



Parcours du patient douloureux chronique : analyse des courriers d'adressage des médecins vers les CETD

Raphaël Kempler

► To cite this version:

Raphaël Kempler. Parcours du patient douloureux chronique : analyse des courriers d'adressage des médecins vers les CETD. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02501149

HAL Id: dumas-02501149

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02501149>

Submitted on 19 Jun 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 15

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Parcours du patient douloureux chronique : analyse des
courriers d'adressage des médecins vers les CETD

Présentée et soutenue publiquement
le 12 février 2019

Par

Raphaël KEMPLER

Né le 14 mars 1988 à Champigny-sur-Marne (94)

Dirigée par Mme Le Docteur Anne-Priscille Trouvin, PH

Jury :

M. Le Professeur Serge Perrot, PU-PH Président

Mme Le Professeur Nadine Attal, PA-PH

M. Le Professeur Henri Partouche, PU

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	3
ABREVIATIONS.....	7
SERMENT D'HIPPOCRATE	10
I. INTRODUCTION.....	11
1. LA DOULEUR CHRONIQUE.....	13
2. LE PARCOURS DE SANTE.....	27
II. OBJECTIF DE L'ETUDE	42
1. RATIONNEL.....	42
2. OBJECTIF PRINCIPAL	42
3. ANALYSES SECONDAIRES	42
III. MATERIEL ET METHODE.....	43
1. LIEU ET DUREE DE L'ETUDE	43
2. RESULTATS.....	48
1. ANALYSE DE L'EXHAUSTIVITE	48
2. ANALYSES SECONDAIRES	50
IV. DISCUSSION	77
V. CONCLUSION	80
VI. BIBLIOGRAPHIE	81
VI. ANNEXES	85

REMERCIEMENTS

A MA DIRECTRICE DE THESE

Mme le Docteur Anne Priscille TROUVIN

Praticien Hospitalier, Rhumatologue et Algologue

Service du CETD de l'Hôpital Ambroise Paré, Boulogne Billancourt

Je vous remercie pour votre grande disponibilité, votre confiance et votre rigueur dans la supervision de ce travail. Rien n'eut été possible sans votre aide.

A MONSIEUR LE PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Serge PERROT

Professeur des Universités, Université Paris Descartes

Chef de Service du CETD de l'Hôpital Cochin

Président de la Société Française d'étude et de traitement de la douleur

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Soyez ici assuré de ma gratitude et de ma respectueuse reconnaissance.

AUX MEMBRES DU JURY

Mme Le Professeur Nadine ATTAL

Professeur Associé

Chef de Service du CETD de l'Hôpital Ambroise Paré, Boulogne Billancourt

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury. Je tiens à vous exprimer mes sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et pour l'accueil dans votre service.

Monsieur le Professeur Henri PARTOUCHE

Professeur de Médecine Générale

Directeur des Enseignements du DES de médecine Générale, Paris Descartes

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury. Je tiens à vous exprimer mes sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et pour vos enseignements et votre écoute tout au long de mes études à Paris Descartes.

A mes parents. Merci de m'avoir donné confiance en moi, et de m'avoir inculqué les valeurs du travail et de l'effort.

A Julie. Merci d'être toujours présente.

A Jo. Merci pour ta disponibilité et pour la relecture de ce travail.

A ma famille très étendue, tous mes cousins, cousines, oncles, tantes, pièces rapportées et à la nouvelle génération.

Merci, que l'on vive en smalah ou un peu plus éloigné. Vous êtes une vraie richesse.

Merci particulièrement à mon oncle Pierre qui a su me rappeler que la relation avec les patients se basait avant toute chose sur la confiance.

Merci infini à Mamie Colette, pour tout, des petits plats aux grandes écoutes et des petits mots qui effacent les doutes.

A mes deux grands pères, dont la détermination a toujours été une inspiration.

A mes amis Alex et Nico, dont les longues discussions qui ont jalonné notre amitié ont façonné la personne que je suis. Merci à Maximilien, mon vieux partenaire.

A Marine, avec qui j'avais commencé une toute autre vie d'étudiant avant médecine.

A la Faculté de Médecine de Bobigny, qui m'a offert la possibilité d'apprendre mon métier, une fac singulière qui m'a permis de rencontrer des personnes fantaisistes. Yahia, le plus fort du monde et Camille l'authentique, et aussi tous ceux de la bande de Geek, Tristan, Julien, Kévin et Benjamin, que des singuliers.

Et merci, bien évidemment à l'association ASIEMBO et ses membres, qui m'ont ouvert les yeux sur les notions d'engagements, Vincent, Manon, Zoé, Edwige, Gary, Geraldine et Mamad.

Aux touf-toufs. Merci de m'avoir aussi facilement laissé rentrer dans votre troupe d'une précieuse solidarité.

A Barqui, tellement généreuse qu'elle m'a trouvé une femme et au (faux) calme compensateur d'Arnaud.

A Tauzi, qui garde toujours la frite et vole même parfois celles des autres. A Tutu, le confortable et conciliant.

Merci à Ubi, la très énergique et bonne vivante, à Joff et nos réunions de prévention sur les addictions.

A l'accueil des Marlochs et des Duez, même si le ski ce n'est pas mon truc. Et merci aux lointains, mais proches Thib et Léa.

Aux services qui ont marqué mon internat,

Merci au service de Médecine Interne de Bondy. A la gentillesse et aux connaissances du Pr Fain, à JB mon premier chef de clinique, rigoureux et vrai et à nos points café avec Latifa.

Merci au service des Urgences de Lariboisière du Pr Plaisance, mention spéciale à mes co-internes de combat.

Merci au service de Gériatrie de l'Hôpital Rothschild et à la simplicité du Dr Grancher.

Merci aux filles du MFPP de Masséna, qui m'ont donné encore un peu plus le goût de l'engagement.

Merci aux équipes des CETD de Cochin, Saint Antoine et Ambroise Paré de m'avoir permis de réaliser ce travail. Merci au Pr Françoise LAROCHE.

Merci au Pr Jaury, pour m'avoir encouragé à pratiquer une médecine personnelle et humaine.

Merci aux médecins qui en parallèle des études ont été une source d'apprentissage, les Dr Alexandre KASBI, Éric SIMON, Jean Claude ARMAND et maintenant le Dr Bouthanousone NAMMATHAO.

A l'ensemble de ma belle-famille,

Merci de m'avoir si facilement adopté et merci d'être aussi bienveillant.

A Gabriel, qui est le plus beau et le plus ambitieux des projets.

A Carole,

Merci d'être ma partenaire depuis 4 ans, d'être à la fois à mon écoute et de me pousser vers le meilleur à chaque fois.

Merci pour nos échanges de pratiques, merci pour tes encouragements, ta tolérance et ton soutien pour ce travail et pour tout le reste.

ABBREVIATIONS

ACR : American College of Rheumatology

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

Etude ECOGEN : Etude des Éléments de la Consultation en médecine GÉNérale

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EVS : Echelle Verbale Simple

FiRST : Fibromyalgia Rapid Screening Tool

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

IRSNa : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

OMERACT : Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials

QIF : Questionnaire Impact de la Fibromyalgie

SDC : Structure de la Douleur Chronique

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

rTMS : repetitive Transcranial Magnetic Stimulation

SFETD : Société Française d'Évaluation et des Traitements de la Douleur

WPI : Widespread Pain Index

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Présence des items dans les courriers

Tableau 2. Exhaustivité détaillée selon l'âge des patients

Tableau 3. Hypothèse diagnostique selon l'âge des patients

Tableau 4. Exhaustivité selon le sexe des patients

Tableau 5. Coordonnées patients selon le sexe des patients

Tableau 6. Sexe des patients et hypothèses diagnostiques des médecins adressant

Tableau 7. Exhaustivité selon le contexte familial

Tableau 8. Exhaustivité selon le contexte socio-professionnel

Tableau 9. Cinétique de la douleur et Exhaustivité

Tableau 10. Cinétique de la douleur selon la spécialité du médecin

Tableau 11. Localisation de la douleur

Tableau 12. Exhaustivité selon la topographie de la douleur

Tableau 13. Exhaustivité détaillée selon la topographie de la douleur

Tableau 14. Typologie de la douleur et Exhaustivité

Tableau 15. Evaluation de la douleur et Exhaustivité

Tableau 16. Retentissement de la douleur et Exhaustivité

Tableau 17. Motif de recours et Exhaustivité

Tableau 18. Exhaustivité selon les hypothèses diagnostiques

Tableau 19. Exhaustivité détaillée selon les hypothèses diagnostiques

Tableau 20. Exhaustivité selon les spécialités médicales

Tableau 21. Exhaustivité selon les spécialités médicales

Tableau 22. Exhaustivité détaillée selon les spécialités médicales

Tableau 23. Exhaustivité détaillée selon les spécificités des médecins

Tableau 24. Exhaustivité selon la lisibilité des courriers

Tableau 25. Exhaustivité et caractéristiques des patients selon les CETD

Tableau 26. Présence du bilan clinique selon les CETD

Tableau 27. Délais d'attente selon les CETD

Tableau 28. Exhaustivité détaillée selon les délais d'attente

Tableau 29. Exhaustivité selon la corrélation diagnostique

Tableau 30. Corrélation diagnostique selon les pathologies et les spécialités

Tableau 31. Exhaustivité selon la position dans l'adressage

Tableau 32. VARIATION DE L'EXHAUSTIVITE SELON LE CONTENU DES COURRIERS

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1. Distribution des courriers selon l'exhaustivité

Graphique 2. Distribution des courriers selon l'âge des patients

Graphique 3. Exhaustivité selon l'âge des patients

Graphique 4. Exhaustivité détaillée selon la topographie de la douleur

Graphique 5. Exhaustivité selon la durée de la douleur

Graphique 6. Hypothèses diagnostiques des médecins adressant

Graphique 7. Exhaustivité selon les spécialités médicales

Graphique 8. Spécialistes adressant selon les CETD

Graphique 9. Recrutement des CETD

Graphique 10. Exhaustivité selon les délais d'attente

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

La nature a mis la douleur dans l'homme pour le faire agir.
Emmanuel Kant ; Anthropologie (1798)

I. INTRODUCTION

René Descartes a défini la douleur au XVII^{ème} siècle, comme une sensation universelle que perçoit chaque être humain tout au long de sa vie. La douleur n'est ni plus ni moins qu'un système d'alarme, dont la fonction est de signaler une lésion corporelle(1).

La Haute Autorité de Santé définit en 2008 la douleur chronique comme un syndrome multidimensionnel, sensoriel et émotionnel exprimé par la personne qui en est atteinte, avec persistance ou récurrence, qui dure au-delà de 3 mois et une détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail(2).

La prévalence de la douleur chronique dans la population française est importante entre 15% et 31,7% selon les études(3)(4)(5).

La douleur chronique est un phénomène complexe biopsychosocial. Il est influencé par des facteurs familiaux, professionnels, sociaux et culturels passés et présents. Son impact économique est majeur pour le patient et pour la société.

Pourtant, la prise en charge de la douleur en France est une préoccupation médicale et politique récente. Elle est devenue une priorité de santé publique, depuis une vingtaine d'années. Trois plans nationaux de lutte contre la douleur entre 1998 et 2010 ont permis notamment le développement des Centres d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD), la prise en compte de la demande des patients et l'amélioration de la formation des professionnels de santé.

La médecine générale a une place primordiale dans la prise en charge de la douleur chronique. Dans deux tiers des cas, les patients douloureux font appel à leur généraliste.(6)

Évoquer tous ces éléments en consultation de médecine générale s'avère souvent complexe. 40 % des patients interrogés dans une étude européenne se disaient insatisfaits de leur prise en charge ambulatoire (7). Ils décrivent un découragement qui peut conduire à des ruptures de

prise en charge. Par exemple, seulement 7,3% des patients douloureux atteints d'un cancer rencontrent un spécialiste de la douleur (8).

Les généralistes avouent être parfois stressés par ces consultations qu'ils jugent souvent complexes et chronophages(9) (10). Les internes en médecine générale rencontrent les mêmes difficultés, certains travaux font mention d'a priori négatifs concernant les douleurs sans étiologies ou psychosomatiques, mettant la communication médecin-patient à l'épreuve (11) (12).

Malgré ces difficultés, les généralistes adressent peu, 7% ont recours à un algologue(13) et leurs pratiques varient fortement selon les connaissances qu'ils ont des CETD (14). En moyenne, les patients douloureux sont vus en consultations 5 ans après le début des douleurs (15).

La coordination des soins entre les médecins généralistes et les CETD semble donc un élément pertinent à optimiser.

Les informations contenues dans les courriers des médecins, sont un reflet de la coordination des soins. Elles ont l'intérêt d'être non modifiables, matérielles et juridiquement opposables.

Un courrier de bonne qualité peut être déterminant pour les soins et la sécurité du patient. Il permet un gain de temps pour les médecins, limite les redondances d'exams complémentaires, renseigne sur les contre-indications thérapeutiques, rassure les patients et permet d'assurer une bonne orientation.

Il semble qu'une bonne prise en charge de la douleur chronique passe par une meilleure coordination des soins dont le vecteur est le courrier.

1. LA DOULEUR CHRONIQUE

A. LES DEFINITIONS DE LA DOULEUR

Henri Bergson (1859-1941) la définit comme une « sentinelle rapprochée qui protège notre corps »(16).

La douleur a été décrite en 1979 par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) comme "une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent, ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage »(17).

Cette définition s'attarde sur la subjectivité de ce symptôme. En conséquence, il n'y a théoriquement pas de fausse douleur, seulement des douleurs ressenties ou non.

Au cours de l'enfance, la douleur participe à l'apprentissage de ce qui est dangereux pour notre corps ; par exemple, un enfant qui se brûle mémorise la douleur ressentie et évitera les sources de chaleur afin de prévenir de nouvelles lésions. La douleur est une alarme.

La meilleure preuve de ce côté bénéfique de la douleur est le syndrome d'insensibilité congénitale à la douleur (ICD)(18). L'absence de douleur, c'est l'absence de limites, cela peut entraîner une morbidité accrue (retard intellectuel, automutilation, blessures, brûlures...) et une espérance de vie réduite.

a. Douleur aiguë / Douleur Chronique

La différence entre douleur aiguë et douleur chronique n'est pas seulement une question de temporalité.

D'après l'ANAES, la douleur est dite chronique lorsqu'elle évolue depuis plus de 3 à 6 mois et/ou est susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien être du patient, attribuable à toute cause non maligne.(19)

Ainsi, on différencie la douleur aiguë-symptôme (alarme) et la douleur chronique-maladie.

b. Douleur induite ou procédurale

C'est la douleur provoquée par les soins des professionnels de santé (ponction, pansement, prise de sang, mobilisation du patient ...)

Selon une étude parisienne, 30 à 65 % des malades hospitalisés souffriraient d'une douleur liée à un soin pratiqué dans les dernières 24 heures(20).

Le second plan douleur 2002/2005 insiste sur son dépistage, sa prévention et sa prise en charge.

c. Les grands types de douleurs

Schématiquement, on distingue quatre cadres de douleurs, souvent intriqués entre eux (21).

La douleur par excès de nociception (mécanique ou inflammatoire)

La douleur nociceptive ou par excès de nociception est la plus commune des douleurs. Elle est due à une stimulation persistante et excessive des récepteurs périphériques de la douleur : les nocicepteurs.

La douleur neuropathique

L'IASP définit la douleur neuropathique comme une douleur liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel.

L'atteinte du système somato-sensoriel peut survenir dans un contexte neurologique (zona, neuropathie diabétique, AVC...), ou dans les suites d'une chirurgie.

Elle se caractérise par des douleurs à type de brûlures ou de décharges électriques, une hypoesthésie ou, au contraire, une allodynie (douleur induite par un stimulus non douloureux). Elle est souvent associée à des signes sensitifs non douloureux (paresthésies, engourdissement, prurit).

Son dépistage est facilité par l'utilisation de questionnaires tels que le DN4 qui repose sur l'identification de ces caractéristiques sémiologiques(22)

Sur le plan pharmacologique, la douleur neuropathique répond mal aux antalgiques et elle justifie en première intention, l'utilisation de certains antiépileptiques et/ou de certains antidépresseurs.

La douleur psychogène

Il s'agit de douleur dont l'origine est purement psychique. Il s'agit par exemple des douleurs thoraciques aiguës lors d'une attaque de panique ou de douleurs somatiques au cours d'un syndrome dépressif souvent appelé « dépression masquée »(23).

La douleur nociplastique

Il s'agit d'une douleur liée à un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur sans lésion identifiée.

Anciennement appelée douleur dysfonctionnelle, la terminologie a récemment été précisée par la IASP (24).

Les douleurs nociplastiques les plus fréquentes sont la fibromyalgie, la céphalée de tension, la colopathie fonctionnelle ou la cystite interstitielle.

En l'état actuel de nos connaissances, la douleur nociplastique répond peu au traitement pharmacologique et sa prise en charge thérapeutique fait d'avantage appel à des approches non-pharmacologiques.

B. HISTOIRE LA DOULEUR CHRONIQUE

a. Antiquité gréco-romaine : des divinités et des philosophes

De tous temps, les hommes ont cherché une signification à leur douleur. Chez les Grecs comme chez les Romains, qu'elle soit physique ou morale, la douleur était interprétée comme un châtiment d'un dieu mécontent qu'il fallait implorer. Initialement, prêtres et médecins ne faisaient qu'un. Puis cette double fonction s'est ensuite étiolée face à l'avancée des écoles de philosophie grecques de Socrate et Hippocrate – et romaine -de Celse et Galien.(25)

En Grèce :

- Platon (428-347 avant J-C) considère que la douleur, au même titre que le plaisir, est une affection qui touche l'ensemble du corps et est ressentie par le cœur.
- Aristote (384-322 avant J-C) approfondit les travaux de Platon. Pour lui la sensation douloureuse est due à une augmentation de la sensibilité aux différentes sensations, particulièrement à une exacerbation du toucher.
- Démocrite (430-370 avant J-C) est à l'origine de la théorie des 4 humeurs (sang, phlegme, bile blanche et bile noire), théorie qui persistera jusqu'au XVIIème siècle. La maladie est une altération des humeurs, ce n'est donc plus un phénomène divin mais un phénomène naturel.
- Hippocrate (460-377 avant J-C) et ses élèves utilisent la chaleur et dans une moindre mesure le froid sous formes de bains, de cataplasmes, d'emplâtres... pour traiter aussi bien des arthralgies que les céphalées.

À Rome :

- Celse (1^{er} siècle avant J-C) caractérise l'inflammation par les quatre « or » : dolor, calor, rubor et tumor.
- Galien (131-201 après J-C), grâce à des dissections animales, met en évidence le rôle conducteur des nerfs. Pour lui, la douleur est utilitaire, elle indique l'organe malade.

Sur le plan thérapeutique, les Romains utilisent déjà les bains de mer pour les douleurs articulaires dont la goutte.

Des traités célèbres, comme *Matière Médicale* de Dioscoride et *Des Médicaments* de Galien, citent de nombreux médicaments d'origine végétale à action analgésique provenant du pavot, de la mandragore, de la belladone, du lierre, du coquelicot, de la laitue blanche, de la jusquiame et du cannabis...

b. Moyen Age : La régression par le dogme

A cette époque, les principes de Platon prévalent encore, la douleur est toujours considérée comme un syndrome du tact, liée au déséquilibre des humeurs.

Mais l'occident médiéval voit renaître la douleur-punition divine. Le modèle du Christ qui supporte et accepte la douleur incite les patients à supporter la souffrance en silence.

Le christianisme juge les autopsies profanes, dans une Europe qui est le théâtre de multiples fléaux : croisades, invasions, inquisition, guerre de Cent ans et épidémies (Peste noire de 1348).

L'héritage hippocratique est davantage perpétué en Orient dans le monde arabo-islamique.

Avicenne (980-1038) reprend les textes hippocratiques dans son ouvrage, *Le canon de la Médecine*. Ils seront réintroduits en occident au XIIème siècle, notamment à Cordoue, Salerne en Italie et Montpellier en France.

c. De la Renaissance à la fin du XIXème siècle : Reprise du progrès

L'interdiction de disséquer est levée par les papes, la douleur est dissociée du péché originel grâce à de nouvelles découvertes.

- André Vésale (1514-1614) publie en 1543 *De Corpore Humanis Fabrica*, où il y décrit le système nerveux périphérique et le cerveau dont il distingue les substances blanche et grise, ainsi que les noyaux gris centraux.

- René Descartes (1596-1650) replace le point de convergence des sensations dans la glande pinéale.

- Ambroise Paré (1509-1590) le « chirurgien en robe longue » de quatre rois de France d'Henri II à Henry III. Père de la chirurgie moderne avec l'utilisation de la ligature et de la compression pour limiter la douleur lors de la chirurgie, s'est intéressé aux douleurs de membres fantômes.

- François Magendie (1783-1855) et Charles Bell (1774-1842) qui démontreront le rôle afférent des racines postérieures, tandis que Paccini et Messner identifieront les principaux récepteurs cutanés (1840), de même que Von Frey précisera le rôle des terminaisons libres dans la douleur (1896).

- Le baron Dominique-Jean Larrey (1766-1842), chirurgien en chef des armées Napoléoniennes, a été l'un des premiers à vouloir diminuer la douleur de la chirurgie.

Au XIX^{ème} siècle, ère de la médecine moderne, la pharmacologie se développe, l'aspirine est mise sur le marché en 1899, puis le chlorhydrate de morphine...

L'anesthésie générale, après de longues années de débat, se développe en 1847, après la découverte d'un « contrepoison » au principal anesthésiant utilisé : l'éther.

d. Le XX^{ème} siècle : Vers un concept multimodal

Ce n'est qu'au XX^{ème} siècle que la vision unidimensionnelle de la douleur et la théorie de proportionnalité entre sévérité du dommage et intensité de la perception douloureuse, est remise en question.

René Leriche (1879-1955) chirurgien et physiologiste français est le premier à dire que lorsque la douleur dure et finit par perdre sa fonction de signal d'alarme, la douleur devient une maladie.

JJ. Bonica (1917-1994) enseigne l'approche multidisciplinaire de la douleur, il ouvre en 1960 la première clinique multidisciplinaire de la douleur.

Les travaux de Wall et Melzack ont identifié des facteurs expliquant le caractère polymorphe de la douleur. Ils ont montré que cette dernière dépasse la simple étude des signaux sensoriels. C'est le cas des facteurs culturels, comme le montrent certains rites religieux et ethniques qui ne paraissent pas douloureux lorsqu'ils sont réalisés dans le contexte de fête alors qu'ils seraient insupportables dans d'autres circonstances.

Par exemple, la fête hindouiste de Thaïpusam en hommage au Dieu Murugan au cours de laquelle les Tamouls se soumettent à de véritables tortures.

C. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

La douleur est une sensation dont la perception peut être modulée en fonction de la situation psychologique de l'individu mais aussi en fonction de l'environnement qui l'entoure dans un sens élargi du terme (affectif, socio-culturel, religieux).

a. Le modèle multidimensionnel

La douleur est un phénomène multidimensionnel, dans lequel on retrouve :

- La composante sensori-discriminative

Elle correspond au décodage des stimulus douloureux nociceptif ou neuropathique.

- La composante affective

Elle débute par une émotion désagréable ou pénible, pour se prolonger par des états d'anxiété ou de dépression médiés par le système nerveux central limbique

- La composante cognitive

C'est elle qui module la perception selon un état d'attention, d'anticipation ou d'interprétation.

- Une composante comportementale

Elle se constitue des manifestations verbales et non verbales, comme les plaintes, la posture, les grimaces etc. Elle est intimement liée au mode de communication avec l'entourage.

b. Les mécanismes de la douleur

On peut schématiser les voies de la douleur par quatre mécanismes :

- La TRANSDUCTION :

C'est la conversion de l'énergie d'un stimulus physique (mécanique, thermique, chaleur) en stimulus électrique via les récepteurs sensoriels de la douleur (nocicepteurs)

- La TRANSMISSION :

C'est le transfert du signal électrique vers la moelle épinière et le cerveau

- La PERCEPTION :

C'est l'appréciation du message douloureux par les structures cérébrales de la douleur (thalamus, cortex, système limbique et cingula)

Médié par la noradrénaline, le message se dirige vers l'encéphale.

- La MODULATION :

C'est la modification du signal par différentes structures (cortex, voies descendantes inhibitrices).

La douleur chronique résulte de processus complexes et multiples. La sensibilisation périphérique ou « soupe inflammatoire » (kinine, TNFalpha, IL1, IL6, NGF) et la plasticité du cerveau où plusieurs systèmes de signalisation jouent un rôle prépondérant (glutamate et NGF) dans la modulation de la douleur.

D. EVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Aucun examen complémentaire biologique ou radiologique n'a de valeur diagnostique. Un temps exploré, la piste d'un biomarqueur (la substance P) n'a pas mis en évidence de corrélation entre intensité de la douleur et valeur de ce biomarqueur. Tout comme il n'y a pas de corrélation entre l'imagerie médicale standard et la douleur.

La démarche diagnostique face à la douleur est donc essentiellement clinique et repose sur l'évaluation de son intensité et de son retentissement.

Il est recommandé à tout professionnel de santé d'évoquer une douleur chronique dès lors que les critères de la définition de 1976 (IASP) sont retrouvés(26).

L'HAS en 2008 a publié des recommandations professionnelles(2), qui précisent ce que doit comporter l'évaluation en première intention des douleurs chroniques, à savoir :

- Un bilan clinique comprenant les conditions et circonstances de survenue, topographie, intensité, facteurs déclenchants ou apaisants la douleur, durée et variabilité dans le temps, caractère nociceptif ou neuropathique.

Le questionnaire DN4 est un outil d'aide au diagnostic, la positivité de 4 items est en faveur d'une étiologie neuropathique ;

- Une évaluation de l'intensité de la douleur, avec une échelle appropriée.

Si cela est possible on utilise une échelle d'auto-évaluation : EVA, EVS ou EN. Dans le cas où la participation du patient n'est pas possible, on utilise une hétéro-évaluation qui lui est adaptée, pouvant tenir compte de l'évaluation par ses proches, en particulier chez l'enfant ou en cas de troubles graves de la communication.

- Une recherche du retentissement social, scolaire ou professionnel et économique de la douleur chronique, y compris les procédures en cours (arrêt de travail, reclassement, litige, etc.).

- L'analyse des résultats des traitements antérieurs, médicamenteux ou non (réaction aux antalgiques usuels, observance par exemple).

- La recherche systématique des troubles anxieux, dépressifs ou des manifestations psychopathologiques induites ou associées, mais aussi des interprétations et croyances du patient vis-à-vis de sa douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements, qui seraient éloignés de celles du médecin, cette divergence pouvant retentir sur l'intensité de la douleur et sur les effets du traitement.

Il est recommandé de suivre l'évolution de la douleur à intervalles réguliers, si elle persiste malgré la prise en charge. L'entretien doit être exhaustif, l'ensemble des éléments à évoquer est résumé par l'ANAES sous la forme d'une grille d'entretien.(19) (Cf. ANNEXE 1)

E. TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE

La douleur chronique est une problématique multidimensionnelle, sa prise en charge est pluridisciplinaire et multiple.

a. Les thérapeutiques médicamenteuses

Les antalgiques font partie des médicaments de loin les plus utilisés en France(27), ils représentent 22 % du marché pharmaceutique.

Les antalgiques de palier I :

Le PARACETAMOL est l'antalgique de première intention du fait de son bon rapport efficacité/tolérance pour lutter contre les douleurs faibles à modérées.

C'est le médicament le plus utilisé en ville avec plus de 500 millions de boîtes vendues en France par an.

Les AINS sont anti inflammatoires et antalgiques, ils ont une efficacité importante dans les douleurs inflammatoire, mécanique, post opératoire ou néoplasique.

Les antalgiques de palier II :

La CODEINE (agoniste opioïde naturelle de faible puissance), le TRAMADOL (opioïde synthétique d'action centrale mixte) et la POUDRE D'OPIUM ont une utilité dans les poussées douloureuses sur une courte période.

Les antalgiques de palier III :

Dans les douleurs intenses, on utilise des opioïdes forts, agonistes purs des récepteurs mu : MORPHINE, OXYCODONE, HYDROMORPHONE et FENTANYL.

L'importance des effets indésirables (sommolence, confusion, constipation, vomissement, dépendance psychologique) et le risque de surdosage incitent à la plus grande vigilance.

Les opioïdes sont introduits avec une titration et une surveillance de leur efficacité et de leur tolérance.

Ils se présentent sous forme à libération immédiate (LI) ou prolongée (LP), prescrits sur ordonnances sécurisées. La rotation des opioïdes selon l'équianalgesie est un moyen d'améliorer le rapport bénéfice/risque.

Les antidépresseurs à action antalgique

Les IRSNa et les antidépresseurs tricycliques ont un effet antalgique propre et sont particulièrement efficaces dans les douleurs neuropathiques.

Les antiépileptiques :

La GABAPENTINE ou la PREGABALINE ont une indication en première intention dans la douleur neuropathique.

Autres thérapeutiques médicamenteuses :

L'emplâtre de lidocaïne peut être efficace contre les douleurs neuropathiques de topographie limitée (douleur post zostérienne ou sur lésion nerveuse périphérique).

Les blocs sensitifs répétés ou continus sont utiles contre les douleurs neuropathiques ou l'algodystrophie.

La capsaïcine (molécule extraite du piment) en application topique désensibilise les fibres nerveuses sous cutanées à faible concentration et les détruit à plus forte concentration.

La kétamine, les cannabinoïdes et les anti NGF (tanezumab) font actuellement l'objet d'explorations et sont potentiellement de futures thérapeutiques antalgiques

b. Les thérapeutiques non médicamenteuses

La kinésithérapie/rééducation

La douleur représente le principal motif de consultation en kinésithérapie. Pour parvenir à soulager la douleur chez les patients, les kinésithérapeutes utilisent une multitude de techniques mêlant activités physiques, exercices thérapeutiques, thérapies manuelles ou encore éducation thérapeutique.

Les massages permettent un relargage d'endomorphine et la mobilisation limite les douleurs. Il a été montré que l'efficacité de certains massages était égale ou supérieure au traitement pharmacologique ou chirurgical avec, une moindre incidence d'effets indésirables(28).

La neurostimulation (ou neuromodulation) :

Les techniques non invasives :

- La TENS est une électrostimulation transcutanée, c'est une technique simple que le patient peut réaliser seul, elle stimule le *gate control* et le relargage d'endomorphine.

Elle est indiquée dans les douleurs neuropathiques, la fibromyalgie ou les lombalgies

- La rTMS (stimulation magnétique trans crânienne répétitives) est une technique par impulsions magnétiques au niveau du cortex moteur. Son efficacité est importante dans les douleurs neuropathiques post AVC ou chez les blessés médullaires.

Les techniques invasives :

- La stimulation médullaire (SM). Les électrodes sont directement au contact de l'espace épidural.

Depuis 2007, la HAS recommande et rembourse la SM dans « le syndrome douloureux chronique radiculaire en postopératoire, tronculaire (d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale) persistant depuis au moins un an et le syndrome régional douloureux complexe de type I et II ».

Cette thérapie est d'autant plus efficace, notamment dans le retour au travail, qu'elle intervient précocement dans la maladie douloureuse. Plus de 85 % d'efficacité lorsqu'elle est proposée dans les 2 ans, ce pourcentage chute à moins de 50 % après 5 ans. Les études médico-économiques démontrent que cette thérapie permet des économies dès la deuxième année d'implantation (29).

c. Les approches complémentaires

La place des approches complémentaires dans la prise en charge des patients douloureux chroniques s'est considérablement développée, notamment encouragée par le dernier plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur(30).

En 2014, une enquête de la SFTED (31) indique que les approches psychocorporelles (hypnose, sophrologie, relaxation, méditation), certaines thérapies énergétiques (toucher massage, yoga, tai chi) ainsi que l'acupuncture et l'auriculothérapie sont les plus proposées.

L'hypnose

Régulièrement proposée dans les CETD, l'hypnose a prouvé son efficacité dans les migraines, céphalées, lombalgies et la fibromyalgie (32).

L'acupuncture

Pratiquée en médecine traditionnelle chinoise, elle montre son efficacité dans les douleurs d'arthroses, les lombalgies et les céphalées(33).

d. L'éducation thérapeutique des patients (ETP)

C'est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient(34).

L'ETP a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.

Les programmes doivent être validés et autorisés par l'agence régionale de santé, et répondent à un cahier des charges précis (arrêté et décret n° 2010-904).

En France, selon les données transmises par les ARS en mai 2017, 17 programmes d'ETP « douleur chronique » sont recensés et 15 programmes intègrent la douleur dans le cadre d'une pathologie définie.

Ils peuvent être orientés par pathologie (lombalgie, fibromyalgie, arthrose, céphalées-migraines, douleur(s) du cancer...) ou généraux, sous l'intitulé « douleur chronique », au sein desquels des ateliers spécifiques seront proposés.

Quel que soit le type de programme, un diagnostic éducatif, ou bilan éducatif est réalisé en individuel (par un médecin ou un personnel paramédical). Il permet de cibler les connaissances et les besoins éducatifs spécifiques pour chaque patient. Au cours des programmes, les différents ateliers, individuels ou en groupe interactifs sont animés par des personnes formées (40h obligatoires) (35).

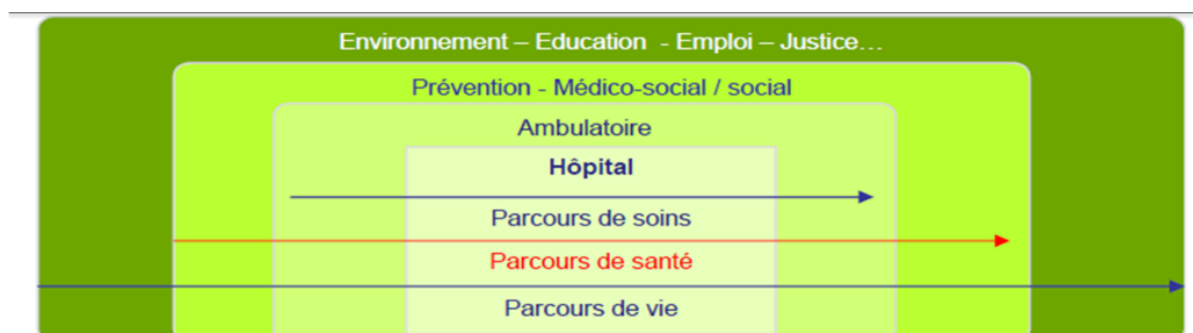
2. LE PARCOURS DE SANTE

A. DEFINITIONS

Un parcours de soins est au sens littéral, la succession des actions de soins menées au bénéfice d'un patient par les systèmes sanitaires hospitalier et ambulatoire(36).

Développé dans le domaine des pathologies chroniques, il permet d'orienter chaque patient vers le type de soin spécifique le plus adapté.

Ce concept doit être élargi dans le domaine de la douleur chronique à celui de parcours de santé qui prend en compte la prévention et les déterminants biopsychosociaux.



Source : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS)

B. HISTORIQUE LEGISLATIF

La douleur chronique est devenue une priorité de santé publique depuis seulement une quinzaine d'année, mais dès les années 1975-1980, la prise en charge s'est organisée.

1975-1980 : Premières consultations officielles de la douleur à Montpellier, Strasbourg et Paris. Création de l'International Association for the Study of Pain (IASP)

1976 : Création de l'Association pour l'Etude de la Douleur par Denise Albe-Fessard, première Présidente de l'*International Association for the Study of Pain* (IASP). Elle deviendra la Société Française de la Douleur (SFD), chapitre français de l'IASP

1985 : Création du premier enseignement universitaire de la douleur en France (CHU Lariboisière-Saint-Louis). Depuis 1985, 17 capacités et plus de 30 diplômes universitaire (DU) ont été créés en France. Cet enseignement a servi de modèle pour plusieurs pays européens.

1986 : Première publication officielle du Ministère de la Santé traitant de la douleur et des soins palliatifs.

1990 : Création de la Société Francophone d'Etude de la Douleur (SOFRED)

1991 : Rapport de la Direction générale de la Santé sur la "douleur chronique et les structures spécialisées dans son traitement".

1992 : L'enseignement de la douleur et des soins palliatifs devient obligatoire dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers.

1994 : Publication par le Haut Comité de la Santé Publique d'un rapport qui pose comme objectif de diminuer de moitié la douleur du cancer et des douleurs post-opératoires en 2000.

1995 : Modification de la loi hospitalière : inscription réglementaire de l'organisation de la prise en charge de la douleur dans les projets des établissements de santé et des établissements médico-sociaux.

1996 : Mise en place d'une capacité nationale pour la prise en charge de la douleur en remplacement des diplômes interuniversitaires (DIU).

A partir de 1998, les pouvoirs publics lancent successivement des plans de lutte contre la douleur.

1998/2000 1^{er} Plan d'action gouvernemental triennal, sur trois axes (faisant suite à une circulaire Kouchner)

- Le développement de la **lutte contre la douleur dans les structures de santé** et réseaux de soins.
- Le développement de la **formation et de l'information des professionnels** de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur
- La **prise en compte de la demande du patient** et l'information du public.

2002/2005 : 2eme plan insistait sur les douleurs induites par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine. Ses objectifs :

- Associer les usagers par une meilleure information.
- Améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques rebelles à des structures spécialisées.
- Améliorer l'information et la formation des personnels de santé.
- Amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur.
- Renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.

2006- 2010 : Ce plan était articulé autour de quatre axes :

- Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, **des personnes âgées** et en fin de vie.
- Améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients.
- Améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité.
- Structurer la filière de soins de la douleur, en particulier pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles, permet de rendre plus efficace le dispositif.

Et pour la suite ?

En 2013, le 4e Programme national 2013-2017 distinguait les douleurs aiguës, les douleurs chroniques et les douleurs liées aux soins. Trois axes prioritaires ont été alors proposés :

- Améliorer l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients en sensibilisant les acteurs de premier recours.
- Garantir la prise en charge de la douleur lorsque le **patient est hospitalisé à domicile**.
- Aider les patients qui rencontrent des **difficultés de communication** (nourrissons, personnes souffrant de troubles psychiatriques ou de troubles envahissants du développement, etc.) à mieux exprimer les douleurs ressenties afin d'améliorer leur soulagement.

Cependant, le programme n'a pas pu être mis en place à ce jour

La loi de modernisation du système de santé 2016 a reconnu la douleur comme une priorité du système de santé en France... mais depuis 2012, et malgré les recommandations des autorités de santé, les plans d'actions douleur n'ont pas été renouvelés

La douleur est un phénomène de société, tant par le nombre de personnes concernées que par l'importance des enjeux qu'elle soulève. Au moins 12 millions de Français souffrent de douleurs chroniques et pourtant 70% d'entre eux ne reçoivent pas un traitement approprié pour leur douleur(15).

C. UN IMPACT MAJEUR POUR LES PATIENTS

a. Epidémiologie

La prévalence de la douleur chronique non maligne dans la population française varie selon les études menées, principalement du fait de différences dans la définition de la douleur chronique.

Dans une étude européenne menée par Breivick en 2006(3), la prévalence de la douleur chronique était de 15% en France, pour une douleur durant depuis plus de 6 mois, ayant été ressentie dans le mois précédent, au moins 2 fois par semaine et avec une intensité d'au moins 5/10 sur l'échelle visuelle analogique.

En revanche dans l'étude française de 2008(5), cette prévalence est de 31,7% pour une douleur qui dure depuis plus de 3 mois, d'après la dernière définition de l'IASP.

Cette même étude montre que parmi ces personnes ayant une douleur chronique de plus de 3 mois, 20% ont une douleur modérée à sévère et 20% ont un retentissement de cette douleur sur la vie quotidienne.

Elle amène les patients à consulter le médecin généraliste dans 65 % des cas et dans 35% des cas le spécialiste d'organe (37).

Un patient douloureux consulte dix fois son médecin généraliste et quatre fois un spécialiste d'organe, en moyenne par an.(6)

Par ailleurs, pour 32 % des personnes atteintes de douleur chronique, le délai diagnostique est supérieur à un an (38).

b. Les comorbidités de la douleur chronique

Pour le patient, l'impact de la douleur est important et génère une dégradation de la qualité du sommeil, une mobilité réduite et une perte d'autonomie. S'y associent, le développement de la peur et de l'anxiété ; un rétablissement plus lent (en cas de maladie), un risque de déclin fonctionnel chez le patient vulnérable(39).

Sur le plan clinique, les comorbidités liées à la douleur sont nombreuses : cicatrisation retardée, risque accru de morbidité pulmonaire y compris de pneumopathie due à une respiration altérée par la douleur, risque accru de thrombose, risque accru de la mortalité (40).

Les comorbidités psychiatriques sont particulièrement importantes : les douleurs chroniques augmentent la prévalence des pathologies comme la dépression, l'anxiété, ou encore les troubles du sommeil, les addictions.

Des douleurs sont identifiées chez 77% des patients dépressifs et 64% des douloureux chroniques reçus en structure de la douleur présentent une dépression(41)(42).

Les douleurs rachidiennes génèrent trois fois plus de symptômes : troubles paniques, agoraphobie, anxiété sociale, anxiété généralisée.

c. L'impact socio-professionnel

En 2006, l'étude « Pain in Europe Survey »(43) montre que la douleur chronique est à l'origine de handicap et d'altération majeure de la qualité de vie : deux patients sur trois sont directement handicapés par la douleur dans leurs activités physiques, leur sommeil, et dans leurs activités hors du domicile.

Un patient douloureux sur deux se sent fatigué en permanence et ne peut vivre normalement, éprouvant des difficultés à développer ou à maintenir une vie sociale normale.

Au total, 44% des patients douloureux chroniques déclarent souffrir d'isolement social, 45 % sont concernés par des arrêts de travail dont la durée moyenne cumulée dépasse 4 mois /an (44).

Au total, la douleur est responsable de 88 millions de journées de travail altérées, dont 48 millions de jours d'absentéisme et 40 millions de jours de présentéisme(45).

Les patients douloureux auraient bénéficié de 72,2 M de consultations supplémentaires par an, générant un surcoût direct de près de 1,2 milliards d'euros.

Moins de 3% des patients douloureux chroniques sont pris en charge dans l'un des 245 centres ou consultations spécialisés dans la prise en charge de la douleur(15).

D. LE GENERALISTE FACE A LA DOULEUR CHRONIQUE

a. Un rôle central

Les médecins généralistes ont un rôle majeur dans la prise en charge de la douleur, selon les études, la douleur représente 36 à 63%(46) des motifs de consultations.

L'étude ECOGEN(47), réalisée à l'échelle nationale par le CNGE, qui décrivait le contenu de consultations de médecine générale a fait l'objet d'une analyse ancillaire centrée sur la douleur (aiguë et chronique). Elle montre que le motif de consultation le plus fréquent était les plaintes ostéoarticulaires (49%).

Par ailleurs, les médecins généralistes sont des acteurs centraux. On compte 44 % de généralistes parmi les médecins affiliés à la SFETD.

Ce sont les internes en médecine générale qui s'inscrivent le plus au Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) médecine de la douleur – médecine palliative(48).

b. Des consultations complexes

Ces 5 dernières années, de nombreuses thèses de médecine générale se sont intéressées aux difficultés de la prise en charge de la douleur chronique en médecine générale(9)(10)(11)(12).

De façon homogène on retrouve aussi bien chez les médecins généralistes que chez les internes 3 grands types de difficultés :

- les difficultés d'ordre technique : thérapeutique, évaluation, réseau :

En médecine générale, l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur n'a pas montré de bénéfice pour les patients en terme de soulagement de la douleur(49).

Les réseaux de soins sont plébiscités par les médecins généralistes (50).

- les difficultés psychologiques pour le soignant.

La culpabilité de ne pas parvenir à soulager le patient, le sentiment de stress et de colère face à la difficulté à répondre à la demande des patients sont les principaux sentiments qui ont été identifiés chez les médecins, certains praticiens ont évoqué des craintes d'isolement et de burn-out.

- les difficultés dans la relation médecin-patient qui nécessite de l'empathie et du temps que les médecins généralistes ont de moins en moins dans leur exercice quotidien.

Dans la grande majorité des travaux, la formation était jugée incomplète et inadaptée à la pratique.

C. Formation

Actuellement, sur les six années d'études médicales de deuxième cycle, moins de vingt heures de cours sont officiellement consacrées à la douleur(51).

Les médecins généralistes bénéficient, depuis 2006, de l'enseignement d'un module pour l'examen classant national portant sur la douleur aiguë et chronique.

Leur formation peut être complétée, pour ceux qui le souhaitent, par un diplôme universitaire où ils peuvent se spécialiser avec la Capacité d'évaluation et de traitement de la douleur ou le DESC médecine de la douleur – médecine palliative.

Enfin, ils peuvent recevoir des formations sur la douleur tout au long de leur carrière dans le cadre du développement professionnel continu.

Le niveau de formation des médecins généralistes conditionne directement l'organisation des SDC. En effet, leurs formations initiales et continue permettent de prendre en charge la majorité des patients algiques.

Lorsque la situation du patient devient complexe (précarité, addiction, trouble psychique, pharmacorésistance, iatrogénie ou tout simplement, étayer un diagnostic), l'accès aux SDC devient nécessaire.

Le patient arrive donc souvent en SDC après plusieurs années (en moyenne 5 ans après le début des douleurs), ce qui rend la prise en charge difficile et limitée quand on sait que la prise en charge précoce de la douleur permet d'éviter la chronicité.

E. LES STRUCTURES DE LA DOULEUR EN FRANCE

La prise en charge de la douleur chronique repose sur **les structures de prise en charge de la douleur chronique**.

La mission principale des SDC est d'appréhender la douleur chronique avec une prise en charge reposant d'abord sur une démarche puis sur un traitement, souvent multimodal, dont l'objectif est réadaptatif(52).

Ces structures, identifiées au niveau régional par chaque Agence Régionale de Santé sous la coordination de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), sont organisées en deux niveaux : consultations douleur et centres d'évaluation et traitement de la douleur (CETD).

Il existe actuellement, grâce aux différents plans et programmes de lutte contre la douleur développée jusqu'en 2012, un réseau de 254 consultations et centres spécialisés en France couvrant l'ensemble du territoire.

Quel que soit le niveau, l'organisation des SDC repose sur la pluri-professionnalité, sachant que les consultations ont un rôle de proximité avec les soins primaires et que les centres (du fait de leur pluridisciplinarité) ont en plus des fonctions d'expertise.

Conformément à l'article L.1112-4 du Code de la santé publique, il appartient à chaque établissement de santé de mettre en place une organisation pour répondre aux besoins des patient douloureux.

Sous la forme de Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD, les établissements de santé ont pour mission d'aider à la définition d'une politique de soins cohérente en matière de prise en charge de la douleur, ainsi qu'à la promotion et à la mise en œuvre des actions dans ce domaine.

Ils n'ont pas pour mission de prendre en charge directement la douleur, laquelle relève des structures de soins et des structures spécialisées de traitement de la douleur.

Selon les études, le délai d'attente pour l'accès à une SDC est dans une fourchette allant de 2 à 26 semaines.

F. ORIENTER VERS LES STRUCTURES DE LA DOULEUR

Le travail d'adressage d'un patient par le généraliste vers le spécialiste est ainsi au cœur des tâches de coordination que doit effectuer le médecin de premier recours.

La réciproque est également vraie : c'est au généraliste de récupérer et centraliser les informations provenant des autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un patient : hôpital, spécialistes, paramédicaux.

a. De l'intérêt du courrier

La démarche médicale est fondée sur l'observation du malade et s'inscrit dans une transmission basée sur l'oralité. La mémoire du médecin était autrefois suffisante pour enregistrer les données relatives aux patients et servir l'exercice médical.

Mais les progrès de la médecine, des technologies et des droits des patients ont engendré une nécessaire et inéluctable évolution des pratiques médicales.

Dans la société du XXIème siècle, les informations médicales relatives aux patients sont devenues des données sensibles.

Recueillies par les médecins et consignées par écrit, elles sont des preuves juridiques potentielles tandis que les actes médicaux représentent, dans le système de soin actuel, un coût pour la société. Devenues des enjeux à la fois économiques et juridiques, ces données médicales ont fait l'objet de réglementations et de légiférations.

Un autre mode important de communication orale immédiate est l'utilisation du téléphone. En médecine générale, il est utilisé dans un tiers des adressages environ, dans le but d'accélérer le rendez-vous dans 25 % des cas et pour discuter de la prise en charge du patient dans 20 % des cas.

En France, dans le cadre d'un adressage, une lettre est rédigée dans 95 % des cas(53).

Il n'existe pas de temps dédié spécifiquement à la rédaction des courriers dans l'organisation de travail du généraliste puisque 90% des médecins interrogés rédigent leurs courriers devant le patient.

C'est donc une tâche répétée plusieurs fois par jour de façon éparse et potentiellement diluée dans toutes les autres problématiques de la consultation (54).

b. L'Histoire des courriers

Les premières traces de dossier médical remontent au IX^e siècle, époque à laquelle des médecins arabes, (tels que Rhazès (865-925), Avicenne (930-1037) ou Avenzoar (1073-1162)), créent la médecine clinique.

Les cas intéressants y sont ainsi rédigés et conservés dans des registres tels que les « Observations de l'hôpital », auxquelles Rhazès fait allusion dans son *Continens*

La notion de dossier médical rattaché à chaque patient n'apparaît qu'à la fin du XVIII^e siècle, sous forme de registre du patient, au contenu encore succinct, dans les Hôtel-Dieu. Mais c'est seulement au XIX^e siècle lors de la création des hôpitaux modernes que le dossier médical apparaît véritablement, incluant des données médicales, sociales et administratives.

En médecine de ville (pratique en cabinet ou au domicile des patients), le principe de l'oralité a persisté jusqu'au début du XX^e siècle avec cependant l'apparition progressive de fiches médicales plus ou moins bien remplies selon les praticiens.

En France, dans les années 1950, le dossier évolue peu à peu, d'abord en milieu hospitalier puis en ville, avec un cahier d'observation clinique, un archivage des examens biologiques, un archivage des radios et autres examens complémentaires.

L'histoire du carnet de santé de l'enfant illustre bien cette évolution des pratiques. Dès 1869, à Montpellier, il consistait en un livret destiné à l'usage des mères pour les guider dans l'observation de leurs enfants et faciliter le dialogue ensuite avec le médecin. Le premier carnet de santé officiel est édité en 1939, l'Etat se montrant intéressé par le concept d'assurer un suivi à tous les enfants de la nation.

Mais il faudra attendre la fin de la Seconde Guerre Mondiale et la création de la Sécurité Sociale en 1945, pour que ce document soit rendu obligatoire.

Remis à jour en 1995, il recèle des informations sur l'état de santé de l'enfant puis de l'adulte. Il a rapidement fait l'objet de débats éthiques : anonymat du carnet, règles de transmission de ce carnet, éléments à y inscrire ou non. Ce carnet de santé de l'enfant existe toujours sous format papier, n'est toujours pas anonyme, mais continue de satisfaire l'ensemble des acteurs et des usagers du système de santé en France.

Le carnet de santé adulte lancé en 1993 puis à nouveau en 1996 s'est soldé par un échec.

c. Evaluation de la qualité des courriers

Un courrier de bonne qualité permet de préciser les contres indications thérapeutiques et d'éviter les redondances d'examens complémentaires. Il permet d'impliquer et de rassurer les patients(55).

Les différentes méthodes pour évaluer la qualité des courriers

- Selon la véracité

Est-ce que le médecin généraliste dit vrai ?

Mais cela revient à juger la pratique et les connaissances des médecins. Cela remet en cause le principe même de l'adressage.

Si le médecin généraliste envoie son patient vers un spécialiste, c'est notamment pour solliciter un confrère ayant un champ de connaissances différent ou plus spécialisé. Cette forme de mesure de la qualité d'information ne nous paraît pas adaptée.

- Selon son utilité

Fallait-il envoyer ou non le patient vers un spécialiste ?

Ceci présuppose qu'il existe des recommandations de bonne pratique en matière d'adressage, ce qui est rare et généralement ne concerne que des pathologies très spécialisées.

- Selon l'exhaustivité

Les informations pertinentes sont-elles présentes ?

Cette dernière méthode est de loin la plus utilisée d'après l'analyse de la littérature internationale(56) et celle que nous retiendrons pour cette étude ce d'autant qu'il existe le document cadre de la HAS de 2008 auquel il est possible de se reporter pour juger de l'exhaustivité des courriers.

d. Critères d'orientation

En 2007, le « plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » met en évidence que la prise en charge de la douleur est la première des attentes des associations de patients ayant une pathologie chronique.

Dans ce contexte, la SFETD a saisi la HAS en 2007 pour l'élaboration de recommandations visant à favoriser la mise en œuvre de parcours de soins adaptés pour les patients exprimant une douleur chronique et de favoriser l'échange entre les professionnels des structures spécialisées et ceux qui leur adressent des patients.

Adresser un patient vers une structure spécialisée ne doit pas être un abandon de la prise en charge ambulatoire. Le médecin adressant doit être en mesure de réévaluer le patient et d'adapter sa prise en charge en partenariat avec l'algologue.

Le recours à une structure spécialisée, est recommandé avec pour indications prioritaires :

- Un avis diagnostique complémentaire

Evaluation approfondie et multidimensionnelle des déterminants et des mécanismes de la douleur, par exemple lorsque paraissent majeures l'intensité et la durée de la douleur par rapport à la lésion causale présumée, ses répercussions sur la vie professionnelle, sociale et familiale, ou l'équilibre psychique du patient

- Un avis thérapeutique complémentaire

Par exemple lorsque le traitement est fréquemment modifié, qu'un traitement antalgique de palier 3 est envisagé au long cours en dehors des pathologies cancéreuses, ou qu'un sevrage du traitement est envisagé mais difficile à mettre en œuvre.

- La prise en charge d'une situation complexe

Lorsqu'une approche interdisciplinaire est nécessaire, devant des difficultés multiples et intriquées : médicales, psychologiques, sociales.

e. Éléments à transmettre à la structure spécialisée

Il est recommandé que la demande de consultation auprès d'une structure spécialisée soit accompagnée d'un courrier type précisant les éléments suivants(2):

Éléments administratifs

- données personnelles complètes du patient
- renseignements administratifs ; noms et coordonnées des professionnels intervenants à qui adresser le courrier de synthèse, sur proposition ou avec l'accord explicite du patient.

Éléments médicaux

- les antécédents (personnels et familiaux) ;
- le motif du recours sollicité par le médecin (diagnostique, thérapeutique, autre) ;
- les examens complémentaires déjà réalisés et/ou avis spécialisés pris dans ce cadre et leurs résultats/conclusions ;
- les traitements antérieurs à la demande d'avis (réaction aux antalgiques usuels, réponses aux thérapeutiques médicamenteuses ou non déjà utilisées, etc.) ;
- l'évaluation initiale de la douleur chronique réalisée par le médecin, comprenant : caractéristiques de la douleur, ressenti du patient (auto-évaluation), attentes et interprétations, historique de la douleur, topographie, typologie (douleur nociceptive, neuropathique, autre), intensité, retentissement de la douleur sur la vie quotidienne.

Éléments de contexte

- le contexte du patient interférant avec la douleur (familial, social, scolaire ou professionnel, culturel).

II. OBJECTIF DE L'ETUDE

1. RATIONNEL

Le courrier est un lien concret, physique et immuable entre les médecins adressant et les structures de la douleur. Il est archivable et est une preuve juridique opposable.

Nous pensons qu'une standardisation des courriers, via l'établissement d'un courrier type pourrait garantir une meilleure qualité des courriers.

Cela pourrait réduire les erreurs médicales, les redondances d'examens complémentaires, être un gain de temps pour le médecin adressant et l'algologue, mais également un moyen d'impliquer et de réassurer le patient.

La mise en évidence de différences d'exhaustivité entre les courriers pourrait permettre d'identifier les éléments associés à une meilleure transmission de l'information et tendre ainsi notamment vers une meilleure gestion des délais de consultation.

Les leviers d'action concernent -ils, les caractéristiques propres au patient ? à la pathologie ? au médecin adressant ou à la façon d'adresser ?

2. OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal est donc d'évaluer la qualité des lettres d'adressage à destination des centres de la douleur. La qualité des courriers est mesurée selon l'exhaustivité du contenu tel que décrit dans le document cadre de la HAS de 2008.

3. ANALYSES SECONDAIRES

Les objectifs secondaires sont l'analyse de l'exhaustivité selon les spécificités des patients, de la douleur, du médecin adressant et des modalités de l'orientation.

III. MATERIEL ET METHODE

1. LIEU ET DUREE DE L'ETUDE

Réalisation d'une étude descriptive prospective, sur une période de 11 semaines entre le 14 mai et le 31 juillet 2018 dans trois CETD de la région parisienne.

CETD de l'Hôpital Cochin, AP-HP Paris 14ème

CETD de l'Hôpital Saint Antoine, AP-HP, Paris 12ème

CETD de l'Hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne Billancourt

1. POPULATION

a. Patients

Critères d'inclusion :

Patients adressés pour la première fois dans les CETD participant à l'étude, âgés d'au moins 18 ans et dont le dossier médical comprenait un courrier rédigé par le médecin adressant et un courrier de synthèse écrit par l'algologue après la première consultation douleur.

Critères d'exclusion :

Patients ayant été déjà vus par un algologue et patients dont les courriers étaient absents ou non exploitables (mal scanné ou illisible).

b. Les courriers médicaux

L'étude porte sur l'analyse des courriers de médecins à destination des trois CETD.

Il s'agit de courriers présents dans le dossier médical du patient, sous forme papier manuscrite ou dactylographiée, ou numérisée (mail ou demande via le logiciel ORBIS (logiciel interne à l'AP-HP)).

c. Le critère de jugement principal

Le critère de jugement principal pour évaluer la qualité des lettres d'adresses est de mesurer l'exhaustivité de ces dernières, selon une grille d'analyse comprenant 9 items, issu des recommandations HAS 2008. L'exhaustivité est représentée par une note sur 9 points.

GRILLE DE LECTURE ANALYTIQUE

La grille de lecture est composée de 9 items, ils concernent l'orientation des patients douloureux chronique : dont 2 administratifs, 6 médicaux et le dernier concerne le contexte socio-professionnel.

Bien que réalisée pour cette étude, cette grille est également très similaire aux grilles utilisées dans la littérature⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁷⁾⁽⁵⁸⁾. Elle a pour spécificité de nuancer la présence ou l'absence des éléments. En accord avec les Algologues des CETD, nous avons ajouté la notion d'éléments « succincts ».

Si l'item est complet, l'item compte pour 1 point, si il est évoqué succinctement, l'item compte pour 0,5 point et si il est absent, l'item compte pour 0 point.

Eléments administratifs

Caractéristiques patient :

Il s'agit des éléments d'identification du courrier : Le nom, le prénom, l'âge, le sexe et la date du courrier. L'item est jugé succinct, s'il manque un de ses cinq éléments.

Position de l'adressage :

Elle correspond au nombre d'avis spécialisés déjà demandés avant l'adressage en CETD.

Eléments médicaux

Antécédents :

L'item est jugé succinct si les antécédents sont évoqués sans rubrique détaillée (antécédents chirurgicaux, médicaux, familiaux).

Bilan clinique de la douleur :

L'item est jugé succinct si seule la localisation de la douleur est précisée. Les précisions de la cinétique, de la typologie, ou du retentissement de la douleur rendent l'item complet.

Examens complémentaires :

L'item est jugé succinct, si les examens complémentaires sont évoqués sans leurs résultats.

Hypothèse diagnostique :

Cet item est présent ou absent, la présence d'une hypothèse diagnostique ne peut être succincte.

Motif d'adressage :

Cet item est présent ou absent, la présence du motif ne peut être succincte. Les motifs précisés par l'HAS sont attendus : une demande d'aide diagnostique, ou thérapeutique ou pour une situation complexe.

Traitements :

L'item est jugé succinct, si l'auteur du courrier ne distingue pas les traitements antalgiques antérieurement prescrits des traitements actuels.

Éléments du Contexte

Les informations sur le contexte social, professionnel et psychologique. L'item est jugé succinct, si un seul élément de contexte est présent, et complet à partir de deux éléments.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	
COORDONNEES PATIENT	SUCCINCT SI MANQUE DEUX ITEMS SUR TROIS
POSITION DE L'ADRESSAGE	OUI / NON
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX	
ANTÉCÉDENTS	SUCCINCT SI EVOQUE MAIS PAS STRUCTURE
BILAN CLINIQUE DE LA DOULEUR	SUCCINCT SI LOCALISATION SEULE
EXAMEN COMPLÉMENTAIRE	SUCCINCT SI EVOQUEE SANS RESULTAT
DIAGNOSTIC	OUI / NON
MOTIF D'ADRESSAGE	OUI / NON
TRAITEMENT	SUCCINCT SI ABSENCE DE CHRONOLOGIE
CONTEXTE	
SOCIO-PROFESSIONNEL et FAMILIAL	SUCCINCT SI UN SEUL ITEM / COMPLET SI AU MOINS 2 ITEMS

d. Analyses secondaires

L'exhaustivité est analysée secondairement :

Selon les spécificités des patients :

- l'âge
- le sexe
- le contexte familial
- le contexte socio-professionnel

Selon les spécificités de la douleur :

- la cinétique, la localisation, la durée, la typologie, le retentissement et le motif du recours

Selon les spécificités des médecins adressant :

- l'hypothèse diagnostique du médecin adressant
- la spécialité du médecin adressant
- les modalités d'exercice
- la lisibilité du courrier

Selon les modalités de l'orientation :

- le recrutement des CETD
- les délais d'attente
- la corrélation diagnostique entre les praticiens
- la position de l'adressage

e. L'analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée en utilisant le logiciel Excel et le logiciel Pvalue.

Les valeurs moyennes ont été calculées pour chaque variable quantitative et les différences entre les groupes ont été comparées selon la taille des échantillons. Les données quantitatives sont exprimées, sauf mention contraire, en moyenne [min-max ; med].

Principalement par une analyse du chi 2, le test de Fisher et le test de Kruskal Wallis.

Ces analyses ont été soumises et validées par à un statisticien.

Une valeur $p \leq 0.05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Les variables qualitatives sont exprimées en valeurs absolue et par des pourcentages.

2. RESULTATS

1. ANALYSE DE L'EXHAUSTIVITE

Deux-cents courriers de patients primo-consultants en CETD ont été inclus dans des proportions sensiblement équivalentes dans les 3 centres Ambroise Paré (66), Cochin (70) et Saint Antoine (64).

En moyenne, les courriers ont une exhaustivité de **4,56/9** [0-9 ; 4,5].

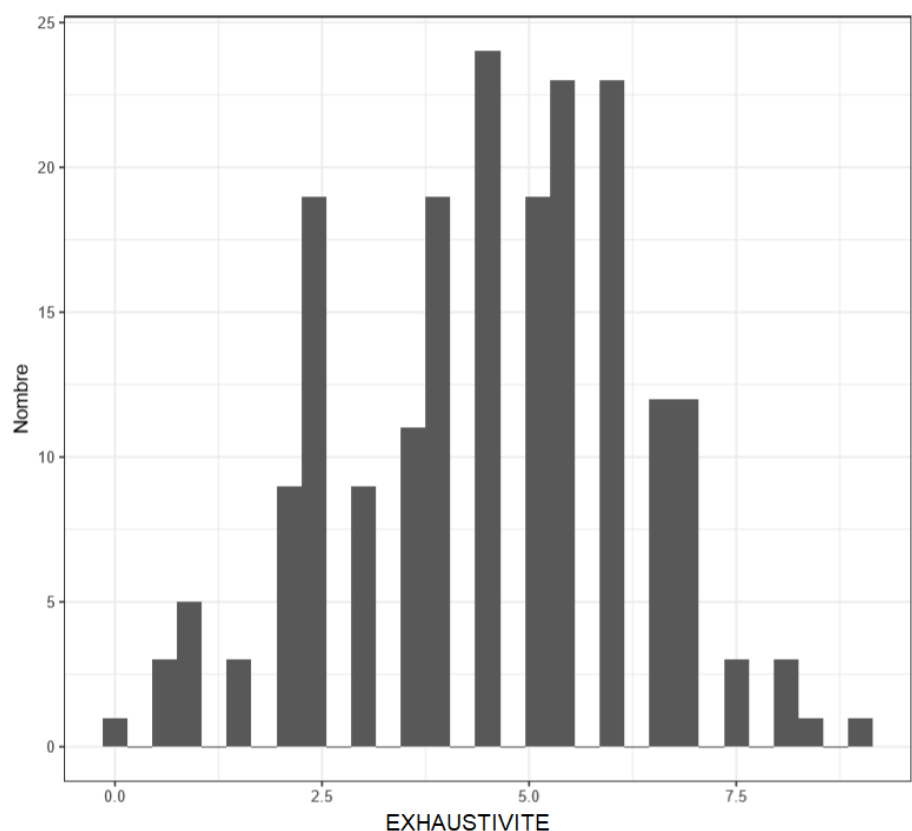
La distribution des notes est aléatoire, la médiane est proche de la moyenne et la courbe de distribution gaussienne. (Graphique 1)

	Moyenne (écart-type)	Médiane [Q25-75]	Min	Max	N
EXHAUSTIVITE	4.56 (1.77)	4.50 [3.50; 6.00]	0	9.00	200

Ainsi les courriers sont à moitié complets. Un courrier ne présentait aucun item, à l'opposé un courrier contenait les 9 items.

Graphique 1.

Distribution des courriers selon l'exhaustivité



Les courriers comportent le plus souvent, les coordonnées patients, le diagnostic et les antécédents. L'examen clinique et les traitements sont succincts dans un tiers des courriers.

La position de l'adressage et le contexte socio professionnel et familial sont peu mentionnés par les médecins adressant. Ils sont respectivement incomplets ou absents dans 90,5% et 86% des cas. (Tableau 1).

Tableau 1. Présence des items dans les courriers

N= 200			
Exprimé en n (%)	OUI	SUCCINCT	NON
COORDONNEES PATIENT	151 (75,5%)	47 (23,5%)	2 (1%)
POSITION DE L'ADRESSAGE	19 (9,5%)		181 (90,5%)
ANTECEDENTS	117 (58%)	23 (12%)	60 (30%)
EXAMEN CLINIQUE	85 (42%)	67 (34%)	48 (24%)
EXAMEN COMPLEMENTAIRE	75 (38%)	24 (12%)	101 (50%)
DIAGNOSTIC	125 (62%)		75 (38%)
MOTIF DE RECOURS	102 (51%)		98 (49%)
TRAITEMENT	75 (38%)	68 (34%)	57 (28%)
CONTEXTE	27 (14%)	36 (18%)	137 (68%)

2. ANALYSES SECONDAIRES

A. LES COORDONNEES DES PATIENTS

Une grande majorité des courriers comportait des coordonnées complètes (75%). La date de naissance (ou l'âge) manquait dans 23,5% des lettres. Dans deux courriers, aucune coordonnée du patient n'était mentionnée.

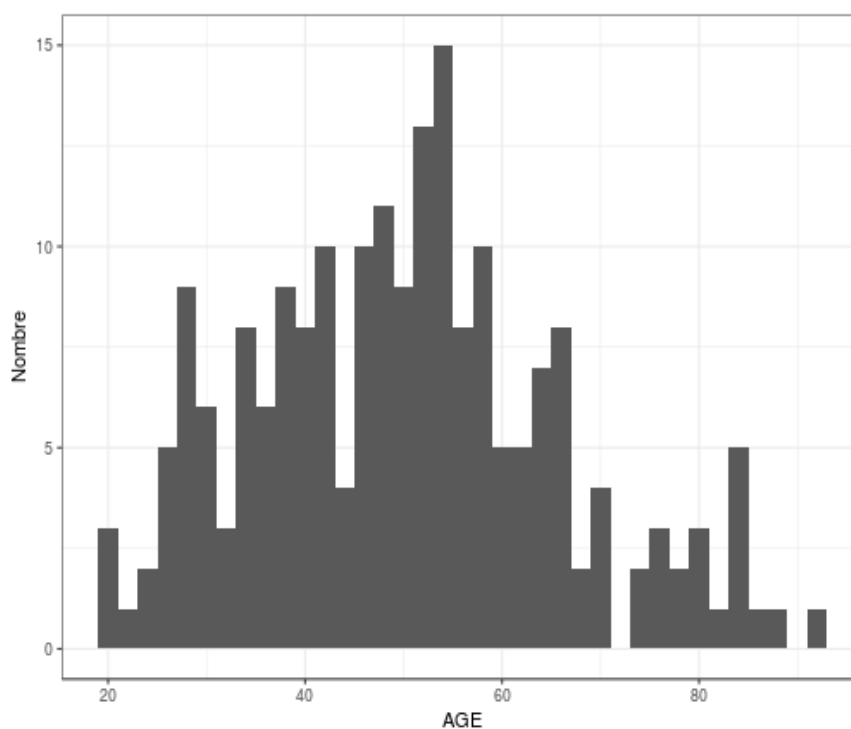
a. L'Age des patients

L'âge est précisé dans 173 courriers (86%). On le retrouve dans 100% des courriers médicaux à l'aide des étiquettes des dossiers. Sur les 200 courriers, les patients ont en moyenne 50 ans.

Le patient le plus jeune a 20 ans, la personne la plus âgée 92 ans. Les patients entre 40 et 60 ans représentent approximativement la moitié des patients. (Graphique 2)

	moyenne (écart-type)	Médiane [Q25-75]	min	max	n
AGE	50.6 (15.6)	50.0 [39.0; 59.2]	20.0	92.0	200

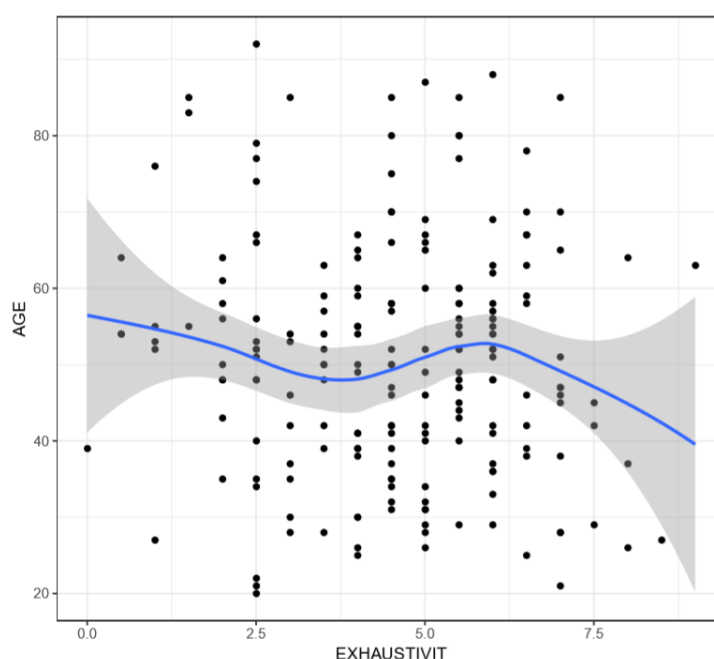
Graphique 2. Distribution des courriers selon l'âge des patients



Selon le calcul du coefficient de Pearson, il n'existe pas de relation linéaire entre l'âge des patients et l'exhaustivité des courriers. (Graphique 3).

	Coefficient de corrélation (IC95)	n	p
EXHAUSTIVITE	-0.0662 (-0.203; 0.0732)	200	0.35

Graphique 3. Exhaustivité selon l'âge des patients



En revanche, l'analyse détaillée de la grille d'exhaustivité met en évidence que le contexte socio-professionnel et familial est plus souvent précisé dans les courriers des patients les plus jeunes (Tableau 2).

Tableau 2. Exhaustivité détaillée selon l'âge des patients

		AGE moyenne (écart-type)	AGE Médiane [Q25-75]	min	max	n	p	test
CONTEXTE	NON	52.4 (±15.7)	52.0 [40.0 - 62.0]	21.0	92.0	137	0.01	Kruskal-Wallis
	SUCCINCT	49.7 (±14.4)	49.0 [41.0 - 58.2]	20.0	80.0	36	-	
	OUI	42.8 (±15.0)	44.0 [29.0 - 49.5]	21.0	85.0	27	-	

Dans notre population, les patients les plus jeunes sont d'avantage concernés par les douleurs inflammatoires et la fibromyalgie, tandis que les personnes âgées présentent plus de douleurs neuropathiques (Tableau 3).

Tableau 3. Hypothèse diagnostique selon l'âge des patients

HYPOTHESE DIAGNOSTIQUE	AGE moyenne (écart- type)	AGE médiane [Q25-75]	min	max	n	p	test
PAS DE DIAGNOSTIC	48.5 (±14.5)	48.0 [38.0 - 56.0]	22.0	85.0	94	<0.01	Kruskal- Wallis
FIBROMYALGIE	47.5 (±14.0)	50.0 [34.0 - 56.0]	20.0	77.0	49	-	-
DN	64.0 (±17.6)	64.0 [53.0 - 80.0]	35.0	92.0	23	-	-
D. POST OP / POST TRAUMATIQUE	47.5 (±11.6)	47.0 [40.8 - 50.5]	31.0	78.0	16	-	-
D. INFLAMMATOIRE	49.4 (±20.3)	63.0 [29.5 - 64.5]	25.0	70.0	7	-	-
ALGODYSTROPHIE	52.8 (±14.5)	59.0 [52.0 - 61.0]	28.0	64.0	5	-	-
D. DEGENERATIVE	70.5 (±12.0)	70.5 [66.2 - 74.8]	62.0	79.0	2	-	-
D, PROJETEES	75.0 (±14.1)	75.0 [70.0 - 80.0]	65.0	85.0	2	-	-
IATROGENIQUE	51.0 (±4.24)	51.0 [49.5 - 52.5]	48.0	54.0	2	-	-

b. Le sexe des patients

La majorité des patients sont des femmes (76,5%).

Notre analyse montre une tendance à une plus grande exhaustivité des courriers concernant les femmes mais la différence n'est significative (Tableau 4).

Tableau 4. Exhaustivité selon le sexe des patients

	SEXE F (n = 153)	SEXE H (n = 47)	n	p	test
EXHAUSTIVITE moyenne	4.60 (±1.72)	4.43 (±1.96)	200	0.59	Welch

L'analyse détaillée de l'exhaustivité met en évidence que les praticiens adressant omettent plus souvent de mentionner les coordonnées des patients quand leurs patients sont des hommes (p = 0,29).

Tableau 5. Coordonnées patients selon le sexe des patients

COORDONNEES PATIENT, n	SEXE F (n = 153)	SEXE H (n = 47)	n	p	test
OUI	122 (80%)	29 (62%)	151	0.029	Fisher
SUCCINCT	30 (20%)	17 (36%)	47	-	-
NON	1 (0.65%)	1 (2.1%)	2	-	-

On remarque que les courriers sans hypothèse diagnostique sont plus fréquents chez les femmes (50%) que chez les hommes (38%). La fibromyalgie et les douleurs inflammatoires sont nettement des pathologies féminines.

Tandis que les neuropathies périphériques et les pathologies traumatiques ou post opératoire sont davantage l'apanage des hommes (Tableau 6).

Tableau 6. Sexe des patients et hypothèses diagnostiques des médecins adressant

HYPOTHESE DIAGNOSTIQUE	SEXE F (n = 153)	SEXE H (n = 47)	n	p	Test
PAS D'HYPOTHESE	76 (50%)	18 (38%)	94	<0.001	Fisher
FIBROMYALGIE	44 (29%)	5 (11%)	49	-	-
NEUROPATHIE PERIPHERIQUE	14 (9.2%)	9 (19%)	23	-	-
TRAUMATISME / CHIRURGIE	7 (4.6%)	9 (19%)	16	-	-
PATHOLOGIE INFLAMMATOIRE	6 (3.9%)	1 (2.1%)	7	-	-
ALGODYSTROPHIE	4 (2.6%)	1 (2.1%)	5	-	-
PATHOLOGIE DEGENERATIVE	2 (1.3%)	0 (0%)	2	-	-
DOULEUR PROJETEE	0 (0%)	2 (4.3%)	2	-	-
IATROGENIE	0 (0%)	2 (4.3%)	2	-	-

c. Le contexte familial

Le contexte familial est rarement mentionné dans les courriers d'adressage (10,5%), sa présence est corrélée à une plus grande exhaustivité des courriers. (Tableau 7)

Cela est d'autant plus vrai, quand il est fait mention de difficultés familiales ou l'exhaustivité est de 6,26/9 [6.00-6.50 ; 6.50] ou que le médecin adressant est un proche du patient 7,50/9 [7.00-7.75 ; 7.00].

Quand le contexte familial est absent, l'exhaustivité chute à 4,37/9 [3.00-5.50 ; 4.50] ($p < 0,001$).

Tableau 7. Exhaustivité selon le contexte familial

CONTEXTE FAMILIAL	moyenne (écart-type)	médiane [Q25- 75]	min	max	n	P	test
NON PRECISE	4.37 (± 1.73)	4.50 [3.00 - 5.50]	0	8.00	179	<0.001	Kruskal-Wallis
DIFFICULTES FAMILIALES	6.28 (± 1.35)	6.50 [6.00 - 6.50]	4.50	9.00	9	-	-
MENTION SANS PRECISION	5.64 (± 1.21)	5.00 [5.00 - 6.00]	4.50	8.00	7	-	-
PROCHE DU MEDECIN	7.50 (± 0.866)	7.00 [7.00 - 7.75]	7.00	8.50	3	-	-
FAMILLE AIDANTE	5.75 (± 0.354)	5.75 [5.62 - 5.88]	5.50	6.00	2	-	-

d. Le contexte socio-professionnel

Le contexte socio-professionnel est deux fois plus présent que le contexte familial dans les courriers (23,5%). Son absence est corrélée à une baisse de l'exhaustivité.

On remarque que lorsque le praticien précise que l'exhaustivité passe en moyenne de 4,14/9 en l'absence de cette précision et à 6,30 lorsque les difficultés professionnelles sont mentionnées dans le courriers. (Tableau 8).

Tableau 8. Exhaustivité selon le contexte socio-professionnel.

CONTEXTE SOCIO PROFESSIONNEL	moyenne (écart-type)	médiane [Q25- 75]	min	max	n	p	test
NON PRECISE	4.14 (±1.63)	4.50 [3.00 - 5.50]	0	7.00	153	<0.001	Kruskal-Wallis
ARRET DE TRAVAIL	6.13 (±1.26)	6.50 [5.75 - 7.00]	4.00	8.00	19	-	-
EXERCE UN METIER	5.73 (±2.14)	5.50 [5.00 - 7.00]	2.50	9.00	13	-	-
DIFFICULTES PROFESSIONNELLES	6.30 (±1.25)	7.00 [5.50 - 7.00]	4.50	7.50	5	-	-
RECONVERSION PROFESSIONNELLE	6.17 (±1.26)	6.00 [5.50 - 6.75]	5.00	7.50	3	-	-
TRAVAIL AMENAGE	6.00 (±0.866)	5.50 [5.50 - 6.25]	5.50	7.00	3	-	-
ISOLEMENT SOCIAL	6.00 (±0.707)	6.00 [5.75 - 6.25]	5.50	6.50	2	-	-

B. LES SPECIFICITES DE LA DOULEUR

a. *La cinétique de la douleur*

23 courriers (11,5%) précisent la cinétique de la douleur. Lorsqu'elle est détaillée, les courriers sont de manière significative plus exhaustifs avec une exhaustivité moyenne pour ces 23 courriers à 5.85/9 [5.00-6.38 ; 5,75] (p=0.012) (Tableau 9).

Tableau 9. Cinétique de la douleur et Exhaustivité

CINETIQUE DE LA DOULEUR	moyenne (écart-type)	médiane [Q25-75]	min	max	n	p	Test
PAS DE PRECISION	4.39 (±1.76)	4.50 [3.00 - 5.50]	0	9.00	177	0.012	Kruskal-Wallis
PRECISION	5.85 (±1.10)	5.75 [5.00 - 6.38]	3.00	8.50	33		
DOULEUR INTERMITTENTE	5.60 (±1.47)	5.50 [5.00 - 7.00]	3.50	7.00	5	-	-
DOULEUR PERMANENTE	5.00 (±1.46)	5.00 [4.50 - 5.50]	3.00	7.00	5	-	-
DOULEUR AGGRAVEE A L'EFFORT	5.62 (±1.25)	5.75 [5.12 - 6.25]	4.00	7.00	4	-	-
DOULEUR NOCTURNE	7.00 (±1.08)	6.75 [6.38 - 7.38]	6.00	8.50	4	-	-
DOULEUR AGGRAVEE PAR L'ANXIETE	5.50 (±0)	5.50 [5.50 - 5.50]	5.50	5.50	2	-	-
RAIDEUR MATINALE	7.00 (±1.41)	7.00 [6.50 - 7.50]	6.00	8.00	2	-	-
VARIATION SELON LA PRESSION ATMOSPHERIQUE	6.00	6.00 [6.00 - 6.00]	6.00	6.00	1	-	-

Il n'y a pas de différence entre médecins généralistes ou spécialistes dans la précision de la cinétique de la douleur dans les courriers (Tableau 10).

Tableau 10. Cinétique de la douleur selon la spécialité du médecin

CINETIQUE DE LA DOULEUR	SPECIALITE AUTRES (n = 101)	SPECIALITE MG (n = 99)	N	p	test
PAS DE PRECISION	90 (89%)	87 (88%)	177	0.025	Fisher
DOULEUR INTERMITTENTE	1 (0.99%)	4 (4%)	5	-	-
DOULEUR PERMANENTE	0 (0%)	5 (5.1%)	5	-	-
DOULEUR AGGRAVEE A L'EFFORT	3 (3%)	1 (1%)	4	-	-
DOULEUR NOCTURNE	4 (4%)	0 (0%)	4	-	-
DOULEUR AGGRAVEE PAR L'ANXIETE	1 (0.99%)	1 (1%)	2	-	-
RAIDEUR MATINALE	1 (0.99%)	1 (1%)	2	-	-
VARIATION SELON LA PRESSION ATMOSPHERIQUE	1 (0.99%)	0 (0%)	1	-	-

b. La localisation de la douleur

La localisation des douleurs est un élément mentionné dans 94,5% des courriers. Les douleurs diffuses (à partir de 3 sites douloureux) sont les plus fréquentes. On remarque la prédominance des douleurs osseuses et articulaires par rapport aux douleurs « organiques » : thoracique, abdominale ou pelvienne (Tableau 11).

Tableau 11. Localisation de la douleur

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE	n (%)
DOULEUR DIFFUSE	92 (46%)
RACHIALGIE RADICULALGIE...	37 (18%)
ARTHRALGIE	19 (9.5%)
DOULEUR DE MEMBRE (NON ARTICULAIRE)	18 (9%)
DOULEUR ABDOMINO PELVIENNE	9 (4.5%)
DOULEUR THORACIQUE	9 (4.5%)
CEPHALEES	5 (2.5%)
AUCUNE LOCALISATION	11 (5.5%)

Tableau 12. Exhaustivité selon la topographie de la douleur

	DOULEURS DIFFUSES (n = 92)	RACHIALGIES RADICULALGIES (n = 37)	ARTHRALGIES (n = 19)	DOULEUR DE MEMBRES NON ARTICULAIRE = 18)	AUCUNE LOCALISATION (n = 11)	DOULEURS ADOMINOPELVIENNE (n = 9)	DOULEURS THORACIQUES (n = 9)	CEPHALEES (n = 5)	n	p	Test
EXHAUSTIVITE	4.52 (±1.64)	4.73 (±1.90)	4.87 (±1.88)	4.86 (±1.81)	3.36 (±1.58)	5.11 (±1.67)	4.33 (±2.26)	3.70 (±1.99)	200	0.27	Kruskal- Wallis

L'exhaustivité n'est pas différente en fonction de la localisation. On voit cependant une tendance à des courriers plus exhaustifs dans le cadre des douleurs abdominopelviennes et une exhaustivité en dessous de la moyenne pour les douleurs diffuses (Tableau 13).

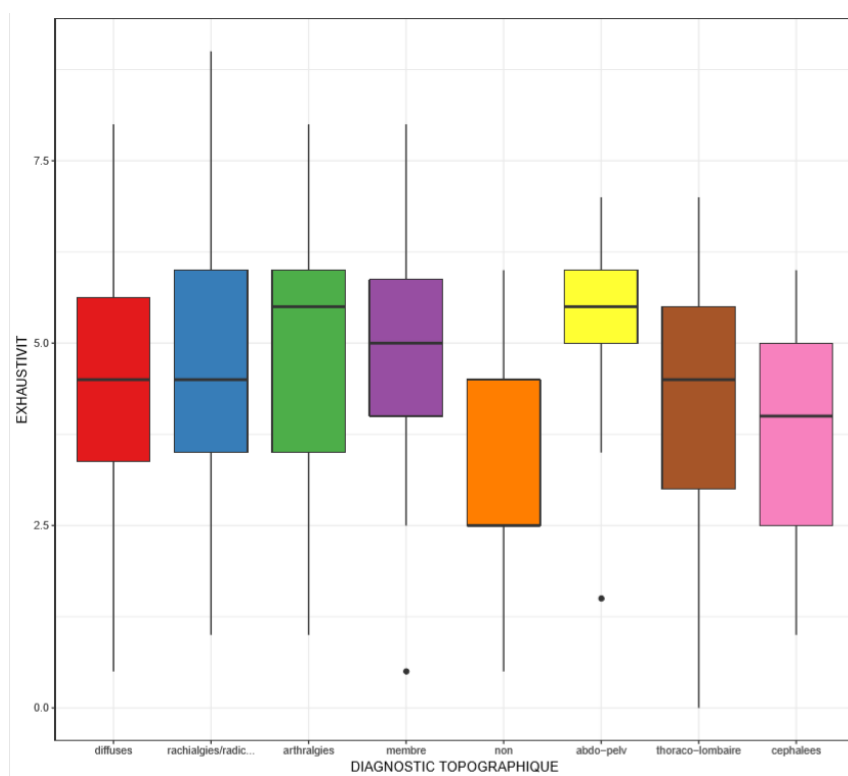
L'examen clinique est davantage présent dans les courriers des douleurs thoraciques abdominales, articulaires et rachidiennes, que dans les douleurs diffuses, il est absent dans les courriers sans localisation de la douleur.

Tableau 13. Exhaustivité détaillée selon la topographie de la douleur

		DOULEURS DIFFUSES (n = 92)	RACHIALGIES RADICULALGI ES (n = 37)	ARTHRALGIES S (n = 19)	DOULEUR DE MEMBRES (n = 18)	AUCUNE LOCALISATION (n = 11)	DOULEURS ADOMINOPELV IENNE (n = 9)	DOULEURS THORACIQUES (n = 9)	CEPHEALES (n = 5)	n	p	test
COORDO. PATIENT,	O	73 (79%)	23 (62%)	13 (68%)	16 (89%)	8 (73%)	9 (100%)	7 (78%)	2 (40%)	151	0.042	Fisher
	S	19 (21%)	13 (35%)	6 (32%)	2 (11%)	3 (27%)	0 (0%)	1 (11%)	3 (60%)	47	-	-
POSITION	N	87 (94%)	31 (83%)	18 (94%)	16 (88%)	9 (80%)	9 (100%)	7 (71%)	4 (80%)	181	0.16	Fisher
	O	5 (6%)	6 (17%)	1 (5.9%)	2 (12%)	2 (20%)	0 (0%)	2 (29%)	1 (20%)	19	-	-
ANTECEDENT	O	60 (65%)	23 (62%)	10 (53%)	6 (33%)	4 (36%)	7 (78%)	5 (56%)	2 (40%)	117	0.1	Fisher
	N	24 (26%)	11 (30%)	5 (26%)	6 (33%)	6 (55%)	1 (11%)	4 (44%)	3 (60%)	60	-	-
	S	8 (8.7%)	3 (8.1%)	4 (21%)	6 (33%)	1 (9.1%)	1 (11%)	0 (0%)	0 (0%)	23	-	-
BILAN CLINIQUE	O	36 (39%)	18 (49%)	10 (53%)	8 (44%)	0 (0%)	7 (78%)	5 (56%)	1 (20%)	85	<0.001	Fisher
	S	34 (37%)	14 (38%)	5 (26%)	7 (39%)	1 (9%)	0 (0%)	3 (33%)	3 (60%)	67	-	-
	N	22 (24%)	5 (14%)	4 (21%)	3 (17%)	10 (91%)	2 (22%)	1 (11%)	1 (20%)	48	-	-
ECP	N	46 (50%)	20 (54%)	7 (37%)	8 (44%)	7 (64%)	5 (56%)	4 (44%)	4 (80%)	101	0.8	Fisher
	O	32 (35%)	15 (41%)	9 (47%)	8 (44%)	2 (18%)	3 (33%)	5 (56%)	1 (20%)	75	-	-
	S	14 (15%)	2 (5.4%)	3 (16%)	2 (11%)	2 (18%)	1 (11%)	0 (0%)	0 (0%)	24	-	-
HYPOTHESE DIAG	O	53 (58%)	25 (68%)	16 (84%)	14 (78%)	4 (36%)	6 (67%)	3 (33%)	4 (80%)	125	0.048	Fisher
	N	39 (42%)	12 (32%)	3 (16%)	4 (22%)	7 (64%)	3 (33%)	6 (67%)	1 (20%)	75	-	-
MOTIF DU RECOURS	O	49 (53%)	21 (57%)	9 (47%)	10 (56%)	3 (27%)	5 (56%)	4 (44%)	1 (20%)	102	0.62	Fisher
TRAITEMENT	OI	37 (40%)	11 (30%)	8 (42%)	6 (33%)	4 (36%)	4 (44%)	3 (33%)	2 (40%)	75	1	Fisher
	S	30 (33%)	14 (38%)	6 (32%)	8 (44%)	3 (27%)	3 (33%)	3 (33%)	1 (20%)	68	-	-
	N	25 (27%)	12 (32%)	5 (26%)	4 (22%)	4 (36%)	2 (22%)	3 (33%)	2 (40%)	57	-	-
CONTEXTE	N	64 (70%)	22 (59%)	13 (68%)	12 (67%)	10 (91%)	5 (56%)	7 (78%)	4 (80%)	137	0.78	Fisher
	S	17 (18%)	10 (27%)	3 (16%)	2 (11%)	0 (0%)	3 (33%)	1 (11%)	0 (0%)	36	-	-
	O	11 (12%)	5 (14%)	3 (16%)	4 (22%)	1 (9.1%)	1 (11%)	1 (11%)	1 (20)	27	-	-

On remarque que les courriers concernant les arthralgies contiennent plus d'hypothèses diagnostiques que les douleurs diffuses, abdomino-pelviennes et thoraciques (Graphique 4).

Graphique 4. Exhaustivité détaillée selon la topographie de la douleur



c. La durée de la douleur

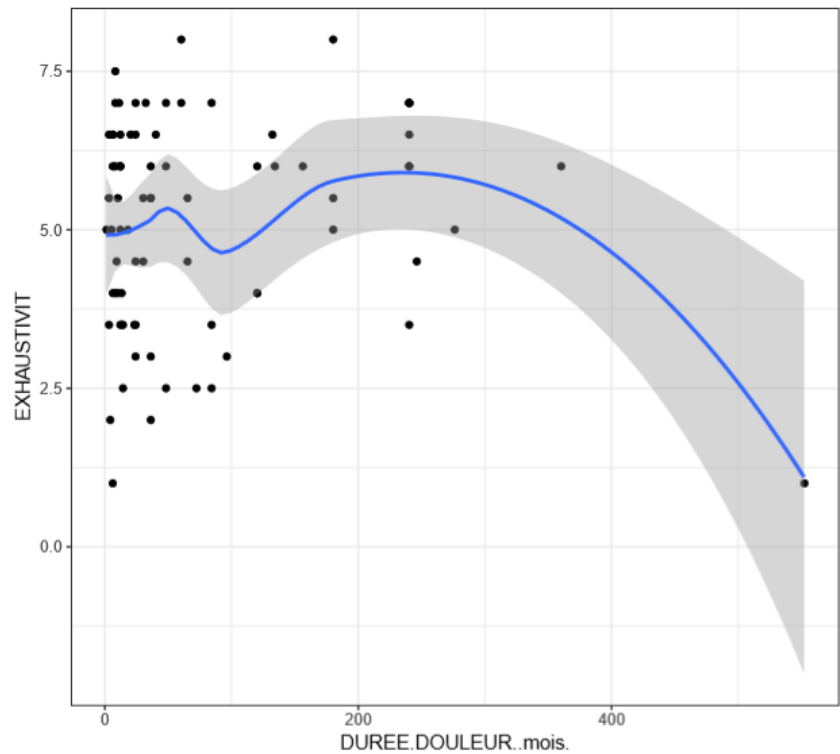
La durée de la douleur a été précisée dans un tiers des courriers (33,5%). Les durées sont variables, elles vont d'une durée d'un mois à 552 mois soit 46 ans. En moyenne, les patients souffrent depuis 77,6 mois soit 6,4 ans, la médiane précise que la moitié des personnes sont douloureuses depuis 32 mois soit 2,6 ans.

	moyenne (écart-type)	médiane [Q25-75]	min	max	N
DUREE DOULEUR mois	77.6 (102)	32.0 [12.0; 120]	1.00	552	77

Il n’y a pas de corrélation linéaire entre la durée de la douleur et l’exhaustivité

	Coefficient de corrélation (IC95)	n	p
EXHAUSTIVITE	0.0120 (-0.213; 0.235)	77	0.92

Graphique 5. Exhaustivité selon la durée de la douleur



d. La typologie de la douleur

La typologie de la douleur est précisée dans 30 % des courriers, sa présence favorise l'exhaustivité du courrier. Le caractère neuropathique est retrouvé dans 19,5% des courriers et la mention nociceptive dans 6,5% des courriers.

. Les lettres qui font mention de douleur mécanique ou nociceptive sont plus étayées que les autres, l'exhaustivité est de 5.14 [5.50 – 7.00 ; 6.00] (Tableau 14).

Tableau 14. Typologie de la douleur et Exhaustivité

TYPOLOGIE	moyenne (écart-type)	mediane [Q25- 75]	min	max	n	p	Test
NON PRECISEE	4.24 (±1.77)	4.50 [3.00 - 5.50]	0	8.50	140	<0.001	Kruskal-Wallis
NEUROPATHIQUE	5.14 (±1.53)	5.00 [4.25 - 6.00]	2.00	9.00	39	-	-
NOCICEPTIF / MECANIQUE	5.81 (±1.65)	6.00 [5.50 - 7.00]	1.00	7.50	13	-	-
MIXTE	5.00 (±1.77)	5.75 [3.62 - 6.12]	2.50	7.00	8	-	-

e. L'intensité de la douleur

On retrouve l'utilisation d'échelles d'évaluation de la douleur dans seulement 3 courriers sur 200, les douleurs sont décrites comme intenses ou très intenses dans 13 courriers (6,5 %).

Devant la faiblesse de l'échantillon, il n'est pas possible de démontrer significativement une différence d'exhaustivité selon la présence ou non d'une évaluation de la douleur (Tableau 15).

Tableau 15. Evaluation de la douleur et Exhaustivité

EVALUATION DE LA DOULEUR	moyenne (écart-type)	médiane [Q25-75]	min	max	n	p	test
NON	4.53 (±1.82)	4.50 [3.00 - 6.00]	0	9.00	187	0.51	Mann-Whitney
INTENSE / TRES INTENSE	4.92 (±0.813)	5.00 [4.50 - 5.50]	3.50	6.00	13	-	-

f. Le retentissement de la douleur

51 courriers (25,5%) évoquent le retentissement de la douleur pour le patient. Lorsque ce retentissement n'est pas mentionné, les courriers sont moins complets, on retrouve une exhaustivité à 4.26/9 [3.00 – 5,50]. Les médecins qui précisent le retentissement psychologique rédigent des courriers plus exhaustifs 6,21/9 [5.75 – 6.25 ; 6.00] ($p < 0.001$) (Tableau 16).

Tableau 16. Retentissement de la douleur et Exhaustivité

RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR	moyenne (écart-type)	médiane [Q25-75]	min	max	n	p	Test
PAS DE PRECISION	4.26 (±1.77)	4.50 [3.00 - 5.50]	0	9.00	149	<0.001	Kruskal-Wallis
FONCTIONNEL	5.35 (±1.65)	5.50 [4.50 - 6.50]	2.00	8.50	31	-	-
PROFESSIONNEL	5.57 (±1.02)	6.00 [5.00 - 6.00]	4.00	7.00	7	-	-
PSYCHOLOGIQUE	6.21 (±0.859)	6.00 [5.75 - 6.25]	5.50	8.00	7	-	-
INSOMNIANT	4.67 (±1.54)	5.00 [3.62 - 6.00]	2.50	6.00	6	-	-

g. Le motif du recours

On retrouve approximativement le motif du recours dans la moitié des courriers (48%). Sa mention a une incidence notable sur l'exhaustivité des courriers. Ce sont les courriers rédigés à la demande du patient qui sont les plus complets. Son absence est un facteur de mauvaise transmission de l'information (exhaustivité : 3,58/9) (Tableau 17).

A titre informatif les courriers réalisés à la demande du patient (n = 6) ne concernent que des patientes.

Tableau 17. Motif de recours et Exhaustivité

MOTIF DU RECOURS	moyenne (écart-type)	médiane [Q25- 75]	min	max	n	p	Test
NON PRECISE	3.58 (±1.60)	3.50 [2.50 - 4.50]	0	7.00	96	<0.001	Kruskal-Wallis
DIAGNOSTIQUE	5.77 (±1.33)	5.50 [5.00 - 7.00]	4.00	8.50	13	-	-
THERAPEUTIQUE	5.56 (±1.31)	5.50 [4.50 - 6.50]	2.00	8.00	62	-	-
MIXTE	5.23 (±1.31)	5.50 [4.50 - 6.00]	2.50	7.50	11	-	-
PERSONALITE COMPLEXE	4.75 (±1.44)	5.25 [4.62 - 5.50]	2.00	6.00	6	-	-
A LA DEMANDE DE LA PATIENTE	6.00 (±1.92)	5.75 [5.00 - 6.88]	3.50	9.00	6	-	-
THERAPEUTIQUE SPECIFIQUE	4.33 (±2.02)	4.75 [2.88 - 5.88]	1.50	6.50	6	-	-

C. LES SPECIFICITES DES MEDECINS

a. *L'hypothèse diagnostique*

Environ la moitié des médecins adressant ont formulé une hypothèse diagnostique (53%). La pathologie la plus fréquemment retrouvée est la fibromyalgie (24%), suivi des douleurs neuropathiques (12%) puis des douleurs traumatiques et post opératoires (8%) (Graphique 6).

Graphique 6. Hypothèses diagnostiques des médecins adressant

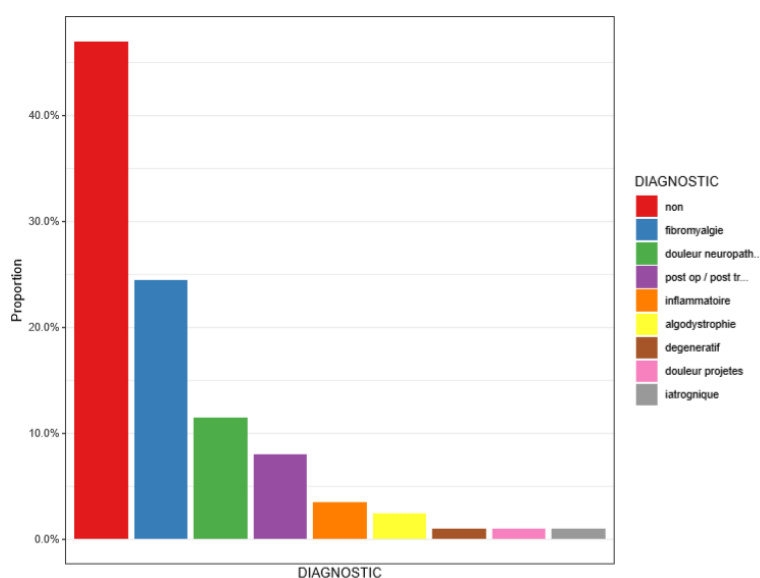


Tableau 18. Exhaustivité selon les hypothèses diagnostiques

	PAS DE DIAGNOSTIC (n = 94)	FIBROMYALGIE (n = 49)	DOULEURS NEUROPATHIQUES (n = 23)	D.POST CHIRURGIE / TRAUMA (n = 16)	PATHOLOGIES INFLAMMATOIRES (n = 7)	ALGODYSTROPHIE (n = 5)	PATHOLOGIES DEGENERATIVES (n = 2)	SYNDROME CANAL/AIRE ET D. PROJETES (n = 2)	LATROGENIE (n = 2)	n	p	test
EXHAUSTIVITE moyenne	4.60 (±1 .88)	4.54 (±1 .64)	4.57 (±1 .66)	4.88 (±1 .47)	4.00 (±1 .89)	2.90 (±1 .85)	4.25 (±2 .47)	7.00 (±0)	4.25 (±1 .77)	200	0.3	Kruskal- Wallis

L'exhaustivité des courriers n'est pas statistiquement différente selon les hypothèses diagnostiques (Tableau 18).

Seule la présence des antécédents s'avère être plus fréquente et plus précise dans les cas de fibromyalgie et dans les douleurs neuropathiques. Dans l'algodystrophie et les douleurs post opératoire et post traumatique, les antécédents sont moins souvent mentionnés.

Tableau 19. Exhaustivité détaillée selon les hypothèses diagnostiques

		PAS DE DIAGNOSTIC (n = 94)	FIBROMYALGIE (n = 49)	DOULEURS NEUROPATHIQUES (n = 23)	D. POST CHIRURGIE / TRAUMA (n = 16)	PATHOLOGIES INFLAMMATOIRES (n = 7)	ALGODYSTROPHIE (n = 5)	PATHOLOGIES DEGENERATIVES (n = 2)	SYNDROME CANALAIRES ET D. PROJETILES (n = 2)	IATROGENIE (n = 2)	n	p	test
EXHAUSTIVITE, moyenne		4.60 (±1.8 8)	4.54 (±1.6 4)	4.57 (±1.6 6)	4.88 (±1.4 7)	4.00 (±1.8 9)	2.90 (±1.8 5)	4.25 (±2.4 7)	7.00 (±0)	4.25 (±1.7 7)	200	0.3	Kruskal -Wallis
COORDONNES PATIENT	O	70 (74%)	38 (79%)	19 (83%)	11 (69%)	5 (71%)	3 (60%)	2 (100%)	1 (50%)	1 (50%)	150	0.85	Fisher
	S	22 (23%)	10 (21%)	4 (17%)	5 (31%)	2 (29%)	2 (40%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	47	-	-
	N	2 (2.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2	-	-
POSITION	N	80 (84%)	46 (93%)	23(100%)	15 (93%)	7 (100%)	5 (100%)	2 (100%)	1 (50%)	2 (100%)	181	0.21	Fisher
	O	14 (16%)	3 (6.7%)	0 (0%)	1 (7.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	19	-	-
ANTECEDENT	O	55 (59%)	34 (69%)	15 (65%)	6 (38%)	2 (29%)	1 (20%)	2 (100%)	1 (50%)	1 (50%)	117	<0.01	Fisher
	N	32 (34%)	10 (20%)	8 (35%)	5 (31%)	1 (14%)	3 (60%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	60	-	-
	S	7 (7.4%)	5 (10%)	0 (0%)	5 (31%)	4 (57%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	23	-	-
EXAMEN CLINIQUE	O	44 (47%)	17 (35%)	10 (43%)	8 (50%)	2 (29%)	1 (20%)	1 (50%)	2 (100%)	0 (0%)	85	0.57	Fisher
	S	31 (33%)	19 (39%)	7 (30%)	5 (31%)	1 (14%)	2 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	67	-	-
	N	19 (20%)	13 (27%)	6 (26%)	3 (19%)	4 (57%)	2 (40%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	48	-	-
EXAMEN COMPLEMEN TAIRE	N	48 (51%)	26 (53%)	11 (48%)	8 (50%)	3 (43%)	4 (80%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	101	0.52	Fisher
	O	35 (37%)	17 (35%)	11 (48%)	6 (38%)	2 (29%)	0 (0%)	1 (50%)	2 (100%)	1 (50%)	75	-	-
	S	11 (12%)	6 (12%)	1 (4.3%)	2 (12%)	2 (29%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	24	-	-
DIAGNOSTIC	O	51(54%)	33(67%)	18(78%)	11(69%)	4(57%)	3(60%)	1(50%)	2(100%)	2(100%)	125	0.39	Fisher
	N	43(46%)	16(33%)	5(22%)	5(31%)	3(43%)	2(40%)	1(50%)	0 (0%)	0 (0%)	75	-	
MOTIF DU RECOURS	O	46 (49%)	25 (51%)	10 (43%)	13 (81%)	3 (43%)	2 (40%)	0 (0%)	2 (100%)	1 (50%)	102	0.17	Fisher
	N	48 (51%)	24 (49%)	13 (57%)	3 (19%)	4 (57%)	3 (60%)	2 (100%)	0 (0%)	1 (50%)	98	-	-
TRAITEMENT	O	38 (40%)	16 (33%)	8 (35%)	6 (38%)	3 (43%)	1 (20%)	1 (50%)	2 (100%)	0 (0%)	75	0.89	Fisher
	S	31 (33%)	19 (39%)	9 (39%)	5 (31%)	2 (29%)	1 (20%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	68	-	-
	N	25 (27%)	14 (29%)	6 (26%)	5 (31%)	2 (29%)	3 (60%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	57	-	-
CONTEXTE,	N	60 (64%)	35 (71%)	17 (74%)	9 (56%)	6 (86%)	5 (100%)	2 (100%)	1 (50%)	2 (100%)	137	0.87	Fisher
	S	17 (18%)	8 (16%)	5 (22%)	4 (25%)	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	36	-	-
	O	17 (18%)	6 (12%)	1 (4.3%)	3 (19%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	27	-	-

b. La spécialité des médecins

Tableau 20. Exhaustivité selon les spécialités médicales

	MG (n = 99)	RHUMATO (n = 48)	AUTRES (n = 15)	NEURO (n = 11)	ORTHO (n = 10)	MED INT (n = 9)	MPR (n = 4)	PSY (n = 4)	n	p	Test
EXHAUSTIVITE Moyenne	4.29 (±1.75)	4.76 (±1.76)	4.77 (±1.68)	5.32 (±1.57)	4.55 (±2.15)	4.89 (±1.88)	5.38 (±2.78)	4.38 (±1.03)	200	0.47	Kruskal- Wallis

Les médecins généralistes représentent la moitié des médecins qui adressent (49.5%).

Lorsque l'on compare toutes les spécialités des médecins adressant, on ne retrouve pas de différence significative d'exhaustivité, ni de différence pour chaque items (Tableau 20).

Il faut comparer les médecins généralistes à l'ensemble des autres spécialités pour montrer une différence significative (Tableau 21, Graphique 7).

Dans ce cas, les courriers des médecins généralistes (exhaustivité moyenne 4.29/9) sont significativement moins exhaustifs que les courriers des autres spécialistes (exhaustivité 4.82/9) ($p = 0,33$).

Tableau 21. Exhaustivité selon les spécialités médicales

	SPECIALITE AUTRES (n = 101)	SPECIALITE MG (n = 99)	n	p	test
EXHAUSTIVITE	4.82 (±1.77)	4.29 (±1.75)	200	0.033	Welch

Graphique 7. Exhaustivité selon les spécialités médicales

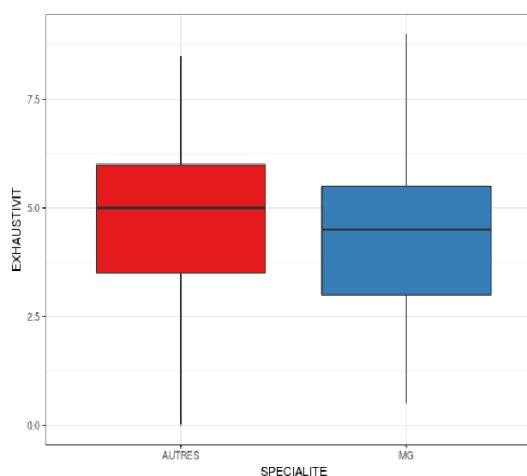


Tableau 22. Exhaustivité détaillée selon les spécialités médicales

		SPECIALITE AUTRES (n = 101)	SPECIALITE MG (n = 99)	n	p	Test
COORDONNEES PATIENT	OUI	81 (80%)	70 (70%)	151	0.19	Fisher
	SUCCINCT	19 (19%)	28 (29%)	47	-	-
	NON	1 (0.99%)	1 (1%)	2	-	-
POSITION	NON	91(89%)	90 (90.2%)	181	0.98	Chi2
	OUI	10 (11%)	9 (9.8%)	19	-	-
ANTECEDENT	OUI	57 (56%)	60 (61%)	117	0.32	Chi2
	NON	29 (29%)	31 (31%)	60	-	-
	SUCCINCT	15 (15%)	8 (8.1%)	23	-	-
BILAN CLINIQUE DE LA DOULEUR	OUI	47 (47%)	38 (38%)	85	0.43	Chi2
	SUCCINCT	33 (33%)	34 (34%)	67	-	-
	NON	21 (21%)	27 (27%)	48	-	-
EXAMEN COMPLEMENTAIRE	NON	40 (40%)	61 (62%)	101	<0.01	Chi2
	OUI	44 (44%)	31 (31%)	75	-	-
	SUCCINCT	17 (17%)	7 (7.1%)	24	-	-
DIAGNOSTIC	OUI	68 (67%)	57 (58%)	125	0.2	Chi2
	NON	33 (33%)	42 (42%)	75	-	-
MOTIF DU RECOURS	OUI	60 (59%)	42 (42%)	102	0.024	Chi2
	NON	41 (41%)	57 (58%)	98	-	-
TRAITEMENT	OUI	43 (43%)	32 (32%)	75	0.086	Chi2
	SUCCINCT	27 (27%)	41 (41%)	68	-	-
	NON	31 (31%)	26 (26%)	57	-	-
CONTEXTE	NON	73 (72%)	64 (65%)	137	0.45	Chi2
	SUCCINCT	17 (17%)	19 (19%)	36	-	-
	OUI	11 (11%)	16 (16%)	27	-	-

L'analyse détaillée du contenu des courriers, montre que 2 des 9 items (EXAMENS COMPLÉMENTAIRES et LE MOTIF DE RECOURS) sont plus souvent mentionnés par les spécialistes non généralistes, respectivement $p < 0,001$ et $p = 0,024$ (Tableau 22).

c. Les modalités d'exercice

Tableau 23. Exhaustivité détaillée selon les spécificités des médecins

		PAS DE SPÉCIFICITÉ (n = 130)	INTRA HÔPITAL (n = 41)	MED COMPLÉMENTA IRE (n = 12)	HORS IDF (n = 5)	REMPPLACANT (n = 4)	D DU SPORT (n = 3)	DIPLOME DOCTEUR (n = 2)	DU URGENCE (n = 2)	MED ÉTRANGER (n = 1)	n	p	test
EXHAUSTIVITE, moyenne		4.46 (±1.7 7)	5.01 (±1.9 2)	3.62 (±1.5 2)	5.10 (±0.9 62)	5.12 (±0.8 54)	5.50 (±1.0 0)	4.75 (±3.1 8)	3.00 (±0.7 07)	4.50 (±-)	200	0.25	Kruskal -Wallis
COORDONNES PATIENT	O	95 (74%)	33 (80%)	8 (67%)	5 (100%)	3 (75%)	3 (100%)	1 (50%)	1 (50%)	1 (100%)	150	0.8	Fisher
	S	32 (25%)	8 (20%)	4 (33%)	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	47	-	-
	N	2 (1.6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2	-	-
POSITION	N	119 (91%)	36 (87%)	9 (73%)	5 (100%)	4 (100%)	3 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	181	0.69	Fisher
	O	11 (9.4%)	5 (13%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	19	-	-
ANTECEDENT	O	82 (63%)	20 (49%)	3 (25%)	3 (60%)	3 (75%)	3 (100%)	2 (100%)	0 (0%)	1 (100%)	117	0.2	Fisher
	N	36 (28%)	14 (34%)	6 (50%)	1 (20%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	60	-	-
	S	12 (9.2%)	7 (17%)	3 (25%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	23	-	-
EXAMEN CLINIQUE	O	59 (45%)	17 (41%)	3 (25%)	3 (60%)	0 (0%)	2 (67%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	85	0.32	Fisher
	S	38 (29%)	18 (44%)	4 (33%)	1 (20%)	2 (50%)	1 (33%)	1 (50%)	1 (50%)	1 (100%)	67	-	-
	N	33 (25%)	6 (15%)	5 (42%)	1 (20%)	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	48	-	-
EXAMEN COMPLEMEN- TAIRE	N	66 (51%)	19 (46%)	6 (50%)	3 (60%)	2 (50%)	1 (33%)	1 (50%)	2 (100%)	1 (100%)	101	0.63	Fisher
	O	50 (38%)	18 (44%)	2 (17%)	2 (40%)	1 (25%)	1 (33%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	75	-	-
	S	14 (11%)	4 (9.8%)	4 (33%)	0 (0%)	1 (25%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	24	-	-
DIAGNOSTIC	O	77 (59%)	32 (78%)	4 (33%)	2 (40%)	4 (100%)	2 (67%)	1 (50%)	2 (100%)	1 (100%)	125	0.032	Fisher
	N	53 (41%)	9 (22%)	8 (67%)	3 (60%)	0 (0%)	1 (33%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	75	-	-
MOTIF DU RECOURS	O	60 (46%)	27 (66%)	3 (25%)	4 (80%)	4 (100%)	2 (67%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	102	0.021	Fisher
	N	70 (54%)	14 (34%)	9 (75%)	1 (20%)	0 (0%)	1 (33%)	1 (50%)	1 (50%)	1 (100%)	98	-	-
TRAITEMENT	O	50 (38%)	13 (32%)	4 (33%)	3 (60%)	3 (75%)	2 (67%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	75	0.38	Fisher
	S	38 (29%)	18 (44%)	6 (50%)	2 (40%)	1 (25%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	1 (100%)	68	-	-
	N	42 (32%)	10 (24%)	2 (17%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	57	-	-
CONTEXTE	N	93 (72%)	24 (59%)	10 (83%)	2 (40%)	4 (100%)	2 (67%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	137	0.1	Fisher
	S	22 (17%)	8 (20%)	0 (0%)	3 (60%)	0 (0%)	1 (33%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (100%)	36	-	-
	O	15 (12%)	9 (22%)	2 (17%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	27	-	-
AUTRES SPECIALITES		61 (47%)	29 (71%)	5 (42%)	2 (40%)	0 (0%)	2 (67%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (100%)	101	0.019	Fisher
MG		69 (53%)	12 (29%)	7 (58%)	3 (60%)	4 (100%)	1 (33%)	2 (100%)	1 (50%)	0 (0%)	99	-	-

Si l'on regarde ces résultats en fonction de certaines spécificités retrouvées dans les courriers, tel que le fait de travailler dans le même hôpital que le CETD, pratiquer une médecine complémentaire, ou être remplaçant, on remarque que ces spécificités n'influencent pas l'exhaustivité.

Cependant, le motif de recours est plus souvent exprimé dans les courriers des médecins généralistes remplaçants et des médecins non franciliens.

L'hypothèse diagnostique est davantage formulée lorsque les médecins qui adressent sont dans le même hôpital que les CETD ou lorsqu' il s'agit des médecins généralistes remplaçants.

d. La lisibilité du courrier

Sur l'ensemble des courriers, 60 sont écrits à la main.

On propose d'évaluer leur difficulté de lecture selon une échelle subjective.

Aucune difficulté : tous les mots sont lisibles aisément

Difficulté légère : il est nécessaire de relire plusieurs fois le courrier

Difficulté modérée : il est nécessaire de demander l'aide d'une tierce personne

Lecture difficile : un ou deux mots sont illisibles

Lecture très difficile : une phrase est illisible

Lecture impossible : un paragraphe entier est illisible

En cas de lecture impossible, les dossiers ont été exclus de l'étude

Tableau 24. Exhaustivité selon la lisibilité des courriers

	DACTYLO (n = 140)	AUCUNE DIFFICULTE (n = 12)	DIFFICULTE LEGERE (n = 19)	DIFFICULTE MODEREE (n = 13)	LECTURE DIFFICILE (n = 12)	TRES DIFFICILE (n = 4)	n	p	test
EXHAUSTIVITE moyenne	4.89 (±1.69)	4.08 (±1.83)	4.29 (±2.04)	4.00 (±1.53)	2.71 (±1.01)	3.12 (±1.70)	200	<0.001	Kruskal-Wallis

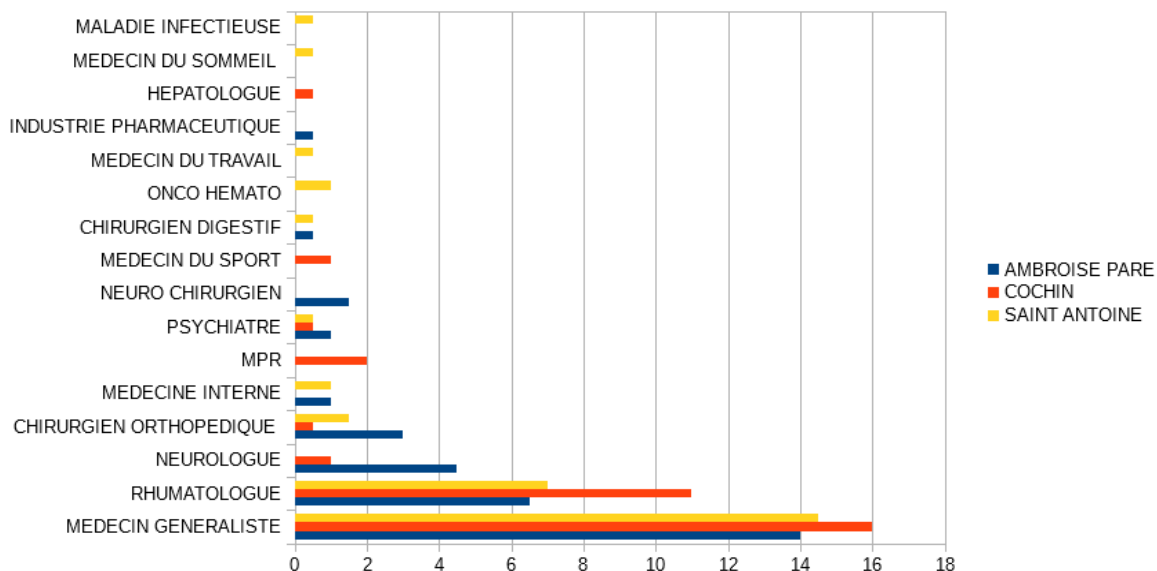
On met en évidence une dégradation significative de l'exhaustivité des courriers parallèlement au soin apporté à l'écriture (Tableau 24).

Les courriers dactylographiés ont une exhaustivité moyenne (4,89/9) supérieure à la moyenne de l'ensemble des courriers (4,56/9) ($p < 0.001$).

D. LES CARACTERISTIQUES DE L'ORIENTATION

a. Le recrutement des CETD

Graphique 8. Spécialistes adressant selon les CETD



Schématiquement, on identifie un tropisme plutôt rhumatologique dans le CETD de Cochin, tandis que le CETD d'Ambroise Paré reçoit davantage de courriers de neurologues. Enfin Saint Antoine a le recrutement le plus diversifié. (Graphique 8)

Le recrutement de Saint Antoine passe beaucoup par les médecins généralistes, celui de Cochin par les rhumatologues et celui d'Ambroise Paré est celui qui travaille le plus avec les neurologues. (Graphique 9)

Graphique 9. Recrutement des CETD

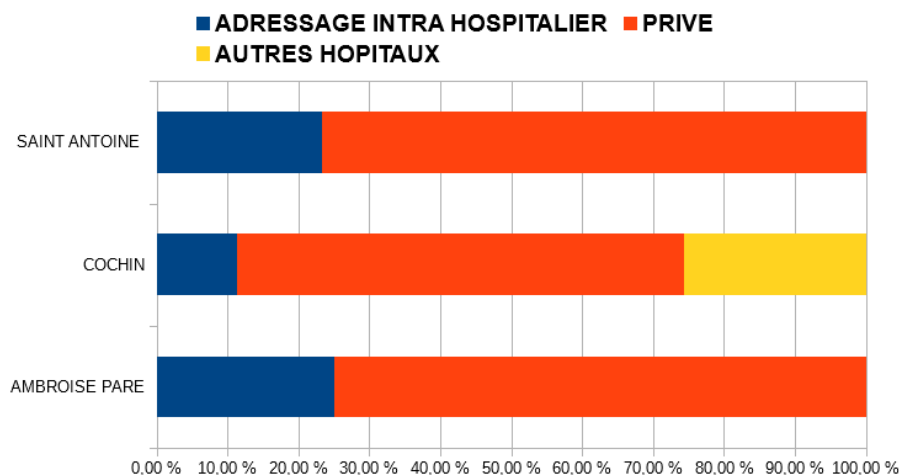


Tableau 25. Exhaustivité et caractéristiques des patients selon les CETD

	COCHIN (n = 70)	AMBROISE PARE (n = 66)	SAINT ANTOINE (n = 64)	n	p	test
EXHAUSTIVITE	4.46 (±1.81)	4.65 (±1.78)	4.56 (±1.75)	200	0.83	Anova
AGE	50.1 (±13.9)	50.8 (±16.8)	50.9 (±16.5)	200	0.94	Anova
SEXE F	52 (34%)	45 (29%)	56 (37%)	153	0.03	Chi2
SEXE H	18 (38%)	21 (45%)	8 (17%)	47		

L'exhaustivité des courriers ne varie pas selon le CETD d'inclusion du courrier (p=0,083).

Il n'y a pas de différence significative de l'âge moyen des patients selon le CETD d'inclusion.

Les femmes représentent 3/4 des patients, la proportion d'homme plus importante à Ambroise Paré (31%), que pour Cochin (26%) et Saint Antoine (12,5 %).(Tableau 25)

Tableau 26. Présence du bilan clinique selon les CETD

BILAN CLINIQUE DE LA DOULEUR		OUI (n = 85)	SUCCINCT (n = 67)	NON (n = 48)	n	p	test
HOPITAL	COCHIN	29 (34%)	28 (42%)	13 (27%)	70	0.039	Chi2
	AMBROISE PARE	35 (41%)	13 (19%)	18 (38%)	66	-	-
	SAINT ANTOINE	21 (25%)	26 (39%)	17 (35%)	64	-	-

Les médecins qui adressent au CETD d'Ambroise Paré, ne mentionnent pas de bilan dans 38% des courriers mais quand ils le mentionnent, ils le font avec plus de précisions que pour les autres CETD, 41% d'item complet versus 34% et 25%. (Tableau 26)

b. Les délais d'attente

Le délai moyen entre la date de réalisation du courrier et la première consultation douleur est de 16 semaines. (Tableau 27)

Tableau 27. Délais d'attente selon les CETD

	DELAI MOYEN (écart-type)	DELAI MEDIAN [Q25-75]	min	Max	N	p	test
TOTAL (semaine)	16.3 (10.7)	14.0 [8.00; 23.0]	1.00	52.0	198		
HOPITAL COCHIN	13.1 (± 7.35)	12.0 [8.00 - 19.0]	1.00	34.0	68	<0.001	Anova
HOPITAL AMBROISE PARE	14.3 (± 10.2)	12.0 [6.00 - 19.8]	1.00	52.0	66	-	
HOPITAL SAINT ANTOINE	21.8 (± 12.0)	23.0 [12.0 - 32.0]	1.00	42.0	64	-	-

Deux courriers sur deux cents ne contenaient pas de dates. Les délais d'attente sont très variables, allant d'une semaine à un an. Les délais sont les plus long pour le CETD de l'hôpital Saint Antoine avec un délai moyen de 21,8 semaines.

Il n'existe pas de relation linéaire entre les délais d'attente et l'exhaustivité (Graphique 10).

Graphique 10. Exhaustivité selon les délais d'attente

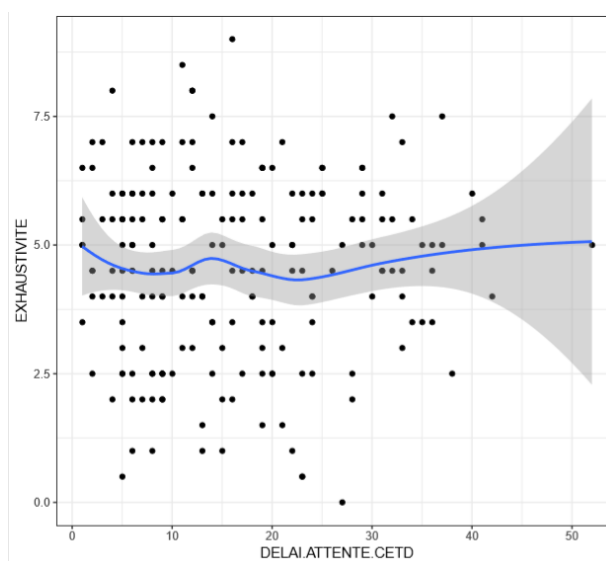


Tableau 28. Exhaustivité détaillée selon les délais d'attente

		moyenne (écart-type)	médiane [Q25-75]	Min	Max	n	p	test
COORDONNEES PATIENT	OUI	15.8 (±11.0)	13.0 [6.00 - 24.0]	1.00	52.0	149	0.18	Kruskal-Wallis
	SUCCINCT	17.6 (±9.46)	16.0 [9.00 - 23.0]	4.00	40.0	47	-	
	NON	23.5 (±4.95)	23.5 [21.8 - 25.2]	20.0	27.0	2	-	
POSITION	NON	16.4 (±10.7)	14.0 [8.00 - 23.8]	1.00	52.0	181	0.99	Mann-Whitney
	OUI	17.2 (±12.8)	12.0 [7.50 - 29.0]	2.00	40.0	19	-	
ANTECEDENT	OUI	16.5 (±10.9)	14.0 [7.00 - 25.0]	1.00	42.0	115	0.96	Kruskal-Wallis
	NON	15.9 (±9.82)	14.5 [8.00 - 21.0]	1.00	52.0	60	-	
	SUCCINCT	16.0 (±12.0)	13.0 [7.50 - 22.0]	1.00	41.0	23	-	
BILAN CLINIQUE DE LA DOULEUR	OUI	14.8 (±10.1)	13.0 [6.00 - 20.0]	1.00	52.0	85	0.19	Anova
	SUCCINCT	17.9 (±11.5)	16.0 [9.00 - 29.0]	1.00	41.0	65	-	-
	NON	16.9 (±10.3)	14.5 [8.00 - 23.0]	4.00	42.0	48	-	-
EXAMEN COMPLMENTAIRE	NON	17.0 (±11.0)	15.0 [7.50 - 24.0]	1.00	42.0	99	0.61	Kruskal-Wallis
	OUI	15.3 (±10.5)	13.0 [7.50 - 22.0]	1.00	52.0	75	-	
	SUCCINCT	16.5 (±10.2)	16.5 [8.75 - 22.8]	1.00	41.0	24	-	
HYPOTHSE DIAGNOSTIQUE	OUI	17.2 (±11.3)	15.5 [8.00 - 25.0]	1.00	52.0	124	0.12	Welch
	NON	14.9 (±9.30)	13.0 [7.25 - 21.8]	2.00	38.0	74	-	
MOTIF DU RECOURS	OUI	17.9 (±11.0)	16.0 [9.00 - 25.0]	1.00	42.0	101	0.036	Welch
	NON	14.7 (±10.1)	12.0 [6.00 - 23.0]	1.00	52.0	97	-	-
TRAITEMENT	OUI	17.0 (±11.4)	13.5 [8.00 - 25.0]	1.00	52.0	74	0.57	Anova
	SUCCINCT	15.2 (±9.46)	15.0 [6.75 - 22.2]	1.00	40.0	68	-	
	NON	16.8 (±11.1)	14.0 [8.00 - 23.2]	1.00	42.0	56	-	
CONTEXTE	NON	16.5 (±11.0)	14.0 [7.00 - 23.0]	1.00	52.0	137	0.51	Kruskal-Wallis
	SUCCINCT	14.9 (±11.1)	11.5 [6.00 - 22.8]	1.00	37.0	34	-	
	OUI	16.8 (±8.46)	16.0 [11.5 - 21.5]	2.00	33.0	27	-	

Si le médecin adressant ne précise pas le motif du recours, le patient est vu plus vite avec un délai de consultation moyen en 14,7 semaines contre 17,9 semaines lorsque le motif de recours figure dans le courrier (Tableau 28).

E. LA CORRELATION DIAGNOSTIQUE

Tableau 29. Exhaustivité selon la corrélation diagnostique

		CORRELATION DIAGNOSTIQUE non (n = 109)	CORRELATION DIAGNOSTIQUE oui (n = 88)	CORRELATION DIAGNOSTIQUE aucun diag (n = 3)	n	p	test
EXHAUSTIVITE		4.30 (±1.85)	4.86 (±1.66)	5.00 (±1.00)	200	0.14	Kruskal-Wallis

Tableau 30. Corrélation diagnostique selon les pathologies et les spécialités

		CORRELATION DIAGNOSTIQUE non (n = 109)	CORRELATION DIAGNOSTIQUE oui (n = 88)	CORRELATION DIAGNOSTIQUE aucun diag (n = 3)	n	p	test
DIAGNOSTIC	AUCUN DIAG	58 (53%)	34 (39%)	2 (67%)	94	0.21	Fisher
	FIBROMYALGIE	20 (18%)	29 (33%)	0 (0%)	49	-	-
	DOULEUR NEUROPATHIQUE	13 (12%)	10 (11%)	0 (0%)	23	-	-
	POST TRAUMA / POST OP	8 (7.3%)	8 (9.1%)	0 (0%)	16	-	-
	INFLAMMATOIRE	3 (2.8%)	3 (3.4%)	1 (33%)	7	-	-
	ALGODYSTROPHIE	2 (1.8%)	3 (3.4%)	0 (0%)	5	-	-
	DEGENERATIVE	1 (0.92%)	1 (1.1%)	0 (0%)	2	-	-
	D. PROJETEES	2 (1.8%)	0 (0%)	0 (0%)	2	-	-
	IATROGENIE	2 (1.8%)	0 (0%)	0 (0%)	2	-	-
SPECIALITE	MG	54 (50%)	45 (51%)	0 (0%)	99	0.38	Fisher
	RHUMATOLOGUE	26 (24%)	20 (23%)	2 (67%)	48	-	-
	AUTRES	9 (8.3%)	6 (6.8%)	0 (0%)	15	-	-
	NEUROLOGUE	6 (5.5%)	5 (5.7%)	0 (0%)	11	-	-
	CHIR ORTHO	3 (2.8%)	7 (8%)	0 (0%)	10	-	-
	MED INTERNE	6 (5.5%)	2 (2.3%)	1 (33%)	9	-	-
	MPR	2 (1.8%)	2 (2.3%)	0 (0%)	4	-	-
	PSYCHIATRE	3 (2.8%)	1 (1.1%)	0 (0%)	4	-	-

Il n'y a pas de pathologie plus fréquemment confirmée par l'algologue.

Les algologues n'infirmant pas plus les diagnostics des généralistes que ceux des autres spécialités.

F. POSITION DANS L'ADRESSAGE

La position dans l'adressage est très peu citée dans les courriers (9,5 %).

Quand les courriers la mentionnent, le médecin généraliste est, à une exception près le 1^{er} ou le 2^{ème} recours. L'exhaustivité des courriers n'est pas influencée par la position de l'adressage.

Tableau 31. Exhaustivité selon la position dans l'adressage

	EXHAUSTIVITE moyenne	n	P	test
NON PRECISE	4.47 (± 1.73)	181	0.13	Kruskal-Wallis
1 ^{ER} RECOURS	6.12 (± 1.69)	9		
2 ^{ème} RECOURS	5.00 (± 2.36)	9		
3 ^{ème} RECOURS	4.50 ($\pm -$)	1		

G. TABLEAU RECAPITULATIF DES RESULTATS

Tableau 32. VARIATION DE L'EXHAUSTIVITE SELON LE CONTENU DES COURRIERS

CARACTERISTIQUES DES PATIENTS	AGE	NON	
	SEXE	NON	
	CONTEXTE FAMILIAL	OUI	Courrier significativement plus exhaustif si mention de difficultés familiales (p < 0,001)
	CONTEXTE PROFESSIONNEL	OUI	Courrier significativement plus exhaustif si mention d'un arrêt de travail (p < 0,001)
SPECIFICITES DE LA PATHOLOGIE	CINETIQUE DE LA DOULEUR	OUI	Courrier significativement plus exhaustif si mention d'une cinétique d'horaire inflammatoire (p = 0,012)
	LOCALISATION DE LA DOULEUR	NON	
	DUREE DE LA DOULEUR	NON	
	TYPOLOGIE DE LA DOULEUR	OUI	Courrier significativement plus exhaustif si mention de caractéristiques nociceptives (p < 0,001)
	INTENSITE DE LA DOULEUR	NON	
	RETENTISSEMENT DE LA DOULEUR	OUI	Courrier significativement plus exhaustif si mention d'un retentissement psychologique (p < 0,001)
	MOTIF DU RECOURS	OUI	Courrier significativement plus exhaustif si mention à la demande du patient (p < 0,001)
SPECIFICITES DU MEDECIN	HYPOTHESE DIAGNOSTIQUE	NON	
	SPECIALITE DU MEDECIN	OUI	Courrier significativement moins exhaustif si adressé par médecin généraliste (p = 0,033)
	LES MODALITES D'EXERCICES	NON	
	LISIBILITE DU COURRIER	OUI	Courrier significativement moins exhaustif si rédaction manuscrite et difficultés de lecture (p < 0,001)
CARACTERISTIQUES DE L'ORIENTATION	RECRUTEMENT	NON	
	DELAI D'ATTENTE	NON	
	CORRELATION DIAGNOSTIQUE	NON	
	POSITION DANS L'ADRESSAGE	NON	

IV. DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'évaluer le parcours de soins des patients douloureux à travers la qualité des courriers d'adressage.

1. RESULTATS

D'après notre étude, les courriers d'orientation dans les CETD comportent la moitié des éléments attendus par la recommandation de l'HAS(2).

Nous avons identifié des éléments qui sont corrélés à une amélioration ou une détérioration de la qualité du courrier.

L'un des éléments les plus souvent oubliés est le contexte socio-professionnel et familial du patient. Pourtant, l'exhaustivité des courriers est meilleure lorsque le médecin mentionne des difficultés familiales et la situation professionnelle du patient. Trop peu pris en compte par le praticien, ce temps de recueil d'éléments non médicaux paraît donc efficace et pertinent.

Quand on retrouve un retentissement psychologique de la douleur ou que le courrier est rédigé à la demande du patient, les courriers sont également plus complets.

Les courriers de douleurs nociceptives sont plus complets que ceux des douleurs neuropathiques. Cela pourrait signifier une moins bonne maîtrise de la clinique des douleurs neuropathiques. Une deuxième explication pourrait être que le grand nombre de neurologues adressant au centre d'Ambroise Paré rédigent rapidement des courriers dont ils attendent des réponses précises telles que les thérapeutiques spécifiques de stimulation médullaire et intracrânienne. En effet le CETD d'Ambroise Paré a au sein de son équipe 2 neurologues internationalement réputés dans la prise en charge des douleurs neuropathiques. Cela peut donc expliquer un biais dans la qualité des courriers concernant les douleurs neuropathiques adressés au CETD d'Ambroise Paré.

Les généralistes détaillent un peu moins leurs courriers que les autres spécialistes, sans distinction de pathologie. Cela ne semble pas être un manque de connaissance, puisque dans notre échantillon, le courrier avec une exhaustivité totale de 9/9 avait été rédigé par un médecin généraliste.

Peut-être d'avantage un manque de temps ? Le fait qu'un courrier difficilement lisible est un courrier souvent incomplet, est un argument en ce sens.

Si l'on s'intéresse au détail du bilan clinique, on remarque également que deux items sont très peu mentionnés : typologie de la douleur et retentissement de la douleur. La présence de ces éléments augmente significativement l'exhaustivité des courriers.

Enfin, préciser le motif de recours permet aussi un meilleur transfert d'information, surtout et paradoxalement lorsque c'est une patiente qui en fait la demande. Ces 6 courriers de patients que le médecin adresse à leur demande ont la spécificité d'être nettement plus complets que la moyenne. Partager l'organisation du parcours de soins avec les patients pourrait-il être vecteur d'une meilleure organisation de celui-ci ?

A l'opposé d'autres paramètres n'influencent pas la bonne transmission de l'information : l'âge et le sexe du patient, la position dans l'adressage, la localisation et la durée de la douleur, l'hypothèse du praticien adressant et son mode d'exercice.

On ne retrouve pas de différence de qualité de courriers selon les CETD, et la qualité du courrier ne prédit pas une meilleure corrélation diagnostique entre le médecin adressant le patient et la conclusion de l'algologue. Le diagnostic n'est peut-être pas le sésame de la prise en charge ?

2. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE

a. Le recrutement

Le recueil des courriers a eu lieu uniquement dans les CETD à Paris et en proche banlieue.

Nous retrouvons autant de généralistes que de spécialistes, cela reflète les proportions retrouvées dans les autres études (59).

Le CETD d'Ambroise Paré est sur-spécialisé dans les douleurs neuropathiques, ce qui majore la prévalence des pathologies dites neurologiques (neuropathies périphériques et céphalées). Cela constitue de fait un biais de sélection.

Il est probable qu'un plus grand échantillonnage aurait permis de rendre des tendances statistiques significatives.

b. Le recueil de données

A notre connaissance, notre grille d'analyse, issue directement des recommandations HAS, est à ce jour exclusivement utilisée dans cette étude. Il serait intéressant de la réutiliser pour analyser d'autres courriers ou pour d'autres structures de soins spécialisées.

Certains dossiers ont été exclus car la lettre d'adressage était manquante ou scannée de manière illisible.

Étant donné sa construction, notre étude élimine les patients reçus dans les CETD sans courriers et les patients douloureux chroniques n'ayant pas de suivi dans les centres de la douleur.

Certains critères analysés dans l'étude sont des paramètres subjectifs et dépendants de l'évaluateur comme la lisibilité des lettres d'adressages. Une relecture des lettres par un lecteur différent aurait pu limiter ce biais d'évaluation

Notre étude est l'une des rares à évaluer le contenu de l'information transmise entre praticiens, cela nous semble un élément important à évaluer dans l'étude du parcours du soins des patients.

Elle a la spécificité d'analyser de manière quantitative, la qualité et le contenu des courriers et à travers eux elle tente de faire une photographie instantanée d'un parcours de soins.

3. PROPOSITIONS

A la lumière de ces éléments nous pensons que sensibiliser régulièrement les médecins généralistes et autres spécialistes à la particularité multidimensionnelle de la douleur est important.

Nous proposons que cela passe par l'optimisation de la formation initiale et continue, en augmentant le nombre de cours dédiés à la douleur en second cycle, dans les départements de médecine générale et en formation médicale continue.

De plus l'utilisation d'un outil tel qu'un courrier type et un outil d'aide à l'orientation des patients douloureux permettrait un soutien simple et rapide aux praticiens.

Nous proposons de diffuser un modèle de lettre type (cf. Annexe) et de le diffuser sur le site de la SFETD ou le site AMELI.

V. CONCLUSION

En conclusion, cette étude descriptive a permis de pointer une homogénéité relative dans la qualité des courriers et a mis en évidence que la mention de certains éléments est vectrice d'une meilleure transmission de l'information entre praticiens.

Les éléments non médicaux sont souvent les grands oubliés des médecins. Prendre en charge la douleur sans la notion psychique et sociale que l'on retrouve dans la définition OMS de la santé, c'est omettre que la douleur est un phénomène multidimensionnel.

Ce travail exploratoire s'intègre dans une démarche globale d'évaluation du système de soins français visant à optimiser la prise en charge des patients tout en ménageant les dépenses de santé.

S'il s'inscrit dans le cadre d'une étude préliminaire, il nous fournit néanmoins l'occasion d'une réflexion sur l'état des relations entre les médecins adressant et les centres de la douleur à travers la circulation de l'information médicale.

Sensibiliser les médecins aux spécificités de la prise en charge de la douleur et utiliser une lettre type pourrait permettre de faire évoluer le parcours de soins des patients douloureux chronique avec notamment une amélioration des délais de consultation.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Descartes R. L'homme de René Descartes et la formation du fœtus. 1677.
2. HAS. Douleur chronique : Reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. In 2008.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287–333.
4. Eschalier A, Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Langley P, et al. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15000 personnes adultes. *Douleurs*. 2013;14(1):4–15.
5. Didier Bouhassira, Michel Lanteri-Minet NA, Bernard Laurent CT. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008;136:380–7.
6. Generale D, Sante DEL a. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. La douleur en questions. [Internet]. 2e édition; 2008
http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/Doul_en_questions_EDIT2.pdf. 2007. p. 1–11.
7. Midy V. Vécu et attentes des patients douloureux chroniques en médecine générale Examinateurs. UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY; 2013.
8. SFETD. Les ruptures de la prise en charge du patient douloureux passer d'un parcours d'errance un parcours de soins. 2018. A <http://www.sfetd-douleur.org/les-ruptures-de-la-prise-en-charge-du-patient-douloureux-passer-dun-parcours-derrance-un-parcours-de>
9. BUCUR D. Quelles sont les difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique éprouvées par les médecins généralistes? UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE- LILLE 2; 2013.
10. Binoist M, Cochin M. Difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques en médecine générale dans le bassin grenoblois. UNIVERSITE DE GRENOBLE; 2013.
11. Barbour S, Baudin M. Difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les internes de Médecine Générale de Grenoble et attentes concernant leur formation initiale. GRENOBLE; 2013.
12. Cécile M. Difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les internes de Médecine Générale de Paris 7 et attentes concernant leur formation initiale. UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7; 2014.

13. Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale: Point de vue du médecin de la douleur. *Douleur et Analgésie*. 2002;15(1):71–9.
14. Antonin S, Alison PD. Quelles sont les attentes des médecins généralistes à l'égard des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique ? Tours; 2012.
15. SFETD. Livre blanc de la douleur 2017 État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. 2017.
16. BERGSON H. Matière et mémoire. Paris : Alcan, 1896, 279.
17. MERSKEY, H. Pain terms : a list with definitions and notes on usage. recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. *Pain*. 1979;6:249–52.
18. Danziger N, Willer JC. L'insensibilité congénitale la douleur. Vol. 165, *Revue Neurologique*. 2009. p. 129–36.
19. Anaes. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. *Presse Med*. 1999;28(22):1171–7.
20. Salomon L, Tcherny-Lessenot S C. Pain prevalence in a French teaching hospital. *J Pain Symptom Manag*. 2002;24:586–92.
21. SFETD. Douleur chronique, définition.
22. Bouhassira D(1), Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J CG, Fermanian J, Ginies P, Grun-Overdyking A, Jafari-Schluep H L-MM, Laurent B, Mick G, Serrie A, Valade D VE. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005;114:29–36.
23. SFETD. Douleur, soins palliatifs et accompagnement. MED-LINE. 2014.
24. Aydede S. Recently introduced definition of “nociplastic pain” by the International Association for the Study of Pain needs better formulation. *Pain*. 2018;159:1176–7.
25. Lazorthes Y. EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS L'HISTOIRE DE LA MEDECINE. 2010.
26. Ministère des solidarités et de l'emploi. 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. 2014. p. 2–5.
27. ANSM Analyse des ventes de médicaments en France en 2013 – Juin 2014.
28. Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R VB. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. ; *Br Med J*. 2006;
29. HAS. Évaluation des systèmes implantables de neurostimulation médullaire. Service d'évaluation des dispositifs 2014.

30. Ministère de la santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Axe 3 : améliorer l'utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques.
31. Enquête Nationale SFETD sur l'activité des structures douleurs (2014) (http://www.sfetddouleur.org/sites/default/files/u3349/EnqueteSFETD/resultats_enquete_structure_douleur.pdf).
32. Gueguen J, Barry C, Hassler C FB. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. INSERM, 2015. 213p.
33. Caroline Barry, Valérie Seegers, Juliette Gueguen, Christine Hassler, Aminata Ali BF; Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture, INSERM, 2014, 212p.
34. HAS. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. In 2007.
35. DELEENS DR. Les prises en charge de la douleur : autour des pratiques L'éducation thérapeutique des patients. Livre blanc la douleur SFETD. 2017;187–9.
36. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales S. PARCOURS DE VIE Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers Lexique des parcours de A à Z. 2012;
37. Brochet B, Collin E, Delorme C, Gaebler G, Godefroy JN, Meynadier J, et al. Les français et la douleur. Enquête auprès du grand public sur la perception de la prise en charge de la douleur en France. Douleurs. 2006;7(2 C-1):85–92.
38. Douleurs A francophone pour vaincre les. La prise en charge de la douleur en France, Une priorité de santé. 2015:51–5.
39. Pickering G, Gavazzi G, Gaillat J, Paccalin M, Bloch K, Bouhassira D. Is herpes zoster an additional complication in old age alongside comorbidity and multiple medications ? Results of the post hoc analysis of the 12-month longitudinal prospective observational ARIZONA cohort study. 2016;1–8.
40. SFETD. Améliorer la prise en charge des comorbidités dans _le parcours de soins du patient douloureux 2018. <http://www.sfetd-douleur.org/etape-4-ameliorer-la-prise-en-charge-des-comorbidites-dans-le-parcours-de-soins-du-patient>
41. Serra E. La dépression dans la douleur. Aspects cliniques et implications thérapeutiques. Douleurs Eval - Diagnostic - Trait. 2014;
42. Serra E. Douleur en santé mentale : les aspects institutionnels sont-ils déterminants ? Douleur Analg. 2011;
43. O'brien T BH. The impact of chronic pain-European patients' perspective over 12 months. Scand J Pain. 2012;
44. Lanteri-Minet M. ECONEP : évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs. Douleurs. 2014;

45. Gérard Mick, Serge Perrot HG. Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes. Douleurs Eval - Diagnostic - Trait.
46. Boccard A. Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010. Ann Fr médecine d'urgence. 2011;
47. Maisonneuve M. La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale : résultats issus de l'étude ECOGEN. Université Grenoble Alpes; 2017.
48. PIANO V. Livre blanc de la douleur , Médecine Générale et douleur. SFETD. 2017. 73-75 p.
49. Huas D, Pouchain D, Gay B, Avouac B, Bouvenot G, French College Of Teachers In General P. Assessing chronic pain in general practice: are guidelines relevant? A cluster randomized controlled trial. Eur J Gen Pr. 2006;12(2):52–7.
50. SOYEUX EK. Contribution à la mise place d'un réseau ville-Hopital pour la prise en charge des patients douloureux chroniques. UMPC; 2002.
51. SFETD. REPUBLIQUE, PLAIDOYER A DESTINATION DES CANDIDATS A LA PRESIDENCE DE LA. 2017;
52. SFETD. <http://sfetd-douleur.org/les-structures-douleur-chronique>.
53. Bournot M-C, Goupil M-C TF. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Etudes et Résultats. 2008;649. 6.
54. ECALE HB. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. 2012.
55. Grol R, Rooijackers-Lemmers N, van Kaathoven L, Wollersheim H MH. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? Br J Gen Pr. 53(488):217–9.
56. CARTIER Thomas. Les lettres d'adresses des généralistes vers les spécialistes : Analyse de la littérature internationale. 2010.
57. Mesnil C. Etude préliminaire descriptive des lettres d'adressage des médecins référents aux urgences de Lariboisière. 2016. 2016;1–93.
58. Dardenne J. Etude analytique de courriers d'admission de personnes âgées adressées aux services des urgences. 2006.
59. Antalgique T, Structures S, Pain C. Les douleurs chroniques en France . Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades. Académie Natl médecine. :1–18.

VI. ANNEXES

ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ DE L'ANAES

Ancienneté de la douleur

Mode de début

- Circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail, etc.)
- Description de la douleur initiale
- Modalités de prise en charge immédiate
- Evénements de vie concomitants
- Diagnostic initial, explications données
- Retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle, etc.)

Profil évolutif du syndrome douloureux

- Comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale
- Profil évolutif : (douleur permanente, récurrente, intermittente, etc.)
- Degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle, etc.)

Traitements effectués et actuels

- Traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels
- Modes d'administration des médicaments, doses, durées
- Effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon
- Attitudes vis-à-vis des traitements

Antécédents et pathologies associées

- Familiaux

- Personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité
- Expériences douloureuses antérieures

Description de la douleur actuelle

- Topographie
- Type de sensation (brûlure, décharge électrique, etc.)
- Intensité
- Retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle, etc.)
- Facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences

- Situation familiale
- Situation sociale
- Statut professionnel et satisfaction au travail
- Indemnisations perçues, attendues ; implications financières
- Procédures

Facteurs cognitifs

- Représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive...)
- Interprétation des avis médicaux

Facteurs comportementaux

- Attitude vis-à-vis de la maladie (passivité, etc.)
- Modalités de prise des médicaments
- Observance des prescriptions

Analyse de la demande

- Attentes du patient (faisabilité, reformulation)
- Objectifs partagés entre le patient et le médecin

ANNEXE 2

PLAIDOYER A DESTINATION DES CANDIDATS A LA PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

Nous, associations de patients et professionnels de santé, invitons le futur Président de la République à mettre en place, dès le début de son mandat, des mesures concrètes qui permettront de répondre aux défis identifiés.

1. Maintenir et consolider le rôle des centres spécialisés dans la prise en charge de la douleur chronique qui se sont développés au cours des 15 dernières années et ont fait la preuve de leur efficacité

Avant tout, sanctuariser l'existant en grand danger actuel. Le risque de la fermeture de ces structures, confrontées à un manque de moyens médicaux et financiers, est grand. Dans ce cadre, il faut en priorité préserver les postes de médecins de la douleur, d'infirmières et de psychologues et pérenniser les financements obtenus

Développer de nouvelles structures spécialisées pour répondre aux besoins croissants

2. Renforcer la formation des professionnels de santé (spécialistes ou généralistes) à la prise en charge de la douleur :

Reconnaître enfin la médecine de la douleur comme une authentique spécialité et créer une vraie discipline universitaire de la médecine de la douleur, avec une formation de 3^e cycle de médecine spécialisée

Développer l'enseignement de la douleur en formation infirmière, psychologue, kinésithérapeute, et former des professionnels dédiés

D'avantage impliquer les acteurs de premier recours dans l'accompagnement des patients, notamment les pharmaciens.

3. Valoriser le parcours de soins des patients atteints de douleurs chroniques La douleur, et notamment la douleur chronique est une vraie maladie qui justifie une coordination multi professionnelle des soins, en ville, à l'hôpital et entre les deux.

4. Améliorer les situations de prise en charge de la douleur aux urgences et en ambulatoire

En particulier, il est nécessaire de garantir que la prise en charge de la douleur soit intégrée dans la restructuration de l'organisation des systèmes de soins, qui connaît des évolutions importantes aujourd'hui, en particulier le virage ambulatoire.

5. Développer des campagnes de prévention de la douleur, au travail, en chirurgie ou encore liée aux soins Mieux prévenir les douleurs chroniques et leurs impacts en proposant un dépistage et une prise en charge précoce des facteurs de chronicisation, ainsi que des plans de prévention au travail.

6. Développer la reconnaissance des approches non médicamenteuses de la douleur et favoriser l'accès à ces traitements

7. Améliorer les situations de prise en charge pour les populations les plus vulnérables

Il convient notamment d'améliorer la prise en charge de la douleur en pathologie mentale dans les établissements psychiatriques, ainsi qu'en EHPAD.

Alors que la lutte contre la douleur constitue un des socles de la médecine et du soin du

21^e siècle, la conduite de telles mesures permettra de concrétiser l'ambition d'en faire une priorité de la politique de santé. Il est du devoir de nos futurs dirigeants d'en écrire un nouveau chapitre et du nôtre de les accompagner pour développer une médecine accessible à tous, démocratique et éthique, et de qualité.

ANNEXE 3

MODELE DE COURRIER D'ADRESSAGE AUX CETD

Date du courrier : ____/____/____ Médecin adressant : _____

A l'attention du Dr _____

Nom / Prénom Patient : _____

Date de naissance : ____/____/____

Antécédents Médicaux :

Antécédents Chirurgicaux :

Historique de la douleur :

BILAN CLINIQUE DE LA DOULEUR

Topographie : _____ Intensité : _____

Douleur nociceptive ☐ Neuropathique ☐ Autre ☐

Retentissement de la douleur : _____

Examens complémentaires réalisés : _____

Avis spécialisé pris : _____

Traitements antérieurs : _____

Traitements actuels : _____

Contexte (socio-professionnel, familial) interférant avec la douleur :

Synthèse ou hypothèse diagnostique : _____

Motif de recours : DIAGNOSTIQUE ☐ THERAPEUTIQUE ☐ AIDE MULTIDISCIPLINAIRE ☐

Autres ☐ : _____

Titre : Parcours de soins du patient douloureux chronique : Analyse des courriers d'adressages des médecins vers les CETD

Résumé :

La douleur chronique est une problématique complexe et très fréquente en médecine générale. Sa prise en charge est chronophage et difficile pour les patients douloureux et les médecins de premier recours. L'objectif de cette étude était d'étudier le parcours de soins des patients douloureux à travers l'analyse de la transmission de l'information médicale entre les médecins qui adressent les patients et les centres de la douleur, en évaluant l'exhaustivité des courriers d'adressage puis en les comparant selon les caractéristiques des patients, des hypothèses diagnostiques, des praticiens et des modalités d'orientation. 200 courriers ont été analysés dans 3 CETD en région parisienne, à l'aide d'une grille d'exhaustivité. En moyenne, les courriers comportent 4,56/9 items importants. Les courriers des médecins généralistes sont moins complets que ceux des autres spécialistes 4,29 vs 4,82. L'exhaustivité ne varie pas significativement selon les hypothèses diagnostiques. La qualité des courriers n'est pas différente selon l'âge et le sexe des patients et s'améliore lorsque la situation familiale et professionnelle est mentionnée. Les leviers d'actions pour une meilleure transmission de l'information médicale pourraient être l'amélioration de la formation des médecins généralistes et la sensibilisation sur l'importance de l'environnement des patients douloureux sur leur santé.

Mots clés : Douleur chronique, médecine générale, orientation vers un spécialiste, courriers

Title: Care pathway of the chronic pain patient: Analysis of referral to the pain clinics

Abstract

Chronic pain is a complex problem that is very common in general practice. Its management is time-consuming and difficult for pain patients and primary care physicians. The objective of this work was to study the care pathway of pain patients through the analysis of the transmission of medical information between physicians who refer patients and pain centers, evaluating the completeness of Addressing letters and then comparing them according to patient characteristics, diagnostic hypotheses, practitioners and referral modalities. 200 letters were analyzed in 3 CETD in the Paris region, using a completeness grid. On average, mail contains 4.56 / 9 important items. The letters of the general practitioners are less complete than those of the other specialists 4.29 vs 4.82. The completeness does not vary significantly according to the diagnostic hypotheses. The quality of the mail is not different according to the age and sex of the patients and improves when the family and professional situation is mentioned. The levers of action for a better transmission of medical information could be the improvement of the training of general practitioners and the awareness of the importance of the environment of painful patients on their health.

Keywords: Chronic pain, General practice, referral and consultation, letters.

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06**