalisé lors de réunion de synthèse pluridisciplinaire (au moins par la présence d'un médecin, IDE et psychologue) est tracé dans le dossier patient.
- les dossiers complexes de patients sont discutés en réunion de concertation pluridisciplinaire, au sein de la structure ou mise en œuvre par un centre d'étude et de traitement de la douleur ou une organisation recensée par l'ARS.

En 2016 (46), l'organisation de ces structures a été actualisée en reprenant dans l'ensemble les critères et exigences de la circulaire de 2011 et en y ajoutant les éléments suivants :

La distinction entre centres et consultations

Pour être reconnu comme Centre, la SDC doit :

- réaliser une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) par mois (par la présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes amener à discuter de cas complexes)
- avoir la responsabilité pédagogique d'un diplôme universitaire « douleur » (DU, DIU, capacité, DESC/FST3, UE5) et/ou avoir une activité de recherche notamment par la réalisation de publications référencées dans PubMed (minimum 3 publications sur les 5 dernières années)
- être requis au moins une SDC de type « centre » par région.

Concernant les structures douleurs exclusivement pédiatriques

En plus des diplômes que le médecin responsable de cette SDC doit posséder (énoncé au-dessus dans la circulaire de 2011), la structure doit réaliser au moins une fois par mois une RCP pouvant être aussi bien régionales, interrégionales voire mixtes (adulte pédiatrique).

Une SDC exclusivement pédiatrique est également requise par région.

### Concernant les autres prises en charge pédiatriques

Les enfants et adolescents peuvent être accueillis en première intention dans une structure adulte mais sous couvert, de préférence, d'une prise en charge par des médecins ayant la double valence pédiatrique et douleur.

Ces médecins réalisent alors des permanences pédiatriques au sein des structures adultes, permettant une prise en charge pluri professionnelle de la structure.

### Concernant le maillage territorial et le financement

Une SDC polyvalente sera financée seulement si son activité est supérieure à 1000 consultations médicales externes annuelles (dont au moins 400 patients en file active) lorsqu'elle est située à moins d'une heure de transport d'une autre SDC polyvalente.

Le financement sera préféré pour :

- la mise en place de permanences avancées (accueillies au sein d'autres établissements de santé ou pôles ou centres de santé ou maisons de santé pluridisciplinaires)
- la création de SDC polyvalente unique, en zone urbaine, regroupant des équipes de structures déjà existantes, répondant au cahier des charges et cumulant une activité supérieure à 1000 consultations médicales externes annuelles (soit plus de 400 patients en file active).

#### d) Le socle des SDC : la prise en charge pluridisciplinaire

Le modèle multidimensionnel de la douleur chronique nécessite une prise en charge globale y compris bio-psycho-sociale. Pour que celle-ci soit efficace, elle doit s'appuyer sur différents professionnels de santé devant participer au projet thérapeutique du patient.

Cette multidisciplinarité est le socle des SDC avec (47) :

- Une équipe pluri professionnelle devant comporter au minimum : médecin, infirmier, psychologue.
- Le travail en réseau avec les soignants amenant à prendre en charge le patient (médecin traitant, médecins spécialistes, médecin du travail, psychologue, kinésithérapeute etc.)
- Une réunion de synthèse pour l'établissement du projet thérapeutique du patient
- La définition d'une équipe pluri professionnelle peut être résumée par la réunion de professionnels de métiers et compétences différents autour d'un même travail ou projet. (48).
- Concernant la prise en charge d'un patient douloureux chronique, dont le constat régulier est le manque d'informations et communications entre les différents protagonistes, ce travail en

équipe est d'autant plus important. Chacun doit apporter ses compétences pour appréhender au mieux la douleur du patient.

Ces différents acteurs d'un projet de soins (médecin, infirmier, psychologue, kinésithérapeute) peuvent se concerter selon plusieurs modalités (47) :

- la réunion de synthèse pluri professionnelle (RSP) où est élaboré un projet thérapeutique selon une évaluation pluri professionnelle basée sur les données complètes du patient et un raisonnement clinique.
- la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), réservée à des cas complexes (patient non présent), où des professionnels de santé, internes et externes à l'équipe douleur, de compétences différentes, se réunissent pour décider de la prise en charge la mieux adaptée au patient.
- le staff EPP où est analysé des situations rencontrées dans la pratique clinique avec pour objectif l'amélioration des connaissances de chacun au sein de l'équipe pluri professionnelle.

Le projet de soins, une fois établi par l'équipe, pourra être transmis, avec accord du patient, aux professionnels de santé libéraux (médecin traitant, médecin spécialiste, infirmier, psychologue, kinésithérapeute) permettant la cohérence de prise en charge entre l'hôpital et les soins ambulatoires.

#### e) Le personnel intervenant au sein de ces structures

##### e.1) Le médecin douleur

Initialement, le médecin douleur était, avant tout, un spécialiste d'organe, qui s'orientait, par l'intermédiaire de formations spécifiques, vers la prise en charge de la douleur chronique et principalement dans son domaine de compétences (les douleurs ostéo articulaires pour le rhumatologue, les douleurs neuropathiques pour le neurologue..).

A présent, par l'intermédiaire de DESC (actuellement FST : Formation Spécialité Transversale « douleur ») ou de capacité d'évaluation et de traitement de la douleur, les jeunes médecins peuvent décider tôt de s'orienter vers une spécialité douleur à part entière ; la filière de la médecine générale en est le principal pourvoyeur.

D'après l'enquête de SFETD en 2005 (49), 61% des centres spécialisés disposaient d'un médecin généraliste à temps plein.

On note également une proportion importante d'anesthésistes et également de neurologues.

Le médecin coordinateur, quel que soit sa spécialité d'origine, est le garant de cette pluridisciplinarité permettant de former une équipe pluri-professionnelle.

D'autres médecins spécialistes peuvent intervenir dans la structure : psychiatre, rhumatologue, neurologue, anesthésiste.

### e.2) L'infirmier

L'argumentaire de la HAS en 2009 énumérait les différentes fonctions qu'était amené à réaliser l'infirmier au sein d'une SDC (38) :

- sur l'évaluation initiale du patient :
  - une consultation infirmière, participation en binôme à la consultation avec le médecin
  - la réalisation d'actes techniques : neurostimulation électrique transcutanée (TENS), perfusion kétamine/xylocaïne/morphine
  - l'évaluation et suivi du patient hospitalisé en collaboration avec le médecin
  - l'éducation thérapeutique du patient
  - l'accompagnement des collègues infirmiers en difficulté dans la prise en charge de patients douloureux
  - la réalisation de formations internes au sein de l'établissement et externe (IFSI)
  - les conseils téléphoniques pour les patients (traité par un TENS ou une pompe à morphine au domicile) et/ou les médecins sur le matériel à utiliser

L'infirmier, exerçant dans les SDC, est alors appelé « Infirmier Ressource Douleur » (IRD), à distinguer de l'infirmier « Référent » ayant une mission « douleur » uniquement au sein de son service (50).

### e.3) Le psychologue

Membre de l'équipe pluridisciplinaire, son rôle est également essentiel pour la prise en charge globale du patient (38) :

- participation éventuelle à l'évaluation initiale du patient en présence du médecin
- suivi psychologique régulier du patient
- réalisation, si possible, de techniques thérapeutiques telles l'hypnose, la relaxation
- organisation de thérapies de groupe de patients (ex : fibromyalgie) ou des professionnels de la structure
- orientation, si besoin, du patient vers un psychiatre
- participation et organisation de formations douleurs internes ou externes

Il aide le médecin à cerner les aspects psychologiques du patient pouvant être responsable du non soulagement de la douleur du patient, malgré une thérapeutique adaptée.

#### e.4) Le kinésithérapeute

Il peut faire partie de l'équipe pluri professionnelle de la structure. Son rôle est d'être une solution complémentaire à l'arsenal thérapeutique que le médecin peut décider de mettre en place.

Il réalise le bilan des activités fonctionnelles, participe à l'éducation thérapeutique (notamment le reconditionnement des lombalgies chroniques) et utilise, entre autre le TENS, comme outil thérapeutique (38).

#### e.5) L'assistante sociale

La douleur chronique pouvant avoir un impact sur la situation sociale et professionnelle, l'intervention de l'assistante sociale est déterminante et participe au projet thérapeutique mis en place. Ses objectifs consistent à (38) :

- identifier des situations familiales et sociales compliquées contribuant au maintien de la douleur
- aider le patient dans les démarches d'aides sociales (en lien avec la CPAM), de reconnaissance et de 'attestation d'un handicap si besoin
- accompagner le patient, si besoin, dans la recherche d'un logement le mieux adapté à la situation du patient.

#### f) Les activités spécifiques des SDC

##### f.1) L'utilisation de la neurostimulation électrique transcutanée (TENS)

Cette thérapeutique est proposée en alternative ou en complément d'un traitement médicamenteux dans les douleurs chroniques neuropathiques résistantes.

C'est un dispositif médical conçu pour délivrer une stimulation électrique par l'intermédiaire d'électrodes adhésives appliquées sur la peau.

Le patient peut l'utiliser plusieurs fois dans la journée, à n'importe quel moment hormis durant la conduite.

Les techniques d'utilisation sont délivrées durant une consultation avec un professionnel formé à la technique (la plupart du temps un infirmier).

Il est nécessaire de mettre en place une éducation thérapeutique avec un suivi régulier.

##### f.2) Les traitements réalisés dans les hôpitaux de jour

Les hôpitaux de jour prennent une place importante dans les SDC. Environ 80 % des structures ont un hôpital de jour (51).

Des thérapeutiques spécifiques y sont réalisées (52) :

- L'application de patches de haute concentration de capsaïcine (8 %)

Ces patches sont utilisés par les équipes devant l'inefficacité des traitements médicamenteux et/ou l'existence de zones douloureuses bien limitées avec une allodynie importante.

Ces patches sont appliqués sur la région cutanée douloureuse, par un médecin ou un professionnel de santé formé à cette pratique, pendant 60 min sauf pour les pieds (30 min). Les effets indésirables sont principalement une sensation de brûlure pouvant être importante (d'où une surveillance tensionnelle à effectuer).

La durée entre l'application de deux patches est de 3 mois. Son utilisation doit être arrêtée si le patient ne ressent aucune amélioration au bout de deux patches (trois selon certaines équipes).

- La perfusion de xylocaïne intraveineuse (hors AMM)

Elle est réalisée chez des patients adultes ayant une douleur chronique neuropathique périphérique ou centrale, avec une EN  $\geq 5$ , ne répondant pas aux traitements médicaux bien conduits.

Une surveillance sous monitoring est réalisée pendant et jusqu'à une heure après l'acte. L'intensité de la douleur est évaluée avant, pendant et après l'acte.

- La perfusion de kétamine intraveineuse (hors AMM)

Administrée à des doses infra anesthésiques, ses indications thérapeutiques et le protocole de surveillance sont les mêmes que la xylocaïne intraveineuse.

- Les techniques analgésiques locorégionales (hors AMM)

Réalisées la plupart du temps par un médecin anesthésiste réanimateur, elles doivent faire l'objet de la même rigueur de soins et de sécurité qu'en anesthésie.

Les techniques les plus connues sont le bloc du nerf grand occipital (ou nerf d'Arnold) et le bloc stellaire pour le syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur.

- L'injection de toxine botulinique de type A (hors AMM)

Ses indications sont : la migraine chronique et les douleurs neuropathiques localisées. Le geste est effectué, sous recommandation d'expert uniquement, par un neurologue ou médecin rééducateur voire un médecin douleur formé à cette technique d'injection

L'injection se fait en sous cutanée pour la douleur neuropathique périphérique et en intramusculaire pour la migraine chronique.

Le délai entre deux injections est de 3 mois.

- La stimulation magnétique Trans crânienne répétitive (hors AMM)

Cette thérapeutique, non invasive, est de plus en plus utilisée dans la prise en charge de la fibromyalgie réfractaire et des douleurs chroniques neuropathiques rebelles.

Le schéma de soins comporte 3 séances la première semaine puis d'une séance par semaine et enfin d'une séance toutes les 3 semaines pendant 6 mois.

La première et la sixième séance doivent se faire durant une hospitalisation de jour où le patient sera évalué par une équipe pluridisciplinaire.

### f.3) L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'éducation thérapeutique du patient vise, selon la définition de la HAS, à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. (53)

L'ARS valide et autorise les programmes d'ETP selon un cahier des charges. En France, il existe 17 programmes d'ETP « douleur chronique » et 15 programmes intègrent la douleur dans le cadre d'une pathologie spécifique. (54)

Ces programmes, élaborés par les SDC et soumis à une auto évaluation annuelle, sont centrés soit sur des pathologies précises (fibromyalgie, lombalgie chronique..) ou générales (thème « douleur chronique).

Le patient est vu auparavant, en individuel, par un médecin ou un paramédical dans l'objectif de connaître ses besoins et d'établir un bilan éducatif.

Les ateliers, animés par du personnel formé (40h obligatoire), peuvent être individuels ou se dérouler en groupe avec notamment la participation de « patients-experts » donnant lieu à des échanges d'expériences. (54)

### g) Le délai d'attente dans les SDC

Malgré une répartition homogène des SDC sur le territoire national, le manque d'accessibilité pour les patients aux SDC est problématique.

La demande est importante et les structures ont des difficultés à faire face au nombre de patients douloureux chroniques (environ 8 millions en France selon le livre blanc de la douleur 2017).

Le délai d'attente tend à augmenter.

Selon l'enquête transversale de la HAS en 2008 sur les nouveaux patients se rendant dans une structure spécialisée (31), 56% des patients réussissaient à avoir un rendez-vous dans un délai inférieur ou égal à un mois et 21% avec un délai supérieur ou égal à 3 mois.

Hors, en 2013, selon les résultats du ministère de la santé, le délai d'attente était en moyenne de 13 semaines (55).

Evidemment, ce délai peut être plus court selon la demande du médecin demandeur (pathologie cancéreuse, intensité de la douleur, âge du patient, contexte socio professionnel..). Des

solutions ont été envisagées pour remédier à ce problème notamment un coupe-file de la douleur (55). Cela consisterait à inclure des patients sur une plateforme électronique avec des données sur leur douleur, caractéristiques et motif d'un recours rapide en centre de la douleur. Ce projet est encore au stade d'évaluation.

#### h) Démographie des SDC en France

A partir de 2001, le nombre de SCD n'a cessé d'augmenter et ceux suite aux différents plans douleur. Il était de 96 en 2001. Actuellement, en 2018, en France Métropolitaine et Dom Tom, on dénombre 269 structures d'étude et de traitement de la douleur chronique dont 72 centres (26.7%), 173 consultations (64.3%) et 24 permanences avancées (8.9%). (56)

#### i) Démographie des SDC dans les départements de Seine Maritime et Eure

On recense deux centres en Seine Maritime tous deux situés au même endroit à savoir au CHU de Rouen (l'un étant la structure adulte et l'autre la structure pédiatrique).

Le reste des structures sont des consultations.

La Seine Maritime dispose de cinq consultations au sein des établissements suivants : le CH de Dieppe, le CH Le Havre, le CHI d'Elbeuf-Louviers-Val de Reuil, la clinique de l'Europe, le CLCC centre Henri Becquerel.

Sur le département de l'Eure, on ne compte qu'un établissement ayant une consultation douleur à savoir le CHI Evreux, Vernon. (56)

### **4) Evaluer une douleur chronique dans les structures spécialisées**

#### a) Les recommandations internationales

Tout d'abord concernant les recommandations britanniques (57), la notion importante est le travail multidisciplinaire du patient qui conditionne la réussite de la prise en charge.

D'autre part, ce n'est pas la durée de la douleur qui doit conditionner le recours à la structure spécialisée mais les conséquences sur l'état psychique et la qualité de vie du patient.

L'évaluation de la structure a pour objectif :

- d'exclure les maladies ayant une prise en charge bien spécifique
- d'énumérer les options thérapeutiques qui s'offrent au patient
- de donner une information complète au patient sur sa douleur.

Les recommandations américaines (58) proposent que chaque évaluation soit faite par une équipe interdisciplinaire comprenant le médecin traitant, un médecin spécialiste, un spécialiste des

troubles comportementaux induits par la douleur, un kinésithérapeute expert de l'approche multifactorielle de la douleur chronique.

Y sont bien différenciés le recours à un médecin algologue (*consultation*) qui propose différentes options thérapeutiques mais avec une réévaluation ambulatoire par le médecin traitant et le recours à la structure douleur (*referral*) où une prise en charge thérapeutique spécifique va être instaurée laissant peu de place à l'implication du médecin traitant

## b) Les recommandations HAS

### b.1) Une évaluation globale

Les recommandations stratifient la prise en charge qui doit être réalisée dans ces structures.

Voici ces différentes étapes (31) :

- Faire la synthèse de la prise en charge antérieure en :
  - prenant en compte à la fois les demandes du médecin dans son courrier et surtout celles du patient
  - vérifiant l'examen clinique et les examens complémentaires réalisés en contactant si besoin les professionnels impliqués
  - retraçant les traitements antérieurs et en cours, en analysant si ces derniers répondent aux recommandations actuelles et s'ils ont été bien suivis par le patient.
- Enrichir l'évaluation antérieure de la douleur

Pour chaque patient, il est nécessaire de compléter ce qu'il a déjà été entrepris par le médecin qui a adressé. Cela passe par les outils d'évaluation de la douleur (échelles, scores) qui ont été énumérés précédemment mettant en évidence :

- les mécanismes de la douleur (nociceptive, neuropathique, psychogène, idiopathique)
- les différentes composantes intriquées de la douleur : physique, psychologique, cognitive, professionnelle et sociale
- des incohérences éventuelles dans le discours du patient
- des bénéfices secondaires possibles de la prise en charge
- le retentissement sur la qualité de vie et les actes de la vie quotidienne
- des réponses pour aider le patient à confronter sa douleur
- Rechercher les possibles conséquences (sociales, financières, professionnelles) de la douleur chronique chez tout patient en âge scolaire ou en activité professionnelle
- Proposer un projet de soins au patient en :
  - modifiant si besoin la prise en charge en cours

- exposant au patient la stratégie thérapeutique : objectifs, traitements, suivi, réorientation
- mettant en place, si besoin, un programme de prise en charge multidisciplinaire et en planifier le suivi
- proposant au patient d'entreprendre des démarche sociales de type reconnaissance du statut d'handicapé, de reclassement professionnel.

Tout cela nécessite une bonne coordination entre les différents professionnels de santé dont le médecin traitant, le médecin du travail, le médecin conseil avec pour objectif la prévention des conséquences socioprofessionnelles de la douleur chronique.

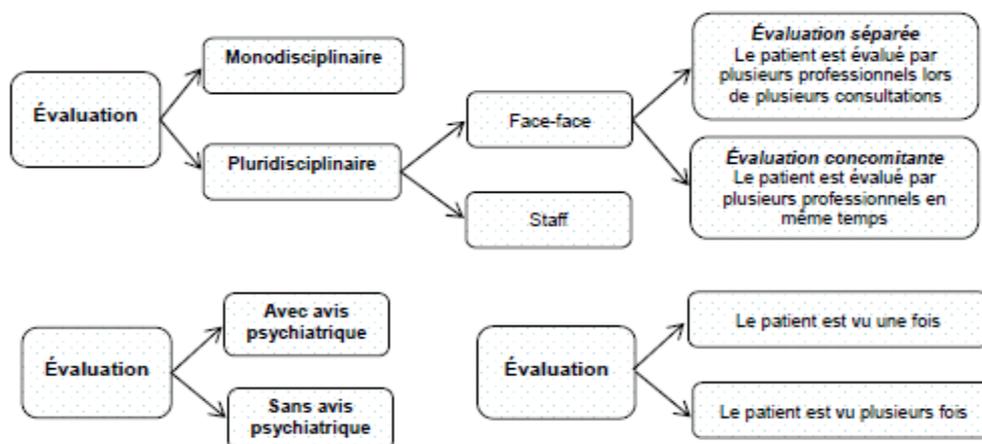
### b.2) Les modalités de l'évaluation

L'évaluation initiale peut nécessiter l'intervention d'un seul médecin ou d'une équipe pluridisciplinaire composée que de médecins ou non (professionnels para médicaux) selon la sévérité de la douleur. Cette deuxième possibilité a la préférence des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (38).

L'évaluation peut être concomitante, c'est-à-dire que le patient est évalué par plusieurs professionnels en même temps ou séparée auquel cas le patient sera évalué sur plusieurs consultations (dans la même journée ou sur plusieurs jours).

Enfin, il est fortement recommandé que cette évaluation initiale soit suivie d'une réunion de synthèse pluridisciplinaire. Voici ci-dessous les différentes modalités d'évaluation possibles (38) :

**Figure 1. Différentes modalités d'évaluation du patient dans les structures spécialisées, dans la pratique.**



### b.3) La transmission des conclusions de l'évaluation

Les conclusions de l'évaluation initiale sont adressées à la fois au médecin demandeur mais également aux différents intervenants de la prise en charge du patient, dont le médecin traitant, même si celui-ci n'est pas le demandeur, en accord explicite avec le patient.

On attend de ces conclusions (31) qu'elles :

- répondent au motif de recours avec un avis sur les thérapeutiques jusqu'alors entreprises et à changer si besoin
- soumettent des hypothèses diagnostiques nécessitant alors d'autres avis et examens complémentaires
- établissent des objectifs de prise en charge, leur mise en œuvre, ce qu'en attendent le patient et les différents intervenants
- proposent la suite de la prise en charge soit par la poursuite en structure spécialisée ou un suivi ambulatoire avec médecin traitant ou par une autre structure spécialisée.

## **5) Orienter le patient suite à l'évaluation en structure douleur**

### a) Les recommandations internationales

Celles-ci se basent principalement sur le guide de pratique de l'ICSI qui propose, à partir d'un questionnaire multidimensionnel (sur la qualité de vie, l'activité professionnelle, l'état psychologique actuel, la présence ou non antécédents psychiatriques) de statuer sur l'orientation du patient en :

- risque faible : permettant la poursuite de la prise en charge en secteur ambulatoire
- risque modéré : intérêt d'un recours à une consultation spécialisée pluridisciplinaire (médecin traitant, infirmier, kinésithérapeute, psychologue)
- risque élevé : intérêt d'un recours dans un centre multidisciplinaire de la douleur chronique

### b) Les recommandations HAS

Les recommandations HAS de 2008 (31) envisagent trois possibilités suite à l'évaluation initiale :

#### ➤ Réorienter le patient vers le médecin demandeur lorsque :

- la structure est en accord avec la prise en charge déjà entreprise, sans possibilité d'améliorer la situation actuelle
- le motif de recours est inapproprié ou injustifié
- l'hypothèse thérapeutique ou diagnostique émise par le médecin demandeur est validée justifiant la poursuite de la prise en charge en ambulatoire ; les examens ou test thérapeutiques pouvant être fait en externe.
- la coordination entre le médecin demandeur et la structure est possible permettant un simple suivi occasionnel (psychologique par exemple)

#### ➤ Poursuite de la prise en charge au sein de la structure spécialisée

Vis-à-vis de la situation clinique du patient car :

- le diagnostic nécessite des évaluations répétées
- le traitement mis en place est compliqué à équilibrer
- il existe un syndrome douloureux chronique complexe et sévère
- le projet thérapeutique est difficile à accepter ou mis en échec par le patient
- un retentissement scolaire (pour les enfants ou étudiants) ou socioprofessionnel est prévisible nécessitant un accompagnement pour la coordination des différents acteurs de prise en charge (médecin du travail, médecin conseil, médecin scolaire)
- de manière exceptionnelle, il existe un refus d'une autre prise en charge du patient ou suite à des motifs particuliers (problèmes couverture social, isolement social et/ou géographique)

Vis-à-vis des ressources offertes par la structure spécialisée car :

- un traitement ou une thérapeutique est spécifique de la structure et ne peut être réalisé ailleurs
- certains actes, non remboursés, sont indispensables à la bonne réussite du projet thérapeutique (exemple : la prise en charge psychologique)
- certains cas complexes nécessitent une discussion et prise en charge interdisciplinaire (psychiatre, psychologue, assistante sociale, médecin spécialiste)
- le patient est d'accord pour participer à un programme de recherche réalisé dans la structure

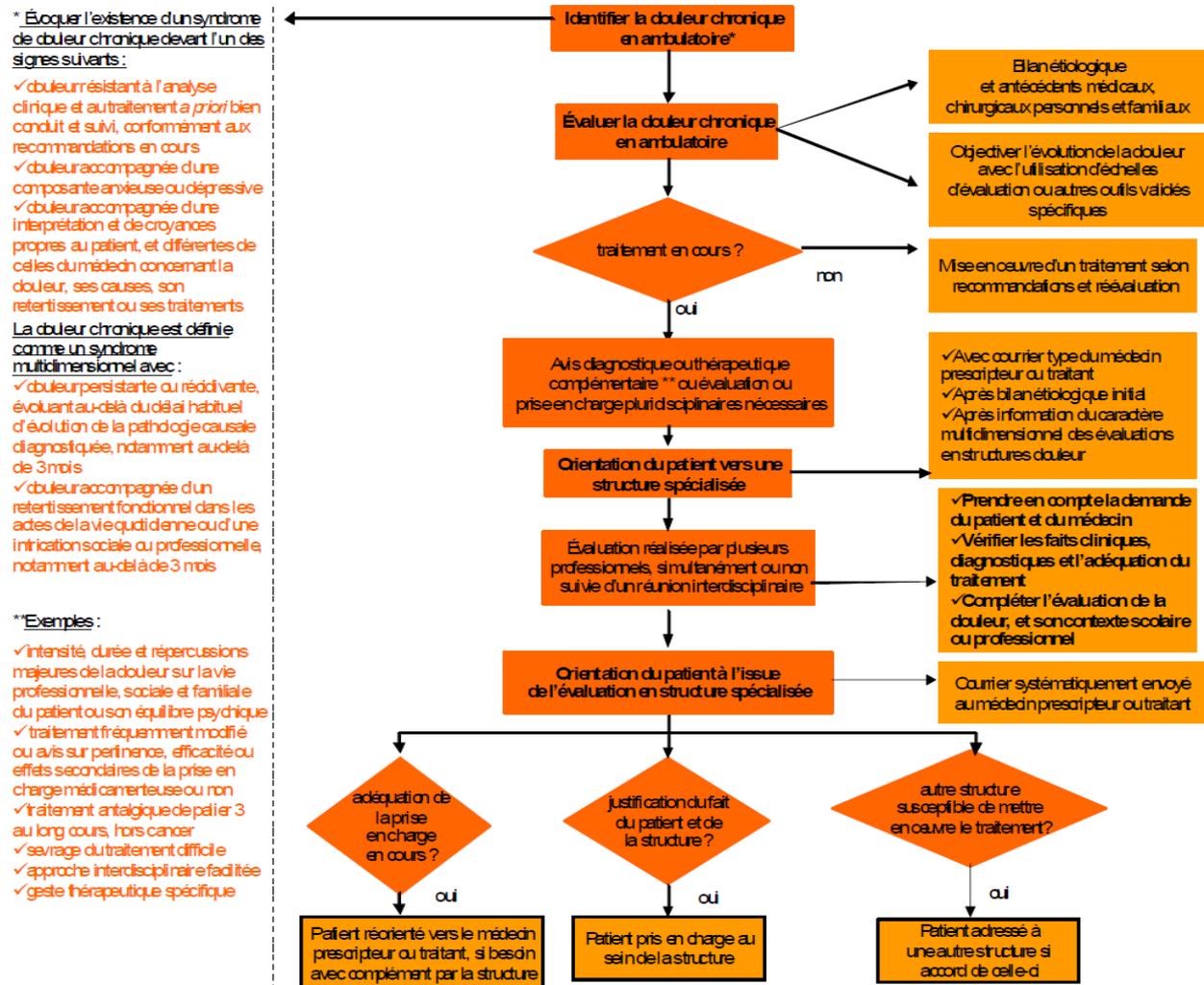
➤ Réorienter le patient vers une autre structure spécialisée

L'orientation du patient vers une autre structure susceptible se fait suite à :

- une concertation avec le médecin traitant ou demandeur ;
- l'accord du patient ;
- l'acceptation de cette autre structure de prendre en charge le patient.

### c) La synthèse du parcours de soins du patient douloureux chronique

Est représenté, ci-dessous, l'arbre décisionnel réalisé par la HAS (2) qui a pour objectif d'aider tous les professionnels de santé pour la prise en charge d'un patient douloureux chronique.



## 6) Les réseaux douleurs et le médecin généraliste

### a) Le réseau entre structures de soins ; pour exemple, le Réseau Régional Douleur en (ex) Basse-Normandie (RRDBN)

Ce travail inter hospitalier, qui correspond plutôt à une coordination entre établissements qu'un réseau de soins est un bon exemple sur les efforts fournis actuellement pour l'amélioration du système de soins concernant le patient douloureux chronique.

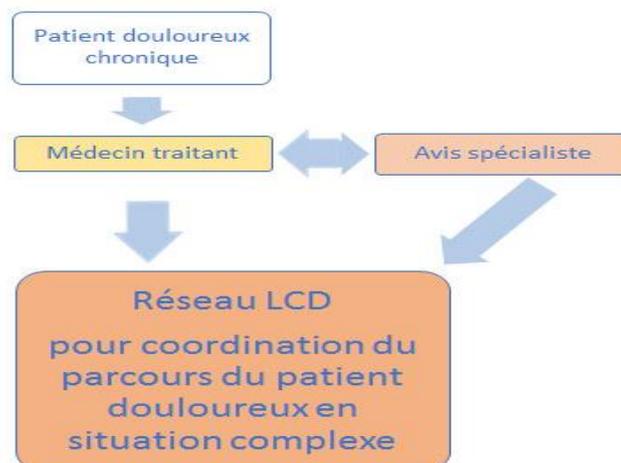
La formation, l'information et la communication sur la douleur sont les principales missions de ce réseau permettant alors un accès aux soins équitable sur tout le territoire concerné.

Son importance s'est accrue au fur et à mesure des années (le nombre d'établissements participant a été multiplié par quatre depuis 2000), tissant de nombreux liens avec l'ambulatoire ou d'autres réseaux thématiques (cancérologie, handicap...). (59)

b) Le réseau entre médecine de ville et hospitalière, l'exemple du Réseau Lutter Contre la Douleur Chronique (LCD).

Ce réseau a été créé en 1995 et concerne la région Ile de France.

Il offre à la fois aux patients douloureux chroniques des thérapeutiques complémentaires notamment non médicamenteuses (activité sportive, hypnose, méditation) et aux médecins la possibilité de participer à des formations en validant leur DPC (le Développement Professionnel Continu), à des réunions interdisciplinaires afin de coordonner au mieux la prise en charge du patient douloureux. (60)



c) Le médecin généraliste, un rôle de coordinateur

Le médecin généraliste de premier recours est au centre de la coordination des soins, et la loi lui confie la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » (article L.4130-1 du code de la santé publique) (61).

Les pouvoirs publics tendent à valoriser son activité et à renforcer le lien entre la médecine hospitalière et ambulatoire pour une prise en charge adaptée du patient.

Ainsi les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS), qui étaient jusqu'alors destinés au domaine hospitalier, ont étendus, en 2009, leur champ d'application à l'offre de soins ambulatoire. (62)

Les acteurs de terrain sont dorénavant mieux écoutés et l'offre de soins ambulatoire et hospitalière établie en conséquence.

# METHODOLOGIE ET RESULTATS

## I - MATERIELS ET METHODE

### 1) Choix de la méthode

L'objectif de ce travail était, à travers le parcours de soins du patient douloureux chronique, de cerner les difficultés que pouvait rencontrer le médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur chronique puis de savoir comment celles-ci pouvaient impacter le recours aux structures d'étude et de traitement de la douleur (SDC).

La méthode qualitative paraissait la plus adaptée. Elle a l'avantage de mettre des mots sur une situation donnée plutôt que de faire un simple état des lieux.

Cette méthode permettait, ici, d'éclaircir les problèmes rencontrés par le médecin généraliste dans son exercice quotidien, de comprendre son état d'esprit afin de trouver des pistes de réflexion pour l'amélioration du parcours du patient douloureux chronique.

### 2) Population étudiée

#### a) La sélection des participants

Les médecins interrogés ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion suivants :

- validité du DES de médecine générale
- statut de médecin libéral, installé ou remplaçant
- pratique de la médecine générale de manière active et prédominante (supérieure à 50% de l'exercice quotidien)
- profession exercée dans les départements de Seine Maritime et Eure (ex Haute-Normandie)

Passés les critères inclusions, les médecins généralistes ont été choisis par l'enquêteur, selon la méthode d'échantillonnage raisonné (63), avec pour objectif d'avoir des profils de médecins différents.

Pour essayer de rechercher, le mieux possible cette diversité, l'enquêteur s'est orienté vers des médecins rencontrés durant son cursus médical et personnel (maitre de stage, enseignant à la faculté, co-interne, connaissances personnelles) dont il pensait que le profil pouvait être intéressant pour cette enquête.

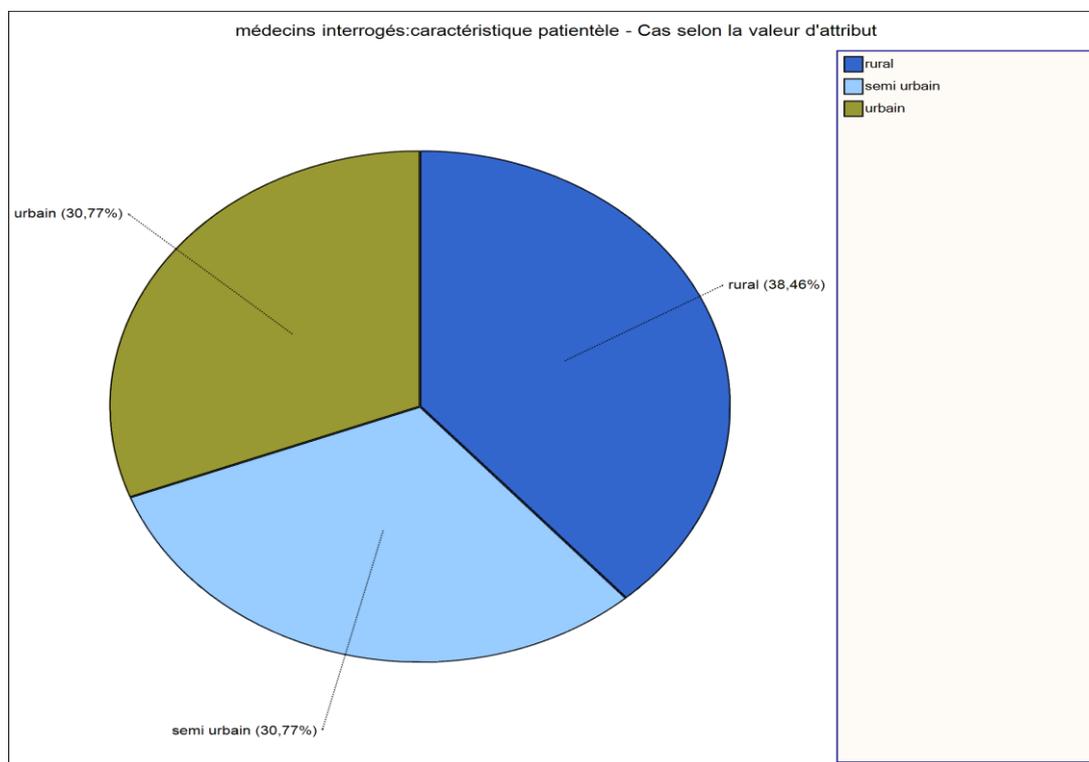
### b) Les caractéristiques de l'échantillon

Les médecins étaient âgés de 29 à 64 ans. La moyenne d'âge était de 46 ans.

10 étaient des hommes (76,92%) et 3 des femmes (23,08%).

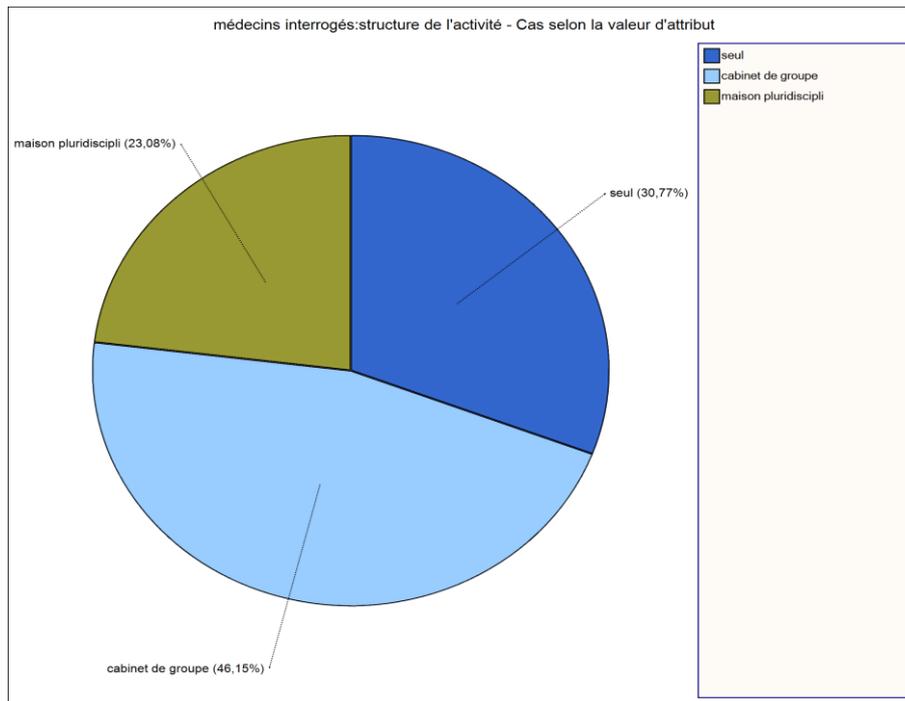
Concernant le lieu d'exercice, 10 médecins exerçaient en Seine Maritime et 3 dans l'Eure.

Quasiment 2/3 des médecins définissaient leur type de patientèle comme urbaine ou semi urbaine (61.54% des médecins) et 1/3 d'entre eux (38,46%) comme plutôt rurale.

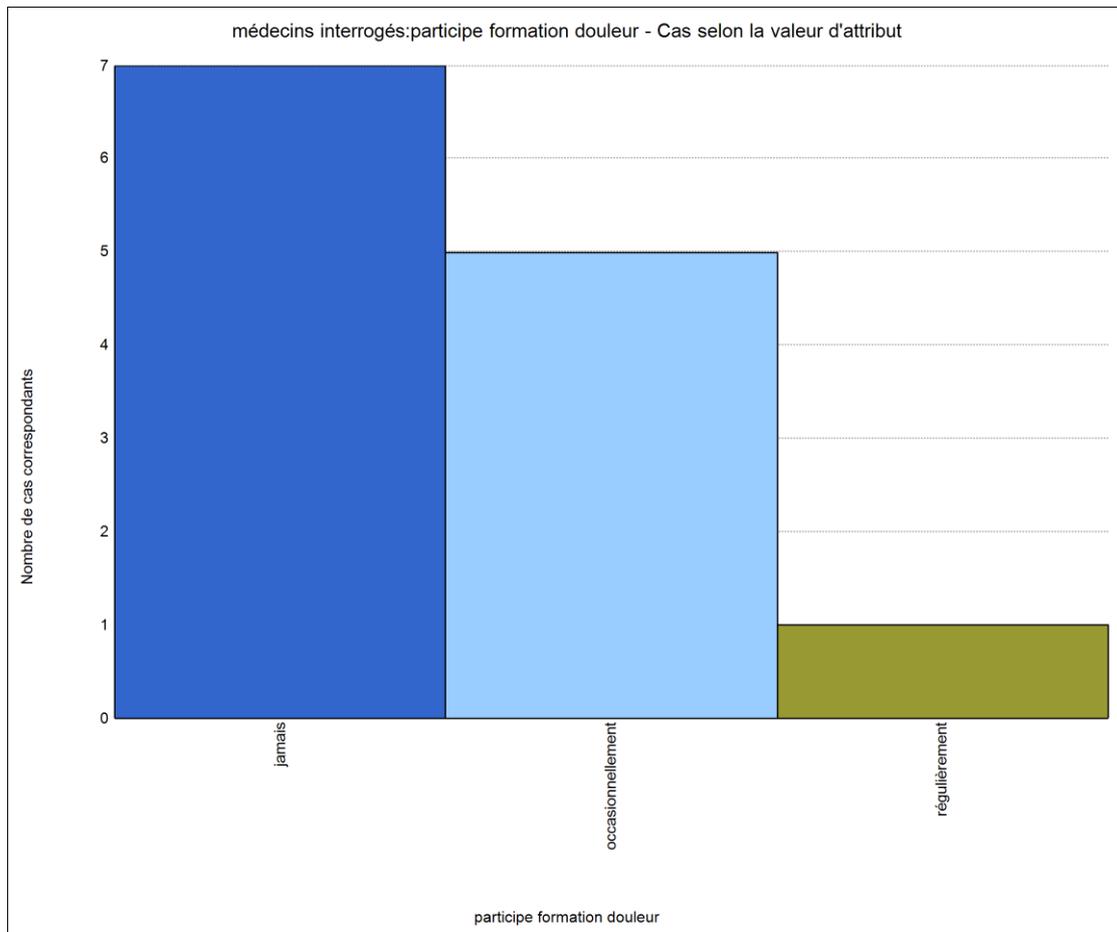


11 d'entre eux étaient installés. 1 des médecins était en collaboration et en cours d'installation ; 1 des médecins était remplaçant mais sur un cabinet exclusivement.

Concernant leur type d'exercice, la majorité exerçait en groupe (46,15% en cabinet de groupe, 23,08% en maison pluridisciplinaire). Environ 1/3 des médecins exerçaient seul en cabinet.



Concernant la formation continue des médecins, tous évaluaient et participaient de façon occasionnelle ou régulière mais la majorité avouait ne pas se déplacer lors de formation sur la douleur ; 5 déclaraient y aller occasionnellement et 1 régulièrement.



Le tableau récapitulatif des caractéristiques des médecins est visible ci-dessous :

médecins	sexe	âge	lieu d'exercice	statut	début d'activité	structure de l'activité	CETD le plus proche	patientèle
M1	feminin	34	Eure	installé	3 ans	maison pluridisciplinaire	CH Vernon	rurale
M2	masculin	52	Seine Maritime	installé	23 ans	cabinet de groupe	CHU d'Amiens	rurale
M3	masculin	31	Seine Maritime	collaborateur	1 an	cabinet de groupe	CH Dieppe	semi urbaine
M4	masculin	29	Seine Maritime	installé	2 mois	cabinet de groupe	CHU Rouen	semi urbaine
M5	masculin	59	Seine Maritime	installé	29 ans	seul	CH Dieppe	semi urbaine
M6	masculin	64	Seine Maritime	installé	32 ans	seul	CHU Rouen	urbaine
M7	masculin	60	Seine Maritime	installé	32 ans	seul	CH Amiens	rurale
M8	masculin	60	Seine Maritime	installé	34 ans	cabinet de groupe	CHU Rouen	rurale
M9	feminin	29	Seine Maritime	installé	6 mois	cabinet de groupe	CH Dieppe	rurale
M10	masculin	29	Seine Maritime	remplacant	10 mois	cabinet de groupe	CH du Havre	urbaine
M11	masculin	60	Seine Maritime	installé	30 ans	seul	CHU Rouen	urbaine
M12	masculin	43	Eure	installé	8 ans	maison pluridisciplinaire	CH Pontoise	rurale
M13	feminin	43	Seine Maritime	installé	8 ans	maison pluridisciplinaire	CHU Rouen	urbaine

médecins	formations continues	formations douleur	diplôme d'un DU douleur	DU/formations complémentaires	maitre de stage
M1	occasionnellement	jamais	non	non	oui
M2	régulièrement	régulièrement	non	non	oui
M3	occasionnellement	occasionnellement	non	non	non
M4	régulièrement	régulièrement	en cours de formation	non	non
M5	régulièrement	jamais	non	DU d'infectiologie santé voyage	oui
M6	occasionnellement	occasionnellement	non	non	non
M7	occasionnellement	jamais	non	DU ostéopathie	oui
M8	occasionnellement	jamais	non	non	non
M9	régulièrement	occasionnellement	non	non	non
M10	occasionnellement	jamais	non	DIU rhumatologie inflammatoire	non
M11	occasionnellement	jamais	non	DU médecine du sport	oui
M12	régulièrement	jamais	non	non	non
M13	régulièrement	occasionnellement	non	non	oui

### c) La prise de rendez-vous

Les médecins ont été contactés par téléphone ou mail. Après leur avoir décrit l'objet de l'étude, les modalités de l'entretien (entretien individuel semi-dirigé, d'une durée approximative de 20-30min) et précisé la raison de leur profil sélectionné (âge, lieu d'exercice, compétences dans un domaine médical..), les médecins joints ont accepté de participer. Deux médecins, contactés par mail, n'ont pu être interrogés faute de planning compatible.

Les rendez-vous d'entretien étaient alors programmés selon les possibilités du médecin et de l'enquêteur, soit sur l'heure du midi soit après la journée de consultations.

#### d) La taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été définie selon le principe de la méthodologie qualitative : l'enquêteur doit exploiter, au fur et à mesure, les informations recueillies auprès des sujets jusqu'à épuisement des données, signifiant que les nouveaux entretiens n'apportent plus de données nouvelles pouvant alors limiter le nombre de sujets interrogés.

Dans cette étude, 13 médecins généralistes ont été interrogés.

### **3) Le recueil des données**

#### a) Les entretiens

Les entretiens réalisés ont été semi-directifs signifiant que les réponses de l'interlocuteur, exprimées librement, sans limite de temps, suivaient une trame de questions élaborées par l'enquêteur afin d'éviter une trop grande dispersion des réponses.

- Ils se sont tous déroulés au cabinet du médecin généraliste, en face à face, au calme, dans une position confortable.
- Ils ont été enregistrés par l'intermédiaire d'un dictaphone, placé sur le bureau du médecin. L'enquêteur se donnait la possibilité de mettre en pause l'enregistrement si l'entretien était interrompu (appels téléphoniques, intrusion d'une personne dans la pièce).

En moyenne, la durée des entretiens était de 21 minutes ; le plus court a duré 15 minutes et le plus long 28 minutes.

Avant le déroulement de l'entretien étaient rappelés : l'objet de l'étude, la méthode choisie (qualitative), l'anonymat des participants.

La période des entretiens s'est étendue de mars à juillet 2018.

#### b) Le guide d'entretien

Ce guide a été élaboré de manière à soulever, par l'intermédiaire de questions ouvertes, des problématiques dans le parcours de soins du patient douloureux chronique auxquelles le médecin généraliste doit faire face dans son exercice quotidien.

Il a été modifié à plusieurs reprises, dans une volonté d'avoir une ossature la plus cohérente possible, puis validé par le directeur de thèse.

L'enquêteur interrogeait l'interlocuteur par ordre successif des questions mais pouvait être amené à sauter une question si ce dernier y avait déjà répondu précédemment.

A la suite des questions, l'enquêteur pouvait également utiliser les relances (écrites) s'il s'apercevait que la réponse était trop vague et/ou succincte.

Au fil des entretiens, même si la trame principale était respectée, le questionnaire a subi quelques évolutions.

En effet, certaines questions, semblant répétitives au vue des réponses, ont été modifiées et d'autres ont été rajoutées devant l'apparition de thèmes émergents.

Ainsi, ce guide contenait six grandes parties (voir annexe) :

- Une première partie où étaient demandées les caractéristiques des médecins interrogés : sexe, âge, type d'exercice, lieu d'exercice, type de patientèle, participation à des formations (douleurs ou non), participation à l'enseignement (maître de stage), diplômé de formation/capacités/DESC.
- Une deuxième partie où le médecin généraliste énumérait ses difficultés éventuelles rencontrées dans la prise en charge de la douleur chronique (traitement, pathologies, patient).
- Une troisième partie sur la connaissance ou la méconnaissance des SDC par le médecin généraliste.
- Une quatrième partie sur le recours à ces structures pour les patients douloureux chroniques
- Une cinquième partie sur le relationnel du médecin avec ces structures.
- Une sixième et dernière partie sur les attentes du médecin généraliste vis à vis des SDC

#### c) La retranscription des entretiens

Les entretiens ont été recopiés dans leur intégralité par l'enquêteur sur support informatique avec le logiciel Microsoft Word.

Le langage verbal et non verbal (rire, gêne, froncement des sourcils etc.), par souci d'authenticité, ont été retranscrits, composant alors le Verbatim.

Les noms des médecins ont été remplacés par un numéro aléatoire allant de M1 à M13.

Ce numéro est noté devant chaque extrait de verbatim permettant au lecteur de faire un lien entre les verbatim et les caractéristiques du médecin cité dans le tableau précédent.

#### **4) L'analyse des données**

Elle a été réalisée par l'intermédiaire du logiciel informatique d'analyse qualitative NVIVO 12 Pro. Ce logiciel est conçu pour organiser les informations recueillies en les regroupant en thèmes et sous thèmes dans l'objectif de donner du sens et faire émerger des idées.

Malgré cet outil précieux, l'enquêteur devait faire un lourd travail de relecture afin de classer, au fur et à mesure, les verbatim de chaque médecin interrogé dans les thèmes et sous thèmes définis.

Chaque entretien a été relu deux fois permettant d'éviter des oublis de verbatim ou de mauvaise association d'idées.

## **II – RESULTATS DE L'ENQUÊTE**

### **1ere PARTIE : LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE PAR LE MEDECIN GENERALISTE**

#### **1) Les difficultés du médecin généraliste**

##### a) Les difficultés thérapeutiques

Avant d'énumérer les points de difficultés thérapeutiques que rencontrent les médecins généralistes interrogés, certains exprimaient une assurance dans leur pratique quotidienne sur la thérapeutique.

M2 : « *Je n'éprouve pas spécialement de difficulté dans la prise en charge médicamenteuse de la douleur chronique* »

M3 : « *Je suis plutôt à l'aise pour gérer les thérapeutiques* »

M4 : « *C'est un peu présomptueux mais je n'ai pas spécialement de difficulté* »

M5 : « *Non, concernant la thérapeutique, je n'ai pas de réelles difficultés* »

##### a.1) La lourdeur du traitement

Pour chercher à gagner en efficacité, les médecins étaient tentés d'augmenter le nombre de médicaments à viser antalgique mais pouvant alors compliquer la prise en charge.

M5 : « *les associations de traitement peuvent être compliquées* »

M10 : « *Ce sont souvent des patients avec plusieurs pathologies avec un traitement lourd et varié* »

M12 : « *Il y a une surenchère des médicaments* »

##### a.2) Le manque de connaissances

Certains reconnaissaient un possible défaut de connaissance.

M8 : « *manque de connaissance dans les différentes thérapeutiques proposées* »

M9 : « *je débute mon exercice professionnel, je peux avoir une limite de connaissance* »

Cet exemple illustre bien qu'il n'y a pas de corrélation entre les années d'exercices et les connaissances du praticien puisque M8 se trouve en fin de carrière et M9 est un jeune médecin généraliste installée.

Chaque médecin peut avoir des insuffisances dans des domaines particuliers.

### a.3) L'utilisation des médicaments

Les médecins reconnaissaient qu'à force de vouloir augmenter les doses ou switcher des médicaments, ils se remettaient en question et perdaient le fil de la prise en charge.

M1 : « *la difficulté est de sans cesse se dire si le patient a besoin vraiment de ce traitement en question* ».

M1 appuyait son propos « *le changement de thérapeutique est parfois difficile lorsque ça n'amène pas d'efficacité* » et ce malgré « *une majoration permanente de traitement pour des douleurs qui ne devraient à priori pas évoluer* ».

Elle précisait de plus « *notamment concernant les opioïdes* ».

D'autres médecins se trouvaient dans la même situation.

M6 : « *concernant les thérapeutiques, on a l'impression de tourner en rond* »

M9 : « *Une fois que l'on a utilisé notre stock de thérapeutiques possibles et que la douleur est toujours présente, je me sens un peu démunie* »

M10 se déclarait parfois « *perdu dans l'inefficacité réelle ou non des thérapeutiques* » et ajoute : « *Savoir faire le tri entre celui qui fonctionne ou pas c'est pour moi difficile* »

M11 : « *je tourne en rond* »

M7 insistait donc sur l'importance « *de toujours réévaluer la douleur car on peut tomber dans une routine et prescrire les médicaments bêtement* » et donnait sa méthode avec un sourire malicieux pour mieux gérer les thérapeutiques « *moi je leur demande est ce que c'est mieux assez ou sans ou alors je leur dit que je supprime et là on voit la réaction du patient nous guidant alors si c'est nécessaire de poursuivre.* »

### a.4) La tolérance et effets indésirables des traitements

Bien que M2 pensait être à l'aise avec l'utilisation des médicaments antalgiques, comme vu précédemment, il avouait être à la peine concernant les effets indésirables des traitements :

« *Il y a par contre souvent un problème de tolérance des médicaments surtout des antalgiques pallier 2 et 3 avec nausées, vertiges, constipation ce qui rend difficile l'acceptation de ces médicaments par les patients.* »

Idée rapportée également par M7 qui disait être souvent confronté à « *l'intolérance des patients aux médicaments* » et M12 : « *on swiche, on augmente, on a des effets secondaires* »

Les médicaments, pour soulager les douleurs neuropathiques, étaient visés par M1 : « *les traitements type anti épileptiques sont mal tolérés* ».

Cette intolérance rebutait les patients à les utiliser : « *De plus, certains antidépresseurs sont utilisés dans les douleurs neuropathiques et la fibromyalgie mais certains patients sont également*

*hostiles à en prendre »*

Toujours selon M2, le patient pouvait être responsable de ces intolérances car « *certains majorent même les doses* ».

Plus que la tolérance des traitements, il pensait également à la dangerosité des traitements prescrits : « *je suis obligé de donner des doses non négligeables de médicaments au long cours comme le paracétamol qui n'est pas sans effet sur le foie..* ».

## **b) Une prise en charge difficile face à la complexité de la douleur**

### **b.1) La composante psychologique**

La douleur chronique est complexe avec « *une part psychologique importante* » (M10). Comme un iceberg, le médecin ne doit pas s'arrêter à la face émergée car souvent, selon M4, « *il y a une liaison entre les douleurs physiques et psychiques* ».

La situation devient encore plus délicate lorsque l'on rentre dans le domaine de la psychiatrie comme le concédait M12 : « *Le plus difficile est le moment où ça ne devient plus de la prise en charge de la douleur mais de la psychiatrie* ».

M2 se souvenait d'un exemple récent « *d'une patiente, cariste, ayant des lombalgies chroniques et qui a surtout une dépression cachée derrière ce qui rend difficile la prise en charge* ».

M13 cherchait alors à passer la main : « *lorsque la douleur a une composante psychologique importante, il faut trouver d'autres alternatives* ».

M11 reconnaissait « *dans la douleur chronique, il a un processus psychologique majeur qui est souvent difficile à gérer* »

Pour M4, « *même si je prends souvent du temps pour ces patients, parfois 30-45 min, afin de les écouter, ça dépasse mes compétences et je leur propose d'aller voir un sophrologue, un hypnothérapeute* ». Il terminait « *un patient douloureux chronique devrait obligatoirement avoir une prise en charge psychologique et dans le meilleur des cas, remboursée* »

### **b.2) L'analyse de la douleur**

La douleur, aiguë ou chronique, est « *un paramètre quantifiable mais pour chaque individu* » pour M5. Il continuait dans ce sens « *la douleur est un ressenti individuel. Une personne ne va pas avoir le même ressenti de la douleur pour la même pathologie* ».

Le médecin doit donc tout le temps s'adapter au patient qu'il a devant lui et cela nécessite des efforts supplémentaires.

M7 rejoignait ce propos « *même s'il y a des échelles d'évaluation de la douleur type EVA, c'est compliqué d'avoir un critère fiable de la douleur car chaque malade a sa sensibilité propre à la*

*douleur* », ajoutant que ça devenait compliqué lorsqu'il y avait « *discordance entre ce que dit le patient et la pathologie* » Il reconnaît alors qu' « *appréhender l'importance de la douleur est parfois difficile* ».

Les médecins avaient des difficultés à objectiver la douleur du patient et donc à l'évaluer correctement.

M11 : « *les patients se plaignent de douleurs indéfinissables ou en tout cas mal définies* »

M13 détaillait : « *Il est parfois compliqué de faire la différence entre des douleurs nociceptives et neuropathiques : on a beau avoir un DNI qui est positif, la frontière n'est pas tout le temps bien nette. Et même si on arrive à bien différencier ces douleurs, les thérapeutiques mises en place ne fonctionnent pas très bien* »

### c) Le relationnel avec le patient

#### c.1) Etre en adéquation avec le patient

Le médecin doit être à l'écoute du patient car c'est un point important de la démarche thérapeutique.

M5 : « *il faut savoir exactement ce que l'on veut soigner et ce que l'on cherche à obtenir d'où l'importance de bien communiquer avec le patient* »

Cela demande donc une bonne compréhension de la part du médecin selon M9 car « *c'est parfois compliqué de bien cerner les attentes du patient, de savoir qu'est-ce qu'il attend réellement du traitement antalgique que l'on prescrit* ».

Surtout que le médecin est souvent amené à lire derrière les lignes car « *c'est toujours le même discours, la même demande* » d'après M6.

#### c.2) L'acceptation de la chronicité des douleurs

Le patient douloureux chronique a parfois des difficultés à vivre avec sa douleur surtout si elle présente depuis longtemps.

M4 : « *Les patients ont de temps en temps du mal à faire le deuil de ça. J'ai un exemple d'une patiente qui a des lombalgies chroniques et qui ne veut pas reprendre le travail tant qu'elle a encore mal* »

Le discours du médecin doit donc permettre au patient d'accepter sa douleur mais non sans mal.

M1 : « *La prise en charge de la douleur chronique est difficile car souvent le patient a toujours mal. Le but est de lui apprendre à vivre avec* »

M4 : « *La douleur on peut l'arrêter, la diminuer mais parfois elle perdure et ça, le patient doit l'avoir en tête* »

### c.3) L'acceptation du traitement

Les patients peuvent être réticents à prendre des médicaments, soit par peur, soit par méfiance ou à cause des effets secondaires d'où les difficultés rencontrées par le médecin.

M2 concédait : « *j'éprouve quelques difficultés dans l'acceptation du traitement par le patient* » aussi bien concernant la prise « *il faut faire comprendre au patient de bien prendre son traitement, de respecter les horaires de prises* » que la molécule en elle-même : « *certain antidépresseurs sont utilisés dans les douleurs neuropathiques et la fibromyalgies mais certains patients sont hostiles à en prendre* »

Pour M3, il est important de « *faire accepter aux patients qu'ils ont besoin d'un traitement car beaucoup de patients ont une réticence à prendre des médicaments par crainte des effets ou de leur inefficacité* »

M10 était du même avis : « *les patients sont très réticents* » et « *ne sont pas compliants aux thérapeutiques* »

Selon M5, le médecin généraliste doit dire au patient que « *le zéro douleur n'existe pas* » et faire accepter l'idée qu' « *un traitement anti douleur n'est pas un traitement qui supprime complètement la douleur mais permet d'avoir une tolérance de la douleur et d'avoir une activité au quotidien, professionnelle s'il travaille ou personnelle* ».

Un traitement non accepté par le patient correspondra alors à « *l'échec du médecin qui n'a pas su exposer le principe d'un traitement anti douleur* ».

### c.4) Le patient douloureux chronique est un patient demandeur

Le patient douloureux chronique, du fait de la chronicité de sa douleur, est appelé à consulter régulièrement le médecin.

M10 : « *Ce sont des patients très demandeurs* »

M11 : « *De plus, ils sont demandeurs en permanence* »

Cette répétition peut être usante pour le médecin au point que M6 globalisait rapidement cette catégorie de population en soufflant : « *Ce sont des gens qui seront toujours dans la plainte* »

Ce jugement était partagée par M9 : « *on s'épuise rapidement avec des gens qui sont toujours en quête de demande et de traitement* » en terminant un peu gênée : « *ce sont des gens un peu fatigant* »

### c.5) Un constat d'impuissance à soulager

Une prise en charge inefficace est souvent difficile à accepter pour le médecin.

M10 et M11 déclaraient « *on est impuissant* » alors que M9 disait avoir peur de « *se sentir inutile face à la douleur du patient* ».

Un sentiment ressenti également par M13 car « *le patient a mal et on ne sait plus quoi lui proposer* » et d'ajouter « *on a la souffrance du patient en face de nous* ».

#### d) L'impact multifactoriel de la douleur

La douleur chronique peut avoir un retentissement multifactoriel sur la vie sociale, professionnelle, familiale du patient. Selon M12, « *on sent bien qu'il y a un problème d'intégration de la douleur, de la manière dont le patient vit sa douleur avec ses impacts* ».

Le but du médecin généraliste est d'essayer de prendre en compte tous ses aspects et d'accompagner au mieux le patient dans ses limites de compétences.

M4 avouait lui avoir des lacunes dans ce domaine : « *la sphère sociale est assez compliquée et je suis un jeune médecin et je ne suis pas encore rodé de ce côté-là, ni très à l'aise notamment sur les reconnaissances possibles, handicap, maladie professionnelle par exemple* »

M9, également aussi jeune médecin généraliste installé, reconnaissait que « *l'expérience compte beaucoup et même si on a eu une bonne formation, je pense que celle-ci peut être utile dans ce genre de situations* »

L'impact sur la situation professionnelle peut engendrer une inactivité que certains médecins, comme M2, redoutaient car le patient se déconditionne : « *les jeunes patients de 25-35 ans qui ont des lombalgies chroniques qui viennent systématiquement chercher un arrêt de travail alors que l'on sait que ce n'est pas le repos qui va aider le patient* »

## **2) Les pathologies et douleurs posant des difficultés de prise en charge**

Les rachialgies et plus précisément les lombalgies chroniques posaient beaucoup de difficultés aux médecins.

M2 avouait avoir des difficultés de prise en charge des « *lombalgies chroniques mais selon les patients, notamment les jeunes qui ne comprennent pas que les arrêts de travail à répétition ne sont pas la solution.* »

M6 mentionnait également « *les lombalgies où la part psychologique est dominante pour moi* ».

Pour M9, « *la plupart du temps, les patients prennent bien leur traitement mais ne sont pas compliant aux thérapeutiques annexes comme la kinésithérapie* » ce qui entretient les douleurs.

Les lombalgies chroniques sont une pathologie que le médecin généraliste est amené fréquemment à prendre en charge au cabinet comme le faisaient remarquer ces médecins :

M5 : « *les lombalgies chroniques qui reviennent de manière récurrente* »

M12 : « *Les lombalgies chroniques par effet de fréquence, par leur retentissement professionnel et social* ».

Dans la même lignée que les lombalgies, M9 parlait également « *des sciatiques qui sont limites hyperalgiques mais non opérables* ».

Une autre réponse fréquente revenait souvent chez les médecins : la fibromyalgie, dit aussi syndrome douloureux chronique diffus.

Pour M3, c'est dû au fait que « *les antalgiques simples sont inefficaces et que les patients sont très demandeurs.* »

Autre argument donné par M13 : « *car on est sûr de la douleur chronique mais également d'autres versants notamment psychologiques* ». M8 se sent dépassé également dans cette situation car « *il y a un terrain psychologique important chez les patients, enfin plus souvent les patientes, souffrant de fibromyalgies* ».

M2 évoquait également la fibromyalgie mais sans donner d'argument.

Enfin M9 espérait qu' « *un jour, peut-être, on trouvera un critère biologique qui nous prouvera que ces patients ont vraiment mal* ».

Les douleurs arthrosiques étaient également énumérées face au vieillissement de la population et au manque de moyens thérapeutiques.

M2 : « *les patients poly arthrosiques souffrant de douleurs chroniques car c'est difficile de leur donner un traitement qui soit efficace pour eux* »

M13 : « *L'arthrose est aussi difficile car les thérapeutiques ne sont pas très efficaces* »

Les douleurs neuropathiques soulevaient des difficultés pour les médecins.

M1, sans hésitation, : « *Les douleurs neuropathiques car je trouve qu'elles sont variables, imprévisibles, difficiles à prendre en charge ; les morphiniques ne sont pas efficaces dessus et les traitements type anti épileptiques sont mal tolérés* »

M6 : « *je pense aux neuropathies des membres inférieurs* »

M11 : « *Les pathologies avec des douleurs neuropathiques, et notamment principalement les séquelles de névralgies cervico brachiales* »

Les douleurs pelviennes, avec des caractéristiques neuropathiques, étaient sources également de problématiques.

M4 : « *Les paresthésies et douleurs chroniques pelviennes telles que les névralgies d'Alcock. Les médicaments sont souvent infructueux. Il y a une liaison entre les douleurs physiques et psychiques* »

M6 : « *il y a aussi les algies pelviennes chez les femmes notamment avec l'endométriose* » et « *spécifiquement chez les hommes, je dirai des pubalgies rebelles* »

Pour des jeunes médecins comme M4 et M9, il y avait également les douleurs cancéreuses mais non pour les mêmes raisons :

M4 : « *non pas dans l'aspect thérapeutique mais plutôt dans l'aspect pronostic* »

M9 : « *Les douleurs cancéreuses dont le traitement est difficile à équilibrer* »

Les douleurs musculo squelettiques étaient mentionnées.

M5 : « *je vois de plus en plus depuis quelques années des scapulalgies* »

M13 : « *des pathologies musculo tendineuses, musculo squelettiques souvent liées au travail* »

Pour terminer, voici les autres réponses évoquées par les médecins :

M8 évoquait « *l'algoneurodystrophie* » .

M7 : « *les maladies neurodégénératives avec des douleurs chroniques liées à la grabatisation du patient car maintenant la famille préfère une prise en charge hospitalière, avant on les prenait beaucoup plus en charge on a perdu cette habitude* »

M5 : « *les syndromes de jambes sans repos, si on peut l'identifier comme une pathologie, avec peu de thérapeutiques efficaces je trouve* »

Enfin, pour M12, c'est plus le terrain psychologique du patient que la pathologie en elle-même qui rend complexe la prise en charge « *je dirai la douleur chez les patients qui ont un trouble de la personnalité ou un problème psychiatrique sous-jacent* »

### **3) La douleur chronique chez différentes catégories de population**

#### **a) Les enfants**

Beaucoup de médecins s'accordaient à dire que même si leurs pratiques les amenaient rarement à prendre en charge la douleur chronique de l'enfant, ils redoutaient de devoir y faire face.

M1 : « *Les enfants car ce n'est pas fréquent* », « *heureusement ils sont suivis rapidement par le pédiatre spécialisé* »

M5 : « *concernant les enfants c'est plutôt nos collègues pédiatres qui gèrent ça* »

M7 : « *les enfants peut-être* ». Le médecin continuait, assez ému, avec une expérience personnelle de la prise en charge d' « *un enfant avec un cancer du pancréas, là c'était compliqué professionnellement et humainement* »

M8 : « *les enfants mais on les prend très peu en charge finalement. Ils sont vite réorientés vers des spécialistes* »

M12 : « *Heureusement j'ai rarement des douleurs chez des enfants mais la prise en charge de la douleur de l'enfant est compliquée* »

#### b) Les jeunes actifs

M2 pensait à eux car, pour lui, il y a une recherche de bénéfices secondaires : « *les jeunes patients de 25-35 ans qui ont des lombalgies chroniques qui viennent systématiquement chercher un arrêt de travail alors que l'on sait que ce n'est pas le repos qui va aider le patient* »

D'autres médecins étaient eux dans l'empathie.

M4 : « *Les jeunes autour de 25-35 ans qui ont envie de vivre sans avoir de douleur, c'est difficile...* »

M11 : « *Les jeunes patients autour de 20-30 ans car ce n'est pas normal d'avoir mal, physiologiquement à cet âge* »

#### c) Les personnes âgées

La tolérance des traitements revenait régulièrement pour décrire les difficultés rencontrées chez cette catégorie de population.

M3 : « *Les personnes âgées à cause des effets secondaires des médicaments et de leurs comorbidités* »

M8 : « *les personnes âgées qui se plaignent régulièrement des effets indésirables* » rajoutant « *l'objectif est de ne pas être néfaste car il y a un traitement lourd déjà en place* »

M11 expliquait ses difficultés dans la facilité que peut avoir le médecin à ne pas prendre suffisamment en compte la douleur de la personne âgée : « *Chez les personnes âgées, il est bien vrai que l'on se réfugie souvent derrière le fait qu'il y a des pathologies dégénératives sous-jacentes comme l'arthrose* ».

M1 trouvait, par contre, la situation parfois plus simple : « *Concernant les personnes âgées, je trouve qu'elles acceptent plus facilement leurs douleurs que les patients jeunes car il n'y a pas d'impact social, professionnel ; elles sont moins en demande de thérapeutiques médicamenteuses.* »

#### d) Les patients en fin de vie

Ces situations nécessitent que le médecin soit compétent dans le domaine des soins palliatifs.

M4 : « *les patients en fin de vie où souvent on se sent en échec sans avoir de solutions à apporter. Le but est surtout de les accompagner, sans nuire.* »

M13 : « *peut-être les douleurs chez les personnes en fin de vie où on recherche plus un confort* »

e) Autres

M6 ciblait une population particulière « *entre 60 et 75 ans avec une prédominance féminine. Elles me mettent plus souvent en échec. Elles se plaignent plus souvent des effets secondaires des médicaments prescrits notamment sur le plan digestif* »

f) L'âge n'est pas un facteur influenceur

Alors que M5 déclarait objectivement « *Non, il n'y a pas de tranches d'âges qui me posent problème* » et que M10, après réflexion, répondait « *Pour l'instant, je n'en défini pas spécialement* », M9 apportait sa vision : « *Ce n'est pas l'âge qui peut jouer sur le ressenti de la douleur c'est plutôt l'environnement familial, l'équilibre psychologique* ».

M13 complétait qu'il faut prendre en compte « *surtout la pathologie* ».

#### **4) Les critères de situation d'échec**

Les médecins généralistes répondaient, presque de manière collégiale, que la répétition des consultations sans amélioration du patient signe un sentiment d'échec.

M1 : « *Lorsque le patient revient et qu'il a toujours aussi mal qu'avant* »

M2 : « *Le patient qui revient en me disant que le traitement ne fonctionne pas* »

M3 : « *Le patient revient me voir avec une persistance de ses douleurs, avec la même EVA, le même discours* »

M5 : « *On n'a pas réussi à diminuer le ressenti douloureux de ce patient, qu'il y a toujours une demande de la part du patient* »

M6 : « *c'est la redondance des consultations* » « *le fait que le patient revienne régulièrement me met en situation d'échec, oui* »

M7 : « *Lorsque le patient revient* »

M9 : « *Lorsque j'ai l'impression d'avoir utilisé tout ce qui été utilisable et que le patient revient toujours me voir pour les même choses* »

M11 : « *la redondance des consultations du patient pour renouveler un traitement antalgique qui me fait dire que je suis en échec* »

M12 : « *c'est le patient qui revient avec la même plainte douloureuse* »

Si le patient revient au cabinet, ça signifie que « *la thérapeutique mise en place n'est pas efficace* » pour M5.

M10 donnait sa définition, un peu scolaire : « *l'utilisation de plusieurs médicaments à doses maximales sans efficacité franche sur la douleur ou avec des effets indésirables contraignants* ».

Pour M7, c'est également « *lorsque le patient n'est pas amélioré avec un retentissement sur le sommeil, la vie privée et professionnelle* »

Quoique les raisons évoquées, les médecins avaient un sentiment commun « *on tourne en rond* » selon M8 et M11.

D'où un sentiment d'échec « *je n'ai plus de solutions pour le patient* » pour M13 et de frustration « *c'est frustrant car souvent on n'a pas grand-chose de plus à lui proposer* » (M1).

M12 pouvait vite se retrouver en situation d'échec lorsque « *c'est moi qui ne me sent pas à l'aise avec la prise en charge car le ressenti n'est pas bon par rapport à la douleur du patient* ».

## **5) Les moyens du médecin généraliste pour une prise en charge efficace**

### **a) Le suivi régulier**

Le médecin généraliste a la possibilité, plus que les médecins spécialistes, de revoir régulièrement le patient.

M9 « *reconvoque de manière rapprochée les patients pour juger de l'efficacité du traitement* ».

M11 considérait qu' « *un suivi ambulatoire est suffisant étant donné que l'on sait d'où l'on part dans notre prise en charge* » et ajoute « *l'avantage de la médecine générale c'est qu'on a le temps de revoir le patient fréquemment* ».

Ce suivi permettait alors « *de refaire passer le message et de reformuler l'information* » pour M2.

M4 citait un dicton connu « *en médecine générale, nous n'avons pas le temps mais nous avons la durée* ».

M7 était là, malgré tout, pour rappeler que revoir régulièrement ces patients pouvait être contraignant et usant « *après tout est une question de temps et d'envie de s'occuper de ce type de patient douloureux chronique* ».

### **b) Les outils thérapeutiques**

Beaucoup de médecins interrogés considéraient être suffisamment armés pour prendre en charge la douleur chronique de leurs patients.

M2 : « *Le médecin traitant a tout de même un panel de thérapeutiques à utiliser* »

M3 : « *Avec l'arsenal thérapeutique à notre disposition, on peut très bien se débrouiller seul* »

M7 : « *En médecine générale, je trouve qu'on est plutôt bien outillé* »

M9 : « *Non, il n'y a pas un manque de moyens en médecine générale* »

M10 ne se sentait pas démunie : « *Je ne vois pas quelle thérapeutique serait réservée uniquement au domaine hospitalier* » ; « *on a pas mal de choix d'un point de vue thérapeutique* » ; « *j'ai à ma disposition les connaissances et solutions pour la prise en charge douloureuse* »

M13 : « *je pense quand même que l'on peut gérer pas mal de choses en ambulatoire* »

M3 concluait avec conviction « *je pense qu'il n'y a pas de limites* »

## **6) Les limites de la médecine de ville**

### **a) Les limites de connaissance**

Certains médecins avouaient avoir un défaut de connaissance sur la prise en charge de la douleur chronique. Les formations doivent pallier ce manque.

Pour M1 « *on manque...de formations pour être à jour sur les thérapeutiques* ». Elle donnait un exemple : « *les rotations d'opioïdes peuvent parfois être compliquées* ».

M6 expliquait « *au début de ma pratique, il y avait très peu de formations spécifiques sur la douleur ce qui m'handicape un peu dans certaines situations* » .

Un brin nostalgique, il continuait « *on voit de moins en moins au cabinet de délégués médicaux nous présenter les nouveaux médicaments. Ça permettait je trouve de maintenir une connaissance des produits sur le marché* ».

Il disait alors avec le sourire « *même à mon âge, j'ai encore des choses à apprendre sur la douleur c'est certain* ».

Pour M9, c'est certain « *il y a un manque de connaissances...en tout cas pour ma part* ».

M12 reconnaissait « *en médecine générale on est parfois un peu décalé par rapport aux nouvelles thérapeutiques* ».

Sur un ton un peu professoral, M2 déclarait : « *On a toujours besoin de connaître de nouveaux traitements de la douleur d'où l'intérêt de faire une formation médicale continue* ».

Il insistait « *oui il faudrait que les médecins généralistes prennent le temps de faire régulièrement des formations notamment sur la douleur* »

### **b) Les limites de la non spécialité**

Le médecin généraliste connaît bien mieux le patient, en général, que le spécialiste. Il devrait donc être le mieux placé pour débiter ou continuer la prise en charge du patient douloureux chronique.

Cependant, le recours à un médecin spécialiste par choix du médecin traitant ou du patient peut s'avérer nécessaire.

M2, un peu résigné, « *il faut passer par la case spécialiste et là ça passe beaucoup mieux* » et d'ajouter : « *quand le patient voit le spécialiste, ça libère pas mal de choses et j'ai l'impression que le patient l'écoute mieux que le médecin traitant* »

M9 se mettait à la place du patient « *c'est rassurant pour eux de voir un autre médecin* »

M5 savait où s'arrête ses compétences « *Il ne faut pas aller au-delà de son domaine au risque de nuire au patient* »

Pour M12, c'est d'autant plus vrai lorsque la part psychologique est importante « *c'est un travail très long et ce n'est plus ma compétence* »

### c) Les limites du temps de consultation

Bien que le médecin généraliste puisse revoir régulièrement son patient, le manque de temps reste pénalisant pour une prise en charge efficiente.

M1 n'en démentait pas : « *On manque de temps* »

Car cela nécessite une prise en charge globale comme le concédait M4 : « *pour les douloureux chroniques, c'est la sphère sociale, psychologique pour lesquelles on n'a pas assez de temps* »

Idée soulevée également par M5 : « *l'analyse globale de cette douleur demande du temps* »

M9 : « *tu te tritures les neurones pour savoir comment les soulager, ils prennent du temps* »

M12 : « *Le temps est un problème car c'est un processus long et on voudrait que tout rentre dans une case mais la plupart du temps ça ne fonctionne pas comme ça. Ce sont des consultations qui demandent du temps.* »

Le problème peut aussi venir du patient qui vient pour différents motifs contraignant le médecin à prioriser les demandes ; d'après M5 « *souvent les patients viennent nous voir pour différents problèmes et cette prise en charge de la douleur passe parfois après d'autres prise en charge* ».

M8 soupirait « *ce sont des consultations chronophages* », chose pour laquelle M6 ne tenait pas rigueur « *le côté chronophage ne me gêne pas* »

### d) Les limites d'outils thérapeutiques de la médecine générale de ville

Le manque de moyens mis à disposition en médecine générale concernant les thérapeutiques peut être également un frein pour certains médecins.

M5 pensait notamment « *à l'hypnose ou au TENS qui n'est pas de notre ressort* ».

M13, connaissant bien les pratiques qui peuvent être pratiquées au sein des structures de prise en charge de la douleur chronique, reconnaissait : *« je suis limité par rapport à certaines thérapeutiques que je peux prescrire tel les pompes à morphine pour lesquels je suis obligé de passer par l'hôpital ou l'HAD ou encore le TENS, les patchs de capsaïcine ».*

M9 y voyait également un frein « : *La limite concerne également nos traitements. Je pense, par exemple, à la titration morphinique qui est compliquée à faire en ville »*

#### e) La perte d'objectivité

Le médecin généraliste est le professionnel de santé qui connaît probablement le mieux l'histoire médicale de son patient et qui est amené à le voir régulièrement, si nécessaire.

Cette proximité peut, cependant, desservir à la prise en charge du patient.

M1 confiait : *« lorsque l'on revoit le patient tous les mois, c'est difficile de prendre du recul »*

M11 concédait qu'à force de revoir le patient pour la même plainte : *« je perds de l'objectivité dans mes choix thérapeutiques »*

#### f) L'intensité des symptômes nécessitant une prise en charge hospitalière

Pour M9, *« la limite de la prise en charge par le médecin généraliste est l'intensité de la douleur ressentie par le patient ».*

Elle continuait ses propos : *« si sa douleur est trop importante, tu ne peux pas continuer la prise en charge en ville. Un patient n'a pas le droit de souffrir, avec une EVA élevée. »*

Elle terminait alors en se questionnant *« Peut-on s'accorder un seuil de tolérance selon le profil du patient ? »*

#### g) Un réseau douleur pouvant être défaillant

La coordination entre professionnels de santé, dans le secteur ambulatoire, est parfois difficile à être efficiente ; chacun ne travaillant pas dans la même structure.

Ainsi, M5 avouait : *« le travail d'équipe avec des infirmiers à domicile par exemple est parfois compliqué pour des patients douloureux vus à domicile »*

Il ne manquait pas de souligner que *« le manque de communication entre professionnels de santé peut nuire sur la prise en charge ».*

M9 reconnaissait l'avantage des structures hospitalières qui dispose d' *« un réseau de soins avec des acteurs comme psychologue, diététicienne que nous on n'arrive pas à mettre ensemble ».*

## **2<sup>ème</sup> PARTIE : LES STRUCTURES DE TRAITEMENT ET D'ETUDE DE LA DOULEUR CHRONIQUE : CONNAISSANCE ET POINTS DE VUE DU MEDECIN GENERALISTE**

### **1) L'existence de ces structures**

C'est durant leurs études médicales (externat ou internat de médecine) que les médecins, et surtout les jeunes médecins, ont eu connaissance de l'existence de ses structures dédiées à la prise en charge de la douleur chronique.

M1 : « *Durant ma formation d'interne de médecine générale* »

M3 : « *Durant mon internat. Dans les services hospitaliers on sollicite souvent les médecins du CETD* »

M4 : « *Au cours de mon externat lorsque j'étais en 6ème année d'étude lors d'un stage hospitalier. Puis par la suite au cours de mon internat, j'ai fait un stage en rhumatologie. Le service se trouvant à côté du CETD du CHU de Rouen, je m'y suis intéressé* »

M9 : « *Par mon parcours d'interne à l'hôpital* »

M10 : « *Durant mon parcours universitaire, via mon internat de médecine générale, à l'hôpital Jacques Monod au Havre où il existe un CETD* »

M12 : « *Durant mon internat de médecine générale à la faculté de médecine de Rouen* »

M12 : « *En tant qu'interne, je suis passée 2 mois dans le CETD du CHU de Rouen. Je sais également par mes correspondants qu'il y a aussi des consultations douleurs à la clinique de l'Europe* »

Concernant les autres médecins, plus âgés, ils ont eu l'information par l'intermédiaire d'autres professionnels de santé :

M2 : « *Par l'intermédiaire d'amis médecins dont un qui a mis en place un CETD* »

M5 : « *Par l'intermédiaire des courriers des collègues hospitaliers* » mais également « *par ma recherche personnelle* »

M6 : « *Au début de mon activité de médecin généraliste installé, par l'intermédiaire des rhumatologues et neurologues* »

M7 : « *les réseaux de prise en charge de la douleur à domicile qui m'ont informé de l'existence de ces centres* »

M8 : « *par du bouche à oreille* » et rajoutant « *par déduction aussi* »

M11 : « *par du bouche à oreille, probablement par l'intermédiaire d'un médecin spécialiste qui m'a conseillé d'envoyer des patients douloureux* »

## **2) La structuration des CETD**

Les structures de prise en charge de la douleur chronique ont une organisation bien définie. Tous les médecins interrogés ont répondu, avec exactitude, que c'était avant tout un lieu de consultations.

A la question de savoir s'ils avaient connaissance d'autres aspects organisationnels, voici leurs réponses :

M1 : *« pour moi, il n'y a pas d'hospitalisations ».*

Elle ajoutait *« par contre, je sais qu'il y a une équipe mobile qui va donner des avis dans les services qui est composée d'un médecin et d'un infirmier et ils fonctionnent en duo »*

Aspect également connu de M5 *« ils vont faire des interventions dans les services pour des patients douloureux »*

M2 relevait le travail en réseau de ces structures : *« il y a des médecins de la douleur qui peuvent se déplacer dans d'autres hôpitaux proches ou en clinique pour donner leur avis et adapter la prise en charge » « Elles font partie d'un réseau douleur en lien avec les soins palliatifs ».*

M8, son collègue de cabinet, avait également cette notion *« je crois qu'il y a des antennes relais dans certaines maisons de retraite, les médecins y font des permanences »*

M4, qui est dans l'optique de s'inscrire à la capacité de traitement de la douleur, était au fait de l'organisation du fonctionnement : *« il y a des hôpitaux de jour, des hôpitaux de semaine. Pour certains patients, je crois qu'on met en place des hospitalisations conventionnelles pour des sevrages morphiniques »*

M13 avait travaillé dans ces structures en tant qu'interne : *« Il y a également un service d'hospitalisation ou en tout cas des lits dans des services voisins dédiés à la prise en charge de la douleur »*

M9, ayant été amené à être en contact avec des médecins algologues durant son internat : *« il y a un bon parcours de soins dans la prise en charge du patient douloureux car celui-ci voit en premier lieu le médecin puis il y a un staff où le dossier du patient peut être rediscuté et puis on les oriente si besoin vers d'autres intervenants »*

Cette prise en charge multidisciplinaire était également soulignée par M12 : *« ça me donne l'impression, d'extérieur, d'un travail en réseau car les patients sont souvent orientés vers le psychologue du centre anti douleur »*

Pour M10, il précisait que *« que ce sont que des consultations et c'est géré par un médecin attitré mais...après je ne sais pas ».*

Au vu de leurs réponses, les médecins reconnaissaient, tout de même, quelques failles.

M3 : « *C'est pas très clair à vrai dire* »

M5 : « *je sais ce qu'on y fait mais je ne sais absolument pas comment ils sont structurés* »

M6 : « *en dehors des consultations de médecins ou d'infirmières, je n'ai pas connaissance d'autres secteurs d'activité* »

M7 : « *je ne me suis pas posé la question...* »

M10 : « *mais je ne sais pas s'il y a d'autres secteurs de type hospitalisation de jour ou semaine dédiés au CETD* »

M12 déclarait : « *je n'ai jamais eu de descriptif formel du fonctionnement du centre* » et avoue être plutôt éclairé par ses patients... : « *Je sais un peu comment ça fonctionne mais uniquement par ce que mes patients me rapportent* »

### **3) Les professionnels travaillant au sein des CETD**

Des médecins travaillent dans ces structures et sont le pivot de la prise en charge.

Concernant les autres professionnels y travaillant, on trouvait des réponses variées des médecins interrogés :

M1 : il y a « *des infirmiers, des psychologues, des assistantes sociales* »

M2 : « *on y trouve des médecins, IDE formées, sophrologues, kinés, hypnothérapeutes* »

M3 : « *il y a des médecins et peut être une infirmière mais je n'en suis pas sûr* »

M4 : « *Il y a des médecins, infirmiers, kinés, psychologues. Il y a même peut être des diététiciennes, je crois* »

M5 : « *médecins et d'infirmiers, psychologues aussi* »

M6 : « *pour moi il y a des médecins, des infirmières* »

M7 : « *Ce sont des médecins hospitaliers ; je ne me suis pas posé la question de savoir si d'autres professionnels y travaillaient* »

M8 : « *A part des médecins, je ne sais pas s'il y a d'autres personnels* »

M9 : « *évidemment des médecins mais aussi d'autres intervenants comme un psychologue, un diététicien, un sophrologue, un kiné* »

M10 : « *un médecin, un psychologue ; je pense que c'est tout* »

M11 : « *des médecins, psychologues, infirmières, psychiatres y travaillent.* »

M12 : « *il y a des médecins, des psychologues. Je sais aussi qu'une assistante sociale peut être présente. Je ne sais pas s'il y a d'autres intervenants* »

M13 précisait le parcours du médecin « *il n'y a pas de médecins de la douleur à proprement dit, on n'est pas que médecin de la douleur on est médecin généraliste, anesthésiste, rhumatologue et on se surspécialisé* »

Concernant les autres intervenants « *il y a des infirmières également qui font également des consultations liées au TENS et également des psychologues qui forment une équipe pluridisciplinaire* »

#### **4) Leurs champs de compétence**

##### **a) La clarté des champs d'action**

Etait posée la question aux médecins de savoir si les différentes prises en charge que peuvent proposer ces structures sont bien connues.

Ainsi, M1 déclarait « *Oui globalement c'est clair* ».

La réponse de M2 était du même acabit : « *oui je sais globalement ce qui s'y passe* »

Pour M3, la prise en charge thérapeutique est lisible : « *Oui concernant les thérapeutiques ça me paraît clair pour moi ils prescrivent des antalgiques simples, morphiniques, des traitements pour les douleurs neuropathiques* »

Il ajoutait, de plus : « *Je sais qu'ils sont aussi parfois en relation avec l'HAD avec notamment l'utilisation de la pompe à morphine* »

La curiosité a amené M5 à être plus au courant des activités : « *Je connais les techniques mais cela serait vaniteux de savoir exactement ce qu'ils y font. Je commence à m'y intéresser par moi-même en me documentant* »

M9 se basait plus sur le retour du patient « *non en théorie mais en pratique oui car je vois le retour des ordonnances qui sont faites pour le patient* »

C'est justement par ce retour de courriers que M12 reconnaissait « *je connais certaines thérapeutiques mais j'en découvre encore* ». Quoi qu'il en soit « *Leur champ de compétence me paraît clair* »

M13 : « *Oui ils partent sur des thérapeutiques que je connais* »

M4 disait avec un sourire : « *Etant donné que je suis actuellement en train de faire un DU de la douleur et que je connais un peu le service, je suis plus à même de savoir ce qui s'y passe et que c'est clair pour moi* »

Pour M6 et M8, le champ de compétence de ces structures est « *obscur* ».

M4 comprenait certains de ces collègues qui peuvent être un peu dans le flou.

En cause un défaut de formation durant le cursus médical :

*« Pour un certain nombre de médecins, je pense que le champ d'action et compétence de ces centres est certainement un peu opaque à cause d'un manque de formation à la faculté ou durant leur exercice professionnel »*

La responsabilité pourrait également venir, selon lui, des structures :

*« C'est vrai que ce n'est pas assez clair il y a un manque d'informations, de publicités je dirai »*

La réponse de M11 est également tournée vers les CETD *« Je ne peux pas dire que je sois débordé d'informations à ce sujet »*

Pour M10, son statut de remplacement ne facilitait pas l'occasion d'en savoir davantage *« je n'ai jamais eu l'occasion pour l'instant de me référer à eux mais j'avoue ne pas savoir ce qu'il se passe au sein même du service »*

M5 trouvait cependant qu'il y a du mieux : *« Au départ, c'était vraiment opaque...ils ne communiquaient pas assez là-dessus ou alors je n'étais pas assez disponible pour les entendre »*

M7 se montrait fataliste : *« C'est jamais totalement clair ce qu'ils peuvent proposer d'autres mais moi ça me va comme ça »*

Il concluait alors : *« Après je trouve que la réponse est satisfaisante dans l'ensemble donc à partir de là donc ça ne me dérange pas de savoir parfaitement ce qui s'y passe »*

#### b) Les thérapeutiques utilisées

Outre la prise en charge médicamenteuse, différentes thérapeutiques sont utilisées pour la prise en charge de la douleur chronique.

M1 : *« On y fait avant tout une prise en charge médicamenteuse mais également de l'hypnose, de la mésothérapie, du TENS, des patchs de capsaïcine. Ils peuvent orienter également vers des thérapeutiques de type kinésithérapie, balnéothérapie, cure thermale. Une prise en charge psychologique est également faite je suppose »*

M2 : *« ils prescrivent des antalgiques simples, morphiniques, des traitements pour les douleurs neuropathiques. Il y a aussi le TENS. Je sais qu'ils sont aussi parfois en relation avec l'HAD avec notamment l'utilisation de la pompe à morphine. »*

M5 : *« je pense à l'hypnose ou au TENS »*

Réponse identique pour M6 : *« Je sais que des consultations d'hypnose y sont proposées. Ils prescrivent aussi le TENS »*

M7 : *« en plus des médicaments, ils peuvent prescrire du TENS qui est une bonne thérapeutique, il y a aussi des patchs de capsaïcine, de versatis »*

M9 : *« mise en place d'aide pour le bien être du patient (psychologie, sophrologue etc..) »*

M11 : « *je sais qu'on y adapte les traitements antalgiques, qu'on peut également proposer du TENS aux patients et que ces derniers bénéficient si besoin d'une prise en charge psychologique* »

M12 : « *Il y a la prise en charge médicamenteuse mais également non médicamenteuse avec la psychothérapie qui est le support. Il y a également le TENS, les patchs de capsaïcine* »

M13 : « *Ils utilisent également des patchs de capsaïcine pour la douleur neuropathique et aussi le TENS* »

## **5) Le rôle des structures douleur**

### **a) Un avis diagnostique complémentaire**

Les structures d'étude et de traitement de la douleur peuvent être amenées à donner un avis diagnostique.

Pour M1, ils ont en effet un « *rôle diagnostic* ».

Elles permettent d'« *avoir un autre regard sur le patient* » et de « *bien caractériser les douleurs neuropathiques ou non* ».

Les autres médecins considéraient que ce n'est pas le rôle de ces structures.

M3 : « *Ils n'ont pas de rôle diagnostic, celui-ci doit être fait avant c'est pour ça que j'adresse avant au spécialiste de la pathologie* »

M5 : « *Les patients arrivent finalement chez eux lorsque l'étiologie de la douleur a déjà exploré* »

M7 : « *Lorsque j'adresse mon patient, le diagnostic est fait* »

M8 : « *le diagnostic est déjà posé la plupart du temps* »

M9 : « *Je ne vois pas un rôle diagnostic de ces centres car quand j'adresse mes patients le diagnostic est déjà fait* »

M13 : « *Je n'attends pas forcément de diagnostic car pour moi il est déjà posé* ». Elle continue « *après s'il y a un diagnostic pour lequel je suis passé à côté pourquoi pas* »

### **b) Un avis thérapeutique complémentaire**

Les médecins des structures de prise en charge de la douleur chronique ont un panel thérapeutique large qui amène les médecins généralistes à leur demander une prise en charge adaptée.

M1 attendait « *qu'on m'aide sur la prise en charge thérapeutique en l'adaptant au patient* ».

Elle pense alors au « *traitement morphinique au long cours* ».

Le rôle de ces structures est aussi de « *proposer de nouvelles thérapeutiques au patient dont le médecin traitant n'est pas au courant* » et apporter « *une aide technique avec des thérapeutiques bien spécifiques* ».

M9 appréciait également : « *il propose des nouvelles solutions auxquelles on n'aurait pas forcément pensé* »

Pour M3 : « *Ça permet également d'avoir un deuxième avis et de conforter des choix thérapeutiques comme l'utilisation de la morphine qui peut faire peur à certains patients* ».

Pour lui, c'était « *une solution symptomatique* ».

« *Elles sont surtout là pour soigner la douleur* » selon M5

M6 donnait sa définition du rôle de ces structures : « *La prise en charge de douleurs chroniques, rebelles dont on arrive pas à trouver d'issue* ».

Pour M7, c'était clair : « *Ils ont un rôle uniquement thérapeutique* »

M8 était moins catégorique : « *leur rôle est principalement thérapeutique mais pas que...* »

M10 attendait dans tous les cas « *une réponse thérapeutique* » et M11 souhaitait surtout « *qu'on y adapte les traitements antalgiques* ».

### c) Une prise en charge globale et adapté

C'est une notion primordiale des structures de la prise en charge de la douleur chronique.

Ainsi M2, en adressant ses patients, souhaitait « *une prise en charge globale avec la prise en charge thérapeutique, de la kiné, des soins infirmiers* »

M5 louait « *la notion du travail d'équipe qui est nécessaire avec une prise en charge globale du patient* »

M6 : « *Une prise en charge globale est souvent nécessaire* »

M9 orientait ses patients pour « *une prise en charge globale aussi avec la mise en place d'aide pour le bien être du patient* ». Elle se réjouissait : « *Il y a une bonne éducation thérapeutique qui est faite à l'hôpital de Dieppe* ».

M11 : « *un rôle de prise en charge globale* »

#### c.1) Soutien psychologique

Parmi cette prise en charge globale, une évaluation voire un suivi psychologique est proposé.

M6 adressait ses patients pour des questions concernant la thérapeutique mais aussi pour « *une prise en charge psychologique* »

M9 savait que dans ces structures il y aurait « *la mise en place d'aides pour le bien être du patient (psychologue, sophrologue)* »

M1 soulignait avec bienveillance « *l'avantage de pouvoir faire bénéficier au patient d'un soutien psychologique avec des conditions financières plus faciles que de voir un psychologue en ville* ».

D'après M4, déjà cité auparavant : « *un patient douloureux chronique devrait obligatoirement avoir une prise en charge psychologique et dans le meilleur des cas, remboursée* »

#### c.2) Suivi du patient

Face à la chronicité de la douleur, le patient doit être suivi et ne pas être perdu de vue afin d'une prise en charge satisfaisante.

Pour M5, « *la mission primordiale de ces centres est l'accompagnement du patient.* »

Un travail important est alors entamé : « *là-bas, on va leur apprendre à gérer cette chronicité* »

#### d) Un regard plus spécialisé

Lorsqu'il ne se sent plus compétent pour poursuivre la prise en charge de son patient, le médecin généraliste adresse son patient vers un médecin / une équipe spécialisée.

M5 : « *La thérapeutique mise en place n'est pas efficace. D'où l'intérêt de passer la main à un spécialiste de la douleur* »

M10 recherchait « *un avis spécialisé, pour aider les médecins généralistes ou spécialistes pour certains patients difficiles à équilibrer sur le plan de la douleur* ».

M13 : « *un autre regard extérieur est souvent utile* »

Cela pouvait n'être que bénéfique pour le patient selon M2 : « *Lorsque j'ai tout essayé et que le patient refuse tout, il faut passer par la case « spécialiste » et là ça passe beaucoup mieux. Quand le patient voit le spécialiste, ça libère pas mal de choses et j'ai l'impression que le patient l'écoute mieux que le médecin traitant.* »

M9 pensait de même : « *ça rassure le patient car il sait qu'il est pris en charge dans un centre adapté* »

#### e) Un renforcement du lien entre médecine de ville et hospitalière

Avoir à sa disposition une structure spécialisée pour prendre en charge la douleur chronique est un outil très important pour le médecin généraliste.

De plus, pour M9, « *ça permet de travailler en collaboration avec l'hôpital* »

#### f) Une solution parmi un panel de soins

Pour certains médecins, orienter ses patients vers ces structures était un outil précieux mais n'était pas la seule réponse à apporter à son patient.

M7 relativisait : « *C'est une voie comme une autre pour prendre en charge la douleur mais si ça ne fonctionne pas on essaye autre chose* »

M10 déclarait simplement : « *si besoin, on a une alternative avec eux* »

### g) Un soutien du médecin traitant

Ces structures sont d'une aide non négligeable pour le médecin traitant.

M1 : « *pour moi, ils ont un rôle soutien* »

Elles sont là « *pour aider les médecins de ville* » selon M2.

Pour M3, leur rôle est de « *trouver une solution au problème pour lequel on n'a pas trouvé de solutions* ».

M10 pensait de même : « *l'objectif d'aider les médecins généralistes ou spécialistes pour certains patients difficiles à équilibrer sur le plan de la douleur* »

M11 : « *c'est avant tout un rôle d'aide pour les médecins face à des douleurs chroniques de patients* ».

M13 : « *nous aider dans les prises en charge difficiles* »

M9 les voyait comme « *une aide pour nous médecin généraliste* », « *une roue de secours lorsque l'on est démuné* » et considère qu'ils ont « *un rôle de soutien car on s'épuise rapidement avec des gens qui sont toujours en quête de demande et de traitement* »

Elle poursuivait avec le sourire : « *Ca me rassure également* »

Ils permettent de désamorcer une situation, de soulager le médecin dans sa prise en charge.

Devant des situations pour lesquelles M6 avouait sans détour « *en avoir parfois ras le bol pour tout dire* », M8 déclarait : « *Cela me permet de prendre du recul sur la prise en charge du patient lorsque je les adresse* ».

Ces structures représentent aussi une aide sur la thérapeutique permettant au médecin généraliste d'améliorer ces connaissances.

M9 : « *ça me conforte également en me disant que ce que j'ai fait en première intention c'était finalement bien et quand je me trompe sur une prise en charge ça m'apprend quoi faire pour la prochaine fois. Ils peaufinent ce que l'on a commencé en changeant si besoin le traitement déjà mis en place* »

« *Les médecins pourront utiliser une molécule à laquelle je n'avais pas pensé* » se satisfaisait M13.

### **3<sup>ème</sup> PARTIE : LE RECOURS AUX STRUCTURES D'ETUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE**

#### **1) La fréquence du recours aux structures douleur**

##### **a) Le nombre de patients adressés**

Les médecins interrogés adressaient leurs patients vers ces centres peu fréquemment.

M1 : *« J'ai trois patients qui sont suivi régulièrement mais j'en adresse peut être quatre à cinq par an pour des avis ou adaptations thérapeutiques »*

M3 : *« un patient par trimestre environ »*

M6 : *« trois à quatre patients par an »*

M7 : *« enfin cinq patients par an »*

M8 : *« c'est très rare... Peut-être un à deux par an »*

M9 : *« en général deux à trois par an »*

M11 : *« environ deux à trois par an »*

M12 : *« je dirai cinq à six par an »*

M13 : *« très peu finalement. Me concernant, en initiation de traitement, je dirais un par an »*

Deux médecins admettaient en adresser assez souvent.

M2, connaissant personnellement le médecin responsable du CETD le plus proche de son cabinet, estimait à *« environ un patient tous les 1 à 2 mois »*

M5 : *« environ peut être 1 à 2 patients par mois »*

M4 attendait la réponse : *« Je suis jeune médecin installé donc pour l'instant c'est difficile de répondre à cette question mais depuis 6 mois d'installation j'ai déjà fait 2 courriers adressés aux CETD. Les patients n'ont pas été encore vus »*

M10, lui, n'avait pas encore fait de démarche : *« Pour l'instant, je n'en ai adressé aucun car je suis jeune remplaçant. Je me débrouille tout seul »*

##### **b) Une sollicitation suffisante**

A la question de savoir si, selon eux, ils adressaient à juste titre leur patient, M13 rétorquait en souriant : *« Il faudrait plutôt demander aux patients ».*

Spontanément, M2 répondait *« oui je pense »* et M3 *« oui ».*

M6 : *« je considère en adresser de manière raisonnable ».*

##### **b.1) Ces structures ne sont pas un recours de première ligne**

Le rôle de ces structures n'est pas de prendre en charge immédiatement le patient douloureux chronique.

Pour M3, il y a des étapes préliminaires : *« j'oriente principalement vers le spécialiste d'organe qui lui décide de passer le relais au CETD si besoin »*.

M9 voyait le parcours de soins du patient douloureux de la même manière : *« en général, je commence à adresser vers les spécialistes pour la pathologie en cause comme les rhumatologues, les neurochirurgiens »*

Il ne faut pas se précipiter dans l'orientation concevait M13 : *« Après je pense qu'il ne faut pas adresser à tort ou à travers et qu'il faut savoir gérer certaines choses lorsque l'on sait les gérer »*

M4 avait déjà adressé deux patients en attente de réponse ; *« sinon, les autres patients que j'ai vu pour des douleurs, ils ne justifiaient pas selon moi d'un avis expert, spécialisé d'un médecin algologue »*.

#### b.2) Le médecin traitant considère être compétent pour la prise en charge

Le médecin généraliste se sent apte pour poursuivre au maximum de ces compétences la prise en charge du patient douloureux chronique.

M13 avec assurance : *« je me sens capable de bien les prendre en charge »*

M3 : *« Je n'adresse pas plus de patients car je suis à l'aise avec la prise en charge de la douleur chronique »*.

Son cursus médical lui avait permis d'acquérir des connaissances : *« J'ai fait un stage durant mon internat orienté HAD et cela m'aide au quotidien dans la prise en charge de la douleur »*

Les compétences apprises, en plus de formation médicale classique, sont un gain pour le médecin : *« compte tenu de mes connaissances en ostéopathie j'arrive à débloquent certaines situations en examinant le patient différemment. J'ai une patiente qui a eu un cancer du sein traité par radiothérapie qui avait une douleur du pectoral et malgré une prise en charge par plusieurs spécialistes personne n'avait songé à traiter manuellement son muscle pectoral. C'est un arsenal thérapeutique important »*

#### c) Une sollicitation insuffisante

Les médecins avouaient que ce n'est pas l'envie qui leur manque d'adresser leurs patients.

M5 : *« j'aimerais en adresser plus souvent »*

M8 pensait *« probablement pas assez »* adresser ses patients douloureux.

M12 *« voudrait faire plus »* mais il y avait des explications à cela : *« Si l'accès à ces soins était plus facile, j'en adresserai davantage »*.

Argument repris par M11 : *« J'adresse peut être insuffisamment mais à cause du problème de délai d'attente »*

Quant à M7, il expliquait sa raison : « *C'est probablement insuffisant mais je n'ai sûrement pas l'idée de les adresser tout de suite* »

## **2) L'orientation du patient vers la structure douleur : à quel moment ?**

Pour M4, « *c'est au cas par cas* ». « *Tous les cas de figures peuvent se poser* » selon M5.

### **a) Une orientation précoce**

#### **a.1) Une prise en charge adaptée et multidisciplinaire**

M4 connaissait « *les thérapeutiques qui peuvent être proposées dans ces structures* » et y voyait un intérêt tout particulier pour la prise en charge de ses patients.

Il pensait notamment « *au TENS qui est une thérapeutique très intéressante, sans effet indésirable notoire, et lorsqu'il est indiqué, j'adresse à un CETD car je sais que c'est seul un médecin algologue qui peut le prescrire* ».

Une prise en charge psychologique était également recherchée.

M1 : « *J'adresse principalement lorsque je vois qu'il y a un contexte psychologique difficile, que le patient doit être soutenu et écouté* »

M8 orientait rapidement ses patients « *lorsqu'il y a une composante psychologique trop importante à prendre en charge* » et « *quand la douleur est intriquée avec une part psychologique* » pour M12.

Un avis psychiatrique pouvait être également attendue chez des patients douloureux « *avec parfois un syndrome dépressif sous-jacent* » pour M4.

M2 pouvait ressentir rapidement un problème sous-jacent ou une situation qui allait devenir très vite complexe pour lui qui l'incitait à, très vite, passer la main : « *je me dis que le problème rencontré ne va pas forcément relever d'un traitement à pleine dose de type morphinique qui n'apportera aucune efficacité et donc je préfère avoir un avis plus spécialisé* »

#### **a.2) Un retentissement multifactoriel de la pathologie**

M1 : « *il m'arrive de les adresser avant alors que j'ai encore de la marge devant moi car je sais pertinemment que la prise en charge va être compliquée avec possiblement un impact sur le plan professionnel* »

M4 pouvait sentir le besoin d'orienter rapidement: « *j'adresse également lorsque l'aspect social devient omniprésent dans la composante douloureuse* »

Il complétait ses propos : « *la prise en charge antalgique doit être rapide car il peut souvent avoir un gros retentissement sur la qualité de vie* »

### a.3) Un gain d'efficience pour la douleur du patient

Un recours rapide des patients vers ces structures peut être bénéfique pour certains patients.

M4 : « *C'est parfois plus judicieux d'adresser le patient rapidement afin qu'il « soit dans la boucle » et qu'il y ait un gain de temps dans la prise en charge »*

« *Même si je ne me sens pas en situation d'échec, je trouve que ce n'est pas inutile d'orienter vers un CETD pour un avis d'expert car il y a peut-être des choses auxquelles je n'ai pas pensé »*

M5 anticipait les choses en orientant son patient « *au début lorsque je m'aperçois que l'on va rentrer dans une chronicité de la douleur »*

Dans le cadre de nouveaux patients qu'il peut recevoir au cabinet, M12 déclarait : « *ça pourrait se concevoir de les adresser plus rapidement si je vois directement que le diagnostic est fait et que le patient a une histoire ancienne de consommation d'antalgiques »*

### a.4) La non adhésion et réponse au traitement

Pour M2, c'était devant « *la non adhésion du traitement par le patient ; c'est à ce moment-là que j'adresse »*.

Qu'importe le moment de la prise en charge, M9 orientait « *quand je vois que l'intensité de la douleur est toujours croissante malgré les traitements »*

### a.5) Un recours rapide à utiliser avec parcimonie

Des médecins restent, malgré tout, mesurés quant au recours rapide qui peut parfois n'être pas justifié.

M3, étonné, disait : « *Je ne vois pas l'intérêt d'adresser rapidement mon patient vers ces centres »*.

M4 : « *Certains médecins avec leur patient douloureux chronique envoient la « patate chaude » au CETD sans connaître les indications et contre-indications ce qui est dommage »*

Pour M13, c'était du vécu : « *J'ai une fois adressé un patient un peu plus rapidement en pensant qu'il pourrait bénéficier du TENS on m'a répondu qu'il n'y avait aucun intérêt pour la pathologie en question »*

### b) En dernier recours

Dans la plupart des situations, M1 affirmait : « *J'essaye d'aller au bout de la démarche thérapeutique »*

M2 adressait « *après avoir essayé toutes les thérapeutiques, avec mes connaissances »*

M3 expliquait que « *c'est devant une persistance des douleurs, une même EVA, une même discours que je peux prendre la décision d'orienter mon patient »*.

Il rajoutait : « *Pour moi c'est en dernier recours lorsque l'on n'y arrive pas que l'on ne sait plus ce qu'il faut faire* » et conclut « *J'essaye toujours avant* ».

M4 estimait qu' « *il y a plein de choses à faire avant* ».

M5 : « *je prende en charge autant que je peux mon patient* ». Selon lui, ces structures « *elles interviennent en fin de course* ».

M6 continuait dans ce sens : « *oui c'est le dernier recours. J'attends d'avoir fait tous le tour des examens complémentaires et des thérapeutiques avant de les adresser* »

M7 essayait aussi « *un maximum de choses avant* ».

M9 : « *je n'ai pas envie de surcharger ces consultations pour des douleurs qui peuvent se soigner au cabinet* »

M10 « *pense qu'il y a une marge de temps importante avant d'adresser les patients. On doit essayer avant des choses* »

De manière affirmée, il appuyait « *Oui, je préfère aller au bout de la prise en charge* ».

Il énonçait sa manière de faire avant d'adresser son patient quel que soit le spécialiste concerné : « *lorsque je m'aperçois d'une certaine inefficacité, je demande au patient de prendre rendez-vous, d'anticiper afin de prendre un avis mais je continue à côté les thérapeutiques en augmentant les doses afin que l'on ne perde pas de temps* »

Pour M11, c'était « *après plusieurs mois de prises en charge lorsque je pense être arrivé au bout des traitements essayés* » qu'il concevait de passer le relais.

M12 : « *j'essaye de faire un bout de chemin avec le patient dans sa prise en charge de la douleur et quand je passe la main c'est que je suis dépassé* »

M13 répondait simplement : « *A la toute fin* »

### c) Le médecin généraliste : le mieux placé pour adresser ?

M3 ne considèrait pas les structures de la prise en charge de la douleur comme un relais direct du médecin généraliste :

« *J'oriente principalement vers le spécialiste d'organe qui lui décide de passer le relais au CETD si besoin* »

M13 reconnaissait qu'elle n'était pas la seule professionnelle de santé qui orientait ces patients vers ces lieux de prise en charge :

« *Parfois mes patients y vont par l'intermédiaire des spécialistes comme le rhumatologue* »

### **3) Les moyens du médecin généraliste pour adresser son patient**

Les médecins adressaient leurs patients par différents moyens. Ces derniers pouvaient être assez contraignants.

M1 : *« il faut que le patient envoie la lettre par ses propres moyens pour être convoqué pour un rendez-vous. Il doit également remplir un dossier social. Donc c'est une démarche un peu lourde. Il y a déjà un frein ».*

M2 admettait *« parfois je prends mon téléphone et j'appelle directement mon copain médecin, ça va plus vite »*

M4 : *« concernant mes deux patients adressés, j'ai envoyé les fax et là j'attends... »*

M6 : *« On est actuellement obligé d'envoyer directement une lettre au CETD, qui est ensuite analysée. Cela est chronophage et pas très pratique à vrai dire »*

Et de rajouter un peu exaspéré : *Maintenant, il faut montrer patte blanche »*

M7 expliquait simplement : *« je dois faire un courrier pour le patient que lui doit donner au centre pour avoir un rendez-vous ».*

M8 trouvait la démarche trop astreignante : *« on doit remplir un questionnaire avant avec le patient dont je ne comprends pas toutes les questions à vrai dire. C'est beaucoup trop contraignant pour moi »*

M9 se plaignait également d' *« une lourdeur administrative avec la nécessité de faxer une demande pour avoir un rendez-vous »*

M11 : *« je fais un courrier pour le patient. Il y a d'autres démarches à effectuer ? Ça doit faire longtemps que j'ai adressé un patient là-bas alors... »*

### **4) Le retour des patients**

M1 admettait, avant toute chose, que *« ça dépend de la pathologie et de l'état psychologique sous-jacent ».*

#### **a) Retour positif**

##### **a.1) Satisfaction de la prise en charge globale**

Les patients sont contents de la prise en charge, notamment d'essayer des thérapeutiques nouvelles.

Pour M1 : *« Globalement, ils sont très satisfaits car en effet, ils bénéficient de thérapeutiques comme la mésothérapie, du Qutenza »*

M2 : *« ils sont satisfaits de la consultation médicale »*

M3 : « *ils sont plutôt satisfaits de la prise en charge car...différentes thérapeutiques sont essayées* »

M4 : « *Ils sont globalement satisfaits de leur prise en charge* »

M7 : « *Ils apprécient avoir un avis différent* »

M8 : « *Je dois dire qu'ils en ressortent relativement satisfaits* »

M9 : « *ils sont contents* »

M11 : « *Ils disent régulièrement qu'ils sont tombés sur des gens compétents* »

M12 : « *lorsqu'ils sont pris dans cette filière de soins, ils sont très satisfaits. Je n'ai pas de mauvais retour. Les patients ont un intérêt à y aller.* »

M13 : « *je n'ai pas d'éléments négatifs sur une mauvaise prise en charge au contraire* »

#### a.2) Une oreille attentive à leurs problèmes

Les médecins soulignaient également que leurs patients appréciaient que la prise en charge soit centrée sur leurs problèmes et qu'ils aient le temps de s'exprimer.

M4 : « *C'est un moment important pour eux car les patients, de par leur douleurs, peuvent être isolés sur le plan social, professionnel* ».

Il poursuivait souriant « *C'est un moment cocooning, où ils sentent que l'on s'occupe d'eux, de leurs problèmes* ».

C'était bénéfique pour le patient selon lui : « *La prise en charge par ces structures leur donne des objectifs, une dynamique* »

M6 : « *ils sont contents qu'on les ai écouté, compris* »

M7 : « *Les patients sont globalement contents avec notamment une bonne écoute* »

Pour M9, le patient ressort de ces consultations mieux : « *ils se sentent plus considérés* »

### b) Retour négatif

#### b.1) Des thérapeutiques inefficaces

M1 : « *J'ai également une patiente qui a des douleurs neuropathiques chroniques qui est suivie là-bas sans réussite et c'est compliqué car elle a l'impression que personne ne peut l'aider* »

M4 : « *Cela ne concerne donc pas mes patients que j'ai adressés mais je connais certains patients qui ont été adressés... et parfois c'est mitigé car les thérapeutiques essayées peuvent être inefficaces* ».

M7 relatait aussi des retours négatifs concernant les traitements : « *le bénéfice sur leur douleur est moyennement satisfaisant avec notamment des traitements type antidépresseurs source de beaucoup d'intolérance.* »

M10 « *trouve qu'ils (les patients) sont globalement insatisfaits car les traitements ne fonctionnent pas* » en interrogeant les patients du médecin qu'il remplace.

#### b.2) Le délai d'attente

Le problème du délai d'attente revenait souvent de la part des patients selon les médecins.

M2 : « *Il manifeste un mécontentement par rapport au délai de rendez-vous. Ils estiment qu'un pays comme la France devrait avoir plus de spécialistes* »

M3 : « *Ils me disent que c'est trop long. Ils se plaignent de la durée d'attente* »

M11 : « *ils manifestent un certain mécontentement par rapport au délai d'attente* »

#### b.3) Des croyances erronées

Leur motif de sentiment d'échec pouvait venir de la croyance que leurs douleurs allaient totalement disparaître.

M5 : « *ils sont déçus car ils pensaient qu'il y allait avoir un miracle et qu'ils n'auraient plus de douleur mais ce n'est l'objectif et ce n'est pas du domaine médical* ».

M13 soulignait la même chose : « *il peut y avoir un retour pas forcément positif mais pas à cause de la prise en charge faite là-bas. C'est juste que le patient s'attend à voir une solution miracle mais ce n'est pas le cas et il peut être déçu* »

Au point que les médecins estimaient que cela pourrait venir de leur faute.

M5 : « *C'est peut être ma faute de ne pas les avoir préparés à cela* »

M13 : « *c'est peut être moi qui finalement adresse le patient lorsque la situation est désespérée mais vue que la situation est déjà désespérée ils (les médecins algologues) ne trouvent pas de solutions.* »

## **4<sup>ème</sup> PARTIE : LA RELATION ENTRE LE MEDECIN GENERALISTE ET LES STRUCTURES D'ETUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE**

### **1) La communication entre professionnels**

#### a) Outils de communication

La communication entre les différents protagonistes de la prise en charge est très importante pour une prise en charge efficace du patient.

Les échanges d'informations se font avant tout par courrier.

M6 disait échanger uniquement par « *les courriers que j'adresse et avec les comptes rendus des consultations* ».

M3 : « *Si je dois changer un traitement qu'ils ont prescrit, je leur fais un petit mot pour le signaler lorsque le patient retourne les voir pour un rendez-vous de suivi* »

Certains médecins n'hésitaient pas à utiliser le téléphone si nécessaire.

Ainsi, M13 « *communique par courrier* » mais ajoutait : « *Il peut m'arriver d'appeler un médecin que je connais qui travaille dans le CETD du CHU* »

M2 : « *J'ai même le numéro de téléphone du médecin responsable que je peux joindre sans soucis* »

M3 : « *Je peux les contacter facilement par téléphone* »

M9 : « *je n'hésite pas à les contacter* »

La communication par téléphone avait, malgré tout, ses limites.

M1 : « *Quand j'essaye de la joindre, elle ne me répond pas toujours vite mais elle me rappelle toujours* »

M5 : « *j'essaye de les avoir au téléphone et de les prévenir et c'est là que ça devient compliqué* »

M11 regrettait un manque d'échange : « *je n'ai jamais eu de réunions avec eux* »

Pour M10 qui remplaçait depuis seulement quelques mois : « *Je n'ai pas eu, pour l'instant, de contact téléphonique ou physique* ».

#### b) Un échange efficace

Les médecins louaient la qualité de ces échanges professionnels pour un bon fonctionnement du parcours du patient.

M1 était satisfaite : « *J'ai un bon relationnel avec la médecin à qui j'adresse, elle est très accessible. On peut facilement discuter de la prise en charge* »

M2 déclarait : « *J'ai une bonne relation. Je vais même faire une formation prochainement avec mon ami médecin algologue sur la douleur chronique* ».

Une relation de confiance était présente : « *Connaissant très bien les médecins travaillant dans ces centres, je leur fais confiance pour prendre en charge les douleurs chroniques compliquées* »

M3 trouvait la relation avec ces structures « *très bonne* ». Il poursuivait « *Je connais bien les médecins. Ça fonctionne très bien* ».

M4 n'avait pas encore eu de retour du CETD pour les patients qu'il avait récemment adressé mais ne se faisait pas de soucis : « *il n'y a pas de raison qu'il n'y ait pas une bonne collaboration étant donné que je connais les médecins y travaillant* »

M6 : « *J'ai rencontré récemment un médecin travaillant au CETD avec qui j'ai eu un bon contact et cela m'incite dorénavant à collaborer davantage avec lui* »

M9 la qualifiait de « *très bonne* ». « *Je communique avec eux* ».

Les propos de M12 étaient du même calibre : « *Avec les centres avec qui je travaille je suis très satisfait.* »

### c) Des progrès à réaliser

Certains médecins restaient mesurés et estimaient que ces échanges étaient trop peu nombreux.

M5 : « *on a du mal à travailler régulièrement ensemble* ». Il en donnait la raison : « *Le système rend la relation compliquée* ».

Bien qu'une rencontre récente a été bénéfique pour l'image de ces structures, M6 « *trouve que la relation était plus fraternelle au début mais je parle de ça il y a 20-25 ans* ».

M7 : « *On ne communique pas assez sur la prise en charge du patient* »

M8 déclarait, clairement, n'avoir « *aucune relation* ». « *J'ai eu une seule fois un confrère au téléphone depuis que je suis installé* »

M9 était contente de sa relation avec ces structures mais soulignait, malgré tout, « *des difficultés à les joindre, où l'on passe 20 min au téléphone pour arriver à parler à quelqu'un..* »

M11 disait, sans détours, que la relation était « *inexistante* ». « *Je ne connais pas les intervenants* »

Pour M13, « *c'est juste cordial* ».

Les médecins avaient conscience, cependant, que pour bien communiquer il faut être deux et ils avaient leur part de responsabilité.

M11 : « *c'est aussi bien je pense de ma faute que de la leur* »

M13, fataliste : « *On est tous débordé de travail. Dans un monde idéal on pourrait se réunir autour d'une table une fois par mois et discuter du patient mais ce n'est pas possible. Je n'attends pas plus* »

## 2) La suite de la prise en charge du patient après l'évaluation initiale par la structure douleur

### a) Le compte rendu de l'évaluation initiale

Les médecins avaient un retour de la prise en charge de leurs patients par des comptes rendus.

M2 : « *on a même des courriers assez longs* ».

M3 : « *on reçoit des comptes rendus à chaque fois on sait ce qu'ils font* »

M10 : « *il y a toujours un retour courrier qui nous explique ce qui a été fait* »

M12 : « *contrairement à d'autres spécialités on a toujours un retour bien détaillé voire trop détaillé* »

Certains y trouvaient des points négatifs.

M5 : « *le retour de courrier est un peu long* ».

Le devenir du patient n'était pas assez clair : « *il y a un manque d'information pour certains patients concernant la poursuite ou non de la prise en charge dans cette structure* ».

M7 jugait que « *le courrier est assez impersonnel* » et « *sans suggestion de faite pour le médecin traitant qui adresse* ».

Pour M6, « *on reçoit les compte rendus comme n'importe quel spécialiste* » et parfois « *les comptes rendus sont flous* ».

Il avait même eu à faire face à une situation délicate : « *j'ai un patient qui est allé au centre anti douleur et on lui a répondu texto « vos douleurs il faudra apprendre à vivre avec ». C'est un cas rare mais comprenez que ça me mette ensuite dans une situation difficile* »

## b) Le suivi du patient

### b.1) L'avis du médecin généraliste sur le suivi de leur patient

M1 était contente qu'il y ait un suivi de ses patients : « *J'ai trois patients qui sont suivis régulièrement et ça se passe bien* »

M2 appréciait également : « *De plus, ils ont régulièrement un rendez-vous par la suite. Le médecin le revoit afin de réévaluer l'efficacité du traitement au bout de quelques semaines* »

M9 « *trouve leur prise en charge efficace* ».

Tout le monde n'était pas du même avis.

Comme signalé précédemment, M5 regrettait « *un manque d'information pour certains patients concernant la poursuite ou non de la prise en charge dans cette structure* »

M6 : « *Un diagnostic est évoqué ou un traitement prescrit mais après c'est fini. Je déplore le manque de continuité* »

M11 rapportait que suite à l'évaluation initiale, « *il n'y a pas eu de suivi concret après* »

### b.2) Le médecin généraliste veut rester acteur de la prise en charge

Les médecins interrogés considéraient rester acteur de la prise en charge de leur patient bien qu'ils les aient orienté vers les structures de traitement de la douleur.

Ils appréciaient d'avoir toujours une liberté d'action.

M1 : « *les médecins conseillent les changements thérapeutiques mais sans pour autant les mettre en place ; cela dépend de ce que veut le patient* ».

Elle continuait : « *Je trouve que par rapport à d'autres spécialistes on est plus inclus dans la prise en charge du patient car ils savent que c'est nous qui allons réévaluer le patient* » et nuance ses propos « *en fait, je trouve que ça dépend plus des personnes que des spécialités* ».

M3 appréciait aussi d'avoir des conseils de leur part : « *ils nous mettent un schéma thérapeutique à suivre si le traitement essayé n'est pas efficace* ».

M12 : « *On est bien impliqué, informé car justement les stratégies thérapeutiques sont bien décrites et quelle est notre place dans cette stratégie* »

M13 : « *Oui les médecins de la douleur nous laissent toujours un moyen de rééquilibrer le traitement au cabinet, de revoir, de suivre le patient contrairement à d'autres spécialités* »

M4 suivait la situation du début à la fin : « *Oui, je me sens inclus dans la prise en charge puisque c'est moi qui adresse le patient quand j'en ressens l'utilité. J'aime revoir le patient, voir ce qui a été fait et réévaluer la situation* » Selon lui, le médecin généraliste doit toujours être un protagoniste à part entière quel que soit la situation : « *c'est nous qui avons la vue globale du patient et il faut que l'on soit vigilant et avoir un esprit critique sur ce qui a été fait et cela concerne toutes les spécialités* »

M5 : « *je me sens toujours investi dans la prise en charge de mon patient même si ce n'est pas moi qui suis amené à prescrire certains traitement. Mon rôle est de réévaluer la situation, voir s'il n'y a pas d'effets indésirables avec le traitement au long cours* »

Pour M2, « *On travaille en partenariat* ».

De même pour M9 : « *On travaille ensemble, je n'hésite pas à les contacter si j'ai des interrogations à propos du patient* »

M10 : « *je réévalue toujours quitte à augmenter si besoin les médicaments* ».

Il donnait un exemple : « *je me souviens d'un patient avec un canal lombaire étroit non opéré qui était suivi depuis longtemps au CETD dont les thérapeutiques étaient peu efficaces. J'ai repris la main sur le dossier car les entretiens et thérapeutiques stagnaient et je l'ai réorienté vers un neurochirurgien* »

### b.3) Le médecin peut se sentir délaissé de la prise en charge

Certains médecins avaient le sentiment de ne plus faire partie de la prise en charge de leur patient.

M7 déclarait, sans retenue : « *Non à partir du moment que je l'ai adressé je ne me sens plus inclus. C'est l'hospitalo centrisme* ». Il rajoutait : « *ils prennent la main sur le patient* »

M8 disait avoir une forme de résignation : « *j'ai eu la réponse à mon courrier et je dois accepter les thérapeutiques mises en place sans pouvoir en discuter avec le protagoniste* ».

M12 partageait ce sentiment de ne pas avoir son mot à dire : « *Je ne sais pas si je suis inclus ou exclu de la prise en charge car j'ai juste une réponse mais celle-ci est non discutable ou aménageable* ».

M4 pensait que l'on peut tomber rapidement dans la facilité : *« c'est vrai que c'est le risque quand on est médecin généraliste et que l'on se sent en échec, c'est de laisser la prise en charge totale au CETD et de dire que ce n'est plus mon problème »*

## **5<sup>ème</sup> PARTIE : LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES ENVERS LES STRUCTURES D'ETUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE**

### **1) Des attentes concernant la prise en charge de leurs patients**

#### **a) Un délai d'attente plus court**

Comme les autres spécialités, avoir un rendre vous rapide dans une structure de prise en charge de la douleur chronique est devenu compliqué. Les délais d'attente sont souvent de plusieurs mois ce qui place le médecin généraliste dans une situation difficile face à un patient qui souffre.

M1 : *« j'aimerais une réponse plus rapide à cause des délais d'attente qui sont trop longs car on doit attendre plus de quatre mois avant que le patient soit vu »*. L'attente pour le patient est vraiment problématique avec un *« délai de rendez-vous de 3 à 6 mois »*. Il clamait, un peu narquois : *« Et pendant ce temps-là qu'est-ce que je fais avec mon patient ?? »*. *« Il faudrait plus de médecins formés et donc plus de rendez-vous disponibles »*

M3 admettait : *« Même si j'aime bien prendre en charge ce type de problème, je me prendrai moins la tête peut être si mon patient pouvait être vu rapidement par un médecin algologue »*.

M4 pointait également *« un délai d'attente trop long ce qui décourage beaucoup de praticiens à adresser leur patient »*

M7 : *« les délais de rendez-vous sont longs »*

M8 souhaitait pour ses patients *« un délai plus rapide »* ; même chose pour M6 : *« des consultations plus rapides »*

#### **a.1) Une situation problématique mais comprise par le médecin généraliste**

Les médecins étaient compréhensifs des difficultés actuelles.

M1 : *« Après ils ont l'air tellement débordé que même s'ils proposaient d'autres choses, je ne sais pas si on pourrait leur adresser plus de patients »*

M2 : *« Oui mais le problème est toujours le délai d'attente. Mais il manque de médecins spécialistes donc forcément ça rallonge les délais »*

M3 : *« Je pense qu'ils font le maximum mais ils sont surchargés »*.

Il ne se montrait guère optimiste pour la suite : *« et je n'ai pas l'impression que l'on va augmenter le personnel dans les hôpitaux... »*. Il insistait : *« il faut des médecins »*.

M6 : « *Je pense que les CETD sont actuellement débordés. Certainement que l'on adresse trop de patients et comme tous les services actuellement, ça commence à saturer* »

M9 était consciente du problème : « *je n'ose pas, de peur d'adresser à tort et de les surcharger* »

Vu les délais d'attente, M12 s'adaptait : « *je sais que ça sature dans ces structures, donc j'essaye de réserver pour les patients les plus difficiles à prendre en charge* ».

## b) Une aide pour le médecin généraliste

### b.1) Sur la thérapeutique

Les médecins attendaient une aide notamment sur la thérapeutique que ce soit lors du retour des comptes rendus ou sur les formations que peuvent mettre en place ces structures.

M1 voulait donc « *une aide technique avec la mise en place de thérapeutiques bien spécifiques* »

M9 souhaitait « *qu'ils m'apprennent des choses car souvent il y a des nouvelles prises en charges, recommandations pour lesquelles on n'est pas forcément au courant* »

M6 : « *je trouverais intéressant d'avoir plus de formations sur la douleur* ».

Même propos chez M11 : « *des formations seraient utiles. J'attends une démarche pédagogique de leur part* »

M12 avouait qu' « *il y a certainement une mise à jour des connaissances qui doit se faire* ».

M2, dans une forme de conclusion : « *On a toujours besoin de connaître de nouveaux traitements de la douleur* »

### b.2) Un accompagnement

M1 avouait : « *on se sent un peu tout seul* » et elle compte sur « *avant tout un soutien pour le médecin et le patient* »

M7 espérait de ces structures qu' « *ils réussissent à passer ma situation d'échec. C'est un complément de ce que je peux faire* ».

M9 déclarait sans hésitation : « *Qu'ils me viennent en aide quand je suis largué* »

M13 attendait aussi « *un soutien, une aide lorsque la situation est trop compliquée et que je ne sais plus quoi faire* ».

## c) Un appui pour l'adhésion du patient au projet thérapeutique

Ces structures peuvent renforcer ce qui a déjà été réalisé avant au cabinet du généraliste.

M3 : « *Ils peuvent également appuyer notre discours ou notre prise en charge déjà faite renforçant alors l'adhésion du patient* »

M10 déclarait très justement : « *Il est plus bénéfique pour le patient de voir plusieurs intervenants et spécialistes, d'être compris, entendu que le traitement en lui-même* »

d) Un suivi de soins efficace

M6 déplorait que, quelque fois, des patients soient très vite réorientés vers le médecin généraliste sans suivi par la suite : « *une prise en charge globale du patient sur la durée serait parfois plus judicieuse* ».

Il reconnaissait cependant : « *je comprends les complexités et l'impossibilité de suivre tous les patients par les médecins du CETD* »

e) Un avis spécialisé

Dans des situations complexes de douleurs chroniques, l'expérience d'un médecin algologue est nécessaire.

M3 soulignait « *l'utilité d'un 2ème avis pour le patient car il peut être réticent au traitement comme les antidépresseurs* »

M9 aspirait « *qu'ils m'aident à prendre une décision commune pour orienter vers tel ou tel spécialiste* »

M10 recherchait « *un second avis, une aide puisque les médecins algologues ont souvent plus d'expérience. Même si cela ne débouche pas sur une thérapeutique, le patient est content d'avoir un autre avis, une prise en charge différente avec une approche globale. Il est finalement dans le circuit de soins* ».

## **2) Une meilleure disponibilité**

Bien que la plupart des médecins admettaient avoir une bonne relation avec les professionnels notamment les médecins travaillant dans ces structures, ils soulignaient une difficulté de les joindre.

M4 désirait d'avantage de « *disponibilité des intervenants de ces centres et une réactivité à nos demandes* »

Même requête du côté de M12 : « *Un accès plus facile à ces centres avec plus de médecins. Une meilleure disponibilité. Obtenir un premier rendez-vous est souvent compliqué* »

M5 attendait « *une disponibilité pour la prise en charge des patients* », « *car lorsque l'on a besoin d'un rdv urgent la plupart du temps ils sont débordés et c'est parfois compliqué notamment d'expliquer au patient* »

M7 : « *je souhaiterais de temps en temps un coup de téléphone pour expliquer ce qui va ou ne va pas. J'ai déjà essayé de les joindre et cela a été avec beaucoup de difficulté* ».

Des créneaux d'urgence seraient alors les bienvenues.

M6 : « *Des consultations plus rapides voire d'urgence lorsque la situation est trop compliquée* »

M9 : « *Oui qu'ils y aient des créneaux d'urgence.* »

L'idée d'un médecin joignable immédiatement serait l'idéal mais a ses limites comme le reconnaissait M5 : « *encore faut-il qu'un investissement soit fait notamment avec un médecin disponible régulièrement ce qui me semble délicat* »

Une meilleure disponibilité découlerait sur « *une relation plus confraternelle* » pour M7.

### **3) Un souhait d'être mieux informé**

#### **a) Sur l'organisation et le personnel des structures de prise en charge de la douleur**

Les médecins généralistes, compte tenu de leurs activités principalement ambulatoires, étaient rarement amenés à se rendre dans les établissements hospitaliers où se trouvent ces structures.

Une meilleure information pourrait lever des doutes ou interrogations.

➤ Sur le fonctionnement.

M2 acquiesçait à la question : « *Ça serait en effet intéressant d'avoir plus d'informations* »

M5 était du même avis : « *ça peut être utile de connaître en effet leur structure, de savoir comment il accueille* »

M9 connaissait déjà quelques praticiens travaillant dans ces structures mais, pour elle, ça serait une bonne chose d'avoir plus d'informations : « *Oui plus on est informé mieux c'est* ».

➤ Sur les professionnels.

M1 souhaitait « *connaître plus les équipes de chaque centre comme peuvent faire les PMI (protection maternelle et infantile)* ».

Le lien entre médecins serait amélioré, selon M6, s'il pouvait « *mettre un visage sur les médecins algologues y travaillant* »

M8 n'était pas contre l'idée de « *connaître le personnel y travaillant aussi bien médecins et autres personnels para médicaux* »

M10 : « *Cela serait intéressant de connaître le personnel qui travaille dans ces centres ou qui ont un lien avec eux* »

M12 : « *avoir plus de communication avec les intervenants de ces centres serait intéressant* »

Certains médecins n'étaient pas contre l'idée de se déplacer dans ces structures et voir leur fonctionnement.

M3 ne demandait qu'à « *savoir comment ça fonctionne exactement. Pourquoi ne pas nous faire visiter leur service ?* »

M11 proposait « *que le personnel de ces services nous fasse visiter les locaux, nous montre l'organisation du service. Car finalement, quel est le parcours de soins d'un patient se rendant dans cette structure?* »

M4 soulignait : « *il y a un manque d'informations, de publicités. Si je n'étais pas passé dans le service de rhumatologie qui est annexé au CETD et que je ne ferai pas le DU douleur, certainement que le CETD me passerait pour moi une nébuleuse* ».

Cependant, M13 se satisfaisait de la situation actuelle : « *Aujourd'hui, on multiplie les spécialités, les centres et on ne peut pas tout connaître et du tout la situation actuelle me va très bien* ».

#### b) Sur les thérapeutiques réalisées par ces centres

Différentes thérapeutiques, médicamenteuses ou non, sont utilisées dans ces structures pour la prise en charge de la douleur chronique. Beaucoup de médecins généralistes étaient mal renseignés sur celles-ci.

M1 : « *j'aimerais avoir plus d'informations sur ce qu'ils proposent comme thérapeutiques alternatives. Je sais qu'il y a des prises en charge par l'hypnose, l'autohypnose mais je ne sais pas quels centres les pratiquent* »

M3 : « *Si on n'est pas au courant de ce qu'ils peuvent proposer comme thérapeutiques, on oublie d'adresser certains patients, comme les perfusions de bisphosphonates dans les 6 premiers mois de l'algoneurodystrophie ou encore l'utilisation du TENS qui pour moi est quelque chose de génial* »

M7 aimerait être d'avantage informé car « *il y a certainement des domaines que j'ignore* ».

M11 aspirait à mieux connaître « *les thérapeutiques utilisées et comment il teste la douleur* »

Cela pourrait être que bénéfique pour le patient. M5 : « *Ça serait surtout utile pour le patient car cela nous permettrait d'informer le patient de la démarche et de la prise en charge qui peut être faite afin de retirer le côté parfois anxiogène* »

#### c) Les moyens d'informations pour pallier ce manque

Le moyen de communication, régulièrement cité, était le téléphone.

M4 : « *L'existence d'un numéro d'astreinte d'un médecin serait très utile pour les médecins généralistes* »

M5 ; « *j'apprécierai bénéficier d'une ligne dédiée pour les médecins qui ont besoin de conseils* »

M6 : « *mettre à disposition des médecins une ligne directe* »

M7 voulait plus « *de coups de fil* ». Les échanges pourraient être facilités pour M8 « *par un lien téléphonique* ».

M9 : « *Ça serait bien qu'on ait des avis téléphoniques parfois* »

M12 : « *avoir une ligne téléphonique dédiée pour des avis* »

Mais certains reconnaissaient des limites d'utiliser ce moyen de communication.

M4 : « *Après je comprends la difficulté car le risque c'est qu'ils soient tout le temps déranger* »

M5 : « *Là où je travaille deux jours par semaine (centre de vaccination au CHU de Rouen) il y a une ligne dédiée pour les médecins qui ont besoin de conseils. Cela serait indispensable de faire la même chose avec les CETD mais encore faut-il qu'un investissement soit fait notamment avec un médecin disponible régulièrement ce qui me semble délicat* ». Un support papier serait utile.

M4 : « *Ça serait intéressant de nous envoyer un courrier, un document nous expliquant qu'est ce qui peut être proposé afin d'aider le médecin généraliste s'il se trouve dans une situation qui justifie une prise en charge dans un CETD* »

M5 pensait aussi à « *des flyers d'informations* » et M8 aussi à « *une plaquette d'informations* ».

M9 : « *Un petit dépliant serait utile expliquant les motifs d'envoi, les pathologies qu'ils prennent en charge* »

Pour M1, « *le moyen d'informations par le courrier ne me semble pas approprié* ».

Elle pensait plutôt à l'utilité d'avoir « *un site internet dédié* »

M8 : « *pourquoi pas par un mail d'information* ».

Rencontrer directement les principaux acteurs de la prise en charge du patient restait le meilleur moyen selon des médecins.

M6 : « *l'instauration d'une réunion annuelle où l'on nous explique les nouveautés thérapeutiques ou logistiques serait intéressante* »

M11 pensait qu'une meilleure collaboration passait « *par l'intermédiaire de contact physique avec les intervenants des CETD* »

M13 n'attendait rien : « *Les informations, je les ai déjà. On reçoit déjà de nombreuses informations, de newsletters d'autres spécialités. Je n'attends pas plus d'informations supplémentaires* »

# DISCUSSION

## I. L'ETUDE

### 1) Le choix de l'enquête

#### a) Le parcours de soins du patient douloureux chronique

La prise en charge du patient douloureux chronique est longue et complexe. Elle requière une bonne compréhension de la douleur par le médecin traitant et une bonne relation entre le médecin et son patient.

L'intensité de la douleur et ses retentissements, plus ou moins envahissants sur la vie du patient, peuvent mettre en difficulté le médecin généraliste.

Il est alors susceptible de s'aider dans la prise en charge en collaborant avec une structure douleur chronique, s'il le juge nécessaire.

Compte tenu de son caractère multidisciplinaire et à l'heure d'une volonté ministérielle pour davantage d'informations entre professionnels de santé avec la mise en place du Dossier Médical Partagé (DMP), ce parcours est intéressant à analyser.

La France a été pionnière dans la prise en charge de la douleur lançant en 1998 son premier plan douleur suivi de deux autres plans gouvernementaux améliorant l'offre de soins pour le patient douloureux.

Mais le quatrième plan douleur, qui devait débiter en 2013, a été annulé freinant ce développement et laissant suggérer que la prise en charge de la douleur chronique n'est actuellement plus une priorité du ministère de la santé.

Cela ne peut être sans impact sur le parcours de soins actuel du patient douloureux chronique.

#### b) Etude qualitative

Le choix de se porter vers une étude qualitative paraissait plus logique et intéressant qu'une étude quantitative dans ce contexte.

L'objectif était de comprendre et d'analyser la vision des médecins généralistes afin de mettre en lumière des satisfactions mais également des problèmes dans l'accès aux soins du patient douloureux.

#### c) Le choix de la population étudiée

Une enquête qualitative avait été réalisée en 2012 sur les attentes des médecins généralistes vis-à-vis des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique en Ile de France (64).

Notre enquête s'est concentrée sensiblement sur ce même thème en questionnant des médecins généralistes exerçant dans la Seine-Maritime et l'Eure ; départements dotés d'une offre de soins plus restreinte que la région Ile-de-France avec un bassin de patientèle plus rural.

L'objectif n'était pas de faire une comparaison entre ces études mais d'apporter éventuellement des éléments nouveaux et d'appuyer certains résultats, six ans après.

## **2) Les biais de cette étude**

### **a) L'élaboration du questionnaire**

Le questionnaire a essayé, de manière progressive, d'analyser le parcours du patient douloureux chronique, orchestré par le médecin généraliste, jusqu'au recours à des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.

L'objectif de ce questionnaire était de mettre en évidence les difficultés que pouvait avoir le médecin généraliste dans ce parcours souvent complexe et de s'intéresser à la relation qu'il pouvait entretenir avec les SDC.

Bien que nous ayons essayé de balayer un maximum de sujet concernant ce parcours, d'autres questions auraient pu être développées. Au début de notre questionnaire, nous voulions comprendre les difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur chronique.

Ce thème ne présentait qu'une partie de notre enquête.

Nous ne pouvions, alors, être aussi exhaustifs que d'autres études qui se sont concentrées uniquement sur ce sujet.

### **b) L'échantillon choisi**

#### **b.1) Le recrutement de l'échantillon**

Les médecins interrogés n'ont pas été choisis au hasard par l'enquêteur. Celui-ci connaissait ces médecins, plus ou moins personnellement, et savait que ces personnes étaient ouvertes d'esprit et participeraient volontiers à cette étude.

Cette proximité entre l'enquêteur et l'interviewé permettait une relation de confiance et était propice à des échanges naturels et intéressants.

Cependant, interroger un médecin non connu de l'enquêteur, plus éloigné du milieu universitaire, aurait peut-être permis d'apporter des éléments de réponses différents et soulever d'autres problèmes.

6 médecins étaient des maîtres de stage, encadrant des internes ou externes, dont 4 avaient accueilli l'enquêteur au cours d'un semestre d'internat.

Par leur volonté de transmettre des connaissances et par les échanges avec leurs étudiants, ils pouvaient être mieux renseignés sur ces SDC, contrairement à d'autres médecins, et être davantage à jour des dernières recommandations.

L'enquêteur a sélectionné cet échantillon dans l'objectif d'avoir un panel de médecins avec des caractéristiques différentes.

Mais seulement deux médecins exerçaient dans l'Eure. Bien que la démographie médicale soit plus importante dans le département de Seine Maritime, il aurait été peut-être judicieux de mieux équilibrer notre échantillon.

D'autre part, nous ne comptons que trois femmes dans notre enquête. Deux autres femmes ont été sollicitées pour participer à notre étude mais pour un problème de compatibilité d'emploi du temps, les interviews n'ont pu être réalisées.

#### b.2) La taille de l'échantillon

Notre enquête s'est arrêtée après avoir interrogé treize médecins généralistes. Nous arrivions à une répétition des réponses et on ne constatait plus de nouvelles idées. Mais il paraît légitime de se demander si nous sommes certains d'être arrivés à saturation des données.

D'autres points de vue auraient pu émerger si nous avions interrogé plus de médecins mais sans certitude.

#### c) Les biais liés à l'enquêteur lors de l'entretien semi dirigé

L'enquêteur a essayé de faire preuve de plus de neutralité possible dans la manière dont il formulait les questions au médecin. Il ne voulait en aucun cas influencer leurs réponses.

Il pouvait également se permettre de relancer les médecins si les réponses étaient trop scolaires ou courtes afin de donner de la matière à celles-ci. Son attitude, ses allusions ont pu peut être, parfois, inciter le médecin à forcer ses réponses, à rajouter des commentaires qu'ils n'auraient pas exprimé initialement.

Au bout de trois entretiens, l'enquêteur s'est aperçu que les médecins avaient sensiblement la même réponse à deux questions posées sur deux thématiques différentes, à savoir les rôles des structures de prise en charge de la douleur chronique et ce qu'attendaient les médecins de ses structures.

Il s'est donc permis de reformuler différemment ces questions, avec plus d'explications, afin de faire ressortir des idées différentes.

#### d) L'analyse des données

Les interviews réalisées ont été transcrites après l'écoute minutieuse, au calme, de l'enregistrement. L'enquêteur s'est évertué à rester fidèle aux propos des médecins, en associant notamment les verbatim. L'analyse des données s'est réalisée par l'intermédiaire d'un logiciel d'étude qualitative qui permettait d'encoder les propos des médecins. L'enquêteur devait, malgré tout, réaliser un long travail de classification en différentes strates concernant les thèmes et idées qui ressortaient de ces interviews. Il a pu mal interpréter certains propos des médecins ou oublier de les classer.

Un deuxième travail d'analyse des données, réalisé dans certaines thèses, peut alors s'assurer de la bonne interprétation des données. Cela n'a pas été réalisé ici.

## **II. DISCUSSION DES RESULTATS**

### **1) La prise en charge de la douleur chronique au cabinet du médecin généraliste**

#### a) La prise en charge médicamenteuse

Le médecin généraliste est amené à prendre en charge la douleur chronique de ses patients au cabinet.

C'est un motif de consultation pour lequel le médecin peut rencontrer des difficultés diverses, dû à la complexité et au retentissement de la douleur chronique.

La première difficulté rapportée dans notre enquête concernait la prise en charge médicamenteuse.

Les médecins ne se considéraient pas particulièrement en difficulté pour la prescription des médicaments antalgiques, autant les opioïdes forts que ceux visant les douleurs neuropathiques (antidépresseurs, anti épileptiques).

La difficulté venait plutôt des interactions et des effets indésirables de ces traitements.

Les médecins généralistes sont souvent craintifs à l'idée de prescrire des antalgiques opioïdes forts sachant le nombre d'effets indésirables que cela peut engendrer chez le patient (65,66).

Les problèmes de tolérance des médicaments prescrits pour la prise en charge des douleurs neuropathiques sont également compliqués à gérer par le médecin prescripteur (67,68).

Un sentiment d'échec, face à l'inefficacité des médicaments prescrits, était présent chez les médecins interrogés.

Ce ressenti, commun à chaque médecin confronté à ce genre de situation, est difficile à vivre surtout pour celui dont le rôle est de soulager son patient (69).

Une autre difficulté commune à de nombreux médecins était la gestion des médicaments. La question de l'arrêt ou la poursuite de certains traitements, devant une inefficacité ou une routine de prescription, pouvait s'avérer délicate. Il y avait une remise en question du traitement et de la capacité à prendre en charge correctement la douleur chronique du patient.

b) La composante psychologique complique la prise en charge

La composante psychologique est souvent intriquée dans la douleur chronique (70). Le médecin généraliste, par son empathie et son écoute, réalise déjà un premier travail de psychologie. Mais, quelques fois, cela dépasse ses compétences.

Les médecins interrogés prenaient en considération la dimension psychologique des patients douloureux mais reconnaissaient avoir des difficultés à la prendre en charge efficacement.

Différentes enquêtes qualitatives sur la prise en charge de la douleur chronique par les médecins généralistes mettaient également en évidence cet aspect (71,72).

Un souhait de formation dans ce domaine était souligné dans le travail réalisé chez les médecins généralistes du Nord Pas de Calais (71) ainsi que dans celui réalisé à Châteauroux en 2005 sur les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la structure pluridisciplinaire de la douleur (73).

La question n'a pas été posée explicitement dans notre enquête.

c) Les outils pour aiguiller le médecin généraliste sont peu utilisés

Les médecins de notre enquête percevaient et définissaient difficilement la douleur de leurs patients ; chaque individu ayant sa propre expérience de la douleur.

Selon les recommandations HAS (31), le médecin généraliste peut s'aider d'outils, de questionnaires pour évaluer la douleur et ses retentissements.

Cependant dans les réponses des médecins interrogés, très peu de médecins évoquaient les échelles d'évaluation de la douleur. Deux médecins mentionnaient l'échelle EVA pour l'intensité de la douleur et un médecin l'échelle DN4 concernant les douleurs neuropathiques.

Bien que la connaissance et l'utilisation de ces outils ne leur fût pas demandées explicitement, on s'apercevait que les médecins n'abordaient pas ce sujet.

Le manque d'information et de formation à leur pratique pourrait l'expliquer. Cela a été mis en évidence lors de l'évaluation du plan triennal de lutte contre la douleur en 2001 (74).

Par la suite, deux études en 2002 faisaient ressortir que ces échelles et questionnaires n'étaient pas utilisés dans la pratique quotidienne du médecin généraliste (28,33).

#### d) La relation patient – médecin, un socle essentiel mais fragile

La chronicité de la douleur va amener le médecin généraliste à suivre régulièrement son patient pour écouter ses plaintes, réévaluer un traitement, essayer d'orienter son patient vers des prises en charges complémentaires. Il y a donc un vrai travail de fond à réaliser par le médecin.

Ce travail peut être considéré comme de l'éducation thérapeutique, le médecin devant essayer d'obtenir du patient l'adhésion et l'acceptation du traitement et de la chronicité de la douleur pour une prise en charge efficace.

Cette démarche d'acceptation de la douleur est essentielle pour le patient. Elle permettrait une diminution de l'anxiété, de phénomènes dépressifs, d'handicaps physiques et psychosociaux (75).

Un rôle actif du patient participerait à un meilleur contrôle de la douleur et donc du retentissement sur la vie quotidienne (76).

Pourtant, les médecins interrogés révélaient des difficultés à faire accepter la douleur chronique à leur patient, à faire face à des oppositions du patient à prendre certains traitements. Ils exprimaient un sentiment d'impuissance, d'être démunis.

Le patient douloureux chronique met en échec le médecin et le renvoie à de la frustration et de l'incertitude. Il n'est pas chose aisée pour le médecin de manifester toujours de la compréhension et de l'empathie lorsqu'il est confronté à l'incapacité d'améliorer la situation (77).

Une étude en 1998 mettait en évidence que les médecins manifestent une réponse émotionnelle négative (frustration, colère, rejet) lorsqu'ils sont confrontés à un problème difficile à diagnostiquer et traiter (78).

Ces sentiments « de ras le bol » étaient également évoqués dans d'autres enquêtes sur les médecins généralistes (79). La confiance du patient dans la relation avec son médecin pouvait alors être altérée.

#### e) Les rachialgies chroniques : une prise en charge fréquente et complexe pour le médecin généraliste

Les médecins généralistes sont amenés à prendre en charge au cabinet de plus en plus de patients souffrant de lombalgies chroniques compte tenu de l'augmentation de leur prévalence (la prévalence annuelle de la lombalgie, aiguë ou chronique, est supérieure à 50% en France) (80).

Celles-ci sont devenues un facteur d'enjeu de santé publique étant donnée leur retentissement et coût pour la société (81).

Dans notre enquête, les médecins s'avouaient en difficulté face à cette symptomatologie pour lesquels des antalgiques simples sont souvent inefficaces. Ils soulignaient un profil de patient souvent peu compliant dont la prise en charge globale prescrite (kinésithérapie, ergothérapie) était, la plupart du temps, peu ou mal effectuée.

Ils étaient alors amenés à adresser leur patient vers des structures spécialisées. Selon l'enquête transversale de la HAS en 2008, les lombalgies représentaient le premier type de douleur décrit au cours de la première consultation (20 % des patients) (38).

Les douleurs rachidiennes représentaient 42% des demandes de consultation par le médecin généraliste dans les structures de prise en charge de la douleur chronique de Basse Normandie en 2015 (39).

#### f) Le médecin généraliste : un acteur essentiel de la prise en charge avec ses limites

La prise en charge de la douleur chronique ne nécessite pas d'utiliser, la plupart du temps, des outils thérapeutiques très performants contrairement à d'autres prises en charge (cardiologiques, pneumologiques, chirurgicales...).

Le médecin généraliste possède une palette de solutions, médicamenteuses ou autres, à proposer à son patient avant d'adresser à un spécialiste comme le soulignaient certains médecins interrogés. Cependant, notre enquête met en relief que les médecins trouvaient des limites à leur possibilité d'agir sur la douleur chronique.

La première concerne les thérapeutiques, qui sont uniquement utilisées dans les structures spécialisées de la douleur. On peut citer, entre autres, la neurostimulation électrique transcutanée (TENS), les patches de capsaïcine ou les perfusions de bisphosphonates.

Suite au retour de leurs patients, les médecins voyaient un intérêt non négligeable à adresser leur patients dans ces structures afin qu'ils bénéficient de ces thérapeutiques. Celles-ci ne peuvent être prescrites par le médecin généraliste, notamment le TENS dont la prescription est réservée aux médecins exerçant dans une structure de traitement de la douleur ou aux médecins ayant validé un Diplôme Universitaire de prise en charge de la douleur ou une Capacité d'évaluation et de traitement de la douleur (82). Il y a donc une limite de prise en charge.

Les médecins évoquaient des limites de temps de consultations compte tenu de l'importance de réaliser une analyse globale de la douleur, en réévaluant régulièrement les traitements surtout chez des patients demandeurs.

Ce constat était également établi dans d'autres enquêtes réalisées sur les médecins généralistes (64, 68, 71).

Cela risque de ne pas aller vers une amélioration. En effet, selon le dernier rapport du Conseil national de l'ordre des médecins, le nombre de médecins généralistes est en recul de 0.4% (83), pouvant impacter sur un nombre de demandes de consultations par généraliste toujours en augmentation et une réduction possible du temps de consultation consacré par patient.

Les médecins interrogés reconnaissaient des possibles manques de connaissances pour une prise en charge efficace du patient.

Bien qu'améliorée à de nombreuses reprises durant les différents plans gouvernementaux concernant la prise en charge de la douleur chronique en France, la formation sur la prise en charge de la douleur au cours du cursus universitaire reste perfectible et les attentes sont nombreuses (84).

Les médecins ont la possibilité de réaliser des formations continues, de se former davantage par l'intermédiaire de DU ou de capacité mais cela représente un coût et demande une disponibilité du médecin pour y participer.

## **2) La perception des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique par le médecin généraliste**

### **a) Un interlocuteur connu des médecins généralistes**

Les médecins généralistes interrogés connaissaient la structure de prise en charge de la douleur qui se trouvait la plus proche de leur lieu d'exercice. Des correspondances, plus ou moins étroites, existaient déjà entre eux.

L'enquête réalisée au centre hospitalier de Châteauroux en 2008 par la Consultation Pluridisciplinaire de la Douleur (CPD) établissait également ce constat (85).

Mais ce n'est pas toujours le cas et il peut exister des différences selon les pratiques et les régions. Une étude qualitative en 2012 menée sur des médecins généralistes en Ile de France mettait en évidence une méconnaissance de la localisation des SDC par les médecins généralistes (64). Une des raisons évoquées était les demandes de consultation faites directement par le patient sans passer par le généraliste ; l'accès au spécialiste pouvant être plus facile dans cette région.

b) L'amélioration de la formation des internes de médecine générale permet une meilleure connaissance de ces structures

Au vu de notre enquête, les médecins interrogés, débutant leur exercice professionnel ou exerçant depuis moins de dix ans, affichaient de meilleures connaissances et avaient une meilleure vision du rôle des SDC.

Ils avaient pu réaliser, au cours de leur formation d'interne, un stage dans une de ces structures ou avaient pu collaborer avec des médecins algologues pour la prise en charge de patients hospitalisés.

L'internat de médecine générale, se déroulant actuellement sur trois années, permet de réaliser des stages en médecine ambulatoire et hospitalière, lieu où l'interne est amené à travailler avec différents acteurs de santé. Cette formation n'a pourtant pas toujours été aussi complète.

La loi n° 82-1083 du 23 décembre 1982 reforma le 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales en distinguant le cycle de médecine générale et le cycle de médecine spécialisée (DES) (86).

On accédait au diplôme d'études spécialisées (DES) par l'intermédiaire d'un concours. L'internat était alors réservé aux futurs spécialistes.

Les étudiants, s'étant orientés vers la médecine générale, ne devaient réaliser, après leur externat, qu'une seule année de formation dans un service agréé et valider trois examens cliniques.

La loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 transforma l'internat de médecine générale en résidanat, ouvert à tout étudiant ayant validé le deuxième cycle (86).

A partir de cette date, la durée du résidanat augmenta progressivement. Elle fut fixée à six semestres validés à partir de 2001.

Enfin, la loi du 17 Janvier 2002 changea cette dénomination de résidanat en internat et éleva la médecine générale au rang de spécialité médicale.

La formation des internes en médecine générale a donc été valorisée, avec une durée plus importante, permettant d'accéder à différents services hospitaliers et ambulatoires.

c) Une vision plus éclairée des jeunes médecins vis-à-vis des structures de prise en charge de la douleur

Dans notre enquête, les médecins les plus jeunes paraissaient mieux informés sur ces structures. Même s'ils avouaient avoir quelques lacunes concernant la manière dont elles étaient organisées, ils étaient globalement au clair sur les personnels y travaillant, leur mode de fonctionnement et les pratiques réalisées.

Par contre, les médecins, installés depuis de nombreuses années, confessaient un manque de clarté, d'aisance à travailler avec ces structures.

Au début de leur exercice professionnel, il y a une trentaine d'années, les structures de prise en charge de la douleur étaient peu nombreuses et connues ; elles commençaient seulement à émerger.

Le véritable tournant est intervenu à partir de 1998, suite au premier plan de lutte contre la douleur (8), qui a redéfini le rôle de ces structures et a permis d'augmenter leur nombre.

Celles-ci ne faisant pas parti du panel de soins à proposer au patient, les médecins généralistes ont dû s'adapter à prendre en charge seuls leurs patients douloureux et se sont faits leur propre expérience. Par leur formation continue, ils ont appris progressivement à travailler avec elles. Mais cela paraît logique qu'ils soient moins au fait des dernières thérapeutiques utilisées dans ces structures et aient moins le réflexe d'y adresser leur patient.

### **3) Le recours aux SDC par le médecin généraliste**

#### a) Le médecin généraliste essaye de gérer au maximum les douleurs de son patient

Les médecins interrogés adressaient finalement peu en moyenne leurs patients vers les SDC. Ils privilégiaient une prise en charge au cabinet le plus longtemps possible. Tout d'abord car ils se sentaient globalement à l'aise avec l'utilisation des thérapeutiques antalgiques.

Et bien que certains voyaient une efficacité à adresser précocement leur patient afin qu'ils bénéficient de thérapeutiques adaptées à leur pathologie douloureuse, les médecins ne considéraient pas ces structures comme une solution à proposer à leur patients dans l'immédiat. Les travaux de la HAS en 2008 (38) confirmaient cette tendance des médecins généralistes à adresser assez tardivement leurs patients vers ces structures.

#### b) Les SDC : une aide principalement thérapeutique

Les médecins déclaraient avoir recours aux SDC, pour avant tout, un avis thérapeutique. Cette orientation de pratique était également visible dans les résultats de la HAS où 38% des patients se retrouvaient dans ces structures pour un avis thérapeutique (38).

L'enquête en 2015 en Basse Normandie marquait encore d'avantage cette différence où 82,6% des patients étaient orientés auprès du médecin de la structure spécialisée pour un avis thérapeutique (39).

Notre étude relate que les médecins ne considéreraient pas les SDC comme une aide diagnostique. Selon eux, le diagnostic était fait soit par eux soit par un médecin spécialiste vu précédemment.

Or, si on se réfère aux recommandations de la HAS en 2008 (31), l'avis diagnostique complémentaire fait partie des critères d'orientation. Il peut notamment concerner une douleur intense et durable en décalage avec la lésion présumée ou une pathologie ayant un retentissement multifactoriel.

Il y a également une discordance entre notre étude et les résultats de la HAS de 2008 où 30 % des patients étaient orientés autant pour avis diagnostique que thérapeutique (38).

c) La prise en charge psychologique conditionne souvent le recours vers les SDC

La prise en charge psychologique fait partie de l'offre de soins de ces structures grâce à une prise en charge multidisciplinaire. La plupart des médecins interrogés confiaient alors que cela participait à la démarche d'adresser leurs patients pour ceux qui devaient, selon eux, en bénéficier. C'était pour eux une aide très utile.

D'après les résultats de la HAS dans l'enquête qualitative de 2008 concernant les patients adressés, les médecins des SDC considéraient nécessaire une prise en charge à la fois physique et psychologique pour 32 % des patients et complète (physique, psychologique et socio familiale) pour 14 % d'entre eux (38).

Ainsi, 46%, soit quasiment la moitié des patients, étaient appelés à avoir une prise en charge psychologique.

40% des patients adressés par les médecins avaient un antécédent psychiatrique dans l'étude de 2015 en Basse Normandie et 33,8% des patients ont finalement été concernés par une consultation avec une psychologue (39).

d) Le médecin généraliste considère les SDC comme un soutien

Notre enquête mettait en lumière que les SDC représentaient pour les médecins interrogés un véritable soutien, une aide précieuse dans la prise en charge de leurs patients douloureux.

Même s'ils ne travaillaient pas systématiquement avec eux et qu'ils ne faisaient pas partie de leurs correspondants réguliers, on s'aperçoit que les médecins s'adressaient à eux pour avoir un appui pour débloquer des situations.

Ces résultats trouvaient écho avec l'étude réalisée en 2012 sur les médecins généralistes en Ile de France où les médecins attendaient une aide globale de ces structures, qu'elles gèrent des situations compliquées voire désespérées (64).

e) Le délai d'attente : un frein

Devant des délais d'attente qui deviennent de plus en plus longs, les médecins généralistes s'accordaient à dire que cela ne les incitait pas à adresser leurs patients douloureux vers ces structures. Leurs courriers qu'ils réalisaient pour expliquer les problèmes de leurs patients et les traitements déjà essayés n'étaient parfois plus d'actualité, selon certains, vu le temps d'attente.

Des chiffres viennent confirmer ce problème.

En 2013, le délai d'attente était en moyenne de 13 semaines selon le ministère de la santé (49). Dans une étude en 2015 en Basse Normandie, le délai de prise en charge était similaire avec une moyenne de 13 semaines et 6 jours (39).

f) Un suivi efficace du patient dans les SDC

La plupart des médecins généralistes interrogés trouvaient que leurs patients, suite à la première évaluation dans les structures de la prise en charge de la douleur chronique, bénéficiaient d'un bon suivi, qu'une réévaluation dans la structure était proposée si nécessaire.

En 2015, dans l'enquête en Basse Normandie, un suivi par la structure douleur était proposé au patient dans 95.7% des cas (39).

Les résultats de la HAS en 2008 étaient moins révélateurs avec seulement 58% des professionnels de santé de ces structures qui considéraient le besoin de revoir plusieurs fois le patient (38).

Ces derniers chiffres peuvent alors expliquer pourquoi deux médecins dans notre enquête déploraient un manque de suivi concret du patient. On peut aussi laisser supposer que la douleur chronique n'est jamais une courbe linéaire et qu'après une période d'amélioration, les douleurs peuvent revenir au bout de plusieurs mois ou années, le patient n'étant alors plus suivi par la structure.

#### **4) Les échanges d'informations entre le médecin généraliste et les SDC**

a) Des disparités de communication selon les caractéristiques des médecins

Plusieurs médecins interrogés louaient une bonne communication avec leurs collègues algologues des SDC. Au vu du profil des médecins, se sont majoritairement les jeunes médecins qui

mettaient en évidence cette entente. La relation entre ces acteurs de santé avait été renforcée notamment lors de la réalisation de stages hospitaliers au sein de ces structures.

Les médecins, plus âgés, avaient des avis plus mesurés sur le lien qui existait entre eux et ces structures. Ils le qualifiaient parfois de lointain voire inexistant.

Ces médecins travaillaient souvent seuls dans leur cabinet. Ils déclaraient, la plupart, participer très peu aux formations continues et encore moins celles concernant la douleur.

Travailler en groupe que ce soit dans un cabinet ou en maison pluridisciplinaire peut, en effet, permettre aux médecins d'échanger entre eux, de se donner des conseils pour le recours des patients vers les SDC. Un exemple vient, malgré tout, nuancer cette idée car deux médecins travaillant au sein du même cabinet médical avaient une communication différente avec ces structures : un en était très satisfait (il est vrai aidé par le fait qu'il connaissait personnellement un médecin travaillant dans un CETD) et l'autre soulignait son insatisfaction.

On pourrait alors davantage évoquer le vécu personnel du médecin pour expliquer les raisons de bonne ou mauvaise communication entre les médecins généraliste et les SDC.

#### b) Un compte rendu d'évaluation satisfaisant pour le médecin généraliste avec des thérapeutiques modulables

Pour chaque patient adressé, les médecins généralistes recevaient un compte rendu de l'évaluation initiale où était expliqué ce qui avait été fait.

L'enquête SEFTD 2005 a montré que la quasi-totalité des structures adressait toujours ou souvent un courrier au médecin traitant ou au médecin qui avait adressé le patient (87).

Si l'on se réfère aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS, le médecin traitant devrait recevoir à chaque fois le compte rendu de l'évaluation initiale, même s'il n'est pas le médecin demandeur, en accord avec le patient (31)

L'enquête qualitative de la HAS en 2008 relevait que les médecins de ces structures attachaient une importance particulière aux courriers adressés aux professionnels concernés par la prise en charge des patients (38).

Beaucoup de médecins interrogés dans notre enquête soulignaient la qualité de ces comptes rendus et surtout la possibilité d'adapter le traitement en suivant un schéma thérapeutique.

## **5) Les médecins généralistes attendent davantage des SDC en étant conscients des difficultés actuelles**

### **a) Des créneaux « dits » d'urgence**

Les médecins généralistes aimeraient pouvoir adresser plus facilement et rapidement leurs patients vers ces structures lorsque ces derniers ont des douleurs importantes, résistantes au traitement médicamenteux essayés.

A les écouter beaucoup souhaiteraient des consultations d'urgence même s'ils reconnaissent la surcharge de travail actuelle dans les services hospitaliers.

Des mesures sont pourtant déjà mises en place. L'enquête qualitative de la HAS en 2008 rapportait deux modalités de fonctionnement pour la prise en charge des situations d'urgence : un rendez-vous était ajouté sur le planning par le médecin algologue ou la structure prévoyait déjà des plages horaires pour recevoir les urgences (38).

Ces situations pouvaient concerner entre autres: des douleurs cancéreuses, un syndrome douloureux chronique régional récent, une algie vasculaire de face ou névralgie du trijumeau, des intolérances médicamenteuses importantes, des situations d'iatrogénie, une aggravation de la pathologie douloureuse sous-jacente ou de l'état psychologique (38).

Concernant l'enquête SFETD 2005, 88 % des consultations, 95 % des unités et 100 % des centres affirmaient pouvoir recevoir des urgences (87).

Cependant, l'étude qualitative en Basse Normandie en 2015 vient appuyer les résultats de notre enquête. Elle relevait un délai d'attente de rendez-vous assez conséquent malgré des demandes de prises en charge « rapides » ou « urgentes » des médecins généralistes.

Le délai de prise en charge « Rapide » était de 4 semaines et 1 jour en moyenne et celui « Urgent » était de 11 semaines et 4 jours (39).

### **b) Une meilleure disponibilité téléphonique**

Les médecins attendaient de ces structures qu'elles puissent répondre à leurs interrogations, à promulguer des conseils dans des situations compliquées. Ils évoquaient alors le souhait d'une ligne téléphonique directe.

Dans les enquêtes qualitatives de la HAS en 2008 et SFETD 2005, toutes les structures sélectionnées avaient mis en place une permanence téléphonique. Mais dans cette dernière enquête, la permanence téléphonique afin d'assurer le conseil des professionnels était présente que dans 50% des structures (87). Des services hospitaliers proposent aux médecins libéraux de joindre directement des spécialistes pour des conseils téléphoniques.

Au CHU de Rouen, il existe une ligne dédiée pour des avis d'infectiologies et de « santé voyage ». Des efforts dans ce sens seraient intéressants à poursuivre.

### c) Une meilleure ouverture des SDC vers l'extérieur

Même si cela ne nuisait pas à la qualité de leurs échanges ou à l'envoi de leurs patients, les médecins généralistes interrogés soulignaient qu'ils avaient assez peu d'informations sur les structures avec qui ils correspondaient.

Les comptes rendus ou le retour des patients guidaient principalement les médecins sur les thérapeutiques que pouvaient proposer les SDC ou sur le personnel qui y travaillaient (psychologue, hypno thérapeute...). Mais pour beaucoup, cela restait tout de même peu clair. Une volonté d'avoir davantage de formations sur la prise en charge de la douleur était également soumise de la part des médecins interrogés.

Plusieurs enquêtes concernant les attentes des médecins généralistes vis-à-vis des SDC soulignaient un désir de mieux connaître les correspondants, de recevoir plus d'informations et de formations sur la douleur chronique et les SDC (64, 73, 88).

L'étude réalisée par le centre hospitalier de Châteauroux en 2005 par la Consultation Pluridisciplinaire de la Douleur (CPD) a permis de connaître les thèmes pour lesquels les généralistes souhaitaient recevoir une formation : les techniques d'antalgie, les facteurs de chronicisation de la douleur et les aspects psychologiques. Les médecins généralistes attendaient que ces enseignements soient prodigués lors de réunions de formation médicale continue, des soirées organisées par l'industrie pharmaceutique et des journées à thèmes (73).

L'enquête qualitative de la HAS en 2008 identifiait également les moyens pour favoriser une meilleure ouverture des SDC vers l'extérieur: le support papier avec des livrets d'hospitalisations, un site Internet de l'établissement, la formation des professionnels libéraux dans le cadre de la formation médicale continue ou au travers de l'organisation de séminaires ou de réunions d'information (38).

Les médecins de notre étude évoquèrent sensiblement ces mêmes solutions.

Au vu des résultats de toutes ces enquêtes, avec plusieurs années d'écart, il demeure des progrès à réaliser.

### III. QUEL FUTUR POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE ?

#### 1) Facteurs d'optimisme

##### a) Une formation de la douleur améliorée durant les études médicales

Le livre blanc douleur 2017 résume les changements qui ont été opérés ou vont être mis en place concernant la formation de la prise en charge de la douleur pour les étudiants en médecine (89).

L'enseignement de la douleur durant le 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales s'est vu renforcé avec la mise en place, en 2015 lors de la réforme de l'Examen Classant National, d'un module 5.1 complétant des items en lien avec la douleur et les soins palliatifs et introduisant la prise en charge de la douleur des patients atteints de pathologies mentales.

Un enseignement transversal obligatoire de 4 heures est prévu d'être dispensé à l'ensemble de tous les DES de médecine et chirurgie. Il sera sous forme d'enseignement virtuel, accessible sur une plateforme numérique, validé par un Comité Pédagogique National et Régional.

Depuis avril 2017, la FST (Formation Spécialisée Transversale) de médecine de la douleur a été créée. Elle est ouverte à tous les DES médicaux et chirurgicaux et bien qu'elle ne soit pas validant, elle permet d'acquérir une compétence supplémentaire dans son DES d'origine dont celui de médecine générale.

Elle sera opérationnelle dès 2020.

##### b) Le regroupement des médecins pourrait permettre une meilleure diffusion des connaissances sur les SDC

Au regard de notre enquête, les médecins exerçant dans un cabinet de groupe ou une maison pluridisciplinaire seraient davantage informés sur les SDC que les médecins travaillant seul. Vu la taille de notre échantillon, il faudrait évidemment d'autres études avec un plus grand nombre de médecins interrogés pour confirmer cette tendance.

Depuis quelques années, la plupart des médecins cherchent à se regrouper au sein d'un même cabinet pour plusieurs raisons : la division des frais, un souhait de ne pas être isolé, et le partage des expériences professionnelles.

Ce souhait de travailler en équipe pourrait faciliter la transmission d'informations entre collègues et permettre d'améliorer les connaissances sur les SDC.

c) Les réseaux douleur, un enjeu important pour l'amélioration du parcours de soins du patient douloureux chronique

Certains réseaux comme Lutter Contre la Douleur Chronique (LCD), de la région Ile de France, permettent aux médecins généralistes de participer de manière active au parcours de soins du patient douloureux chronique et d'améliorer leur champ de compétence dans le domaine de la douleur. (60)

A l'heure où la prise en charge hospitalière devient, malheureusement, de plus en plus compliquée, ce type de réseau apporte une alternative intéressante dans le parcours de soins du patient douloureux chronique.

Compte tenu des solutions que ces réseaux peuvent apporter à l'échelle territoriale et régionale, d'autres sont en train d'émerger ou de s'agrandir. Pour exemple, en Normandie, le réseau douleur, implanté initialement en ex Basse Normandie, va s'étendre sur les 5 départements Normands avec pour mission de renforcer les missions déjà mises en place et déployer la culture « douleur ».

## **2) Facteurs négatifs**

a) Le quatrième plan douleur annulé

Un quatrième plan douleur devait être mis en place en 2013. Il a malheureusement été annulé. Il avait son travail entre autre sur l'amélioration de l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients en sensibilisant les acteurs de premier recours dont notamment les médecins généralistes. Beaucoup de médecins généralistes interrogés dans notre étude rapportaient des difficultés à prendre en charge efficacement la douleur chronique de leur patient.

Ce plan aurait pu être d'une aide non négligeable pour les médecins généralistes.

b) La pérennisation des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique sont menacées

Les médecins généralistes interrogés se plaignaient des délais d'attente pour avoir un rendez-vous dans ces structures. Hors, malheureusement, l'accès aux soins pourrait de plus en plus se fragiliser. En 2015, le livre blanc de la douleur, suite à une enquête réalisée auprès des SDC, rapportaient que 70 % des structures répondantes envisageaient des difficultés de fonctionnement d'ici 2 à 5 ans (49). L'inquiétude provenait premièrement des financements alloués aux SDC par l'ARS.

Certaines activités comme les consultations paramédicales, les consultations de psychologue ou encore les hôpitaux de jour sont peu ou mal valorisées. Elles représentent pourtant un poids important dans ces Centres et Consultations.

On peut également rappeler que des techniques d'antalgiques, utilisées dans certaines structures (perfusion de Ketamine, La stimulation magnétique transcrânienne répétitive...), ne possèdent pas d'AMM et ne sont donc pas valorisées.

D'autre part, beaucoup de médecins partent ou vont partir à la retraite et malgré des formations proposées (DESC, DU, DIU, capacités), on peine à former des médecins de la douleur. La prise en charge de la douleur par rapport à d'autres spécialistes n'est pas assez reconnue et ne rapporte pas.

## CONCLUSION

La prise en charge du patient douloureux chronique concerne de nombreux professionnels de santé dont le médecin traitant est un acteur de soins majeur.

Les médecins généralistes reconnaissent certaines difficultés dans cette prise en charge, expliquées en partie par une thérapeutique non dénuée d'effets secondaires et une composante multifactorielle, complexe, de la douleur souvent présente. Et bien que beaucoup de médecins, notamment les plus jeunes aidés par une formation plus complète, se considèrent bien munis pour répondre à la demande de leurs patients, chacun avoue que certaines situations aboutissent à des impasses.

Les médecins généralistes, interrogés dans cette enquête, ont souligné l'importance d'avoir un interlocuteur à qui adresser leur patient douloureux chronique lors de situations d'échec. Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique (SDC) représentent cette solution. Elles sont considérées comme un soutien, une aide par le médecin généraliste dans cette prise en charge. D'autre part, elles ont acquis, au fil des années, de plus en plus d'approches techniques, thérapeutiques, médicamenteuses ou non, pour soulager le patient douloureux avec des moyens non utilisés ou non disponibles en médecine de ville. Par leur fonctionnement en équipe pluridisciplinaire et pluri professionnelle, elle propose une prise en charge globale du patient, indispensable dans ce contexte de chronicité. Cette approche est recherchée par beaucoup de médecins généralistes qui peuvent se trouver rapidement en difficulté face à la complexité de la douleur, notamment psychologique.

Cependant, l'interaction entre les médecins généralistes et les SDC est perfectible. Certains médecins reconnaissent un manque de connaissance de ces structures, favorisé par une communication défailante. Un souhait d'ouverture est alors demandé à l'égard des SDC.

D'autre part, le médecin généraliste peut se sentir démuni et isolé face à la douleur chronique de son patient d'où le désir d'avoir des délais de rendez-vous plus rapides pour leurs patients. Mais la situation ne tend pas malheureusement pas à s'améliorer avec de plus en plus de demandes de prises en charge arrivant dans ces structures et ayant parfois des effectifs de personnels restreints. Pour éviter l'engorgement des SDC, il faudrait probablement mener la réflexion sur les objectifs de l'adressage en améliorant en amont les connaissances du médecin généraliste autant sur la prise en charge de la douleur chronique que sur l'offre médicale et paramédicale dans les SDC et enfin ou surtout sur les objectifs en terme de résultats pour éviter les fausses croyances et les déceptions. Pour cela, le médecin généraliste doit mieux appréhender les

douleurs chroniques de ses patients, impliquant alors une meilleure formation. Les médecins sont demandeurs de ces formations, réalisées autant que possible par ces structures. Cela permettrait de favoriser les échanges directs entre professionnels permettant de lever certains doutes et méconnaissances.

Il apparaît également que les réseaux thématiques douleur pourraient être des vecteurs d'amélioration des connaissances, de formations, d'informations, d'échanges concernant la prise en charge des patients douloureux chroniques. En Normandie, un réseau existe (ex réseau de Basse Normandie, ayant vu sa mission déclinée sur les 5 départements Normands depuis la réunification des deux anciennes régions) et son rôle devrait être renforcé dans les départements de l'Eure et de Seine Maritime dans un avenir proche.

Notre enquête dévoile finalement que des efforts doivent être réalisés par tous les acteurs de santé impliqués dans la prise en charge du patient douloureux chronique. Une meilleure disponibilité, participation et correspondance entre chacun permettraient d'apporter au patient une solution adaptée et efficace.

## Annexe 1

### La grille d'entretien semi-structuré

Tableau 2. Grille d'entretien semi-structuré avec le patient douloureux chronique établie par le groupe.

---

<b>Ancienneté de la douleur</b>
<b>Mode de début</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail...)</li><li>• description de la douleur initiale</li><li>• modalités de prise en charge immédiate</li><li>• événements de vie concomitants</li><li>• diagnostic initial, explications données</li><li>• retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)</li></ul>
<b>Profil évolutif du syndrome douloureux</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale</li><li>• profil évolutif : (douleur permanente, récurrente, intermittente...)</li><li>• degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)</li></ul>
<b>Traitements effectués et actuels</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels</li><li>• modes d'administration des médicaments, doses, durées</li><li>• effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon</li><li>• attitudes vis-à-vis des traitements</li></ul>
<b>Antécédents et pathologies associées</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• familiaux</li><li>• personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité</li><li>• expériences douloureuses antérieures</li></ul>
<b>Description de la douleur actuelle</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• topographie</li><li>• type de sensation (brûlure, décharge électrique...)</li><li>• intensité</li><li>• retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)</li><li>• facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur</li></ul>
<b>Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• situation familiale</li><li>• situation sociale</li><li>• statut professionnel et satisfaction au travail</li><li>• indemnités perçues, attendues ; implications financières</li><li>• procédures</li></ul>
<b>Facteurs cognitifs</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive...)</li><li>• interprétation des avis médicaux</li></ul>
<b>Facteurs comportementaux</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• attitude vis-à-vis de la maladie (passivité...)</li><li>• modalités de prise des médicaments</li><li>• observance des prescriptions</li></ul>
<b>Analyse de la demande</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• attentes du patient (faisabilité, reformulation)</li><li>• objectifs partagés entre le patient et le médecin</li></ul>

---

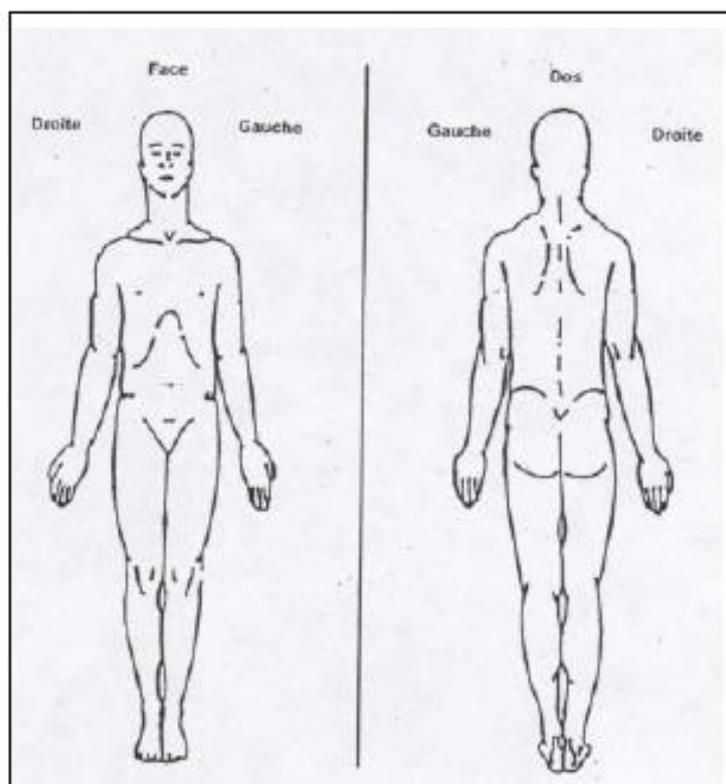
## Annexe 2

### Le schéma corporel des zones douloureuses

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.

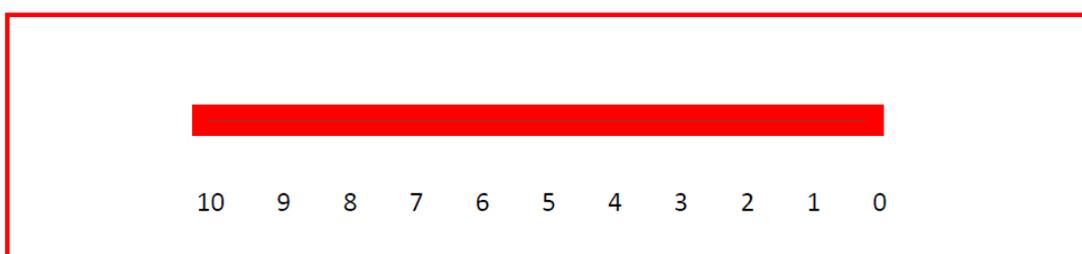


Annexe 3  
L'échelle EVA

FACE PATIENT

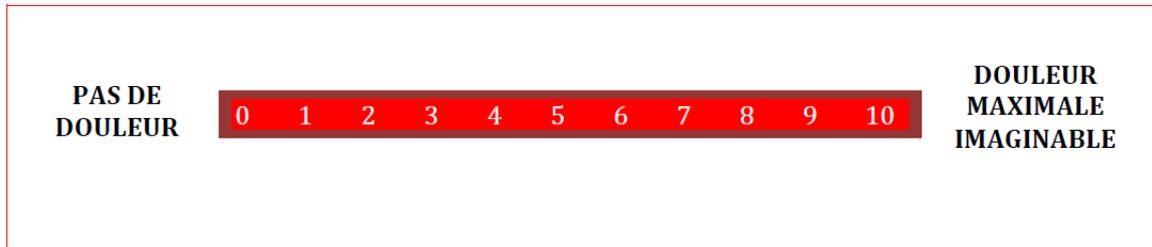


FACE SOIGNANT



Annexe 4

L'échelle numérique



Annexe 5

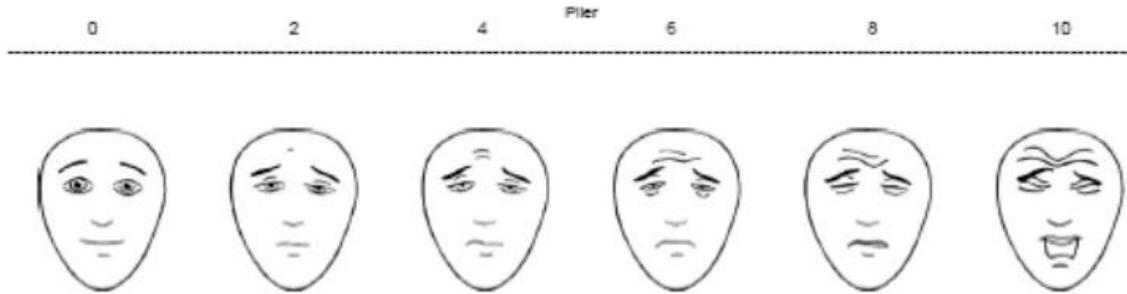
L'échelle Visuelle Analogique

reponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

<b>Douleur</b> Au moment présent	<b>0</b> absente	<b>1</b> faible	<b>2</b> modérée	<b>3</b> intense	<b>4</b> extrêmement intense
<b>Douleur habituelle</b> Depuis les 8 derniers jours	<b>0</b> absente	<b>1</b> faible	<b>2</b> modérée	<b>3</b> intense	<b>4</b> extrêmement intense
<b>Douleur la plus intense</b> Depuis les huit derniers jours	<b>0</b> absente	<b>1</b> faible	<b>2</b> modérée	<b>3</b> intense	<b>4</b> extrêmement intense

Annexe 6

L'échelle des visages



## Annexe 7

### L'échelle Algoplus

Date de l'évaluation de la douleur	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
Heure	.....h.....											
	OUI	NON										
1 • Visage												
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard												
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes												
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps												
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements												
Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	

## Annexe 8

L'échelle ECPA (échelle comportementale de la personne âgée)

# Échelle ECPA

## I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

### 1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

### 2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

### 3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

\* se référer au(x) jour(s) précédent(s) \*\* ou prostration  
N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

### 4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...

Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

\* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

## II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

### 5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

### 6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

### 7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

### 8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

## Annexe 9

### L'échelle Doloplus

Observation comportementale

Observation comportementale					
<b>RETENTISSEMENT SOMATIQUE</b>					
1• Plaintes somatiques	• pas de plainte .....	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation .....	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles .....	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues .....	3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique .....	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle .....	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace .....	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace .....	3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	• pas de protection .....	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins .....	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins .....	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation .....	3	3	3	3
4• Mimique	• mimique habituelle .....	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation .....	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation .....	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide) .....	3	3	3	3
5• Sommeil	• sommeil habituel .....	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement .....	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice) .....	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil .....	3	3	3	3
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR</b>					
6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées .....	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) .....	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels .....	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative .....	3	3	3	3
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées .....	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche) .....	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements) .....	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition .....	3	3	3	3
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL</b>					
8• Communication	• inchangée .....	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) .....	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole) .....	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication .....	3	3	3	3
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...) .....	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation .....	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités .....	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale .....	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	• comportement habituel .....	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif .....	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent .....	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation) .....	3	3	3	3
		<b>SCORE</b>			

COPYRIGHT

## Annexe 10

## L'échelle EVENDOL

Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Evaluation à l'arrivée		Evaluations suivantes Evaluations après antalgiques <sup>3</sup>			
					Au repos <sup>1</sup> Au calme (R)	A l'examen <sup>2</sup> ou la mobilisation (M)	R	R	R	R
							M	M	M	M
Expression vocale ou verbale Pleure et/ou crie et/ou dit qu'il a mal	0	1	2	3						
Mimique A le front plissé et /ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée	0	1	2	3						
Mouvements S'agite et/ou se raidit et/ou se crispe	0	1	2	3						
Positions A une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile	0	1	2	3						
Relation avec l'environnement Peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage	Normale 0	Diminuée 1	Très diminuée 2	Absente 3						
Remarques	<b>Score total /15</b>									
	Date et heure									
	Initiales évaluateur									

Annexe 11

Le questionnaire de Saint Antoine

**FORME ABREGEE : QUESTIONNAIRE DE SAINT ANTOINE**

	<b>0</b> absent non	<b>1</b> faible un peu	<b>2</b> modéré modérément	<b>3</b> fort beaucoup	<b>4</b> extrêmement fort extrêmement
<b>Élancements</b>					
<b>Pénétrante</b>					
<b>Décharges électriques</b>					
<b>Coups de poignard</b>					
<b>En étau</b>					
<b>Tiraillement</b>					
<b>Brûlure</b>					
<b>Fourmillements</b>					
<b>Lourdeur</b>					
<b>Épuisante</b>					
<b>Angoissante</b>					
<b>Obsédante</b>					
<b>Insupportable</b>					
<b>Énervante</b>					
<b>Exaspérante</b>					
<b>Déprimante</b>					

## Annexe 12

### Le questionnaire BPI

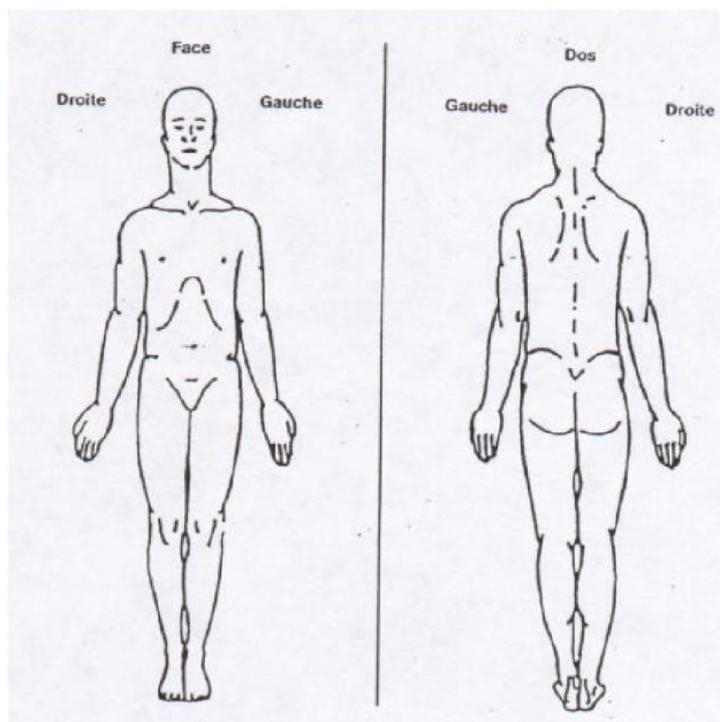
1. Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents) : au cours des huit derniers jours avez-vous senti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » ?

**oui**

**non**

Si vous avez répondu « non » à la dernière question, il n'est pas utile de répondre aux questions suivantes. Merci de votre participation.

2. Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez aussi un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



3. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **intense** que vous avez ressentie la semaine dernière.

<input type="checkbox"/>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de douleur											Douleur la + horrible
											Que vous puissiez imaginer

4. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus **faible** que vous avez ressentie la semaine dernière.

<input type="checkbox"/>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de douleur											Douleur la + horrible
											Que vous puissiez imaginer

5. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général**.

<input type="checkbox"/>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de douleur											Douleur la + horrible
											Que vous puissiez imaginer

6. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment**.

<input type="checkbox"/>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de douleur											Douleur la + horrible
											Que vous puissiez imaginer

7. Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

8. La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

<input type="checkbox"/>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucune amélioration											Amélioration complète

9. Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

A) Activité générale

<input type="checkbox"/>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ne gêne pas											Gêne complètement

B) Humeur

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

C) Capacité à marcher

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

D) Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

E) Relations avec les autres

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

F) Sommeil

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

G) Goût de vivre

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas					Gêne complètement					

## Annexe 13

### Le questionnaire qualité de vie

#### 1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- 1 Excellente     2 Très bonne     3 Bonne     4 Médiocre     5 Mauvaise

#### 2. En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :

- des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules)?

- 1 Oui, beaucoup limité     2 Oui, un peu limité     3 Non, pas du tout limité

- monter plusieurs étages par l'escalier ?

- 1 Oui, beaucoup limité     2 Oui, un peu limité     3 Non, pas du tout limité

#### 3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

- 1 Toujours     2 La plupart du temps     3 Souvent     4 Parfois     5 Jamais

- avez-vous été limité pour faire certaines choses ?

- 1 Toujours     2 La plupart du temps     3 Souvent     4 Parfois     5 Jamais

#### 4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

- 1 Toujours     2 La plupart du temps     3 Souvent     4 Parfois     5 Jamais

- avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

- 1 Toujours     2 La plupart du temps     3 Souvent     4 Parfois     5 Jamais

#### 5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont -elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- 1 Pas du tout     2 Un petit peu     3 Moyennement     4 Beaucoup     5 Enormément

#### 6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?

- 1 Toujours     2 La plupart du temps     3 Souvent     4 Parfois     5 Jamais
- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?

- 1 Toujours     2 La plupart du temps     3 Souvent     4 Parfois     5 Jamais
- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?

- 1 Toujours     2 La plupart du temps     3 Souvent     4 Parfois     5 Jamais

#### 7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- 1 Toujours     2 La plupart du temps     3 Souvent     4 Parfois     5 Jamais

## Annexe 14

### L'échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

## Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

#### 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

#### 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

#### 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

#### 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

#### 5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

#### 6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

#### 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

#### 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

#### 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

#### 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

#### 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

#### 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

#### 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

#### 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

### **Scores**

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = \_\_\_\_\_

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = \_\_\_\_\_

### **Interprétation**

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Annexe 15

L'échelle DN4

**QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?**

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?**

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :**

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :**

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

**Score du Patient : /10**

## Annexe 16

### Le questionnaire NPSI



Q1/ Votre douleur est-elle comme une brûlure ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q2/ Votre douleur est-elle comme un étai ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q3/ est-elle comme une compression ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q4/ **Au cours des dernières 24 heures**, vos douleurs spontanées ont été présentes :

En permanence/jour

Entre 8 et 12 heures/jour

Entre 4 et 7 heures/jour

Entre 1 et 3 heures/jour

Moins de 1heure/jour

Q5/ Avez-vous des crises douloureuses comme des décharges électriques ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q6/ Avez-vous des crises douloureuses comme des coups de couteau ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q7/ **Au cours des dernières 24 heures**, combien de crises douloureuses avez-vous présenté ?

Plus de 20

Entre 11 et 20

Entre 6 et 10

Entre 1 et 5

Pas de crise douloureuse

Q8/ Avez-vous des douleurs provoquées ou augmentées par le frottement sur la zone douloureuse ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q9/ Avez-vous des douleurs provoquées ou augmentées par la pression sur la zone douloureuse ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q10/ Avez-vous des douleurs provoquées ou augmentées par le contact avec un objet froid sur la zone douloureuse ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q11/ Avez-vous des picotements ?

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

Q12/ Avez-vous des fourmillements ?

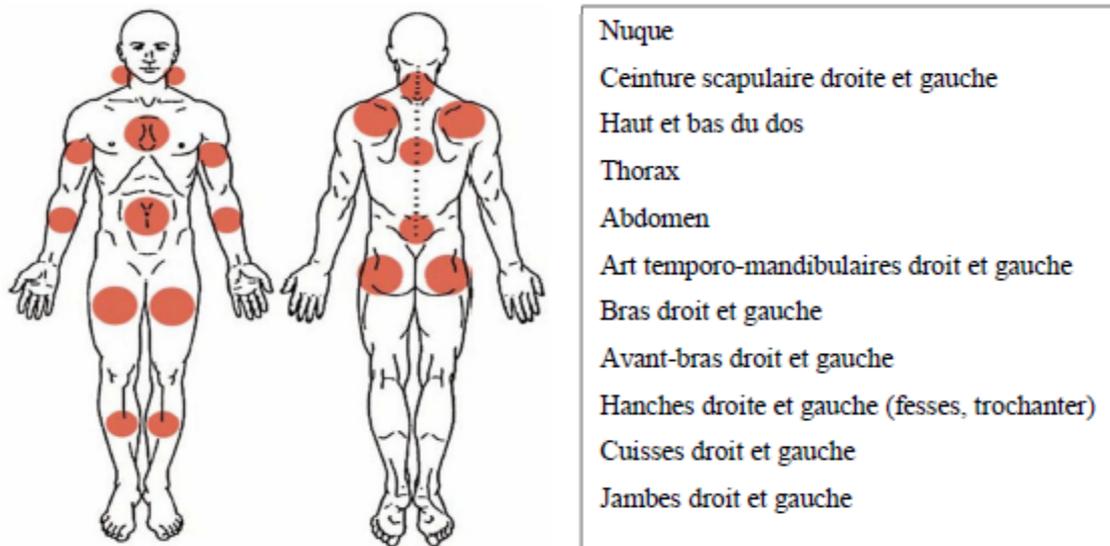
Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maxi

## Annexe 17

### Le questionnaire sur la fibromyalgie

1. **Zones douloureuses(WPI)**: il faut comptabiliser le nombre de zones douloureuses présentes durant la semaine avant la consultation. Le score est de 0 à 19.

Les zones douloureuses sont configurées dans la **figure** et énumérées dans le **tableau**.



2. **L'échelle de sévérité des symptômes(SS)** : Ces symptômes sont cotés de 0 à 3 :

Fatigue

Troubles du sommeil

Troubles cognitifs

} 0 : Pas de problème, 1 : très légers, 2 : modérés, 3 : sévères.

Symptômes somatiques : 0 = aucun symptôme, 1 = peu de symptômes, 2 = un nombre modéré de symptômes, 3 = de nombreux symptômes.

*Les symptômes somatiques à prendre en compte : douleur musculaire, syndrome du côlon irritable, fatigue, troubles de mémoire, faiblesse musculaire, mal de tête, douleur/crampes à l'abdomen, engourdissement/picotements, vertiges, insomnie, dépression, constipation, douleur dans le haut de l'abdomen, nausées, nervosité, douleur à la poitrine, vision floue, fièvre, diarrhée, bouche sèche, démangeaisons, respiration sifflante, phénomène de Raynaud, urticaire, traces cutanées, sifflements dans les oreilles, vomissements, brûlures d'estomac, ulcères buccaux, perte ou changement du goût, convulsions, yeux secs, essoufflement, perte d'appétit, éruption, sensibilité au soleil, audition difficile, ecchymoses, perte de cheveux, besoin fréquent d'uriner, miction douloureuse, et spasmes de la vessie.*

---

Selon ces nouveaux index (*WPI* de 0 à 19 et *Severity scale* de 0 à 12) (**tableau**), on arrive à un score total de 31.

Un score  $\geq 13$  a été retenu comme critère de base dans le diagnostic de la fibromyalgie.

Zones douloureuses		0-19	0-19
Echelle de sévérité	Fatigue	0-3	0-12
	Troubles du sommeil	0-3	
	Troubles cognitifs	0-3	
	Symptômes somatiques	0-3	
		Score total	0-31

## Questionnaire de mesure de l'impact de la fibromyalgie (FIQ révisé)

1-Etes-vous capable de :	Toujours	La plupart du temps	De temps en temps	Jamais
	0	1	2	3
Faire les courses				
Faire la lessive en machine				
Faire à manger				
Faire la vaisselle à la main				
Passer l'aspirateur				
Faire les lits				
Marcher plusieurs centaines de mètres				
Aller voir des amis ou de la famille				
Faire du jardinage				
Conduire une voiture				

⇒ Au cours des 7 derniers jours :

2- Combien de jours vous êtes-vous senti(e) bien ?	0	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---

↳ Si vous n'avez pas d'activité professionnelle, notez les activités bénévoles ou qui ont lieu à l'extérieur de la maison

3- Combien de journées de travail avez-vous manqué à cause de votre fibromyalgie ?	0	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---

4- Les jours où vous avez travaillé, les douleurs ou d'autres problèmes liés à votre fibromyalgie vous ont-ils gêné dans votre travail ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Aucune gêne						gêne très importante				

5- Avez-vous eu des douleurs ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Aucune douleur						douleurs très fortes				

6- Avez-vous été fatigué(e) ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Pas du tout fatigué(e)						extrêmement fatigué(e)				

7- Comment vous êtes-vous senti(e) le matin au réveil ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Tout à fait reposé(e) au réveil						extrêmement fatigué(e) au réveil				

8- Vous êtes-vous senti(e) raide ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Pas du tout raide						extrêmement raide				

9- Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou inquiet(e) ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Pas du tout tendu(e)						extrêmement tendu(e)				

10- Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Pas du tout déprimé(e)						extrêmement déprimé(e)				

## Version française du Questionnaire FIRST

	<b>Depuis au moins 3 mois</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>1</b>	<b>Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps</b>		
<b>2</b>	<b>Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente</b>		
<b>3</b>	<b>Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes</b>		
<b>4</b>	<b>Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements, ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps</b>		
<b>5</b>	<b>Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes</b>		
<b>6</b>	<b>Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti</b>		

Perrot S et Bouhassira D, *Pain* 2010;150: 250-56

Annexe 18

Le questionnaire sur l'impact des céphalées / migraines

<b>Question 1 : Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ?</b>				
<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Tout le temps
<b>Question 2 : Votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités avec les autres est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?</b>				
<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Tout le temps
<b>Question 3 : Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez vous avoir la possibilité de vous allonger ?</b>				
<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Tout le temps
<b>Question 4 : Au cours de ces 4 dernières semaines vous êtes vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête ?</b>				
<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Tout le temps
<b>Question 5 : Au cours de ces 4 dernières semaines avez-vous éprouvé un sentiment de « ral-le-bol » ou d'agacement à cause de vos maux de tête ?</b>				
<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Tout le temps
<b>Question 6 : Au cours de ces 4 dernières semaines, votre capacité à vous concentrer sur votre travail ou vos activités quotidiennes a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?</b>				
<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Très souvent	<input type="checkbox"/> Tout le temps
<b>TOTAL</b>				
6 points par réponse	8 points par réponse	10 points par réponse	11 points par réponse	13 points par réponse

Pour calculer le score total, additionnez les points obtenus pour chaque colonne. Plus le score est élevé, plus l'impact des maux de tête sur votre vie est important. Les scores sont compris entre 36 et 78.

« Le parcours de soins du patient douloureux chronique : étude qualitative concernant la perception et les attentes des médecins généralistes des départements de Seine Maritime et de l'Eure à l'égard des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique »

1) Présentation de l'échantillon :

Vous êtes :

- un homme
- une femme
- âge :
- installé depuis
- remplaçant depuis
- exerçant en Seine Maritime / Eure
- mode d'exercice : urbain / semi urbain / semi rural / rural
- seul / en groupe
- participant à des formations continues :
- participant à des formations sur la douleur :
- participant à l'enseignement (maitre de stage) :
- diplômé d'un DU douleur :
- diplômé d'un DU / DESC / Capacité autre que concernant la douleur :

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

-Quels sont les difficultés que vous éprouvez dans la prise en charge de la douleur chronique, à la fois vous concernant et concernant le patient ? **(R)** thérapeutiques à mettre en place ? Bénéfices secondaires des patients ? Incapacité à prendre en charge tous les aspects de la douleur chronique ?

-Quelles sont les limites de la médecine ambulatoire de ville dans la prise en charge des douleurs chroniques ? **(R)** Prise en charge chronophage ? Manque de moyens thérapeutiques (TENS, capsaïcine..) ? Perte d'objectivité ?

-Quels sont les critères vous faisant dire que vous êtes en situation d'échec avec vos patients ?

-Quelles sont les pathologies qui vous posent le plus de problème de prise en charge de la douleur ?

-Y a-t-il des tranches d'âge plus difficile à prendre en charge ?

CONNAISSANCE DES SDC

-Comment avez-vous eu connaissance de l'existence de centres dédiés à la prise en charge de la douleur chronique ?

-Pouvez-vous me citer le ou les centres situés le plus proche de chez vous ?

-Savez-vous comment sont structurés les centres d'études et de traitement de la douleur ? Quels intervenants y travaillent ?

-Connaissez-vous bien les différentes thérapeutiques qui y sont proposées ? Le champ de compétence et d'action des SDC vous paraît-il clair ?

-Quels sont, selon vous, les rôles des SDC ? **(R)** rôle diagnostique ? Thérapeutique ? Prise en charge globale ?

#### PATIENTS ADRESSES AUX SDC

-A quelle fréquence adressez-vous vos patients vers les SDC ? **(R)** si la fréquence est très faible voire nulle, Quelles sont les raisons qui vous incitent à prendre en charge seul vos patients douloureux chroniques ?

-Estimez-vous que vous adressez suffisamment vos patients aux SDC lorsque c'est nécessaire ?

-A quel moment de la prise en charge, adressez-vous vos patients douloureux vers un SDC?

#### RELATIONNEL AVEC LES SDC

-Comment jugez-vous votre relation avec le SDC le plus proche de votre lieu d'exercice ?

-Vous sentez-vous toujours inclus dans la prise en charge de vos patients douloureux après les avoir adressé ? Acteur ? Par rapport à d'autres confrères spécialistes ?

-Quel retour avez-vous de vos patients adressés aux SDC ?

#### ATTENTES ET BESOINS

-Qu'attendez-vous d'un SDC dans votre exercice quotidien?

**(R)** 2<sup>ème</sup> avis ? Aide ? Une ligne téléphonique ? une prise en charge totale et globale du patient ou seulement partielle ? Concertation pluridisciplinaire ?

-Quels sont les éléments qui vous inciteraient à collaborer plus régulièrement avec les SDC ?

**(R)** disponibilité ? Temps d'attente ?

- Sentez-vous le besoin d'avoir plus d'informations concernant les SDC ? Si oui par quels moyens ?

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Perrot S. La douleur : définitions et concepts. Livre blanc de la douleur 2017
- (2) HAS (Décembre 2008) Douleur chronique : Reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient-recommandations. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur\\_chronique\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf)
- (3) Serrie A, Queneau P. Livre blanc de la douleur. Paris: comité d'organisation des états généraux de la douleur; 2005.
- (4) Enquête CSA pour Sanofi sur « Les Français et la douleur » réalisée en septembre 2014 auprès de 2006 personnes âgées de 18 à 60 ans
- (5) Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. (dir.), 2011, Baromètre santé 2010, Attitudes et comportements de santé, INPES, Saint-Denis
- (6) Danet S (dir). L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011
- (7) Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain 2008 ; 136(3):380-7
- (8) Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés
- (9) SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE, Évaluation du plan triennal de lutte contre la douleur 1998-2000 : résultats principaux du 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, Vandoeuvre-lès-Nancy : SFSP, 2001.
- (10) MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SANTÉ, Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005, Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002, 33 p
- (11) Le livre blanc de la douleur. Synthèse des travaux réalisés par le comité d'organisation des Etats généraux de la douleur. Juin 2005.
- (12) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006, 36 p.
- (13) <http://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur>
- (14) AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES), Recommandation et références professionnelles. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, Paris, février 1999, 124 p.
- (15) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation et la prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: ANAES; 2000

- (16) Institute For Clinical Systems Improvement. Assessment and management of chronic pain. Bloomington: ICSI; 2008
- (17) British Pain Society, Royal College of General Practitioners. A practical guide to the provision of chronic pain services for adults in primary care. London: BPA; 2004
- (18) Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire - Rapport complet – ANAES – Février 1999
- (19) Chan CW, Goldman S, Ilstrup DM, Kunselman AR, O'Neill PI. The pain drawing and Waddell's nonorganic physical signs in chronic low-back pain. *Spine* 1993; 18: 1717-22. 37.
- (20) Takata K, Hirotsu H. Pain drawing in the evaluation of low back pain. *Int Orthop (SICOT)* 1995; 19: 361-6.
- (21) <http://www.sfetddouleur.org/sites/default/files/u33349/evaluation/notice-echelle-des-visages.pdf>
- (22) [http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/echelle/echelle-algoplus\\_.pdf](http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/echelle/echelle-algoplus_.pdf)
- (23) [http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/echelle/echelle-doloplus\\_.pdf](http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/echelle/echelle-doloplus_.pdf)
- (24) <http://www.sfetddouleur.org/sites/default/files/u3349/evaluation/enfant/notice-echelle-evendol.pdf>
- (25) Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain* 1983; 17: 197-210.
- (26) Bouhassira D et al. *Pain* 2004 ; 108 (3) : 248-57
- (27) Huas D, Bérubé P, Gerche S. Prevalence et prise en charge de la douleur chronique en médecine générale. *Douleurs*, 2001, 12 : 52-57
- (28) TAJFEL P., GERCHE S., HUAS D., La douleur en médecine générale. Point de vue du médecin de la douleur, *Douleur et analgésie*, 2002, 1, p. 71-79
- (29) MAUBERT J.P., SILVERA L., OUANHNON P. et al., Prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Île-de-France, *Rev. Prat. Med. Gen.*, 2005, 712-713 p. 1372-1376
- (30) Bocard. *Ann Fr Med Urg.* 2011
- (31) HAS (Décembre 2008) Douleur chronique : Reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient-argumentaire. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur\\_chronique\\_argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf)
- (32) Urcam Île-de-France. Prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Île-de-France. Principaux résultats de l'étude. Paris: UrcamIDF; 2003

- (33) Liard F, Chassany O, Keddad K, Jolivet-Landreau I. Enquête sur la prise en charge de la douleur et les besoins en formation en médecine générale. *Douleurs* 2002;3(2):69-73
- (34) Schmidt S. Evaluation de la douleur chronique cancéreuse et de son traitement, chez l'adulte en médecine générale. Etude menée auprès de 257 médecins généralistes en Aveyron [thèse de médecine]. Toulouse: Université Paul Sabatier Toulouse III; 2000
- (35) Pouchain D, Huas D, Gay B, Vouac B, Bouvenot G. Échelles d'évaluation de la douleur : leur utilisation en ambulatoire a-t-elle un impact sur le soulagement de la douleur chronique ? *Rev Prat Med Gen* 2002;16(585):1299-303.
- (36) Huas D, Pouchain D, Gay B, Avouac B, Bouvenot G, French College Of Teachers In General Practice. Assessing chronic pain in general practice: are guidelines relevant A cluster randomized controlled trial. *Eur J Gen Pract* 2006;12(2):52-7
- (37) Nicholas MK. When to refer to a pain clinic. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2004;18(4):613-29
- (38) HAS (Avril 2009) Douleur chronique: les aspects organisationnels le point de vue des structures spécialisées- argumentaire. [https://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire\\_douleur\\_chronique\\_aspects\\_organisationnels.pdf](https://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf)
- (39) Malbranque C. (2015). Recours aux Structures d'Etude et de Traitement de la Douleur Chronique par les Médecins Généralistes : motifs d'envoi et devenir des patients adressés. Faculté de médecine de Caen
- (40) Navez M. Historique de la prise en charge de la douleur en France. Livre blanc de la douleur 2017
- (41) MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ, La douleur chronique : Les structures spécialisées dans son traitement, Bulletin Officiel, 1991,3 bis.
- (42) Circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques
- (43) Direction générale de la santé. Circulaire du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle. *Bull off* 1998;98/9
- (44) Chaillet S, Perignon F. La prise en charge de la douleur dans les établissements de santé en France. Paris: ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville; 1995.
- (45) INSTRUCTION N°DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique
- (46) Instruction no DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relative à l'appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique en 2017, et au relevé de leur activité 2016 –Annexe 1
- (47) Barfety-Servignat V, Bera-Louville A. L'organisation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Livre blanc de la douleur 2017

- (48) Gillet D et coll. 2016 La concertation pluriprofessionnelle au service du parcours de santé du patient douloureux chronique, *Douleurs et Analgésie*, 29 : 158-162
- (49) Livre blanc des structures douleur, SFETD, 2015
- (50) Berlemont C, Le Chevalier A. L'infirmier Ressource Douleur (IRD). Livre Blanc de la douleur 2017
- (51) Piano V. Des soins de qualité, de proximité pour tous les usagers. Livret blanc de la douleur 2017
- (52) Attal N, Martinez V. Les SDC : Hôpitaux de jour. Livre blanc de la douleur 2017
- (53) HAS (Juin 2017) Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation.
- (54) Deleens R. L'éducation thérapeutique des patients. Livre blanc de la douleur 2017
- (55) Perrot S .Les délais d'attente en consultation de la douleur. Livre blanc de la douleur 2017
- (56) <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/les-structures-specialisees-douleur-chronique/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc>
- (57) British Pain Society. Recommended guidelines for pain management programmes for adults. London: BPS; 2006
- (58) Institute For Clinical Systems Improvement. Assessment and management of chronic pain. Bloomington: ICSI; 2008
- (59) Soyeux E, Delorme C, Mick G. Les réseaux douleurs. Le livre blanc de la douleur 2017
- (60) <https://www.reseau-lcd.org/le-reseau-ville-hopital-lutter-contre-la-douleur/>
- (61) [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf)
- (62) [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_SROS.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_SROS.pdf)
- (63) Letrillard L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer*. 2009 (87) : 74-79
- (64) Sabon A. (2012). Quelles sont les attentes des médecins généralistes à l'égard des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique ? Enquête qualitative auprès de 20 médecins généralistes d'Île-de-France. Faculté de médecine de Tours
- (65) Calais B. (2014) Modalités d'utilisation et facteurs influençant la prescription des antalgiques de paliers III dans les douleurs chroniques non cancéreuses en Corse en cabinet de médecine générale. Faculté de médecine de Marseille
- (66) Arnould M, Raineri F. 4ème congrès de Nice (24-26 juin 2010) Freins et obstacles des médecins généralistes à l'initiation d'un traitement antalgique de palier 3.

[http://www.sfm.org/recherches\\_publications/publications\\_dans\\_des\\_congres/4e\\_congres\\_de\\_la\\_medecine\\_generale\\_a\\_nice\\_france\\_communications\\_de\\_la\\_sfm.html](http://www.sfm.org/recherches_publications/publications_dans_des_congres/4e_congres_de_la_medecine_generale_a_nice_france_communications_de_la_sfm.html)

(67) Poucher M. (2016). Evolution des pratiques en médecine générale dans la prise en charge des douleurs neuropathiques en Lorraine. Faculté de médecine de Nancy

(68) Casel A. (2013) Vécu des médecins généralistes de la consultation pour douleur chronique. Une étude qualitative. Faculté de médecine Paris Diderot Paris 7

(69) Marchand S. Le phénomène de la douleur. Comprendre pour soigner. 2ème éd. Masson, 2009 : 378 pages.

(70) Allaz AF, Piguet V, Desmeules J, et al. Bénéfices d'une approche conjointe somaticien-psychiatre dans une consultation de la douleur. Douleur et Analgésie, 1998, 11(2) : 87-90.

(71) Bucur D. (2013). Quelles sont les difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique éprouvées par les médecins généralistes? Faculté de médecine Henri Warembourg Lille 2

(72) Bourdin B. (2014). Difficulté de prise en charge des patients douloureux chroniques par les médecins généralistes. Etude qualitative auprès de médecins du Loir et Cher et de l'Indre et Loire. Faculté de médecine de Tours

(73) CLERE F., HENRY F., PERRIOT M., HUMBERT T., MONJAUZE H., CHRISTIANN F., Qu'attendent les médecins généralistes de l'Indre de l'ouverture d'une consultation pluridisciplinaire de la douleur dans leur département ? Poster, 6e congrès de la SFETD de Nantes (2006), Douleurs, 2006, 7, hors série n°2.

(74) Lothon-Demerliac C, Laurent-Beq A, Marec P. Octobre 2001 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.

(75) McCracken LM. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. Pain 1998;74(1):21-7

(76) Kerns RD, Rosenberg R, Jamison RN, Caudill MA, Haythornthwaite J. Readiness to adopt a selfmanagement approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ). Pain 1997;72(1-2):227-34

(77) Dominique Bouckenaere. La douleur chronique et la relation médecin-malade. Cahiers de psychologie clinique 2007/1 (no 28). pages 167 – 183

(78) Selfe S.A., Van Vugt M., Stones R.W. (1998), "Chronic gynaecological pain: an exploration of medical attitudes", Pain, 77, 2, p. 215-25

(79) Binoist M., Cochin M. (2012). Difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques en médecine générale dans le bassin grenoblois. Faculté de médecine de Grenoble

(80) . Rossignol M, Rozenberg S, Leclerc A. Epidemiology of low back pain : What's new. Joint Bone Spine 2009; 76 : 608-13

- (81) Depont F et al, Medical and non medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France. *Fundam clin Pharmacol* 2010 ; 24 : 101-8
- (82) HAS (Septembre 2009). Évaluation des appareils de neurostimulation électrique transcutanée pour le traitement des douleurs rebelles.
- (83) Atlas de la démographie médicale en France. Conseil national de l'ordre des médecins. 2018. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf)
- (84) Difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les internes de Médecine Générale de Grenoble et attentes concernant leur formation initiale Stéphanie Barbour, Marine Baudin. Juillet 2013
- (85) CLERE F., HENRY F., PERRIOT M., DUFRENE C., VOISINE M.L., Les médecins généralistes de l'Indre sont-ils satisfaits de leur collaboration avec la consultation pluridisciplinaire de la douleur de leur département. Poster, 9e congrès de la SFETD, Douleurs, 2009, 10, A79
- (86) La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale. Etude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité. A propos des données du Conseil National de l'Ordre des Médecins au 1er janvier 2014
- (87) Étude pour la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Enquête sur l'activité des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle en 2005. Cemka-Eval, Duburcq A, Courouve L. Paris: CEMKA-EVAL; 2008.
- (88) SICHERE P., PERROT S., LEBRUN P., À propos des résultats d'une enquête anonyme portant sur les relations entre les rhumatologues et les centres anti-douleur, *Douleur et Analgésie*, 1998, 3.
- (89) Perrot S. La formation en médecine de la douleur lors des études médicales. Livre blanc de la douleur 2017

**Titre de la thèse :**

Le parcours de soins du patient douloureux chronique :

Étude qualitative concernant la perception et les attentes des médecins généralistes des départements de Seine Maritime et de l'Eure à l'égard des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique

**Résumé :**

**Introduction :** Le parcours de soins du patient douloureux chronique repose sur une prise en charge pluriprofessionnelle où le médecin généraliste peut être amené à s'appuyer sur une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) pour soulager la douleur de son patient. Ces structures ont su apporter une offre de soins différente de la médecine ambulatoire, avec une approche globale, pluridisciplinaire du patient et devenir un interlocuteur privilégié du médecin généraliste lors de situations complexes en lien avec la douleur chronique.

**Matériel et Méthodes :** Une étude qualitative a été réalisée à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès de treize médecins généralistes des départements de Seine Maritime et de l'Eure. L'analyse des données a été codée via un logiciel, selon un modèle inductif.

**Résultats :** Les médecins généralistes interrogés reconnaissent que face à la complexité de la douleur chronique, où la composante psychologique est souvent intriquée, les SDC représentent un soutien précieux. Ils attendent cependant de la part de ces structures davantage d'ouverture, de communication ainsi que de formations dans l'objectif de savoir mieux gérer en amont certaines situations. Cela permettrait alors de désengorger ces structures où les délais de rendez-vous sont de plus en plus longs.

**Discussion :** Le médecin généraliste a un rôle essentiel dans le parcours du patient douloureux chronique puisqu'il est le premier intervenant dans la prise en charge du patient douloureux. Ses connaissances et compétences, bien qu'améliorées depuis quelques années par différentes mesures, notamment au niveau de l'enseignement universitaire, restent perfectibles. Les réseaux douleur pourraient, en outre, être une solution pour répondre, de manière plus locale, aux attentes des médecins généralistes.

**Mots clés :** Médecine générale. Douleur chronique. Structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.