Vécu des patients adultes de la prise en charge d'une douleur aiguë en médecine ambulatoire

Oriane Bodros

▶ **To cite this version:**

Oriane Bodros. Vécu des patients adultes de la prise en charge d'une douleur aiguë en médecine ambulatoire. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02898297

HAL Id: dumas-02898297

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02898297

Submitted on 13 Jul 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 - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Oriane Bodros

Le 02 Octobre 2019

Titre :

« VECU DES PATIENTS ADULTES DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE DOULEUR AIGUE EN MEDECINE AMBULATOIRE »

Directeur de Thèse : Docteur SEGURET Pierre

JURY

Président : Pr AMOUYAL Michel

Assesseurs : Pr CHANQUES Gérald

Dr GARCIA Marc

Dr SEGURET Pierre

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE
LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites
ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, adictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe
AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie

QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe
ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olvier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation

SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe

2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe
BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1re classe
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2éme classe
BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1ère classe
COSTA David

Maîtres de conférence de 2ème classe
FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Tout d'abord, je remercie les membres de mon jury : le Pr Amouyal, le Pr Chanques, le Dr Garcia, pour avoir accepté de prendre du temps pour juger mon travail.

Je remercie le Dr Séguret pour cet accompagnement riche et rigoureux mené jusqu'à l'aboutissement de cette thèse.

Puis mes remerciements et pensées affectives :

A mes parents. Pour m'avoir (presque) toujours laissé libre de mes choix. A ma maman, pour ton soutien émotionnel solide et puissant depuis le début de mes études (et bien avant encore) ; ces découragements réencouragés, ces larmes essuyées, ces ventres affamés nourris et tous ces autres moments de vie partagés. A mon papa, et à son cri infatigable pour « sortir des cases », et à son humanisme passionné, que tu nous a quand même un peu transmis !

A Arnaud. Mon futur… Pour ton amour généreux, patient, et sans limite. Pour le futur que l'on se construit ensemble de « bobos heureux ». Et évidemment pour ton aide précieuse pour ce travail, intellectuelle et organisationnelle!

A Oman, notre fils. Qui ne sait pas encore exactement ce que « chut, maman doit travailler » veut dire, mais dont la présence est pour nous un puissant souffle de vie !

A ma famille, si grande est-elle, pour être là. En amour véritable et inconditionnel. A ma sœur Loÿse, à mon frère Adrien, à mes frères de cœur : Guillaume, Fabrice et Julien. A mes oncles et tantes, de Paris de Bretagne et de Guyane, et cette sacrée richesse culturelle ! Paul pour ton « omniscience » affectueuse, Flore pour ta légèreté de vie et ton rire chaleureux et communicatif. A ces cours de maths en vacances, à ces cours de bio le samedi … les intéressés se reconnaitront !

A la troupe de joyeux compagnons qui grandissent tous bien vite : Enak, Shaï, Isée, Jill, Ethan et Ezra!

A ma belle-famille auvergnate adoptive et adoptée.

A Elise, nous pourrions être sœurs pour le chemin parcouru ! Et par filiation inversée ; à mes seconds parents Nicole et Gerd.

A Eugénie et Audrey et tous nos souvenirs d'enfance jusqu'à aujourd'hui (#onestdevenuemaman#).

A mes souvenirs parisiens : Violaine et Sophie, pour nos exceptionnelles sous colles goûters, le quartier Clignancourt et Château Rouge, Elise F. pour nos sous colles apéros, Julia et nos moments de jogging à 7h00 du mat' avant d'aller en stage, Adé et nos fous rires en conf', Maelle et ta douceur constante, Jean Louis, mon mantor depuis la P1 ! Et autres ; pour de sacrés moments passés : Elma, Mathilde, Léa et la troupe même si nous nous sommes éloignées...

A mes rencontres du sud entre Perpignan, Nîmes et Montpellier, pour ces moments vacances-restau-verres-cours-stage-plage-montagne-anniversaires-sport-et-tout-et-tout-et-tout ; Cléo (et ta famille en or !), Margot, Béa, Marie, Pierre, Caro, et tous ces « condisciples » que j'ai pu rencontrés au fil des stages et qui durant quelques mois sont devenus de l'entourage soutenant…

Aux infirmières, aux secrétaires qui ont su bien souvent nous épaulés, nous « les jeunes ».

Aux maîtres inspirants que j'ai eu la chance de rencontrer au cours de mon externat et de mon internat, et qui laissent chacun une petite trace dans ce que je suis devenue : Pr Levy, Pr Hammel, Pr Timsit, Dr Nadji, Dr Perret, Dr Gaillard, Dr Briane, Dr Séguret, Dr Langevin, entre autres …

Mention spéciale au service de réanimation d'Alès, auquel je reste attachée émotionnellement.

Merci à tous pour ce voyage ! Et pour ces fondations d'un bel avenir …

TABLE DES MATIERES

I- Introduction ……11

1) Concept de « douleur aigue » ……..11
2) Evaluation de la douleur ……...12
3) Quelle place en médecine générale pour les recommandations sur la prise en charge de la douleur ? ……...13
4) Donc qu'en est-il de la prise en charge de la douleur en médecine générale ? ……14
5) Et en milieu hospitalier, qu'en est-il de la prise en charge de la douleur aigue aujourd'hui ? .16
6) La prise en charge de la douleur : enjeu de santé publique……...17

II-Matériel et méthodes ……. 19

1) Type d'étude ……19
2) Sélection des patients et recrutement ……19
3) Démarche éthique ……20
4) Recueil des données ……..20
5) Analyse ……22

III-Résultats ……...24

1) Caractéristiques de la population étudiée ……24
2) Analyse thématique du verbatim ……..25
   1) Un vécu très individuel de la douleur ……26
      A) A chacun son vécu de « l'aigu »
      B) Croyances face à la douleur secondaires à l'histoire de vie
   2) Premières réactions : fragilité, angoisse, se soulager au plus vite ……..……28
      A) Face à soi-même : physiques, émotionnelles et cognitivo-comportementales
      B) Partager à l'autre sa douleur
   3) Représentations et attentes vis-à-vis du système de santé ……..36
      A) A quel 1er recours faire appel ?
      B) Limites conscientes des moyens ambulatoires
      C) Etre soulagé par une prise en charge médicamenteuse
      D) Avoir de l'information rassure
   4) Vécu de la relation au médecin ……42
      A) Le médecin, technicien expert
      B) L'Homme médecin, un soulagement en soi

IV-Discussion ……49

1) Principaux résultats ……..49
2) Forces et limites de l'étude ……...56
3) Perspectives et conclusion ……58

V-Bibliographie ……..60

VI-Annexes ……64

LISTE DES ABREVATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EN : Echelle Numérique

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SFETD : Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur

« Si le médecin ne possédait que la notion rationnelle, sans posséder aussi l'expérience, et ce qu'il connut l'universel sans connaître le particulier, il courrait bien des fois de se méprendre dans sa médication, puisque, pour lui c'est le particulier, l'individuel, qu'avant tout il s'agit de guérir. »

Aristote, Métaphysique, IV ème siècle avant JC

I- INTRODUCTION

Le symptôme « douleur » est fréquent dans les motifs de consultations de médecine générale (cf 4a). La complexité de ce symptôme est due à des causes plus ou moins masquées, plus ou moins urgentes, avec une représentation psychique voire sociale de la douleur. Ceci m'a poussé à m'y intéresser. Lors de mon internat, un de mes maîtres de stage en ambulatoire me disait : « Tu te rends compte que le Paracétamol intraveineux n'est même pas disponible pour les médecins généralistes? ». Dans le même temps, aux urgences, des urgentistes me disaient : « Il aurait très bien pu être pris en charge par son médecin traitant.. » La prise en charge ambulatoire de la douleur était donc au centre de cette différence de point de vue. Interne en médecine générale, et inscrite en DESC de médecine d'urgence, j'étais partagée, au cœur de ce débat. Je me suis alors interrogée sur le vécu du patient dans la prise en charge de sa douleur, et en particulier en ambulatoire.

1) Concept de « douleur aigue »

La douleur est un symptôme ressenti et exprimé par le patient. Son expression dépend donc de « qui la ressent ». Il en va de même du caractère « aigu ». Il nous fallait donc, dans un premier temps choisir une définition de la « douleur aigue ».

Une première définition de « douleur » au sens large, est énoncée par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme étant « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion* » [1]. Cette définition met en évidence l'aspect complexe et multidimensionnel de la douleur.

Ce même institut distingue trois types de douleur : aigue, chronique et procédurale [1]. Le caractère aigu est définit comme « une atteinte tissulaire brutale ». « C'est un signal d'alarme dont la « finalité » est d'informer l'organisme d'un danger pour son intégrité. Une fois son origine identifiée, sa prise en charge nécessite sa reconnaissance et un traitement essentiellement pharmacologique reposant sur les antalgiques, avec un objectif curatif ».

La douleur chronique est un « syndrome multidimensionnel ». « La douleur persiste ou est récurrente, et dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée. La

douleur perd sa « finalité » de signal d'alarme et devient une maladie en tant que telle, qu'elle que soit son origine ». La définition met en évidence une limite de temps supérieure à 3 mois, pour pouvoir considérer la douleur comme chronique.

La douleur procédurale désigne la douleur induite par les soins (prise de sang, mobilisation de patient..).

Nous nous intéressons dans ce travail à la douleur de type aigu.

Dans certains livres d'enseignement de médecine, on peut lire que la douleur aigue est une douleur évoluant depuis moins de trois mois et qui déclenche une démarche diagnostique qui permettra de préciser la présence d'une lésion sous-jacente [2].

Le ministère de la Santé en 1999 fait paraitre une circulaire qui donne elle aussi une définition de la douleur aigue : *« La douleur aiguë est une sensation vive et cuisante, qui s'inscrit dans un tableau clinique d'évolution rapide* » [3]. Cette définition est large, et permet d'englober plusieurs situations de douleurs aigues pouvant être physiques ou psychiques. C'est cette définition qui a été utilisée dans les dernières recommandations d'analgésie par la HAS concernant l'évaluation et la prise en charge de la douleur aigue en ambulatoire chez l'enfant (2000)[4]. Notre travail porte sur la prise en charge de la douleur aigue. Nous avons donc choisi de retenir cette définition pour notre travail.

2) Evaluation de la douleur

La troisième conférence de consensus en médecine d'urgence sur l'analgésie recommandait, en 2007, l'utilisation de l'échelle visuelle analogique (EVA) pour évaluer une douleur aigue, et son soulagement chez le patient communiquant [5]. Le but est de transcrire une information subjective en information objective, tout en laissant la parole au patient.

En pratique, la part subjective du soignant et du soigné complexifie l'évaluation de la douleur : Belbachir A. rapporte que l'évaluation de la douleur par un observateur peut entrainer une sous-estimation de l'intensité douloureuse, une surestimation de l'efficacité des antalgiques, mais aussi une sous-évaluation des douleurs les plus sévères et une surévaluation des douleurs modérées [6].

Une étude de la DREES en 2004 rapporte que l'appréciation de l'urgence pouvant accompagner le motif de consultation de douleur aigue, diffère d'un individu à l'autre, voire, pour un même individu, diffère selon le contexte, et cela de manière non objective. [7]

Ainsi, la part subjective du soignant viendrait complexifier une évaluation de la douleur déjà difficile du fait de la part subjective du patient.

Il existe de nombreuses échelles validées pour évaluer la douleur de patients non communicants tels que les patients déments, les nouveaux-nés ou enfants préverbaux ou encore les patients intubés et sédatés [8] (Dolo Plus, score BPS, Evendol…) . Les items utilisés sont de l'hétéroévaluation par le soignant pouvant être l'expression faciale, les mouvements des membres, les vocalisations et la modification de certaines réponses autonomes (comme le rythme cardiaque ou la respiration) permettant de détecter la présence potentielle d'une expérience douloureuse [9].

3) Quelle place en médecine générale pour les recommandations sur la prise en charge de la douleur ?

Des recommandations existent concernant la prise en charge des douleurs aigues dans les hôpitaux et institutions. Il s'agit de la circulaire HAS de 1999 qui distinguait trois situations de prise en charge : les services des urgences, les services d'hospitalisation et les instituts médico sociaux.

Nous pouvons y lire que « dans les institutions médico-sociaux, la prise en charge de la douleur doit être assurée chaque fois que l'état de la personne le nécessite, en collaboration avec les équipes hospitalières locales les plus compétentes et expérimentées, par le biais de conventions formalisées avec l'établissement sanitaire concerné pour l'utilisation des protocoles à visée antalgique adaptés. ».

Cette circulaire ne traite que de la prise en charge en institution de soins et souligne le nécessaire lien avec les services compétents hospitaliers. Elle reflète, comme le souligne le Pr Druais dans son rapport concernant « la place de la médecine générale dans le système de santé » [10] une vision très « hospitalière » du système de santé depuis les lois « Debré » de 1958.

On note des recommandations de la prise en charge de la douleur aigue par la SFAR en 2007 réactualisées en 2010, mais là encore, destinées à une prise en charge en milieu hospitalier, dans un service d'urgence. [5]

Il existe une mise au point de l'AFSSAPS sur la prescription des antalgiques de différents paliers pour traiter une douleur aigue en fonction du niveau de douleur évalué par l'EVA. Mais cette recommandation est une vision essentiellement « pharmacologique » du traitement d'une douleur aigue, sans préjuger de différents types de douleur aigue, et de dispositions spécifiques à propos de la prise en charge ambulatoire. [11].

Depuis ces vingt dernières années, il n'y a pas, à notre connaissance, de recommandation sortie quant à cette prise en charge en ambulatoire pour le patient adulte. Or, nous observons qu'en pratique, de nombreuses douleurs aigues sont prises en charge en ambulatoire.

Lorsque l'on interroge les médecins généralistes, ceux-ci rapportent une prise en charge thérapeutique davantage basée sur leurs acquis professionnels et leur expérience pratique, plutôt que sur des protocoles précis d'analgésie [12].

4) Donc qu'en est-il de la prise en charge de la douleur aigue en médecine générale ?

a- C'est un motif de consultation fréquent

La prévalence du symptôme douloureux est élevée en médecine générale.

Selon les statistiques de la DRESS de 2004, près de deux patients sur cinq se plaignent d'une douleur qu'il faut soulager rapidement [13].

Une thèse publiée de la SFMG (Société Française de Médecine générale) par S.Mak [14] a conclu à partir d'une étude à grande échelle, selon des données de l' OMG (Observatoire de Médecine Générale), que sur quatre millions d'actes pratiqués en cabinet de médecine générale sur une période de dix-sept ans, 59,4% des consultations traitent de douleur aigue (système de codification par des libellés de résultats de consultation) (à noter que la douleur ici confond douleur organique et psychologique, et que le critère « aigu » se définit par une exclusion des douleurs de type chronique).

b- C’est souvent un motif de consultation non programmée

Dans le rapport de la DRESS précédemment cité, la proportion de 40% des consultations de médecine générale pour motif de douleur concerne des consultations non programmées [13].

Il n’y a pas de voie unique d’accès aux soins primaires dans l’organisation du système de soins français. Les soins primaires sont en accès direct, selon un réseau « non hiérarchisé » qui couvre le territoire : c’est-à-dire que l’organisation est à l’initiative des acteurs [15]. De plus, il n’y a pas de hiérarchisation notamment entre les soins primaires et les services d’accueil des urgences. [16]

Face à la douleur, les patients rapportent des recours à des intervenants multiples. Entre autres :

- L’appel du centre 15
- Les maisons médicales de garde
- SOS médecin
- Les services d’accueil d’urgences
- Le médecin généraliste installé, traitant ou non.
- le pharmacien(ne) d’officine : l’accès étant libre et facile, la pharmacie est une porte d’entrée proche et identifiée dans le parcours de soins. D’ailleurs, une étude publiée dans *Douleurs* 2012 rapporte les conclusions d’interrogatoires de 105 pharmaciens et préparateurs en pharmacie. On y lit que 88,3 % considèrent que la douleur aiguë est un motif fréquent de demande de conseil en officine. [17].
- Le kinésithérapeute
- Les dentistes
- Les infirmières libérales
- Autres acteurs dit « alternatifs »: ostéopathe, naturopathe, acupuncteur…

c- Moyens thérapeutiques médicamenteux en ambulatoire

L’étude de C. Lefoll (2005) montre que la prise en charge de la douleur en ambulatoire (comprenant médecins généralistes et rhumatologues) reste insuffisante et que le prescripteur semble privilégier la tolérance par rapport à l’efficacité du traitement, contrairement à l’attente des patients [18].

S.Mak [14] met en avant que seulement une consultation sur deux avec le motif de symptôme de douleur aboutit à une prescription d'antalgique.

Sur le plan légal, aucun article ne décrit une obligation pour le médecin d'avoir des équipements spécifiques de matériel thérapeutique pour accomplir des soins auprès d'un patient dans le cadre de son activité quotidienne. Cela reste un choix personnel du médecin, en fonction du type d'exercice, de ses besoins, de ses compétences, et de la faisabilité. [19] Il en découle probablement une certaine hétérogénéité des prises en charge en ambulatoire.

5) Et en milieu hospitalier, qu'en est-il de la prise en charge de la douleur aigue aujourd'hui ?

Les recommandations sur la prise en charge d'une douleur aigue en milieu hospitalier concernent essentiellement les prises en charge en structure d'urgences, les douleurs post-opératoires et les douleurs des patients brûlés.

Concernant la prise en charge de la douleur post opératoire, un audit national d'une grande envergure a été publié en 2007 sur 1900 patients : en comparaison aux études antérieures, il existait une nette amélioration sur l'information du patient, l'évaluation écrite de la douleur, l'utilisation de l'auto-délivrance morphinique par pompes et l'utilisation d'associations analgésiques [20]. Il restait des progrès à faire sur les supports d'information, l'homogénéité des outils d'évaluation, l'utilisation de l'analgésie locorégionale et l'utilisation de protocoles de soins [20].

La SFAR a organisé en conséquence en 2008 une réactualisation de la conférence de consensus sur la prise en charge de la douleur postopératoire en ciblant les domaines prioritaires sortis de cette étude.

Concernant la prise en charge de la douleur aux urgences, le Journal Européen des Urgences et de Réanimation avance que la douleur resterait insuffisamment prise en charge, quel que soit l'âge des consultants, et ce malgré les recommandations de la SFAR sur l'analgésie en structure d'urgences. [21] L'utilisation des morphiniques serait trop faible [21]. En terme organisationnel de la prise en charge, les infirmiers d'accueil et d'orientation sont devenus les nouveaux piliers de la prise en charge antalgique.

On note qu'il existe des recommandations spécifiques pour certaines pathologies douloureuses aigues, comme pour la colique néphrétique [23]. M. Galinski énonce la nécessité d'envisager la mise en place dans chaque service d'urgence de protocoles spécifiques de gestion de douleur

selon les différentes pathologies rencontrées aux urgences [24]. Cela sous-entend la nécessité d'une formation continue de tout le personnel soignant concernant la prise en charge de la douleur [24].

6) La prise en charge de la douleur : enjeu de santé publique

La douleur est un sujet de préoccupation des politiques de santé depuis de nombreuses années. De nombreux plans d'action de lutte contre la douleur ont été mis en place 1998-2000 / 2002-2005/ 2006-2010 [24]. En 2012, le ministre de la santé, Mme Marisol Touraine, envisage de bâtir de nouveaux programmes d'action contre la douleur, notamment tournés vers la médecine ambulatoire. [25] « La douleur doit être prise en charge de façon plus significative et plus spontanée. Mais surtout aujourd'hui, l'exigence est aussi de s'en occuper au domicile. » [25]. Cependant en pratique, il n'y a pas jusqu'à aujourd'hui de réel renforcement de moyens pour promouvoir cette prise en charge de la douleur en ville.

La douleur est donc un symptôme très étudié dans la littérature. Pourtant, la prise en charge de la douleur spécifiquement aigue est moins documentée, et en particulier en médecine ambulatoire.

La littérature s'intéresse surtout aux pratiques des médecins et nous n'avons trouvé aucune publication sur le point de vue des patients sur le sujet. Pourtant, leur point de vue sur la prise en charge de ce symptôme éminemment subjectif nous paraît primordial si l'on souhaite optimiser la prise en charge, et ce, d'autant plus à l'aune politique du « virage ambulatoire ». Les pratiques professionnelles, semble-t-il, restent hétérogènes en particulier en médecine de ville, faute de moyens, et de recommandations adaptées.

Nous avons émis l'hypothèse que le vécu par le patient de la prise en charge de sa douleur aigue est sous-tendu par un certain nombre de déterminants qui devront être pris en compte pour optimiser la prise en charge.

Notre travail se propose donc de répondre à la question de recherche suivante : « quels sont les déterminants du vécu des patients adultes de la prise en charge d'une douleur aigue en médecine ambulatoire ? »

Pour cela, nous nous sommes fixé pour objectif de recueillir auprès des patients, le récit de leur prise en charge lors d'une douleur aigue et d'en extraire les déterminants de leur vécu de cet épisode.

II- MATERIEL ET METHODE

En préambule, notons que pour limiter le champ de toutes les douleurs aigues, trop vaste à étudier pour notre travail, nous avons limité notre étude aux douleurs aigues physiques. Nous avons fait le choix d'éliminer les douleurs aigues morales, qui, du fait de leurs spécificités, ne peuvent être explorées avec les mêmes outils, en particulier le même guide d'entretien.

1) Type d'étude

Nous avons choisi d'utiliser une méthode qualitative pour répondre à notre problématique. En effet, nous avons choisi d'étudier un vécu, pour laquelle cette méthode de recherche est reconnue comme très adaptée [26].

Le livre de Pierre Paillé et Alex Mucchielli « Analyse qualitative en sciences humaines et sociales » a été l'élément de construction méthodologique de notre étude [27].

2) Sélection des patients et recrutement

Notre travail vise à explorer la prise en charge ambulatoire de la douleur aigue. Pour nous assurer que chaque patient interrogé avait eu la possibilité de bénéficier d'une telle prise en charge (et que si ce n'était pas le cas, ce serait un choix que nous pourrions explorer aussi), nous avons décidé de recruter les patients via des cabinets de médecine ambulatoire. Nous avons fait l'hypothèse que si nous recrutions via plusieurs cabinets, nous aurions une plus grande variabilité des prises en charges proposées et donc une plus grande richesse des réponses des patients. De même, le lieu d'installation et son éloignement des grands centres de soins nous a paru être un critère pouvant faire varier les prises en charge. Ainsi, nous avons sollicité 9 médecins installés comme suit :

- Montpellier, milieu urbain (4)
- Lunel, milieu semi rural (1)
- Clermont l'Hérault, milieu semi rural (1)
- St Gely-du-Fesc, milieu semi rural (1)
- Aigueperse, (Puy de Dôme), milieu rural (1)
- Condé-Ste-Libiaire (Seine et Marne), milieu rural (1)

Le médecin était naïf du contenu des guides d'entretien. Il était informé de la problématique de l'étude. Nous avons demandé aux différents médecins de sélectionner des patients selon les critères suivants :

- Les critères d'inclusion sont peu nombreux et larges pour pouvoir inclure la plus grande diversité de patients. Le critère d'inclusion était d'avoir vécu un épisode douloureux aigu et de s'en souvenir suffisamment pour pouvoir en parler.
- Toutefois, pour des raisons médico-légales, nous avons limité notre étude aux patients de plus de 18 ans. De même, pour des raisons pratiques, nous n'avons recruté que des patients capables de raconter eux même leur vécu personnel. Nous avons donc exclu les patients porteurs de troubles cognitifs.

Le médecin, après accord du patient, nous communiquait les coordonnées de ce dernier, que nous rappelions pour convenir d'un rendez-vous.

3) Démarche éthique

Il a été demandé un accord de validation éthique au Département de médecine générale de la faculté. Les échanges ont été réalisés par mail auprès du responsable de la section éthique. Ce dernier a validé le projet d'étude et le guide d'entretien comme ne présentant pas de frein éthique.

Nous avons élaboré une fiche d'information pour les patients que les médecins ont pu leur distribuer (Annexe 2).

4) Recueil des données

a- Guide d'entretien

Nous avons réalisé des entretiens semi dirigés en face à face basés sur un guide d'entretien disponible en Annexe 1.

Au début de la période de recueil de données nous avons évalué avec mon directeur de thèse la pertinence des premiers entretiens menés par rapport à la question de recherche. Nous avons mis en évidence des limites qualitatives et quantitatives des premiers entretiens. D'une part,

certains étaient de temps trop court. D'autre part, les réponses recueillies restaient très factuelles et n'atteignaient qu'insuffisamment la sphère du vécu.

Il était nécessaire de recentrer les entretiens sur le ressenti du patient, et d'aller au-delà des faits rapportés. Le guide d'entretien en lui-même n'a pas été changé car les questions nous semblaient adaptées pour explorer notre question de recherche. C'est la manière de conduire les entretiens qui a été changée, car les relances pouvaient être améliorées pour explorer davantage l'aspect sensoriel et émotionnel du fait rapporté. Nous avons travaillé donc nos relances en utilisant des outils de réalisation d'entretien tels que la reformulation ou les relances en écho pour optimiser l'exploration du ressenti.

b- Caractéristiques des entretiens

Nous avons pris contact avec 18 patients pour organiser des rendez-vous. 1 n'a jamais répondu, 2 n'ont pas pu avoir de créneau commun de disponibilité pour l'entretien. Le premier entretien réalisé a été exclu car la patiente exprimait davantage des ressentis de douleurs chroniques que aigues et les relances n'ont pas permis de recadrer la patiente sur notre problématique de recherche. Nous l'avons donc considéré comme un entretien « test » pour le chercheur qui n'avait jamais pratiqué cet exercice.

Les entretiens ont été réalisés de mars 2019 à juillet 2019. Les durées des entretiens ont été de 10 minutes pour le plus court (P7 ; contexte d'épisode douloureux concomitant à l'entretien qui ont limité l'investissement du patient) à 43 minutes pour le plus long (P6). En moyenne ils ont duré 17minutes.

La saturation des données a été obtenue au treizième entretien. Elle a été confirmée par un quatorzième entretien qui a servi de « verrou ».

c- Déroulement de l'interview

Le lieu de l'entretien était laissé au choix du patient pour qu'il soit le plus à l'aise possible. 1 a été interrogé dans un lieu public, 2 au cabinet du médecin, le reste à leur domicile.

Les entretiens débutaient par le recueil de quelques données caractérisant le patient : âge, sexe, catégorie socio-professionnelle, afin de pouvoir, le cas échéant choisir des patients différents dans le but d'optimiser la variabilité de leurs réponses.

Les entretiens ont été enregistrés par un enregistreur cassette après information de l'anonymisation des données et obtention du consentement oral du patient.

Les éléments para-verbaux des entretiens ont été retranscrits à la main, sous forme de notes « papier », pendant les entretiens.

Les enregistrements ont été retranscrits en verbatim à l'aide du logiciel Word©, et imprimés sur papier afin de pouvoir annoter les entretiens et réaliser l'analyse des données.

5) Analyse

Il nous paraît indispensable ici de définir la terminologie que nous utiliserons, afin qu'il n'y ait pas de confusion dans la lecture des résultats.
En effet, si l'analyse consiste de façon consensuelle à élaborer un arbre thématique par regroupements conceptuels progressifs selon les analogies, oppositions, parentés… d'éléments du verbatim, la terminologie utilisée n'est pas toujours la même. Par exemple pour Mucchielli [27], les « extraits d'entretiens » sont d'abord regroupés en « thèmes de base » lesquels seront regroupés en catégories avec plus ou moins des sous catégories, qui elles même sont regroupées en « axes thématiques » qui représenteront les « branches » principales de l'arbre.

Cependant, nous savons que par habitude il peut être choisi d'utiliser une seconde terminologie tels que les « extraits d'entretien » précédents, mots ou groupes de mots directement extraits du verbatim pour le sens qu'ils contiennent, sont appelés : « unités de sens ». Lesquelles sont regroupées selon les mêmes critères conceptuels (similitudes, oppositions, parentés …) en « catégories » parfois précédées selon les besoins, de « sous-catégories ». Les « thèmes » dans ce cas-là, représentent les plus grosses « branches » de l'arbre, les plus grands champs de signification avant le sujet d'étude lui-même.

Malgré notre méthodologie basée sur la méthode Muchielli [27], nous utiliserons par facilité d'un langage commun, la première terminologie, plus habituelle.

Notre objectif étant de dégager des déterminants d'un vécu, une analyse thématique s'imposait. En effet, elle doit nous permettre, par le regroupement réfléchi des unités de sens exprimées,

d'élaborer des thèmes selon le sens profond de ce qui a été dit. Cette technique devrait aboutir, sous la forme d'un arbre thématique, à une bonne représentation des déterminants recherchés.

Nous avons réalisé l'analyse de manière continue. Ainsi, la thématisation s'est faite au fur et à mesure de l'obtention des verbatims. Nous avons donc débuté l'analyse par une lecture rapide de chaque verbatim pour nous imprégner de leur sens global, puis nous les avons codés pour en extraire les unités de sens qui nous paraissaient pertinentes en fonction de notre objectif de recherche. Nous les avons ensuite intitulées en catégories, puis renommées, et classées, au fil de l'émergence de nouvelles unités de sens, afin que finalement, ces catégories soient l'expression la plus sincère possible des unités de sens qu'ils contiennent.

Dans l'expression de nos résultats, nous nous attacherons à expliciter ce mode d'élaboration de chaque catégorie et thème, en réponse au questionnement du chercheur sur le sens profond de ce que l'on vient de lui dire, et de ses choix de regroupements. Les catégories et sous catégories associées, ont ensuite été organisées et l'ensemble a permis l'élaboration progressive de l'arbre thématique.

Nous notions parallèlement, une feuille de relevé de thèmes à mesure de leur formulation.

Un avantage de cette analyse en continu, est celui d'avoir permis de faire quelques réflexions et adaptations des relances de notre guide d'entretien, et de travailler pour une meilleure validité.

III-RESULTATS

1) Caractéristiques de la population étudiée

Au total, 14 patients ont été retenus pour notre étude. Les caractéristiques de notre échantillon de population et le type de recours aux soins sont présentées dans le Tableau 1.

Chaque patient a été anonymisé et renommé de P1 à P14 en fonction de l'ordre de réalisation des entretiens.

Les patients présentaient des douleurs aigues d'intensité ressentie variable. 2 présentaient un tableau douloureux aigu sur un fond de maladie chronique.

Notre étude portant sur le ressenti de la prise en charge, le caractère « aigu » de la douleur présentée dans le tableau est déterminé par le ressenti du patient. Nous n'avons volontairement pas noté les diagnostics retenus à postériori.

10 patients ont contacté un médecin généraliste en premier lieu (téléphone, ou consultation), dont 9 qui était leur médecin traitant.

4 patients ont d'abord eu contact avec un autre intervenant que le médecin de ville (urgences, centre 15, consultation ou par téléphone) ; ils ont consulté un médecin généraliste dans un second temps, mais toujours avec comme motif de consultation : l'épisode douloureux aigu.

Tableau 1

Patient	Sexe	Age	Lieu de vie	CSP (selon l'Insee)	Contact premier avec un MG	Le MG consulté est le MT (contact Ier ou IIaire)	Passage par les urgences	Type de douleur aigue
P1	F	53	Semi R	Employée	Oui	Oui	Non	Douleur thoracique
P2	H	44	Semi R	Profession intermédiaire	Non	Oui	Oui	Trauma cheville
P3	F	55	Rural	Employée	Non	Oui	Oui	Douleur abdominale
P4	H	53	Urbain	Cadre	Non	Oui	Oui	Céphalée
P5	F	65	Urbain	Retraitée	Oui	Oui	Non	Douleur mollet
P6	H	60	Urbain	Cadre supérieur	Oui	Oui	Non	Douleur fosse lombaire
P7	F	90	Urbain	Retraitée	Oui	Oui	Non	Douleurs thoraciques fulgurantes
P8	H	31	Urbain	Profession libérale	Oui	Non	Non	Douleur ophtalmologique
P9	F	72	Semi R	Retraitée	Oui	Oui	Oui	Douleur lombaire et membre inférieur
P10	H	30	Semi R	Commerçant	Oui	Oui	Non	Trauma du flanc
P11	F	46	Rural	Profession intermédiaire	Non	Non	Oui	Douleur fosse iliaque
P12	F	58	Rural	Profession intermédiaire	Oui	Oui	Non	Céphalée
P13	F	58	Rural	Profession intermédiaire	Oui	Oui	Non	Douleur abdominale
P14	H	53	Semi R	Profession intermédiaire	Oui	Oui	Oui	Douleur lombaire
Total / Moy.	8F/ 6H	55	4R/5U 5SR		10 O 4 N	12 O 2 N	6O 8N	

H = homme, F = Femme, CSP = Catégorie socio professionnelle, Semi R = semi rural, MG = médecin généraliste, MT = Médecin traitant, Moy. = moyenne.

2) Analyse thématique du verbatim

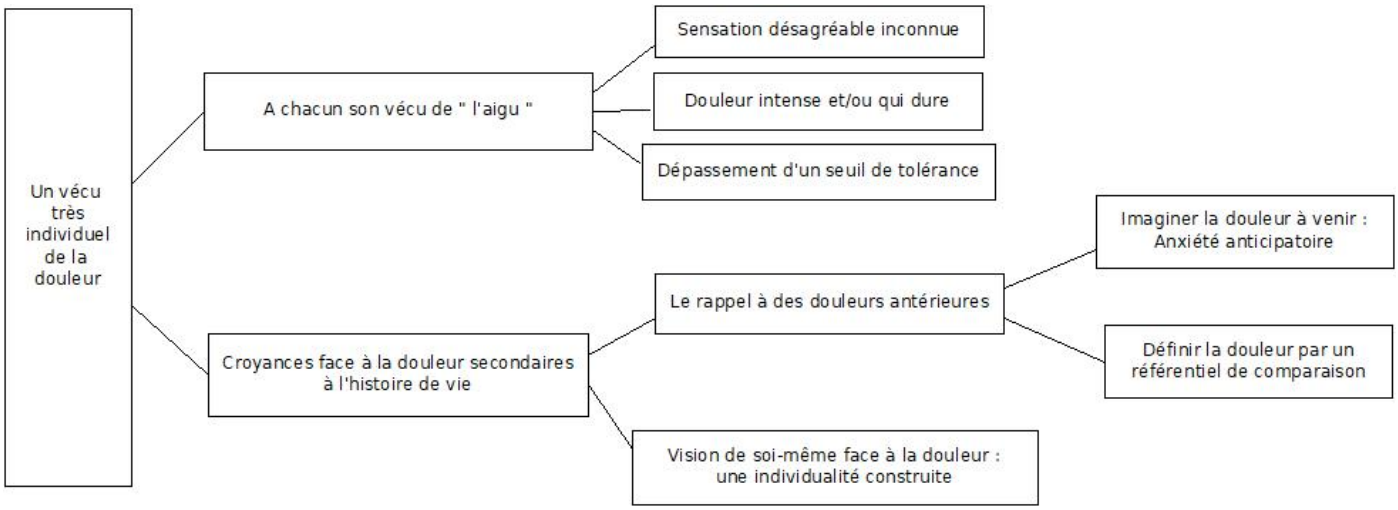
Afin de rendre plus lisible nos résultats, nous avons réalisé 4 arbres thématiques séparés, correspondant à nos 4 thèmes issus de notre travail d'analyse :

- Un vécu très individuel de la douleur
- Premières réactions : fragilité, angoisse, se soulager au plus vite

- Représentations et attentes vis-à-vis du système de santé
- Vécu de la relation au médecin

L'arbre thématique final complet est présenté en annexe détachée (format A3 en fin de document). L'ensemble des entretiens est également annexé en fin de document (support CD).

1) Un vécu très individuel de la douleur



A. A chacun son vécu de l' « aigu »

Le caractère « aigu » de la douleur semble difficile à définir pour les patients. Chacun le rapporte à un ou plusieurs critères qui lui sont personnels. Les critères évoqués ont été :

a) Sensation désagréable inconnue

P5 : « J'ai vu quand il m'a touché le docteur aie (elle frissonne, et se touche la cheville), c'était très sensible »

P4 : « C'était vraiment aigu, et je n'avais jamais eu l'habitude d'avoir mal comme ça. »

P10 : « mauvaise sensation »

b) Douleur intense ou qui dure

P5 : « aigu, ça fait mal, très très mal. » P4 : « permanente »

c) Dépassement d'un seuil de tolérance

P6 : « ça va bien au-delà d'une douleur que j'arrive à supporter. »

Nous avons choisi de regrouper ces divers déterminants pour définir à partir du verbatim une catégorie de douleur dite « aigue ».

B. Croyances face à la douleur secondaires à l'histoire de vie

Nos entretiens ont fait ressortir des éléments de la relation du patient avec sa nouvelle douleur ; comment se la représente-t-il ? Dans quelle position est-il face à elle ? Sont évoqués des extraits de récit de vie, des éléments appartenant à l'histoire du patient. Cette histoire lui fait appréhender le nouvel épisode aigu d'une certaine façon qui peut être positive ou négative. C'est pour cela que l'on parle de « croyances ».

a) Rappel à des douleurs antérieures : Référentiel de comparaison et anxiété anticipatoire

Pour définir leur douleur, des patients ont pris comme référence des douleurs connues. Cela semblait leur servir de référentiel de douleur, comme s'ils construisaient au fur et à mesure une « biographie de la douleur ».

P13 : « ça m'évoquait des douleurs que j'ai eues lors de l'accouchement. »

Au-delà de la comparaison définissant des douleurs différentes, nous avons noté un réel lien entre ce référentiel personnel, et le caractère anxiogène de la douleur. Pour certains il était rassurant et permettait de mettre en place des actions en toute confiance face à la douleur *P11 : « J'en ai souvent des douleurs au bas ventre »,* alors que pour d'autres, la référence douloureuse antérieure générait de l'angoisse en soi, par anticipation :
P6 : « cette angoisse était liée (…) d'avoir peur d'avoir aussi mal que j'avais eu mal la première fois. » On peut se demander quelle est alors dans cette situation anxieuse la part imaginaire et la part réelle de la perception de cette douleur ?

b) Vision de soi-même face à la douleur : une individualité construite ?

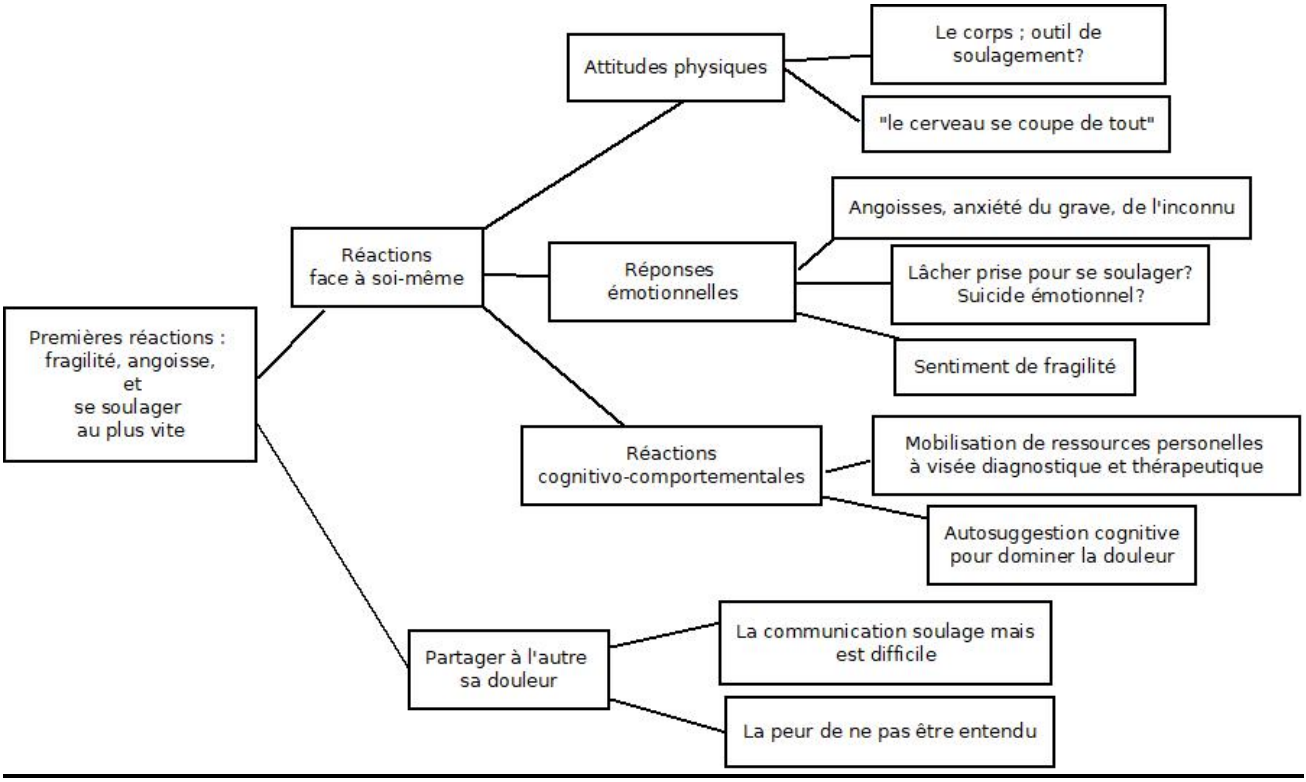
Pour certains patients, la résistance à la douleur semble vécue plus comme une caractéristique intrinsèque de l'individu, définissant son être, que comme une réponse ponctuelle à une

situation donnée. P10 ne dit pas : « j'ai réussi à gérer cette douleur, mais : *P10 : « Je suis plutôt dur à la douleur. ».*

P12 ne dit pas « J'ai eu très mal », mais : *« J'ai l'impression d'avoir un seuil de tolérance de la douleur qui est assez bas. ».*

Le ressenti de la douleur aigue perdrait alors son caractère ponctuel, ancré dans le présent, faisant partie de l'existence et de l'environnement de l'individu, pour être transformé en une sorte d'élément constitutif de l'individu. Comme une caractéristique prédéfinie on serait plus ou moins « dur à la douleur ». Cette caractéristique aurait un aspect biologique, mais aussi construit par les expériences douloureuses vécues, car si l'on n'a pas eu d'expérience de douleur, on ne connaît pas son « profil » de tolérance à la douleur. L'image de soi serait révélée (ou modifiée ?) par l'expérience douloureuse. Et inversement la nouvelle expérience douloureuse est ressentie via ce profil présumé.

2) <u>Premières réactions : fragilité, angoisse, se soulager au plus vite.</u>



Le vécu initial de la douleur est un élément très présent dans nos entretiens, et très variable selon les individus. Selon ce vécu, les réactions sont diverses, mais le but est le même : soulager ! On note ici qu'avant même de solliciter de l'aide, les patients font appel à des ressources intérieures jugées (ou espérées ?) potentiellement efficaces pour soulager. Dans un premier temps, ces réactions et actions se font en solitaire. Les ressources évoquées sont de trois ordres: physique, émotionnelle et cognitivo-comportementale.

A) Réactions face à soi même

a) Attitudes physiques

i. Le corps outil de soulagement ?

Nous avons pu noter des réactions motrices violentes. Les réactions corporelles à la douleur sont d'une intensité qui témoigne de l'intensité du vécu douloureux *P3 : « Je m'écroule par terre,(…), j'hurle,(…) ».*

Mais elles ne sont pas seulement un moyen d'expression. On ressent ici une sorte d'urgence à être soulagé. Il y a là une volonté d'action immédiate, d'écarter la douleur par soi-même, avant même d'accéder à une aide extérieure :

P3 : « c'est peut être une manière d'évacuer. »

P3 : « Le fait de se mettre en boule, de bouger, c'est comme si ça allait passer plus vite. »

P6 : « …essayer de rester calme, de respirer tranquillement. »

ii. « Le cerveau se coupe de tout »

P3 : « J'ai l'impression que le cerveau se coupe de tout pendant ce moment-là (…) et qu'il faut essayer de se concentrer de bien respirer ».

Contrairement à précédemment, P3 exprime plus ici un constat qu'une volonté d'action : *« le cerveau se coupe de tout …»* on comprend qu'elle n'y peut rien. Elle décrit un fait. Il est difficile ici de comprendre le sens profond de ce constat. Est-elle une « aubaine » avec un cerveau, siège du signal douloureux, qui se *« coupe »* du stimulus ? Est-ce l'expression d'une introspection profonde du patient dont le cerveau « se coupe » du monde extérieur ?

En tout état de cause, il y a distance au réel physiologique… Est-ce à nouveau une tentative pour se soulager rapidement en se concentrant sur autre chose ? P3 *: (…) et qu'il faut essayer de se concentrer de bien respirer ».*

b) Réponses émotionnelles

i. Angoisse, anxiété du grave, de l'inconnu

Nous avions précédemment évoqué l'anxiété anticipatrice lors d'un épisode douloureux reconnu (cf Croyances face à la douleur secondaires à l'histoire de vie). En dehors de cette reconnaissance biographique, l'angoisse, et l'anxiété sont parmi les premières émotions exprimées face à une douleur aigue. Si l'angoisse de gravité, voire de mort est présente *: P3 : « à me dire qu'à force d'avoir mal comme ça, je vais mourir »,* la crainte d'une évolution inconnue, en particulier d'une aggravation est bien présente : *P6 : « Est-ce que je vais avoir mal jusqu'au point où je vais avoir une syncope ? A m'évanouir ?... Est-ce que le rein va être abimé ? », P8 : « J'ai pas envie de devenir aveugle. ».* La projection du grave est celui d'une perte de contrôle physique, d'une limitation fonctionnelle séquellaire de la douleur.

A contrario le fait de connaître et reconnaître rassure *P4 : « Comme je connais cette douleur, je suis moins stressé. » P5 « Je suis inquiète parce que je ne sais pas pourquoi elle était gonflée. » « Quand on se fait mal au genou, on sait ce que c'est, on ne s'inquiète pas. »* Mais lorsque l'évolution devient non contrôlée, non habituelle, non reconnue ; il y a manifestement de l'angoisse qui se crée.

P11 : « J'ai pris donc un Ibuprofène (...) rien n'y faisait. Mon mari commençait vraiment à s'inquiéter, rien n'y faisait ; je lui ai dit « je crois qu'il va falloir qu'on appelle un médecin. » ». On comprend que l'escalade thérapeutique sans effet, qui d'habitude soulage la patiente, ici l'angoisse.

De ce dernier verbatim P11, nous retenons l'inquiétude de l'entourage comme facteur aggravant. Mais d'une autre manière, l'isolement social peut accentuer les angoisses. *P9 « j'étais seule… ça m'angoissait de plus. ».*

ii. « Lâcher prise » pour se soulager? Suicide émotionnel ?

Nous rapprochons ici les ressentis douloureux de P5 et P12 de celui de P13 précédemment décrit, mais avec une expression plus émotionnelle.

La description de P13 était plus « physiologique » (P13 :« *le cerveau se coupe…* ») et la réaction plus pragmatique « *se concentrer, bien respirer* ».
Mais avec *P5 : « vous êtes dans le vide. (…), vous pensez à tout et à rien »* on ressent ce même sentiment d'isolement, presque de flottement *(« vous pensez à tout, à rien »)* avec une expression plus psychologique, moins « organique ».
P12 : « quand on a une douleur comme ça, on a presque envie de partir. », semble les rejoindre dans une sorte de « lâcher prise ». Le terme *« partir »*, évoque une fuite, pour se soulager de cette douleur. Est-ce simplement fuir la douleur, ou les mots : « on a presque envie de partir », expriment-t-ils une sorte de « suicide émotionnel » avec un *« partir »* dans le sens de « mourir » pour ne plus souffrir ?

iii. Sentiment de fragilité

La douleur semble permettre de prendre conscience d'une fragilité, d'une vulnérabilité du corps, qui peut confiner à l'angoisse de mort : P7 (grand âge, contexte de fatigue chronique) *: « Je me dis « ça y'est je vais y passer ». »*
P12 : « On est hyper stressé par ce qu'il nous arrive… c'est notre corps quand même… » souligne-t- elle aussi par les termes « quand même » un sentiment d'atteinte de son intégrité profonde.
Nous avons intégré ce thème aux « premières réactions » d'une part car les patients la décrivent chronologiquement à ce moment-là, et d'autre part car ce sentiment de fragilité est probablement un des moteurs du besoin de soulager la douleur précédemment décrit.

c) Réactions cognitivo-comportementales

Les patients ont aussi évoqué un certain nombre de pensées et de comportements que nous avons regroupés aussi dans la catégorie des premières réactions « pour se soulager » car nous les avons intégrés comme des procédures de défense contre l'angoisse générée par la douleur. Elles peuvent succéder aux réactions émotionnelles et physiques, davantage « primitive ».

i. Mobilisation de ressources personnelles à visée diagnostique et thérapeutique :

Il s'agit ici d'un mode de défense contre l'anxiété générée par l'aspect « inconnu » de la douleur. Il a pour but de mieux comprendre l'origine de la douleur, la caractériser, l'identifier. Le patient mobilise alors les ressources à sa portée pour atteindre ce but.

- Informations internet

Internet est ici une ressource ressentie comme suffisamment fiable pour être consultée « en urgence » :

P10 : « Quand j'ai lu ça (informations internet), je me suis dit c'est ça. (…) C'était pour savoir ce que j'avais. ». Il est intéressant de noter qu'internet peut aussi être une sorte de justification à l'appel du médecin : *P13 : « Je suis donc allée voir sur internet, et là j'ai vu qu'il pouvait y avoir des problèmes de vésicule biliaire.(…) quasi immédiatement j'ai pris rendez-vous avec mon médecin. »*

- Localiser sa douleur et, en fonction, la hiérarchiser

Dans sa volonté de comprendre, le patient localise sa douleur, selon ses repères connus. Et en fonction, il lui accorde plus ou moins d'importance.

P4 : « …ça dépend où j'ai mal. Là j'avais mal à la tête, je me disais que c'était la panique. »

P8 : « Et vu que c'est l'œil, je suis quand même flippé. (…) Je me questionne sur la gravité potentielle de la chose».

- Automédication

P11 apporte ici la notion d'automédication. Elle implique un minimum de confiance en sa propre capacité de soins. Mais nous remarquons, que cette confiance est validée par le patient par le fait que la douleur soit connue. *: « J'en ai souvent des douleurs au bas ventre donc je me suis dit je vais prendre deux Spasfon®… et j'ai pris un Efferalgan® »*

ii. L'autosuggestion cognitive pour dominer la douleur

Il semble que les patients tentent de dominer mentalement la douleur pour la maintenir, la cadrer. Faire appel à la raison pour être plus fort(e) que ses émotions, son ressenti douloureux et pour ne pas se laisser submerger : *P6 : « j'essaie de me contrôler, de rester calme. », P3 : « …il faut essayer de se concentrer, de bien respirer et de se dire que ça va partir. »* certains utilisent même l'autosuggestion : *P12 : « …j'essaie de penser à des choses positives. »*

Le pire semblerait d'être dominé, c'est un sentiment de *« perdre pied » (P1).* Les patients disent tenter d'éviter cette situation : vécu comme un « *combat* » (P6) entre

dominer et se sentir dominé par la douleur, vécu comme un envahissement : *P12 : «la douleur prend toute la place dans ma tête et dans mon corps aussi. »*

Cette perte de repère laisserait le patient fixé sur sa douleur : *P3 : «On est fixé, on se dit faut que ça parte, faut que ça parte, faut que ça parte. »* et dans l'incapacité de se projeter dans l'avenir.

P9 : « je me dis, qu'est-ce que je vais devenir ? »

B) Partager à l'autre sa douleur

Lorsque l'on interroge les patients par : « qu'avez-vous fait alors ? » (annexe 1), exprimer et parler de sa douleur est souvent la première action mise en œuvre P8 : *« ça me fait mal donc je l'exprime »*. Ce peut être l'entourage, souvent premier relai, puis être un soignant dans le but de demander de l'aide P13 : «*j'ai immédiatement pris rendez-vous avec mon médecin »*. Les patients peuvent se heurter à des difficultés dans leur propre capacité à se faire comprendre (rôle actif), et des difficultés à être compris (rôle passif).

a) La communication soulage mais est difficile

Le fait est que partager sa douleur à l'autre peut amener un aspect rassurant lié à l'expression en elle-même, sans préjuger des actions « médicales ».

P8 : « on est plus tout seul à vivre le truc, on a pu le partager ».

P9 : « j'étais rassurée de lui parler, c'est normal c'est mon médecin traitant ».

i. Se comprend réellement par l'expérience

La douleur en elle-même semble être difficile à verbaliser. Elle se vit, elle appartient au registre du sensoriel, de l'expérience ; et les patients rapportent des difficultés à la décrire.

P14 : « il faudrait que le médecin ait vécu toutes les douleurs pour comprendre, et dans chaque degré, car elles sont pas intenses pareil ! (rires) ».

P10 : « On a mal quoi. Tout simplement. »

P14 : « Oh je sais pas trop comment le décrire…C'est difficile de mettre des mots là-dessus. ».

On note souvent des tournures de phrases avec des répétitions, comme si le champ lexical était insuffisant pour insister suffisamment sur l'intensité.

P5 : « très très mal. »

ii. Au-delà de l'imaginable

L'échelle utilisée d'évaluation par les médecins est remise en question : *P6 : « … on doit définir une douleur maximale, mais ça veut dire quoi ? Au point de tomber dans les pommes ? Je n'en sais rien », P3 : « Quand on me demandait sur quelle échelle de douleur à combien j'avais mal, sur 10 je disais 20. ».*

Parallèlement, P11 définit l'intensité de sa douleur par comparaison *: « La douleur que j'ai eu me permet d'avoir une échelle de comparaison. ».*

On ressent ici une difficulté de communication entre le patient et le médecin dans l'évaluation de la douleur. Il semble que cela vienne d'une différence de référentiel, mais aussi d'une différence d'objectifs.

Le patient semble définir sa douleur comparativement à une expérience déjà vécue, son référentiel est de l'expérimental ; ce qui lui permet d'envisager l'avenir à court terme (comment ça va se passer ? Quand cela va-t-il s'arrêter ? Grâce à quoi ?) comparativement à son expérience précédente. Son objectif est la recherche de soulagement. L'objectif du médecin est d'obtenir une « codification » de la douleur, qui lui permette d'y appliquer un protocole, en fonction d'un référentiel établi, théorique (mise en œuvre d'antalgiques en fonction de l'évaluation EVA). Les deux protagonistes n'ont pas le même objectif, pas le même référentiel, et cela semble compliquer l'accord sur l'intensité de la douleur.

iii. Facilitées par une relation à un médecin connu

Il semblerait que le fait de connaitre le médecin puisse faciliter la communication. Dans le contexte de P1, le fait que le médecin connaisse les antécédents fait que la communication est plus simple.

P1 : « Aller voir quelqu'un qui ne vous connait pas, c'est pas toujours évident. » « …je n'ai pas envie de réexpliquer les choses à quelqu'un d'autre. »

On peut imaginer que la relation particulière à son médecin traitant permet au patient de penser que ce médecin qui connait son histoire, ses épisodes douloureux précédents, pourra mieux comprendre son évaluation « comparative », et la prendre en charge dans son contexte global.

b) La peur de ne pas être entendu

En lien avec le sentiment de vulnérabilité, de fragilité ressenti (cf vécu émotionnel), les patients expriment aussi leur crainte de ne pas être entendus et donc aidés dans leur

souffrance. Cette crainte s'exprime vis-à-vis de plusieurs interlocuteurs et selon plusieurs paramètres:

- Crainte de jugement : L'entourage est souvent le premier relai à qui exprimer sa douleur mais sa réaction est souvent en soi une source de stress par crainte de jugement personnel : *P8 : « je voulais pas qu'elle me rabaisse.(…) et puisque chacun ne peut pas ressentir la douleur de l'autre, on peut juger la perception que l'autre a de ses douleurs. »* Celles-ci pouvant être liées à des croyances collectives :

P8 : « Il parait que les hommes se plaignent beaucoup de petites douleurs (…) ! … c'est difficile car parfois on peut avoir de vraies fortes douleurs (…) qui sont jugées comme faibles. »

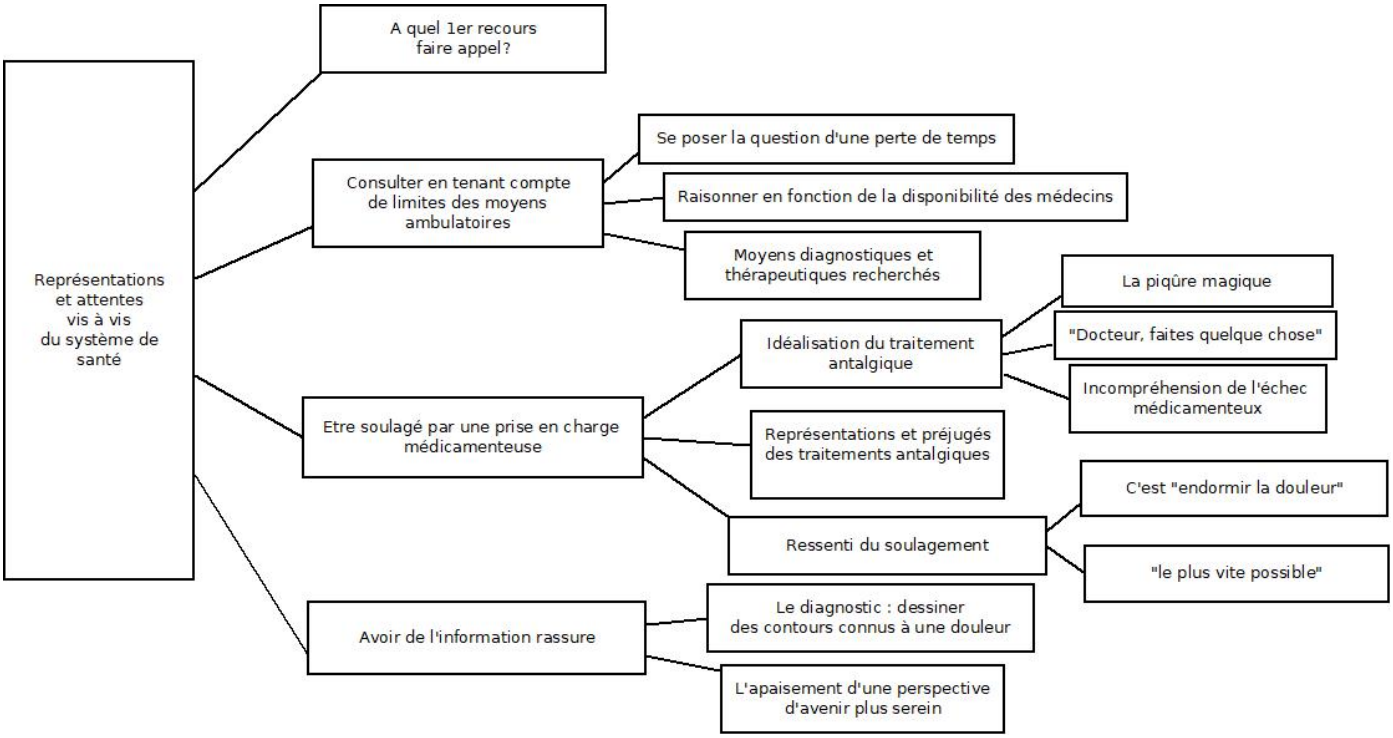
- Ne pas être compris, ne pas être cru : le patient a conscience des difficultés de l'évaluation douloureuse (cf « au-delà de l'imaginable »), et peut exprimer des craintes que le médecin ne le comprenne pas, voire ne le croit pas.

P3 : « …quand je disais que c'était quelque chose d'intenable, on me regardait… sans comprendre. »

P11 : « c'est bête mais je me suis dit « peut-être qu'on ne va pas me croire que j'ai si mal que ça ! » ».

3) Représentations et attentes vis-à-vis du système de santé

Cet axe thématique a été créé par regroupement des thèmes intéressant le ressenti des actions du système de santé. Quel est le rôle attendu du système de santé pour le patient dans son expérience de douleur aigue ?



A) A quel premier recours faire appel ?

Ce qui peut ressortir comme élément influençant le choix d'aller voir tel ou tel médecin est le ressenti de la douleur. Le centre 15, souvent très lié au SAMU dans les représentations, est vécu comme un interlocuteur de choix dans le cas des douleurs aigues intenses.

P3 : « J'avais tellement mal (…) j'ai dit ok, appelle le SAMU. ».

P6 : « Comme c'était gérable, au lieu d'aller aux urgences, j'ai préféré venir voir le Dr X. »

Et cette prise de décision peut être vécue comme une source d'angoisse supplémentaire. *P4 : « la grosse panique, savoir si je vais aux urgences ou pas ».*

Certains patients dans la situation de douleur aigue restent habitués à appeler leur médecin généraliste en premier lieu.
P3 : « On se dit que celle qui est le plus rapide à voir c'est le médecin généraliste. »
P10 : « Qui avez-vous appelé en premier ? » « Bah, le médecin (ton assuré). »

Aller aux urgences est vécu de manière ambivalente selon les patients. P11, dans la suite de sa consultation avec le médecin à domicile, a été adressée aux urgences pour la suite de la prise en charge, elle l'a vécu de manière négative : *P11 : « Comment expliquez-vous vos pleurs ? » « Parce que je devais aller aux urgences ! Et je me suis dit peut être que je vais mourir ! »*. Le fait d'être adressée aux urgences rappelle à P11 l'angoisse de la mort, comme si ce lieu était associé au fait que le syndrome douloureux soit suffisamment grave pour craindre d'en mourir. A contrario, les urgences peuvent être vues comme un lieu qui permet d'accéder facilement à une prise en charge de symptômes même considéré comme « non-grave » selon le patient. P2 justifie le fait d'avoir consulté les urgences plutôt qu'un médecin généraliste *« Il aurait fallu qu'il me prescrive une radio, donc j'aurai du prendre rendez-vous et ça aurait été un peu plus compliqué. Donc je me suis dit, autant aller directement aux urgences. »*

C'est un choix en tant qu'acteur dans un système de santé de consulter tel ou tel médecin, selon le ressenti de la douleur, et selon les représentations qu'ont les patients des différents médecins dans la prise en charge de leur douleur.

B) Consulter en tenant compte de limites des moyens ambulatoires

Les patients ont conscience de possibilités limitées en terme de prise en charge spécifique de la douleur aigue par le médecin généraliste, compte tenu, comme nous le verrons ultérieurement, d'une exigence de rapidité.

i. Se poser la question d'une perte de temps

P11 : Parlant du médecin généraliste « finalement j'ai pas eu l'impression de perdre du temps en l'appelant ». Le fait de verbaliser cette impression, traduit qu'à un moment la patiente s'est posé la question d'une perte de temps. Malgré le fait d'avoir été adressée aux

urgences par la suite, elle manifeste sa satisfaction d'une première consultation par un médecin généraliste.

ii. Raisonner en fonction de la disponibilité des médecins

P4 : « Mon médecin, je n'aurai pu le voir qu'à partir de 10 heures, alors que là j'ai pu aller aux urgences à 6 heures du matin. »

iii. Moyens diagnostiques et thérapeutiques recherchés

Le ressenti de besoin diagnostique et de besoin thérapeutique oriente le patient dans son choix de consultation.

P4 : « Le médecin il va me donner des médicaments, c'est à moi d'aller les chercher… »

P9 : « Je me suis dit, « elle peut pas faire grand-chose » (…) j'avais des médicaments. »

P2 : « …il aurait fallu qu'elle me prescrive une radio. Donc j'aurai du prendre rendez-vous… »

C) Etre soulagé par une prise en charge médicamenteuse

Les patients ont exprimé leurs attentes vis-à-vis des médicaments. Nous avons relié les moyens thérapeutiques au système de santé. C'est l'attente d'un moyen utilisé par le « monde » médical ou paramédical.

a) Idéalisation du traitement médicamenteux

i. La piqûre magique

Certains patients expriment de l'espoir en une « piqûre magique », qui serait la solution à leur maux, et le moyen de revenir de manière immédiate à leur état antérieur.

P11 : « Je me disais qu'il allait peut être me faire une piqûre de je ne sais pas quoi, quelque chose pour calmer mes douleurs, et puis après ça va aller sûrement. »

P12 : « Le médecin est venu, il m'a fait une piqûre… ».

P11 : « j'ai donc eu une perfusion. » Le mot perfusion est répété à plusieurs reprises dans le récit de sa prise en charge. Par ces mots et ces tournures de phrase, on comprend le rôle majeur qu'a eu le geste de piqûre par le soignant.

Devant le vécu « thérapeutique » du geste de l'injection en soi, nous entendons que l'attente en est la même que pour le médicament lui-même. Nous avons donc décidé de le lier au médicament qu'il accompagne. C'est pour cette raison que bien qu'il ne s'agisse pas d'un médicament à proprement parler, nous avons intégré cette notion à l'attente vis-à-vis des médicaments.

ii. « Docteur, faites quelque chose »

Le fait de donner des médicaments peut être l'action principale attendue du médecin. *P6 : « Faites quelque chose, je n'en peux plus ».* Le « faire » sous entends « donnez-moi des médicaments. »

P10 : « Bah elle m'a rien proposé (…) elle m'a dit qu'il n'y avait rien à faire sur une côte cassée. » Le fait de n'avoir pas eu de traitement spécifique est rapporté comme une absence d'action.

Sans même avoir pris les médicaments, l'annonce de la prescription de médicament soulage P4 : « *Du coup, j'étais un peu soulagé de penser que j'allais être soulagé. ».*

iii. Incompréhension de l'échec

De ce fait, l'échec du traitement médicamenteux est difficilement entendable. *P9 : « Je me dis je prends autant de médicaments et pourquoi la douleur elle passe pas ? »*

b) Plus largement, il existe des représentations et préjugés des traitements antalgiques

Nous avons ressenti des idées toutes faites sur les traitements antalgiques. Cela peut être positif ou négatif. On dénote une banalisation du paracétamol : *P10 : « Bah elle ne m'a rien proposé (…) »* mais il ajoute plus tard *« Elle m'a prescrit du Doliprane® pour la douleur. ».*

Aussi, les patients expriment clairement une ambivalence vis-à-vis de la morphine, qui peut autant faire peur : *P1 « La morphine ? La peur. Un peu. Parce que le mot morphine engendre « drogue », « personnes en fin de vie »(…) mais bon vu la douleur que j'avais…»,* mais aussi, représenter le soulagement des douleurs extrêmes, un médicament « fort » : P9 *« J'étais contente quand ils ont pris la décision de me donner de la morphine. »,* P4 *: « je savais qu'elle m'avait prescrit un médicament fort avec de la morphine, et que ça allait me soulager… »* Sans avoir bénéficié du traitement par morphine, la simple perspective de le

prendre soulage le patient. L'idée que la patient se fait du médicament a potentiellement une action placébo dans son ressenti du soulagement.

c) Ressenti du soulagement

L'efficacité et la rapidité sont deux idées ressorties de nos entretiens. Nous les avons regroupées comme des critères de satisfaction quant au ressenti du soulagement.

i. C'est « endormir la douleur »

P6 : « Vite, assommez-moi, faites quelque chose pour que la douleur s'arrête. » P12 : « ça a endormi ma douleur pendant presque deux jours. Mais au moins, ça a fait un répit. » En parlant du traitement : « ça m'a bien shooté ».

Outre le rappel de ces unités de sens du désir de soulagement rapide exprimé plus haut, on trouve ici une l'expression d'une grande confiance dans l'efficacité médicamenteuse, capable d' « assommer », de « shooter » pour soulager.

ii. Exigence de rapidité

Le soulagement est exigé rapide, selon un degré d'urgence ressenti du patient.

P6 : A propos du fait d'être soulagé : « Oui, sur une douleur aigue comme ça (…) le plus vite possible (il tape des mains). Car c'est insupportable. »

P14 : « Qu'est-ce que vous ressentez quand le médecin arrive ? » « Qu'il trouve vite une solution. Qu'il me soulage. (…) C'est tellement intense. »

D) Avoir de l'information rassure

Outre une prescription rapide, les patients attendent parfois des explications sur ce qu'ils vivent : *P8 : « Pendant la consultation, j'étais plutôt content. J'ai eu une explication(…), en sortant (…) ça allait déjà mieux ! », P13 : « Il m'avait expliqué ce que ça pouvait être, et rien que ça j'étais rassurée. »*. La compréhension de la situation est donc clairement exprimée comme source de soulagement. Parfois, cela nécessite des examens complémentaires. Le délai pour les avoir, s'il n'est pas trop long, est alors jugé acceptable car générateur d'un meilleur soulagement : *P13 : « Votre médecin vous a proposé une prise de sang et une échographie,*

comment vous êtes-vous senti avec cette proposition ? » « Ça me paraissait logique. On est allé jusqu'au bout. »

P5 : « C'était bien il m'a pris un rendez-vous le jour même pour l'échographie. ».

Par contre, si le médecin ne répond pas à l'attente, sans explication, les questions et le stress réapparaissent : *P5 : « j'étais un peu… (elle marque un silence, comme gênée) Pourquoi il m'a pas demandé la prise de sang ? (…) comme ça on sait ce que c'est. ».* Le malaise que l'on a pu ressentir a été associé au fait que la patiente amenait une critique à la prise en charge du médecin. Pour elle, il semblait nécessaire de réaliser tous les examens possible afin d'avoir un diagnostic.

En effet, l'obtention d'un diagnostic est aussi une attente forte : *P13 : « Qu'attendez-vous de votre médecin ? » « Qu'il pose un diagnostic. »*

a) <u>Le diagnostic : dessiner des contours connus d'une douleur</u>

En effet, le diagnostic rassure. Il semble avoir une double utilité:

- *Pour P8 : « il (le médecin) nous explique le pourquoi de la douleur, on a un diagnostic et un traitement ».* Cette explication du médecin montre qu'il « sait », qu'il « connait ». C'est rassurant en soi car s'il connaît la situation, il va donner un « traitement ». Le diagnostic est donc un point de départ connu du médecin vers le soulagement.

A l'inverse, le silence du médecin est vécu comme décevant : P11 : « Il m'a rien dit, il m'a pas dit ce que c'était. »

- D'autre part, il peut être une justification si besoin de la douleur :

P10 : « en arrivant chez le médecin je lui ai dit je crois que j'ai une côte cassée. » P10 avait regardé sur internet pour avoir des informations sur sa douleur, il arrive en se présentant au médecin avec un auto diagnostic. Est-ce pour faciliter l'expression de la douleur ? Est-ce pour lui donner une contenance ? (cf « peur de ne pas être cru ») ?

P10 : « Et votre sœur qui était là ? (lors du trauma) » « Je lui en ai même pas parlé, j'étais pas sûr qu'elle était cassée. » Il semble que le fait de ne pas avoir de diagnostic pour cette douleur, fait que le patient n'en parle pas.

b) <u>L'apaisement d'une perspective d'avenir plus serein</u>

On note l'importance d'une information pronostique, à plus ou moins court terme. Cela va dans le sens d'un type d'information rassurant. Sur les effets des médicaments :

P6 : « Elle m'a dit en vingt minutes la douleur devrait être largement calmée. Ce qui a été vrai, effectivement. » A l'inverse, à ce sujet, le patient critique le manque d'information : *P4 : « C'était des médicaments forts, on a pas l'habitude (…) on est mal aiguillé par tous ces médecins. »*

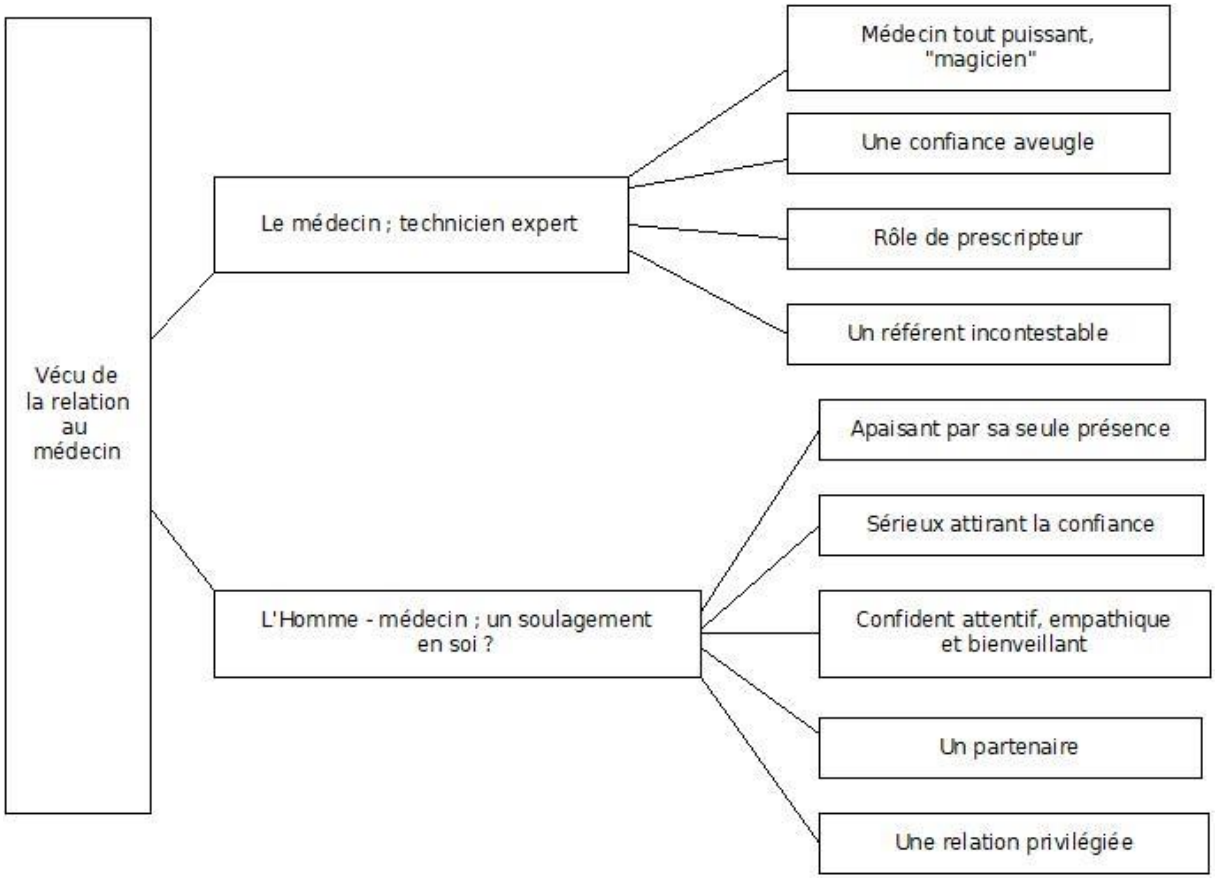
Sur l'après douleur : *P2 : « Je voulais avoir plus de précisions sur ce que je pouvais faire ou non. »*

P10 : « Qu'est ce qui vous a paru important (…) ? » « Qu'elle me dise pour combien de temps j'en aurai. », on note un désir d'information pratique pour le retour à la vie quotidienne.

Se sentir accompagné et orienté si besoin : *P11 : « Quelle place a eu votre médecin ? » « C'était le relai. Le fait qu'il ait fait ce mot, c'était plus simple. (…) ça a permis de donner une sorte de sérieux, d'aval (…) à ma douleur en quelque sorte. »* Ici, l'avenir est celui de la poursuite de la prise en charge. La patiente a dû aller à l'hôpital, et elle manifeste la satisfaction d'avoir été bien orientée.

4) <u>Vécu de la relation au médecin</u>

En opposition au ressenti de la prise en charge globale par une équipe médicale, par des moyens médicaux (organisationnels, médicamenteux, informationnels) dans le sens très global, nous avons choisi de rassembler les catégories concernant le médecin en lui-même, dans la relation toute particulière du médecin-malade. Comment le patient voit le médecin dans son individualité ? Qu'attend-t-il de lui ?



A) Le médecin : technicien expert

a) Médecin tout puissant, « magicien »

Des termes forts, utilisés ici « *magicien* », traduisent une attente intense et immédiate. Pour le patient, la notion de médecin est associée au savoir : *P12 : « On sait que là, il y a quelqu'un qui sait ce qu'il nous arrive »*. Ce savoir, théorique, appris en formation et reconnu, par le patient, est ici transformé ici immédiatement en savoir-faire, compétence : « savoir soulager » : *P6 « faites quelque chose, je n'en peux plus »... « Qu'elle me calme tout de suite la douleur… »*.

L'attente du patient est clairement un soulagement qu'il n'ose à peine espérer tellement la douleur est intense, on attend du médecin qu'il fasse un miracle : *P12 : « c'est un peu comme un magicien ! »*

b) Une confiance aveugle

L'intensité de la douleur, le sentiment de vulnérabilité qui en découle (Cf.Supra) et les attentes liées au « médecin magicien » aboutissent à une annulation de toute critique de l'action du médecin :

P12 : « On est d'accord avec tout ce que vous proposez à ce moment-là ! (en insistant sur le TOUT) »

P13 : « J'ai été très docile ! »

On a le sentiment que l'attente ressentie, qui relève du champ émotif *: P6 «qu'elle me calme tout de suite la douleur* » influe sur le champ réflexif en annulant toute possibilité que le médecin puisse ne pas prendre la bonne décision. C'est une autre facette du côté « magique » du soulagement : on ne comprend pas bien comment cela fonctionne, mais peu importe puisque le résultat est là.

c) Rôle de prescripteur

Etonnement, alors qu'il existe une attente forte de soulagement (Cf. supra), pour certains patients, le rôle humain du médecin semble disparaitre pour ne laisser place qu'au « prescripteur » :

P7 : « ils (les médecins) *sont là pour vous soigner mais ne sont pas là pour vous consoler de votre malheur. (…) ils font ce qu'ils peuvent avec des médicaments. »*

P3 : « il a eu une place de prescription. ».

P7 dit *: « ils ne sont pas là pour vous consoler ».* On peut s'interroger sur le sens réel de cette unité de sens. Est-ce réellement une attente ? Cela tendrait à envisager que le soulagement pour ce patient ne puisse venir que des médicaments. L'effet de soulagement lié au médecin lui-même serait alors totalement nié ici. Mais il se peut que P7 exprime ici plus simplement un constat. Le sens n'est pas le même, et la phrase pourrait alors signifier une non réponse à une attente.

Alors, si le patient est initialement *« d'accord avec tout »* tellement l'attente est forte (Cf. Supra : P12 *: « On est d'accord avec tout ce que vous proposez à ce moment-là ! (en insistant sur le TOUT) »),* lorsque le médecin ne répond pas à cette attente le patient retrouve sa capacité de décision et recherche une autre prise en charge *: P4 « Ils* (les médecins des urgences) *n'ont pas voulu me donner de la morphine. Et donc (…) je suis allé voir mon médecin traitant. ».*

d) Un référent incontestable

Dans cette situation, les « médecins » semblent les personnes ressources les plus adaptées pour répondre aux attentes de soulagement des patients : *P10 : « Bah, le médecin. (ton assuré) »(réponse à la question : « Qui avez-vous appelé en premier ? »).*
Parmi eux ; le médecin traitant à une place spécifique *:* P1 *: « Je n'imagine pas aller voir quelqu'un d'autre. Le seul médecin que je peux voir rapidement et qui me connaisse, c'est mon médecin traitant. »*
Notons ici que les déterminants de cette place particulière sont la disponibilité et la connaissance du patient. Ni P1, ni P10 n'évoquent la compétence du médecin, sa technicité… Il faut qu'il soit là rapidement, il connait le patient (donc la réciproque est vraie aussi) ce qui est rassurant en soi. Cela s'accorde avec le pouvoir « magique » évoqué plus haut avec, des patients qui veulent être soulagés vite, sans forcément chercher à savoir comment.

Des patients ayant consulté les urgences ou appelé le 15 initialement ont consulté leur médecin généraliste en second temps ; pour une demande d'information complémentaire : P2 : « *…toutes ces questions que je n'avais pas pensé à poser au médecin des urgences, j'ai pu les poser à mon médecin généraliste. »* Le médecin traitant, même n'ayant pas pris part à la prise en charge initiale, reste un « référent » par son expertise : on lui demande des explications. Cela renforce la notion de « référent » sur laquelle nous avons construit cette catégorie.

Les patients reconnaissent également la place « administrative » dans le système de soins du médecin généraliste, et attendent de lui qu'il les aide aussi sur ce plan-là : *P3 : « je suis allée voir mon médecin pour ma prolongation. On en a parlé* (de l'épisode aigu), *mais bon, il n'y avait plus rien à faire. »*

B) L'Homme - médecin : un soulagement en soi ?

Indépendamment de ses compétences « techniques », les patients attendent des qualités humaines de la part de leur médecin, lors de la prise en charge de leur douleur aigue. Nous avons choisi de regrouper dans cette catégorie l'ensemble de ces qualités attendues :

a) Apaisant par sa seule présence

Nous avions déjà évoqué précédemment que le fait d'exprimer la douleur était déjà en soi apaisant. Il a été perçu que la présence du médecin était apaisante. Le simple fait de voir ou entendre le médecin apaise et rassure.

P9 : « J'étais rassurée de lui parler. »
P12 : « Quand on voit le médecin, il y a des choses qui s'évacuent, on est en confiance »

b) D'un sérieux inspirant la confiance

P13 : « J'ai confiance en lui car il est scrupuleux. »
Notons que le patient associe le sérieux, la rigueur à la confiance qu'il porte à son médecin. Ces qualités humaines, intrinsèques à la personne sont donc également des attentes du patient. Nous trouvons ici la confirmation que ces dernières concernent donc à la fois le professionnel, mais aussi la personne chez le médecin.

c) Confident attentif, empathique et bienveillant

De toute évidence, pour P8, l'écoute, l'empathie, la « bienveillance » sont des attentes chez le médecin : P8 : *« qu'il s'intéresse à ce que je suis en train de lui raconter ».*
Lorsqu'elles sont présentes, cela génère un sentiment de satisfaction du patient jusqu'à «

l'émotion » : P11 : *« …la bienveillance(…) ça m'a rassuré. D'ailleurs vous voyez, à vous en parler, je suis un peu émue. ».*

A contrario, P6 exprime clairement son regret d'un manque de ces qualités humaines : *« je trouve qu'il manque souvent de l'écoute et de l'empathie, le côté humain est occulté par l'aspect technique. ».*

Enfin P1*(« être dans la dédramatisation (…) moi je le perçois comme « j'en ai rien à faire »)* nous montre la nécessité d'exprimer correctement ces qualités . En effet, son médecin qui « dédramatise » pense probablement rassurer le patient, alors que, elle, entend *« j'en ai rien à faire ».*

Il y a donc ici des attentes liées à 2 compétences : l'empathie d'une part, et la capacité de la communiquer d'autre part.

d) <u>Un partenaire</u>

P13 : « …le fait qu'il me donne une grande liberté qui était d'arrêter mon traitement ou pas, je trouvais ça très agréable. J'ai trouvé son attitude épatante ! »

*P8 : (*A propos du fait de se sentir rassuré en sortie de consultation*) : « qui nous explique, et que ça nous convient. »*

P13 et P8 valorisent ici la possibilité de rester acteurs de leur prise en charge. Que le médecin ne soit pas le seul décisionnaire, mais se comporte en partenaire, qui laisse des choix ou au moins s'enquiert de la satisfaction du patient.

e) <u>Une relation privilégiée</u>

De multiples expressions évoquent des qualités relationnelles attendues : la « *confiance* », la facilité de verbalisation, la proximité relationnelle: *P1 : « Je vous avoue que immédiatement quand je suis sortie, j'étais perturbée » (à propos d'une prescription de morphine par son médecin traitant) « Et puis je lui ai fait confiance.. » P6 : « Le fait d'être proche des gens est important dans ces moments-là, ça permettrait d'être plus à l'écoute encore du patient. », P1 : « Quand on a mal, on est content de voir la personne en face que l'on connait. Et puis je n'ai pas envie de réexpliquer les choses à quelqu'un d'autre. », P13 : « Je peux tout lui dire.*

Je peux lui dire que j'ai peur des médicaments. Lui, je peux lui dire », mais aussi des attitudes : *P13 : « Le fait qu'il me rappelle, je suis contente. »*

Nous avons décidé de les regrouper dans cette catégorie intitulée « relation privilégiée » car il nous a paru que c'était le sens profond de chacune de ces unités de sens. La proximité avec le médecin, est en soi un vécu rassurant de la relation.

III- DISCUSSION

1) Principaux résultats

Notre travail nous a permis de répondre à notre question de recherche. Nous avons mis en évidence des déterminants influençant le ressenti de patients dans la prise en charge d'une douleur aigue en médecine de ville. On note une hétérogénéité de nos résultats comme nous pouvions nous y attendre dans l'exploration d'un domaine subjectif et varié qu'est la perception d'un fait concernant une douleur aigue. Notre arbre thématique répertorie les différents déterminants exprimés par les patients. Nous retenons comme résultats principaux :

- Les attentes premières du patient : « être soulagé et savoir »
- « Etre soulagé au plus vite » :

Le ressenti de la prise en charge de la douleur par le patient était d'abord déterminé par le ressenti de la douleur en elle-même. Les patients utilisaient une gamme de stratégies d'auto-apaisement cognitivo-comportementales, émotionnelles et physiques non seulement pour les aider à gérer leur douleur, mais également pour déclencher les actions et la présence des autres comme aide. N. Pope (2017) fait ce même constat concernant le ressenti de la gestion de la douleur chez les enfants, notant par ailleurs le rôle de l'apprentissage d'expériences douloureuses dans la gestion de chaque nouvel épisode douloureux [28].

Le ressenti du soulagement était en partie lié à l'effet analgésique d'un traitement. Il y avait évidemment l'action pharmacologique du médicament, mais à cela, s'ajoutaient d'autres facteurs concernant le traitement.

D'une part le patient pouvait avoir une représentation positive du traitement antalgique prescrit et une impression de soulagement (*P4 à propos de la prescription de morphine : j'étais soulagé de penser que j'allais être soulagé)*. Benedetti, entres autres, soutient ce résultat, et parle d'effet « placebo analgésique » [29] [30] ; pouvant renforcer l'action bénéfique du traitement. « L'effet analgésique placebo repose sur l'induction d'attentes de soulagement chez le patient, ce qui entraîne l'activation d'aires cérébrales spécifiques impliquées dans la régulation de la douleur et dans l'anticipation d'une récompense. »

Par ailleurs, certains patients se reconnaissaient dans des "profils de tolérance" à la douleur, comme constitutionnel de leur « être ». Nous pouvons imaginer que cela puisse influer sur la perception de leur soulagement. Dans la littérature, des différences interindividuelles tel que

le sexe ou des facteurs biopsychosociaux (rôles, stratégies d'adaptation) ont été démontrés comme influant sur la réponse aux médicaments et aux autres traitements [31]. Il pourrait exister « une modulation psychologique de la douleur » [32], qui pourrait influencer le ressenti du soulagement.

- « Savoir » :

Les patients étaient en attente d'informations rassurantes, principalement à visée diagnostique et pronostique. L'équipe de Than (2009), à propos de patients se présentant aux urgences pour douleurs thoraciques aigues, énonce deux type de questionnements des patients : « Quelle est la cause de ma douleur à la poitrine ? » et « Vais-je mourir d'une crise cardiaque ? » [33]. En comparaison au questionnement des médecins, « Les patients peuvent vouloir connaître la *cause* de leur douleur thoracique, tandis que les médecins se concentrent sur l'inclusion ou l'exclusion de *grave* maladie cardiaque. Si le clinicien estime qu'une maladie grave a été écartée et en informe le patient, celui-ci peut encore se sentir insatisfait et inquiet car la cause de la douleur n'a pas été découverte. » Il est intéressant de noter que dans cette même étude, 75% des patients reçoivent le diagnostic final de «douleur thoracique non spécifique» [33]. Comment donc « rassurer » dans ce contexte d'incertitude fréquent dans la prise en charge d'une douleur aigue ? (*P13 : « il (le médecin) m'avait expliqué ce que ça pouvait être, et rien que ça, j'étais rassurée »).* Question d'autant plus importante en contexte de soins primaires ; où l'incertitude diagnostique est plus grande en raison des symptômes indifférenciés pris en charge par les médecins de soins primaires [34].

En 2017 Alam R. a réalisé une revue de la littérature sur les études concernant les méthodes de gestion de l'incertitude diagnostique utilisée par les médecins généralistes [35] : la perception que les médecins ont de la réaction à l'incertitude par leurs patients est l'un des principaux déterminants de la prise de décision à communiquer sur leur incertitude [35][36]. Est-ce une explication au fait que certains de nos patients ont eu l'impression de manquer d'informations lors de leur prise en charge ? L'incertitude, si elle est communiquée, est-elle une information en soi pour le patient ? (P11, adressée aux urgences « *il* (le médecin) *ne m'a rien dit* ». L'absence de diagnostic a été vécue comme une absence d'information).

MacColl A., évoque également un manque de temps dans une consultation. [37]. Les médecins passeraient la majeure partie des consultations à questionner sur les signes et les

symptômes des patients afin de raisonner sur un aspect diagnostique. Ceci laissant moins de temps pour l'information du patient, ce qui peut les laisser les confus et dépassés [37].

A fortiori, le fait de savoir que le médecin sait ce qui se passe était décrit comme rassurant. Il y a fort à penser que cette connaissance signifie pour le patient que le médecin sait donc aussi comment lutter efficacement contre cette situation insoutenable. Cela expliquerait la totale confiance, voire « docilité », terme utilisé par P13 (« *j'ai été très docile* ») exprimée dans nos entretiens.

Une autre information importante était celle de la projection dans l'avenir par l'annonce de la prise en charge de l'épisode « post-aigu », autant d'éléments qui peuvent faire envisager au patient « l'après douleur ». Alain de Broca met en évidence cette importance de définir dans le soin un « projet commun », car il n'est pas rare que les objectifs de soins entre le patient et le médecin ne soient pas les mêmes, l'auteur donne l'exemple d'« un malade qui peut avoir le désir d'une guérison au plus vite, quand le soignant peut savoir que, du fait de la gravité de la maladie, la seule aide possible pour le moment est un soulagement des douleurs. » [38]

- <u>Le lien intime entre douleur aigue et angoisse</u>

Les patients interrogés ne rapportaient pas que des éléments de souffrance physique dans leur ressenti douloureux. Les déterminants à l'origine du ressenti émotionnel de la douleur étaient un sentiment de vulnérabilité immédiate allant jusqu'à l'angoisse de mort, et le sentiment de peur ou d'anxiété lié principalement au caractère inconnu du phénomène douloureux.

A notre connaissance il existe peu d'études sur l'aspect émotionnel de la douleur aigue. Cela à davantage été étudié sur les douleurs chroniques [39] [40]. Des études sur le comportement de patient après blessure mettent en évidence une phase réactive d'anxiété considérée comme bénéfique car elle permet d'assurer les meilleures conditions pour l'instauration du traitement et la guérison, mais n'en étudie pas l'origine, c'est-à-dire les phénomènes cognitif ou émotionnel à l'origine de l'anxiété [41,42]. En revanche, il est mis en évidence qu'il pourrait donc y avoir un déterminisme au ressenti anxieux lors de la douleur, dont la finalité serait la protection de l'individu.

Nos résultats concernant la conscience émotionnelle et influençant la perception de la douleur sont en accord avec l'étude de Asmundson (2004) qui met en évidence qu'un état d'anxiété

élevé, dit d'hypervigilance, face à la douleur, peut être lié à des facteurs émotionnels, notamment l'affectivité négative et la pensée catastrophique [42].

La peur de la douleur, « l'anxiété anticipatoire » qui ressort de nos entretiens, est reconnue par l'équipe de Al Absi (1991) comme un facteur exacerbant la douleur, en particulier dans les situations où la peur relève de l'expérience douloureuse. [43]

Nos résultats mettaient en évidence que la comparaison à une expérience similaire antérieure pouvait être vécue comme rassurante (expérience du soulagement lors de l'épisode précédent) ou au contraire être à l'origine d'une anxiété anticipatoire si le souvenir douloureux restait au premier plan.

- Partager à l'autre sa douleur apparaît comme une stratégie défensive, mais pas toujours facile quant au choix du destinataire et du message lui-même.

La première question qui se pose est : « à qui s'adresser ? ».

L'entourage est souvent le premier dépositaire de la plainte douloureuse tant il ressort comme impératif de pouvoir l'exprimer rapidement, pour tenter de se soulager. Mais les craintes d'incompréhension, de jugement et les limites rapidement atteintes dans les possibilités de soulagement par l'entourage poussent rapidement le patient à solliciter une aide médicale.

Avant d'aller plus loin, notons que les patients que nous avons interrogés, n'ont rapporté parmi les médecins sollicités que leur médecin traitant ou les services d'urgence par le biais des centres « 15 ». Aucun médecin de « second recours ambulatoire », spécialiste d'organe, ambulatoire, n'a été cité dans le verbatim de notre étude. Notre question de recherche mentionnait volontairement le concept de prise en charge « ambulatoire » et non « par le médecin généraliste », précisément pour ne pas orienter les réponses des patients vers ce seul interlocuteur. Nous sommes conscients d'un biais de sélection de nos patients, mais cela reste tout de même un résultat en soi.

Dans notre discussion, nous entendrons donc par « médecin de ville » le médecin généraliste, médecin traitant.

« *Est-ce que j'appelle le médecin ?* » « *Est-ce que je vais aux urgences ou pas ?* ». Le fait de consulter ou non en première intention un médecin de ville est sous tendu par différents types de croyances.

Le premier système de pensée concerne le rôle limité que peut avoir le médecin de ville dans la prise en charge d'une douleur aigue. Les limites exprimées concernent sa disponibilité et les moyens dont il dispose. Cela est confirmé par une thèse de S. Smaguine (2017) [44] explorant les représentations qu'ont les patients du médecin généraliste dans la prise en charge d'une urgence vitale. Un rapport d'enquête menée par la DRESS sur le recours aux soins urgents non programmé en médecine générale [13] note que beaucoup de patients méconnaissent les moyens possibles en ville : les trois quarts ignorent qu'il est possible de faire une radio sans ordonnance, un patient sur cinq ne sait pas s'il existe un médecin de garde dans leur secteur et un sur dix ne sait pas comment faire pour avoir les coordonnées d'un médecin de garde.

Le deuxième système de pensée qui va dans le sens d'aller consulter un médecin généraliste en première intention semble plutôt être de l'ordre de l'habitude, de la confiance, et de la proximité. S. Smaguine [44], retrouve également ces notions, soulignant que le médecin peut être considéré comme un recours de choix en urgence par le fait qu'il soit le médecin le plus près, celui dont on a le plus l'habitude, et donc, par une relation médecin/ malade privilégiée.

Nous notons que le choix du type d'intervenant peut être influencé par le degré d'urgence ressentie, et ce par l'interprétation personnelle de la douleur. L'étude de S. Gentile à propos des attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie montre que ce sentiment d'urgence est complètement dépendant du patient sans que l'on puisse juger de sa rationalité [45].

Les visions différaient dans notre étude, et nous pensons que cela peut être en partie lié au lieu de vie : les patients urbains ayant plus facilement recours aux urgences, par facilité, quand les patients ruraux, voient les urgences comme une solution de second recours, après avoir sollicité leur médecin.

- Une seconde question est : « comment exprimer la douleur ? ».

Il apparaissait comme difficile de « mettre des mots » sur une douleur. Nous avons noté dans nos entretiens, des difficultés à recueillir des éléments d'ordres émotionnel ou sensoriel ; les patients racontant davantage et plus facilement des éléments d'ordre factuel. Une étude réalisée par Lebreuilly, en 2013, explore le rôle de la culture dans la perception et

l'expression verbale de la douleur chez des patients français et syriens atteints de cancer : les descripteurs sensoriels et émotionnels choisis par les Syriens ont un contenu sémantique plus fort que ceux utilisés par les Français [46].

Le mode d'expression d'une douleur a été étudié par des intervenants formés en psychologie et en sciences du langage, (2003) [47]. Les patients utilisent pour mettre en mots leur douleur ; la localisation de la douleur, les circonstances d'apparition, leurs hypothèses diagnostiques, leur limitation des fonctions de la vie de tous les jours.
L'intensité de la douleur est une entité que nos interlocuteurs ont soulignée comme difficile à évaluer. L'expression « avoir mal » est très souvent utilisée avec une modalisation d'intensité, et pouvant utiliser des répétitions et accumulations [47]. Nous avions également noté ce résultat dans l'unité de sens : « *très très mal* ». Dans le domaine médical, la mise en évidence de cette difficulté d'expression est à l'origine d'élaboration de propositions pratiques pour rendre objective la douleur, mais davantage étudiée chez des sujets particuliers (les personnes âgées, les enfants, les personnes handicapées) [48].

Les recommandations de bonne pratique invitent l'équipe soignante à utiliser l'échelle de douleur « EVA » ou « EN » pour évaluer la douleur et initier la prescription antalgique [49]. En pratique c'est plutôt l'EN qui est utilisée [50]. Cet outil était souvent cité par les patients dans leur récit sur l'expression de la douleur. Mais certains exprimaient des difficultés à comprendre cette échelle, et notamment à se représenter le référentiel maximal de douleur. Ils lui préfèrent donc la comparaison avec une douleur antérieure pour définir l'intensité douloureuse. La différence d'objectif entre le patient qui souhaite définir sa douleur au plus près de son ressenti, et le médecin qui souhaite en recevoir une définition utilisable pour décider sa prise en charge en fonction de critères préétablis, est à l'origine d'incompréhensions médecin/malade dans ces situations de douleurs aigues. Ce résultat est un désaccord relatif avec la validité reconnue par la littérature des échelles « EVA » et « EN » [5]».

Certains auteurs tel que Radnovich R. incitent, outre l'évaluation rapide nécessaire dans un contexte d'urgence, le développement d'outils plus complets d'évaluation des patients, pour ainsi travailler à une gestion plus efficace de la douleur aiguë. [58].

- Même dans l'urgence d'une douleur aigue le vécu de la prise en charge ne dépend pas uniquement de la prescription médicamenteuse

Les patients ont évoqués l'importance de qualités humaines du médecin dans la prise en charge de leur douleur aigue : P12 « *…quand on est pas bien, le relationnel fait qu'il y a beaucoup de choses qui se débloquent. »* Rita Charon [51] parle de l'écoute attentive et empathique du patient comme réel outil thérapeutique prouvé, « parce que écouter pour trouver les mots pour contenir le désordre et ses inquiétudes, donne une forme et un contrôle sur le chaos de la maladie. » [51]. Dans de multiples publications anglosaxones (pas forcément inhérentes à ce sujet) [52] on note la différence en le « cure » (soigner pour guérir) qui fait souvent appel aux médicaments et le « care » (soigner pour « prendre soin ») qui fait appel à l'empathie. Cela correspond au concept anglosaxon de sollicitude (au sens de souci, attention, soin) [53] _ en plus d'être attendues de la part du patient, joueraient donc un rôle positif efficace dans la prise en charge.

La Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) et le Centre National de Ressources Douleur (CNRD) rapportent en 2018 une prise de conscience de l'importance de ce savoir être dans la prise en charge d'une douleur aigue, dans : « La douleur en questions : quand les professionnels de santé vous expliquent la douleur et les traitements » [54] on peut y lire que, face à la question : « Que faire d'autre pour soulager une douleur aiguë ? » la disponibilité, l'écoute empathique, la présence des proches, la clarté des explications, tendent à réduire l'anxiété du malade et à diminuer l'intensité de sa douleur [54]. Cela va dans le sens des résultats de notre étude.

Le médecin traitant peut avoir une place de choix dans la prise en charge dans la douleur aigue

P4 évoquait les horaires de disponibilité de son médecin traitant dans le fait de l'avoir consulté ou non. Les patients jugeaient souvent la réponse de leur médecin traitant plus à sa disponibilité, à son écoute, qu'à ses réelles compétences. Aucun patient ne nous a dit appeler son médecin car il lui connaissait une compétence particulière dans la prise en charge de la situation aigue dont il était question. Un peu comme si les compétences nécessaires à cette prise en charge étaient évidentes, liées au statut de médecin. Ainsi, même lorsque les patients hésitaient à contacter leur médecin ou directement le centre « 15 », les arguments avancés relevaient de la disponibilité du médecin, de la crainte de « surcharger les urgences », de la limitation des possibilités du médecin traitant liée à l'organisation du système de santé, ou aux

moyens techniques de ville mais ils n'envisageaient pas que leur médecin ne sache pas gérer la situation présente. De plus, le fait de connaitre le médecin faciliterait l'expression de la douleur et la confiance dans la prise en charge et augmenterait l'adhésion au traitement.

La confiance, le fait que le médecin connaisse les antécédents médicaux et l'environnement socio psychologique du patient paraissaient des facteurs incitatifs pour certains patients à aller consulter leur médecin traitant en première intention. (P1 : « *je n'imagine pas aller voir quelqu'un d'autre »).*

Le CNGE soutient que le médecin généraliste est un intervenant de « premier recours, d'un consulté en situation d'urgence », et que ce rôle associe les compétences pour « gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non », tout en cogérant « des plaintes et des pathologies aiguës et chroniques de manière hiérarchisée » [55].

Lorsque l'état du patient le nécessite, son médecin traitant peut faire le lien avec d'autres acteurs du système de santé. Le médecin généraliste peut être la pierre angulaire de la vie quotidienne du patient, il doit être un communicateur principal avec les médecins spécialistes. Cependant les relations entre médecins traitants et médecins hospitaliers n'ont été que peu étudiées. Une explorant les relations entre médecin traitants et réanimateurs dénotait la qualité médiocre de la relation entre les deux intervenants quant à la pertinence des courriers d'échange ou de la présence ou non d'appels téléphoniques [56]. La littérature scientifique argumente la nécessité de recentrer le système de santé sur les soins primaires : ils amélioreraient en particulier la morbi-mortalité et l'efficience des soins [57].

Dans notre étude, le médecin pouvait également être consulté en deuxième intention, comme « expert » pour apporter un complément d'information.

2) Forces et limites de l'étude

a) Limites de l'étude

Notre sélection de patients a été réalisée par le médecin généraliste impliqué dans la prise en charge de la douleur. Nous avons ressenti que la critique envers ce qui avait pu être fait pouvait mettre mal à l'aise le patient dans nos entretiens. Cela peut

représenter un biais dans nos réponses, notamment par la minimisation des aspects négatifs de ressenti de la prise en charge. Il pourrait également exister un biais de sélection car les patients ayant accepté de participer à notre étude pourraient être tous plutôt satisfait de leur prise en charge. Cependant, en tenant compte de ce biais, parmi ces patients-là, notre dernière question d'ordre plutôt généraliste (cf annexe) pouvait permettre de s'extraire de l'aspect très personnel de relation avec le médecin et mettre en évidence des attentes non assouvies.
Nous avions volontairement parlé de « médecin ambulatoire » ou de « médecine de ville » sans spécifier ni « médecin généraliste » ni « médecin traitant » afin de ne pas orienter les réponses des patients vers ce médecin spécifique dans leur réponses. De fait, les seuls recours cités pour la demande initiale de soins étaient le médecin traitant, médecin généraliste, ou le centre « 15 ». Nous pouvons considérer cela comme un résultat en soi, mais le fait que nous recrutions les patients via leur médecin généraliste a pu également modifier ce résultat. Nous retenons néanmoins que certains patients ont dit n'avoir contacté leur médecin traitant que dans un second temps (ils avaient sollicité le centre « 15 » d'emblée). Nous pensons que s'ils avaient sollicité d'autres professionnels de santé, il n'y a aucune raison pour qu'ils ne nous en aient pas fait part.

Les entretiens n'ont peut-être pas pu explorer parfaitement le ressenti car le chercheur n'était pas expérimenté et les relances n'étaient peut-être pas assez approfondies. Ainsi, nous avons pu regretter que malgré nos efforts, les patients expriment plus leur ressenti de la douleur, que réellement celui de sa prise en charge. Mais on peut comprendre que le ressenti douloureux passe au premier plan pour eux.

La triangulation a été effectuée sur un entretien pour des raisons de faisabilité et de disponibilité du directeur de thèse. La faible expérience du chercheur dans le domaine de la recherche qualitative a pu générer un biais d'interprétation du verbatim. Toutefois l'analyse triangulée de l'entretien qui en a bénéficié a montré une concordance dans le relevé et l'analyse des unités de sens entre le chercheur et le directeur de thèse.

b) Forces de l'étude

Bien que la douleur aigue soit un motif de consultation non négligeable en médecine générale [13][14], nous avons trouvé peu de publications sur le sujet précis du ressenti des patients dans cette situation. Cela souligne l'originalité de notre sujet. La douleur est une préoccupation majeure des autorités sanitaires mais qui se sont davantage penché sur la douleur chronique que la douleur aigue. Ce sujet apparait actuel à l'aune du « virage ambulatoire » initié par les autorités sanitaires, où les médecins de ville seront de plus en plus confrontés à des pathologies aigues (douleurs post opératoires par exemple).

La sélection de patients par différents médecins sur une zone géographique étendue (Hérault, Seine-et-Marne et Allier) nous a permis d'avoir un échantillon varié de profil de patients. Nous avons pu réaliser un nombre suffisant d'entretiens permettant d'atteindre la saturation des données que nous avons « verrouillée » par un entretien supplémentaire.

L'analyse continue concomitante de nos entretiens nous a permis de réaliser des allers et retours entre notre guide d'entretien et les analyses des verbatims. Nous avons pu ainsi adapter le guide d'entretien pour qu'il soit d'une part optimisé à la lumière des premiers entretiens, pour répondre à notre question de recherche et d'autre plus à même de favoriser une richesse et une diversité des réponses plus importantes.

3) Perspectives et conclusion

Ce travail montre que les patients peuvent avoir du mal à exprimer le phénomène douloureux, et ne savent pas toujours très bien à qui ils doivent s'adresser. Les patients consultant le médecin généraliste pour une douleur aigue sont en attente d'éléments d'ordre technique : le médecin est le « référent de la prise en charge de la douleur », mais pas uniquement. Des éléments d'ordre relationnel et organisationnel sont attendus. Même en contexte d'urgence ressentie, les patients inspirent à une relation médecin patient de qualité. L'inadéquation des réponses du médecin aux attentes du patient pourrait être expliquée par une différence d'objectif ; les objectifs de l'évaluation de la douleur, les objectifs diagnostiques, les objectifs thérapeutiques. Il pourrait être intéressant de mener un travail équivalent au nôtre auprès des médecins, afin de connaître plus précisément les déterminants d'une prise en charge qu'ils jugent de qualité, et ainsi pourvoir mettre en lien les ressentis des patients et des médecins.

L'objectif final pourrait être d'utiliser nos résultats comme base de données pour mener une étude qualitative davantage orientée vers la conceptualisation, ce qui permettrait d'élaborer

une démarche réflexive permettant d'optimiser la prise en charge des douleurs aigues en médecine générale.

Cette démarche apparaît importante dans le contexte actuel. La saturation annoncée partout des services d'urgences, l'utilisation importante du secteur hospitalier a poussé de nombreux pays, dont la France, à amorcer le « virage ambulatoire ». Ce dernier génèrera inéluctablement des situations cliniques nouvelles pour les médecins généralistes, en particulier en matière de prise en charge de douleurs aigues. Pour autant, les moyens de cette prise en charge ne semblent pas tous en place pour le moment [10]

Pour finir, ce travail nous rappelle l'importance d'une approche médicale par le savoir être. Au-delà des protocoles de prise en charge, aussi nécessaires soient-ils, la prise en charge du particulier reste primordiale dans l'exercice médical. Ecouter et rechercher les fondements de l'anxiété des patients, pour y répondre de façon personnalisée, et communiquer avec sollicitude, pourraient être considéré comme des outils non négligeables permettant d'améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge antalgique.

V- BIBLIOGRAPHIE

[1] https://www.sfetd-douleur.org/definition (visité le 11/07/2018)

[2] http://www.lecofer.org/item-cours-1-11.php# Coffer Rhumatologie, Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique (visité le 26/08/2019).

[3] Circulaire_DGS_SQ2_DH_DAS_n_99-84_du_11_fevrier_1999_proto.pdf

[4] https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/doulenf4.pdf « Evaluation et stratégie de prise en charge de prise en charge de la douleur aigue en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans », ANAES mars 2000.

[5] http://www.sfmu.org/fr. Actualisation-2007-de-la-IIIe-conference-de-consensus-en-medecine-d-urgence-creteil-avril-1993-le-traitement-medicamenteux-de-la-douleur-de-l-adulte-dans-le-cadre-de-l-urgence. Recommandations formalisées d'experts 2010 : sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999

[6] A. Belbachir, Pourquoi développer l'autoévaluation ? Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2008. Évaluation et traitement de la douleur, p. 793-807. 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[7] Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie, S. Gentile, E. Amadeï, J. Bouvenot, A.C. Durand, I. Bongiovanni, J. Haro, C. Giraud , R. Sambuc, Santé publique 2004, volume 16, no 1, pp. 63-74

[8] C. Chatelle, Mesurer la douleur chez le patient non communicant, Rev Med Liege 2008; 63 : 5-6 : 429-437. Tableau 1.

[9] Herr K, Coyne PJ, Key T, et al.— Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. Pain Manag Nurs, 2006.

[10] Rapport "La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé » Rapport du Pr P.L. Druais remis à Madame M. Tourraine Mars 2015.

[11] Mise au point, Recommandations après le retrait des associations dextropropoxyphène/paracétamol et dextropropoxyphène/paracétamol/caféine « Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intense ». Groupe Référent Médecins Généralistes de l'Afssaps, Sfted, 2010.

[12] P. Tajfel, S. Gerche, et D. Huas, « La douleur en médecine générale », *Doul. et Analg.*, vol. 15, n° 1, p. 71-79, mars 2002.

[13] Drees. « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale », Etudes et résultats. N° 471 • mars 2006.

[14] S.mak, « L'importance de la douleur en médecine générale ». 2014. Thèse de Doctorat en Médecine générale. Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines. 2014. Sous la direction de P. Boisnault, membre de la SFMG

[15] http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf (visité le 02/07/2019)

[16] Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux Yann Bourgueil, *Revue française des affaires sociales* 2010/3, pages 11 à 20.

[17] Le pharmacien d'officine et la douleur. Enquête auprès de 50 officines J. Leclerc a, L. Douay a, O. Romanova b, P. Trenel b, E. Serra a, M. Brazier c. Douleurs Volume 13, n° S1 pages A102-A103 (novembre 2012)

[18] Le Foll C., Stratégie anti-douleur en pratique quotidienne, Douleurs Vol 6, N° 3 - juin 2005 pp. 161-168

[19] Code de déontologie médicale, article 32 et article 71. Novembre 2012. http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf (consulté le 12/05/2019).

[20] V.E. Lvovschi, F. Aubrun, Prise en charge de la douleur aux urgences : mise au point, Journal Européen des Urgences et de Réanimation Volume 26, numéro 1 pages 3-15 (avril 2014),

[21] Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil des urgences. 8e conférence de consensus de la société francophone d'urgences médicales. Marseille, 1999. Disponible sur : http://www.sfmu.org/fr/ formation/consensus.

[22] Simon N, Alland M, Brun-Ney D, Bourrier Ph, Coppéré B, Courant P, et al. Le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans un service d'accueil et d'urgence. Réan Urg 1993.

[23] M. Galinski, F. Adnet, Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence, Reanimation (2007) ´ 16, 652—659.

[24] Plan d'action triennal de Lutte contre la Douleur 1998-2000 / 2002-2005/ 2006-2010 https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/l-action-des-pouvoirs-publics (visité le 10/07/2018)

[25] https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-breves/archives-courantes-des-breves/annee-2012/article/a-l-occasion-de-la-journee-mondiale-de-lutte-contre-la-douleur-marisol-touraine (visité le 11/08/2019)

[26] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr Drylewicz A-M, Imbert « Introduction à la recherche qualitative ». Exercer 2008 ; 84(19) : 142-5

[27] Pierre Paillé et Alex Mucchielli « Analyse qualitative en sciences humaines et sociales », Sciences humaines et sociales, Collection U, 3eme édition.

[28] Nicole Pope;Mary Tallon, Experiences of acute pain in children who present to a healthcare facility for treatment: a systematic review of qualitative evidence, JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 15(6):1612–1644, JUNE 2017

[29] Effet placebo analgésique : apport des neurosciences, Chantal Berna, Yann Cojan, Patrik Vuilleumier, Jules Desmeules. Rev Med Suisse 2011; volume 7. 1390-1393

[30] Benedetti F, Carlino E, Pollo A. How placebos change the patient's brain. Neuropsychopharmacology 2011;36:339-54

[31] Schopper M 1, Fleckenstein J, Irnich D .Différences entre les sexes dans les états douloureux aigus et chroniques. Implications pour le diagnostic et la thérapie.(traduit de l'allemand). Schmerz. 2013 septembre; 27 (5): 456-66. doi: 10.1007 / s00482-013-1361-7.

[32] R. Klinger, Modulation de la douleur psychique, La douleur, Avril 2017, Volume 31, Numéro 2 , pp 91-92

[33] Than MP1, Flaws DF, Communicating diagnostic uncertainties to patients: the problems of explaining unclear diagnosis and risk, Evid Based Med. 2009 Jun;14(3):66-7. doi: 10.1136/ebm.14.3.66.

[34] Epistemology and uncertainty in primary care: an exploratory study. Evans L, Trotter DR. Fam Med. 2009 May; 41(5):319-26

[35] Alam R., Managing diagnostic uncertainty in primary care ; a systematic critical review. BMC Fam Pract 2017 ; 18 : 79.

[36] Gerrity MS, Uncertainty and professional work ; perceptions of physicians in clinical practice. Am J Socrol 1992 ; 97 ; 1022-51.

[37] General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. McColl A, Smith H, White P, Field J. BMJ. 1998 Jan 31; 316(7128):361-5.

[38] Alain de Broca, Soigner aux rythmes des patients, Seli Arslan,, p58-59

[39] Bushnell MC1, Ceko M, Low LA, Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. Nat Rev Neurosci. 2013 Jul;14(7):502-11. doi: 10.1038/nrn3516. Epub 2013 May 30.

[40] Vachon-Presseau E.,The Emotional Brain as a Predictor and Amplifier of Chronic Pain. J Dent Res. 2016 Jun;95(6):605-12. doi: 10.1177/0022034516638027. Epub 2016 Mar 10.

[41] Ciba Found Symp. 1979;(69):293-304. Three phases of evil: the relation of injury to pain.

[42] Amundson GJG, Vlaeyen JWS, Crombez G. Understanding and treating fear of pain. Oxford: Oxford University Press; 2004.

[43] Al Absi M, Rokke PD. Can anxiety help us tolerate pain? Pain 1991;46: 43–51

[44]S.Smaguine, « Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge d'une urgence vitale : une étude qualitative des représentations de patients de Pyrénées Orientales ». 2017. Thèse de Doctorat en Médecine générale.

[45] Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie, S. Gentile (1), E. Amadeï (1), J. Bouvenot (1), A.C. Durand (1), I. Bongiovanni (1), J. Haro (1), C. Giraud (2), R. Sambuc (1), Santé publique 2004, volume 16, no 1, pp. 63-74

[46] L'influence de la culture dans l'expression verbale de la douleur : étude comparative entre des patients cancéreux français et syriens Bulletin du Cancer Volume 100, numéro 3pages 231-236 (mars 2013) Romain Lebreuilly

[47] Jean-Marc Colletta, Anna Tcherkassof, Les émotions: cognition, langage et développement, 2003, p160, Les mots de la douleur

[48] Pain Res Manag, L'expression verbale de la douleur chez l'enfant : Comparaison intermodale entre sensation de douleur et manipulation tactile, 2011 May-Jun; 16(3): 187–191

[49] Jensen M.P, Karly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. Pain 1986 ; 27 : 117-26.

[50] Non interopérabilité de l'échelle visuelle analogique (EVA) et de l'échelle numérique (EN), dans l'évaluation initiale de l'intensité de la douleur. Thèse 2015 Pierre SERVEILLE.

[51] Narrative Medicine, A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust Rita Charon, MD, PhD, October 17, JAMA 2001.

[52] De Valck C, Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine, Patient Educ Couns. 2001 Nov;45(2):119-26

[53] C. Fleury, « Le soin est un humanisme », mai 2019. P23.

[54] La douleur en questions, Quand les professionnels de santé vous expliquent la douleur et les traitements, 2018 MED-LINE disponible sur https://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Actualites/2018/livret-la_douleur-final-2018.pdf (visité le 27/08/2019).

[55] CNGE, Groupe niveaux de compétences en médecine générale. C. Attali, P. Bail, A-M. Magnier, J-N. Beis, C. Ghasarossian, J. Gomes, P. Chevallier, X. Lainé, P. Le Mauff, Y. Zerbib, B. Gay. C

[56] Bérengère Etesse, How the relationships between general practitioners and intensivists can be improved: the general practitioners' point of view ;Crit Care. 2010; 14(3): R112

[57] Gay B., Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique Volume 61, numéro 3, pages 193-198 (juin 2013)

[58] Postgraduate Medicine Journal, Acute Pain: Effective Management Requires Comprehensive Assessment, Volume 126, 2014 - Numéro 4

VI- Annexes

ANNEXE 1

Guide d'entretien

Question 1
« Si je vous dis « douleur aigue », qu'est-ce que cela vous évoque ? »

Question 2
« Vous avez récemment vécu une situation qui a pu provoquer chez vous une douleur aïgue. Pouvez-vous me raconter votre expérience ? »
- Quelles émotions avez-vous ressenties ?
- Qu'avez fait alors ?

Question 3
Quand vous avez eu mal, qui avez-vous appelé ? Pourquoi lui / elle ?
- Et votre médecin ?
- Quelle place a-t-il eu dans cette expérience ?

Question 4
« Rappelez-vous votre consultation avec votre médecin … Comment avez-vous vécu ce qu'il vous a proposé ? »

Question 5
« Qu'est-ce qui vous a paru important dans cette prise en charge ? »

ANNEXE 2

Chers patients,

Je m'appelle Oriane Bodros, j'ai 28 ans, je suis une future médecin généraliste. A la fin de nos études nous devons réaliser un travail de thèse autour d'un thème choisi de recherche.

J'ai choisi d'explorer « Le vécu des patients dans la prise en charge d'une douleur aigue en médecine générale ».

Concrètement, je souhaiterai pouvoir comprendre quels sont les éléments du ressenti d'un patient qui a mal, de manière brutale, et notamment son ressenti lors de sa prise en charge par le médecin. A quoi cela peut servir ?

- Prendre le temps de comprendre nos patients
- Explorer ce qu'ils vivent dans la démarche de soins d'une douleur et comment la vivent-ils ?
- Se permettre de prendre un temps hors du cabinet, pour réfléchir, interroger notre vécu à la santé et à la maladie. Notamment dans notre étude, en se questionnant sur l'expérience de la douleur.
- Favoriser une médecine centrée sur nos patients
- Valider mon cursus de formation ☺

Je vous remercie par avance de votre aide.

Si vous consultez ce jour, pour un motif de douleur aigue, votre médecin va prendre, après votre accord, vos coordonnées par mail ou par téléphone, afin que je puisse vous recontacter (aux heures ouvrables bien entendu) et que nous définissions d'un lieu de rendez-vous pour un entretien d'environ 20 minutes.

A votre convenance, nous pouvons nous retrouver dans un lieu public, ou je peux me déplacer chez vous, au travail, ou autre lieu de vie.

Les données de l'entretien sont TOTALEMENT ANONYMYSEES.

Belle journée à vous, et peut-être à bientôt.

Oriane Bodros, interne 9ème année de médecine.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, 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 (e) 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 (se) et reconnaissant (e) 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 (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction : La prise en charge d'une douleur aigue est fréquente en médecine de ville. L'absence de protocoles précis en rapport à cette problématique entraine une hétérogénéité des pratiques. Notre objectif principal était de recueillir le vécu des patients quant à leur prise en charge pour une douleur aigue en médecine ambulatoire.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative en interrogeant des patients ayant consulté un médecin généraliste pour le motif de douleur aigue, par des entretiens semi dirigés jusqu'à saturation des données. A été ensuite réalisée une analyse thématique permettant d'identifier les déterminants du ressenti de la prise en charge d'une douleur aigue en médecine générale.

Résultats et discussion : 14 patients ont participé à notre étude. Les déterminants du vécu de la prise en charge de la douleur aigue des patients de médecine ambulatoire concernent le vécu de la douleur en elle-même, l'expression de la douleur, la représentation du système de santé capable de leur venir en aide, et enfin l'attente d'une relation singulière de qualité avec le médecin. Le caractère aigu de la douleur est souvent mis en parallèle avec le caractère inconnu de cette douleur, qui peut être générateur d'angoisse. Il apparait comme essentiel de tenir compte des attentes exprimées du patient pour optimiser à l'avenir la prise en charge de la douleur aigue, et notamment améliorer sa prise en charge en médecine de ville.

Mots clés : douleur aigue – vécu – médecine générale – prise en charge – relation médecin-malade