



HAL
open science

**Impact de la maîtrise de stage universitaire sur
l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur
nociceptive des patients communicants en médecine
générale**

Émilie Mignon

► **To cite this version:**

Émilie Mignon. Impact de la maîtrise de stage universitaire sur l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur nociceptive des patients communicants en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03474514

HAL Id: dumas-03474514

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03474514>

Submitted on 10 Dec 2021

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

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

THESE pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 7 décembre 2021 par

MIGNON Émilie
Née le 13 août 1990 à Joigny (89)

**Impact de la maîtrise de stage universitaire sur l'utilisation des
échelles d'auto-évaluation de la douleur nociceptive des patients
communicants en médecine générale**

Directeur de thèse :
Docteur François TEA

Membres du jury :

Professeur Fabrice BONNET
Docteur Yves MONTARIOL
Docteur William DURIEUX
Docteur Yves-Marie VINCENT

Président
Rapporteur
Juge
Juge

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Fabrice BONNET,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie aussi grandement pour tout ce que m'a apporté le stage passé dans votre service durant mon troisième semestre d'internat qui fut riche en apprentissage.

A Monsieur le Dr Yves MONTARIOL,

Merci d'avoir accepté d'être mon rapporteur de thèse. Merci pour vos précieux conseils lors de la phase de préparation de ce travail et de sa relecture.

A Monsieur le Dr William DURIEUX,

Merci de me faire l'honneur d'être présent pour ma soutenance de thèse, et des conseils et retours d'expériences que vous nous avez délivrés pendant les cours de tutorat. Veuillez trouver ici toute ma gratitude.

A Monsieur le Dr Yves-Marie VINCENT,

Merci de me faire l'honneur d'être présent pour ma soutenance de thèse et de l'accueil chaleureux lors de la journée de rencontre des internes mon tout premier jour à Bordeaux.

A toi François,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de tous les précieux conseils que tu m'es fourni aussi bien pour la méthodologie que pour la rédaction. Sans toi ce travail n'aurait pas été possible. Merci d'être mon ami et collègue, que je prends toujours plaisir à remplacer. Et je te remercie également de tes conseils pour ma future installation.

A mes parents,

Qui m'ont soutenu pendant toutes mes années d'études de médecine et sans qui je n'aurais pas la chance d'être médecin aujourd'hui.

A Jonas,

Ma moitié, qui me soutiens au quotidien et sait me redonner le moral et confiance en moi quand je doute.

A mon petit Merlin, notre petit « Bizbiz »,

Qui illumine notre vie depuis peu. Merci de l'amour que tu nous apportes.

Aux Docteurs DOLIVET, DE SAINT-PHALLE et SERMOT,

Qui m'ont montré toute la diversité et la richesse de la médecine générale et m'ont conforté dans l'idée d'exercer en milieu rural.

A Isabelle, Avto et toute « l'équipe de la Pentecôte »,

Pour votre soutien et tous ces bons moments partagés.

A Nyny, Thomas « Labiru », Roberto et tous les Neverçois,

Qui ont facilité mon arrivée dans la Nièvre et grâce à qui Nevers est devenu mon « chez moi ».

A tous mes co-internes,

Et particulièrement la « team VSL », pour les moments riches en émotions que nous avons partagés et sans qui l'internat aurait été beaucoup plus dur et moins amusants.

A toutes les équipes ;

Médicales et paramédicales qui ont participé à ma formation, et qui m'ont tous fait avancer sur le plan professionnel et humain. Et un grand merci particulièrement à toute l'équipe des urgences de Bergerac, avec qui j'ai partagé des situations souvent rocambolesques et riches en émotions !

TABLE DES MATIERES

<u>REMERCIEMENTS.....</u>	<u>2</u>
---------------------------	----------

<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	<u>7</u>
-------------------------------------	----------

<u>I. INTRODUCTION</u>	<u>8</u>
------------------------------	----------

<u>II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....</u>	<u>10</u>
-------------------------------------	-----------

1. Type d'étude.....	10
2. Population étudiée	10
2.1/Critères d'inclusion	10
2.2/Critères d'exclusion	10
3. Critère de jugement principal	10
4. Critères de jugement secondaires	11
5. Élaboration et distribution du questionnaire	11
6. Considérations statistiques	12
6.1/Saisie et traitement des données.....	12
6.2/Nombre de sujets nécessaires.....	12
6.3/Analyses statistiques	12
7. Aspects éthiques.....	13

<u>III. RÉSULTATS.....</u>	<u>14</u>
----------------------------	-----------

1. Recueil des données	14
2. Population étudiée	14
2.1/Taux de réponse	14
2.2/Caractéristiques de la population étudiée (Tableau 1)	14
2.3/Pratiques des MSU (Tableau 2)	16
3. Critère de jugement principal	17

3.1/Taux d'utilisation des échelles chez les médecins MSU et non MSU (Tableau 3)	17
3.2/Recherche des facteurs de confusion	17
3.3/Ajustement des données (Tableau6)	19
4. Critères de jugement secondaires	20
4.1/Intérêts des échelles d'auto-évaluation de la douleur (Tableau 7).....	20
4.2/Freins à l'utilisation de ces échelles (Tableau 9)	22
4.3/Déterminer les raisons spécifiques de l'utilisation des échelles chez les MSU	23
4.4/Formation médicale continue « douleur ».....	29

IV. DISCUSSION..... 32

1. Résultat principal/Objectif de l'étude	32
2. Forces et faiblesses de l'étude	32
2.1/Points forts	32
2.2/Faiblesses	33
3. Comparaisons avec d'autres études et hypothèses	34
3.1/Échelles d'auto-évaluation de la douleur : intérêts et freins en médecine générale et autres méthodes	34
3.2/Influence de la maîtrise de stage universitaire	36
3.3/Impact de la formation médicale continue	37
3.4/La maîtrise de stage : une méthode reconnue de développement professionnel continu (DPC)	38
4. Ouvertures	39

V.CONCLUSION..... 40

VI. BIBLIOGRAPHIE..... 41

VII. ANNEXES..... 46

Annexe 1. Échelles d'auto-évaluation de la douleur.....	46
- Échelle visuelle analogique (EVA).....	46
- Échelle numérique (EN)	47
-Échelle verbale simple (EVS).....	47
Annexe 2. Questionnaire « Evaluation de la douleur ».....	48
Annexe 3. Questionnaire de Saint-Antoine.....	54
Annexe 4. Questionnaire concis de la douleur (QCD).....	55

VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE..... 57

IX.RESUME 58

LISTE DES ABREVIATIONS

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DPC : Développement Professionnel Continu

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EVS : Echelle Verbale Simple

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

IC : Intervalle de Confiance

MSU : Maître de Stage Universitaire

OR : Odds Ratio

QCD : Questionnaire Concis de la Douleur

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

QDSA : Questionnaire De Saint-Antoine

QROC : Question à Réponse Ouverte Courte

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

I. INTRODUCTION

En 2018, la douleur a été redéfinie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée ou ressemblant à une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (1). Si elle a été longtemps considérée comme un signe d'alarme qui servait d'aide diagnostic et de suivi des pathologies, la douleur est aujourd'hui devenue inacceptable.

Elle est au cœur des préoccupations en médecine, avec des retentissements socio-économiques majeurs en France : 88 millions de journées de travail par an sont altérées par des douleurs et on estime un surcoût de plus d'un milliard d'euros en 2013 lié à des consultations pour un motif douloureux (2,3). 15% des personnes souffrant de douleurs déclarent des pertes d'emplois et parmi cette population, 12% indiquent des modifications de leurs responsabilités au travail à cause des douleurs (4).

Depuis 1998, l'État français en a fait un problème de santé publique majeur en mettant en place trois plans de lutte contre la douleur (5–7). Ces plans se basent sur le droit fondamental pour toute personne de voir sa douleur soulagée. La prise en charge de la douleur est également inscrite dans les 100 objectifs de la loi santé publique de 2004. Cependant, en 2011, le Haut Conseil de la Santé Publique rapporte un relatif isolement de la médecine libérale dans les améliorations apportées par les plans douleur (8).

Les médecins généralistes sont les premiers interlocuteurs des patients. Selon les auteurs, la douleur représente de 30 à 43 % (9–11) des motifs de consultations en soins primaires et 70% des consultations intègrent une notion de douleur (12). En Europe, 19 % de la population souffre de douleur chronique, et 60 % d'entre eux ont consulté leurs médecins généralistes, entre deux et neuf fois, en l'espace de six mois, à ce sujet (4).

Pour aider les professionnels de santé à prendre en charge la douleur des patients communicants, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande depuis 1999 (13) d'évaluer la douleur par des échelles d'auto-évaluation, à savoir l'EVA, l'EVS ou l'EN (cf. annexe 1). Ces échelles présentent les avantages d'une simplicité et d'une rapidité d'utilisation, d'un score non influencé par le médecin, le tout permettant un suivi et déterminant les patients ayant besoin d'un traitement antalgique.

En milieu hospitalier, l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur est utilisée entre 27 % (14) à 63 % des cas (15). Or, en libéral, ces échelles ne sont utilisées que chez 13,6 % des médecins généralistes, et ce pour seulement 6% des patients (11). Néanmoins, aucune étude ne s'est penchée sur le profil des médecins généralistes qui choisissent ou non d'utiliser ces échelles pour évaluer la douleur.

Depuis la création de la discipline de maître de stage universitaire en 2004 (16,17), plusieurs études se sont intéressées à l'impact de la maîtrise de stage sur la formation des étudiants ainsi que sur l'exercice professionnel des maîtres de stage universitaires (MSU), mettant en évidence un enrichissement réciproque entre le maître et son interne (18). Cette discipline est non seulement indispensable à l'apprentissage des futurs médecins (19), mais a aussi retentissement les pratiques des médecins enseignants. Des travaux ont montré l'impact positif du regard de l'interne sur l'exercice professionnel des maîtres de stages, en induisant dans 85 % des cas une plus grande auto-évaluation et une remise en cause constantes de leurs connaissances et de leurs pratiques (18,20).

D'autres travaux ont mis en évidence des différences de pratiques entre médecins généralistes non maîtres de stages et les maîtres de stages universitaires. Les différences semblent surtout concerner les pratiques préventives, notamment sur les dépistages de cancers et des addictions (21,22). Les pratiques semblent également différentes en termes de prescription médicamenteuse, les MSU prescrivent 24,3 % d'antibiotiques de moins que les non MSU (23).

Cependant aucune recherche n'a été menée sur le thème de la douleur et l'influence possible de la maîtrise de stage sur l'évaluation de la douleur. Nous nous sommes donc demandé si le fait d'être MSU avait ou non un impact sur l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur en médecine générale.

Le but de notre étude est de déterminer l'impact de la maîtrise de stage universitaire sur l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur des patients adultes communicants.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude

Enquête quantitative observationnelle descriptive, transversale, basée sur les réponses données à un questionnaire en ligne distribué à la population étudiée.

2. Population étudiée

2.1/Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude les médecins généralistes, libéraux, installés exerçant ou non l'activité de maître de stage universitaire en France. La durée d'installation et la durée d'exercice en tant que MSU n'ont pas été prises en compte.

2.2/Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude :

- les médecins généralistes remplaçants
- les médecins généralistes exerçant uniquement en milieu hospitalier

3. Critère de jugement principal

Afin de répondre à l'objectif principal de notre étude, notre critère de jugement principal était :

-Taux d'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur chez les médecins MSU et chez les médecins non MSU.

4. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugements secondaires étaient de déterminer :

- les intérêts des échelles d'auto-évaluation de la douleur dans la prise en charge des patients, selon les items suivants :

- Évaluer de l'intensité douloureuse
- Permettre le suivi des patients douloureux
- Initier une thérapeutique antalgique
- Evaluer l'efficacité d'une thérapeutique antalgique

- les freins à l'utilisation de ces échelles :

- Insuffisant pour évaluer la douleur dans sa globalité
- Inutilité de ces outils
- Manque de temps
- Inapproprié à la médecine générale libérale

- les raisons spécifiques de l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur chez les MSU.

- l'impact de l'existence d'une formation spécifique en douleur sur l'utilisation des échelles

5. Élaboration et distribution du questionnaire

Un questionnaire (cf. annexe 2) a été rédigé sur Google Form sous forme de questions à choix multiples et de QROC.

Ce questionnaire comprenait :

- un tronc commun de questions pour les MSU et non MSU
- des questions spécifiques à chacun des groupes.

Les items abordés dans le questionnaire, étaient inspirés :

- des données relatives aux critères de validités des échelles d'auto-évaluation de la douleur décrites par la HAS
- et de plusieurs études qui s'intéressaient à ces échelles et aux pratiques des MSU

La durée de réponse au questionnaire était courte (moins de 5 minutes).

Après élaboration, le questionnaire a été envoyé par mail à tous les conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) de France métropolitaine et des DOM-TOM.

6. Considérations statistiques

6.1/Saisie et traitement des données

Les réponses au questionnaire ont été récoltées de façon anonyme, transposées sur un tableur Excel puis envoyées à un biostatisticien indépendant.

6.2/Nombre de sujets nécessaires

L'hypothèse H_0 de départ choisie était que 30 % des médecins généralistes non MSU utilisaient les échelles d'auto-évaluation de la douleur contre 55 % pour les médecins généralistes MSU.

Selon cette hypothèse H_0 , le nombre de sujets nécessaires pour un risque d'erreur de première espèce α de 5 % et une puissance de 0,8 était de 136, soit 68 participants dans chacun des deux groupes.

6.3/Analyses statistiques

Toutes les analyses ont été réalisées par le biostatisticien via le logiciel R version 4.1.0.

Les variables catégorielles (sexe, lieu d'exercice...) ont été décrites par des prévalences exprimées en pourcentages, tandis que les observations quantitatives (âge, temps passé à être maître de stage, date de la dernière formation sur la douleur...) ont été résumées par la moyenne, l'écart-type, la médiane et les quartiles.

Les comparaisons des variables catégorielles entre les médecins généralistes MSU et non MSU ont été réalisées selon les tests statistiques usuels : soit par un test de Chi², soit par un test exact de Fischer si les effectifs attendus étaient trop faibles.

Les comparaisons des distributions des mesures quantitatives entre les MSU et les non MSU ont été réalisées avec un test non-paramétrique de Wilcoxon.

L'ajustement de la relation entre utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur et le fait d'être un maître de stage universitaire a été réalisé par un modèle logistique.

Les différences ont été considérées comme significatives, si la probabilité p du test de comparaison était inférieure à 0,05, et comme présentant une tendance si le p était inférieur à 0,07.

7. Aspects éthiques

L'étude que nous avons réalisée étant une étude observationnelle, aucune demande n'était nécessaire auprès du comité de protection des personnes (CPP) ni auprès de comité d'éthique.

Un formulaire n° MR4 a été rempli auprès de la CNIL, puisque des données personnelles ont été recueillies via le questionnaire envoyé aux professionnels de santé étudiés.

III. RÉSULTATS

1. Recueil des données

Le questionnaire a été envoyé le 27/03/21 et le recueil des réponses a pris fin le 11/05/21, une fois que le nombre de sujet nécessaire a été atteint.

2. Population étudiée

2.1/Taux de réponse

Sur les 101 CDOM contactés, 34 ont répondu favorablement à la demande de transmettre le questionnaire aux médecins généralistes de leurs régions, soit un pourcentage de transmission de 33,6 %.

31 CDOM ont transmis le questionnaire aux médecins exerçant dans leurs régions via leurs adresses mail personnelles et 3 CDOM ont diffusé le questionnaire sur leur site internet.

2.2/Caractéristiques de la population étudiée (Tableau 1)

159 médecins généralistes ont répondu au questionnaire, dont 75 maîtres de stage universitaire et 84 médecins généralistes non MSU.

L'échantillon de la population étudiée incluait 51,6 % (n=82) de femme et 48,4 % (n=77) d'homme.

Le groupe MSU comportait 57,3 % (n=43) de femmes pour 42,7 % (n=32) d'hommes, contre 46,4 %(n=39) de femmes et 53,6 %(n=45) d'hommes dans le groupe non MSU.

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne :

- la répartition par sexe (p=0,17)
- le lieu d'exercice (p=0,089)

Les médecins MSU avaient une médiane d'âge plus élevée que les médecins non MSU (46 ans versus 40,5ans, p=0,015).

Tableau 1 : Caractéristiques comparées des médecins MSU et non MSU

	Médecins MSU (n=75)	Médecins non MSU (n=84)	p
Sexe, (% , n)			
Femme	57,3 (43)	46,4 (39)	0,17 ^f
Homme	42,7 (32)	53,6 (45)	
Age, (années)			
Moyenne (écart-type)	48,0 (11,0)	44,0 (12,1)	0,015*
Médiane (quartile1 - quartile3)	46,0 (38,5 – 57,0)	40,5 (34,0 - 54,3)	
Min - Max	32 - 57	27 - 69	
Lieu d'exercice, (% , n)			
Rural	42,7 (32)	27,4 (23)	0,089 ^f
Semi-urbain	38,7 (29)	42,9 (36)	
Urbain	18,7 (14)	29,8 (25)	
Région d'exercice (% , n),			
Alsace	0 (0)	1,2 (1)	0,019^{ff}
Auvergne-Rhône-Alpes	16,0 (12)	6,0 (5)	
Bourgogne-Franche-Comté	32,0 (24)	28,6 (24)	
Bretagne	13,3 (10)	27,4 (23)	
Centre Val de Loire	5,3 (4)	2,4 (2)	
Grand-Est	2,7 (2)	1,2 (1)	
Normandie	0 (0)	1,2 (1)	
Nouvelle-Aquitaine	4,0 (3)	9,5 (8)	
Occitanie	17,3 (13)	21,4 (18)	
Outre-Mer	9,3 (7)	1,2 (1)	
Se sentir à l'aise pour évaluer la douleur de vos patients,			
Oui	92,0 (69)	82,1 (69)	

*: test non paramétrique de Wilcoxon, ^f: test du Chi2 ; ^{ff}: test exact de Fisher

En termes de région d'exercice, les médecins MSU n'étaient pas répartis sur le territoire comme les non MSU ($p=0,019$).

92 % des MSU ont déclaré se sentir à l'aise pour évaluer la douleur de leurs patients, contre 82,1 % pour les non MSU

2.3/Pratiques des MSU (Tableau 2)

La moyenne du nombre d'années d'exercice en tant que MSU était de 7,8 ans avec des extrêmes allant de 1 an à 35 ans.

La quasi-totalité des médecins était satisfaite de leur expérience de maître de stage (74 sur 75 soit 98,7 %).

Concernant les catégories d'étudiants accueillis, les MSU ont reçu dans l'ordre décroissant : des internes de niveau 1 (68 %, n=51), puis des SASPAS (66,7 %, n=50), et enfin des étudiants de deuxième cycle (60 %, n=45).

Tableau 2 : Pratiques des médecins MSU

Catégories d'étudiants accueillis*, (% , n)	
Etudiant de deuxième cycle	60,0 (45)
Interne de niveau 1	68,0 (51)
SASPAS	66,7 (50)
Nombre d'années MSU, (en années)	
Moyenne (écart-type)	7,8 (6,6)
Médiane (quartile1 - quartile3)	7 (3 – 10)
Min - Max	1 - 35
Être globalement satisfait de son expérience MSU, (% , n)	
Oui	98,7 (74)
Non	1,3 (1)

*: plusieurs réponses possibles donc le total des pourcentages est supérieur à 100

3. Critère de jugement principal

3.1/Taux d'utilisation des échelles chez les médecins MSU et non MSU (Tableau 3)

Pour évaluer la douleur des patients adultes communicants, 80 % (n=60) des médecins MSU interrogés ont déclaré utiliser les échelles d'auto-évaluation de la douleur recommandées par la HAS (EVA, EVS ou EN), contre 64,3 % (n=54) pour les médecins non MSU.

La différence d'utilisation de ces échelles entre les deux groupes (MSU et non MSU) était significative (p=0,028).

Tableau 3 : Utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur dans les deux groupes (médecins MSU et non MSU)

	Médecins MSU (n=75) % (n)	Médecins non MSU (n=84) % (n)	p [†]
Utilisation des échelles d'autoévaluation de la douleur recommandées par l'HAS,			
Oui	80,0 (60)	64,3 (54)	0,028
Non	20 (15)	35,7 (30)	

† : test de Chi2

3.2/Recherche des facteurs de confusion

Les caractéristiques générales des médecins étudiés (MSU et non MSU), à savoir le sexe, l'âge et le lieu d'exercice peuvent représenter des facteurs de confusion. L'existence d'une éventuelle relation statistique entre ces caractéristiques et l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur a donc été testée.

L'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur recommandées par l'HAS n'était pas liée au lieu d'exercice (Tableau 4).

A la limite de la significativité statistique ($p=0,067$), le sexe des médecins était lié à l'utilisation de ces échelles, les femmes ayant tendance à plus les utiliser que les hommes (78 % versus 64,9 % respectivement).

On peut donc considérer le sexe comme un facteur de confusion, mais pas le lieu d'exercice.

Tableau 4 : Prévalences de l'utilisation des échelles d'autoévaluation de la douleur suivant les caractéristiques des médecins de l'enquête utilisant ces échelles

	Utilisation des échelles, % (n) Oui=114	p
Sexe,		
Femme -MSU (n=38) -non MSU (n=26)	78,0 (64)	0,067 [‡]
Homme -MSU (n=22) -non MSU (n=28)	64,9 (50)	
Lieu d'exercice, (% , n)		
Rural	69,1 (38)	0,69 [‡]
Semi-urbain	70,8 (46)	
Urbain	76,9 (30)	

‡ : test de Chi2

La médiane de l'âge des médecins (MSU et non MSU) qui ont déclaré utiliser les échelles (Tableau 5) était significativement plus basse que celle des médecins ayant déclaré ne pas les utiliser (42 ans versus 49 ans respectivement, $p=0,034$).

L'âge des médecins représente donc un facteur de confusion.

Tableau 5 : Age des médecins suivant l'utilisation des échelles d'autoévaluation de la douleur recommandées par l'HAS (n=159)

	Utilisation des échelles, Oui (n=114)	Utilisation des échelles, Non (n=45)	p*
Age, Moyenne (écart-type)	44,7 (11,9)	48,7 (10,9)	
Médiane (quartile1 - 3)	42 (34 – 55)	49 (40 – 57)	0,034

*: *test non paramétrique de Wilcoxon*

3.3/Ajustement des données (Tableau6)

L'âge des médecins et le sexe ayant été définis comme des facteurs de confusion, ils ont été pris en compte dans la régression logistique modélisant la relation entre l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur recommandée par l'HAS et le fait d'être maître de stage universitaire.

Les médecins MSU ont une probabilité plus élevée que les non MSU d'utiliser des échelles d'auto-évaluation de la douleur recommandée par l'HAS, à âge et sexe égal (Odds Ratio de 2,49).

Tableau 6 : Odds Ratio (OR) de l'utilisation des échelles d'autoévaluation de la douleur recommandée par l'HAS (n=159)

	OR	IC 95 %	p
Médecin MSU, Non	1,00		
Oui	2,49	1,19 – 5,45	0,018
Sexe, Homme	1,00		
Femme	1,49	0,71 - 3,16	0,292
Age	0,97	0,94 – 0,99	0,044

Ainsi, on observe que la proportion plus élevée des médecins MSU utilisant les échelles d'auto-évaluation (80%), par rapport à celle des médecins non MSU (64,3%), n'est pas lié au fait qu'ils soient plus jeunes ou qu'il y ait plus de femmes, car la relation persiste en tenant compte de l'âge et du sexe dans le modèle logistique ajusté.

4. Critères de jugement secondaires

4.1/Intérêts des échelles d'auto-évaluation de la douleur (Tableau 7)

L'intérêt principal des échelles d'auto-évaluation de la douleur était le même pour les deux groupes, à savoir leur utilité pour évaluer l'intensité de la douleur des patients (89,3 % chez les MSU et 71,4 % chez les non MSU).

Les médecins non MSU étaient significativement moins nombreux que les MSU à :

- trouver ces échelles utiles pour évaluer l'intensité de la douleur de leurs patients (p=0,05).
- juger ces outils utiles pour le suivi des patients douloureux (63,4 % versus 84 % ; p=0,05)
- utiliser ces échelles pour évaluer l'efficacité d'un traitement antalgique (53,6 % versus 76 % ; p=0,03).

48 % des MSU et 40,5 % des non MSU ont déclarés que l'utilisation de ces échelles a un impact positif sur le soulagement des patients douloureux chroniques, sans différence significative entre les deux groupes (p=0,34).

Tableau 7 : Intérêts des échelles d'auto-évaluation de la douleur chez les MSU et non MSU

	MSU (n=75) % (n)	Non MSU (n=84) % (n)	p*
Trouver utiles ces outils pour évaluer l'intensité de la douleur des patients,	89,3 (67)	71,4 (60)	0,005
Juger utile ces outils pour effectuer le suivi des patients douloureux,	84,0 (63)	64,3 (54)	0,005
Utiliser ces échelles pour initier un traitement antalgique	60,0 (45)	54,8 (46)	0,51
Utiliser ces échelles pour évaluer l'efficacité d'un traitement antalgique,	76,0 (57)	53,6 (45)	0,003
Permet d'améliorer le soulagement des patients douloureux chroniques,	48,0 (36)	40,5 (34)	0,34

* : p du test du Chi2 de comparaison des prévalences entre médecins MSU et non MSU

Hormis les échelles d'auto-évaluation recommandées par la HAS, les médecins interrogés utilisaient d'autres méthodes pour évaluer la douleur de leurs patients. L'ordre de fréquence d'utilisation pour les deux groupes était identique (Tableau 8) :

- un interrogatoire précis : 80 % des MSU versus 78,6 % des non MSU.
 - des éléments subjectifs issus de l'expérience professionnelle des médecins : 61,3 % des MSU versus 76,2 % des non MSU.
 - d'autres outils : Questionnaire de Saint-Antoine (QDSA)(annexe 3), Questionnaire concis de la douleur (QCD) (annexe 4) : 10,7 % des MSU versus 4,8 % des non MSU.
- 4 % des MSU et 3,6 % des non MSU ont répondu n'employer aucune méthode pour évaluer la douleur de leurs patients.

Tableau 8 : Autres méthodes d'évaluation de la douleur utilisées par les médecins

	Médecins MSU (n=75)	Médecins non MSU (n=84)
Autres méthodes utilisées pour évaluer la douleur des patients *(n, %)		
Autres outils (QDSA, QCD)	10,7 (8)	4,8 (4)
Interrogatoire précis	80,0 (60)	78,6 (66)
Éléments subjectifs issus de votre expérience	61,3 (46)	76,2 (64)
Aucune	4,0 (3)	3,6 (3)

*: plusieurs réponses possibles donc le total des pourcentages est supérieur à 100

4.2/Freins à l'utilisation de ces échelles (Tableau 9)

Pour les MSU, comme pour les non MSU ; le principal frein à l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur était que leur utilisation est insuffisante pour évaluer la douleur dans sa globalité (40 % pour les MSU et 44 % pour les non MSU ; p=0,61).

Apparaissait ensuite, dans l'ordre décroissant pour les deux groupes :

- le manque de temps en consultation pour leur réalisation (13,3 % des MSU et 19 % des non MSU ; p=0,33)

- le fait que les échelles d'auto-évaluation de la douleur soient des outils inadaptés à la médecine générale (12 % des MSU et 15,5 % des non MSU ; p=0,53)

- « l'inutilité » de ces échelles (6,7 % des MSU et 8,3 % des non MSU ; p=0,69)

Dans les deux groupes, plus d'un tiers des médecins interrogés (38,6 % des MSU et 34,5 % des non MSU ; p=0,38) ont déclaré qu'il n'existe aucun frein à l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur en médecine générale.

Que ce soit pour la réponse « aucun frein », ou pour les réponses d'un frein spécifique, aucune association significative n'a été trouvée avec être médecin MSU ou non ($p > 0,30$ au minimum pour tous les items).

Tableau 9 : Comparaison des réponses sur les freins de l'utilisation des échelles d'autoévaluation de la douleur entre les médecins MSU et les non MSU

	Médecins MSU (n=75)	Médecins non MSU (n=84)	p**
Freins à l'utilisation de ces échelles en médecine générale, % (n)*			
Inutile	6,7 (5)	8,3 (7)	0,69
Manque de temps	13,3 (10)	19,0 (16)	0,33
Insuffisant pour évaluer la douleur dans sa globalité	40,0 (30)	44,0 (37)	0,61
Inadapté à la médecine générale libérale	12,0 (9)	15,5 (13)	0,53
Aucun frein	38,6 (29)	34,5 (29)	0,38

*: plusieurs réponses possibles donc le total des pourcentages est supérieur à 100 ; **: p du test du Chi2 de comparaison des prévalences entre médecins MSU et non MSU

4.3/Déterminer les raisons spécifiques de l'utilisation des échelles chez les MSU

➤ Taux d'utilisation des échelles d'auto-évaluation en fonction de la catégorie d'étudiant accueilli pour les MSU (Tableau 10)

La prévalence de l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur recommandée par l'HAS n'était pas statistiquement différente suivant la catégorie d'étudiants accueillis par les médecins MSU ($p > 0,20$).

Tableau 10 : Prévalences comparées de l'utilisation des échelles d'autoévaluation de la douleur selon la catégorie d'étudiants accueillis par les médecins MSU

	Utilisation des échelles, % (n)	p
Accueil d'Etudiant de deuxième cycle (n=45)		
Oui	77,8 (35)	0,56*
Non	22,2 (10)	
Accueil d'Interne de niveau 1 (n=51)		
Oui	76,5 (39)	0,36**
Non	23,5 (12)	
Accueil de SASPAS (n=50)		
Oui	76,0 (38)	0,22*
Non	24 (12)	

* : p du test du Chi2 ; ** : p du test exact de Fisher

➤ **Intérêts spécifiques des MSU (Tableau 11)**

Pour les deux groupes, « transmettre une méthodologie rigoureuse aux étudiants » et « simplifier le suivi des patients quand l'interne fait des consultations en autonomie » étaient les principaux intérêts spécifiques aux MSU quant à l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur dans leur pratique courante (respectivement 61,3 % et 49,3 % pour les MSU contre 51,2 % et 66,7 % pour les non MSU).

Seule la réponse « simplifier le suivi des dossiers » était significativement associée avec être un médecin MSU (49,3 % des MSU et 66,7 % des non MSU ; $p=0,027$) : les médecins non MSU étaient proportionnellement plus nombreux à déclarer qu'il s'agissait d'un intérêt spécifique pour les MSU.

Pour 9,3 %(n=7) des MSU et 11,9 %(n=10) des non MSU, il n'y avait pas d'intérêt supplémentaire pour les MSU d'utiliser ces échelles par rapport aux non MSU.

Les MSU étaient plus nombreux que les non MSU à affirmer noter le résultat (score de l'échelle) dans le dossier du patient (52 % versus 28,6 % ; p=0,003).

Tableau 11 : Comparaison des réponses sur les intérêts spécifiques des échelles d'auto-évaluation entre les MSU et les non MSU

	Médecins MSU (n=75)	Médecins non MSU (n=84)	p**
Intérêt(s) de ces échelles d'auto-évaluation de la douleur pour les maîtres de stage universitaire*, % (n)			
Transmettre une méthodologie rigoureuse aux étudiants,	61,3 (46)	51,2 (43)	0,20
Simplifier le suivi des dossiers lorsque l'interne réalise des consultations en autonomie,	49,3 (37)	66,7 (56)	0,027
Synthétiser plus efficacement les dossiers	48,0 (36)	44,0 (37)	0,62
Pas d'intérêt particulier	9,3 (7)	11,9 (10)	0,60
Le résultat de l'échelle est-il toujours noté dans le dossier			
Oui	52,0(39)	28,6 (24)	0,003

*: plusieurs réponses possibles donc le total des pourcentages est supérieur à 100; **: p du test du Chi2

➤ Regards croisés des deux groupes sur leurs pratiques réciproques

- Médecins maîtres de stages universitaires (Tableau 12)

16 %(n=12) des MSU ont déclaré penser que le fait d'être maître de stage universitaire a modifié leur façon d'évaluer la douleur.

78,7 %(n=59) d'entre eux, pensaient que leurs confrères non MSU utilisent les échelles dans des proportions similaires.

21,3 %(n=16) des MSU ont affirmé qu'ils utiliseraient moins les échelles d'auto-évaluation de la douleur s'ils n'étaient pas MSU.

Tableau 12 : Regard des MSU sur leur utilisation des échelles

	Médecins MSU (n=75), % (n)
Le fait d'être maître de stage a modifié votre façon d'évaluer la douleur, Oui Non	16,0 (12) 84,0 (63)
Penser utiliser tout autant ces échelles si on n'était pas maître de stage universitaire, Oui Non	78,7 (59) 21,3 (16)
Penser que les confrères non maîtres de stage utilisent ces échelles dans les mêmes proportions que soi, Oui Non	78,7 (59) 21,3 (16)

- Médecins non maîtres de stage universitaire (Tableau 13)

58,3 %(n=49) des médecins non MSU ont déclaré penser que les MSU utilisent plus les échelles d'auto-évaluation de la douleur qu'eux.

76,2 % ont supposé qu'ils utiliseraient plus ces échelles dans leur pratique courante s'ils étaient eux-mêmes MSU.

Tableau 13 : Regard des non MSU

	Médecins non MSU (n=84), % (n)
Penser que les confrères MSU utilisent plus ces échelles d'auto-évaluation que soi, Oui Non	58,3 (49) 41,7 (35)
Penser que l'on utiliserait plus ces échelles si on accueillait des étudiants en médecine, Oui Non	76,2 (64) 23,8 (20)
Dans l'avenir, souhaitez-vous devenir maître de stage universitaire Oui Non	36,9 (31) 63,1 (53)

Parmi les médecins généralistes non maître de stage universitaire, 36,9 % d'entre eux (soit 31 médecins sur 84) ont exprimé le souhait de devenir maître de stage dans le futur.

Les motifs évoqués dans le questionnaire par les médecins quant à leur souhait ou non de devenir MSU, on a retrouvé :

- souhait de devenir MSU (Figure 1) :

- transmettre le savoir/former des futurs médecins (n=14)
- faire connaître le cabinet à d'éventuels futurs remplaçants (n=3)
- donner l'envie de s'installer (n=3)
- volonté d'apporter un « regard jeune »/de rester à jour dans les recommandations/améliorer ses pratiques (n=7)
- enrichissement personnel grâce à la relation maître-élève (n=4)

- refus de devenir MSU (Figure2) :

- création d'une relation triangulaire néfaste à la relation médecin-malade (n=2)

- manque de place (n=3)
- manque de temps (n=10)
- manque de confiance/impression de ne pas être suffisamment pédagogue pour enseigner (n=3)
- âge trop avancé (n=4)

Figure 1 : Motifs évoqués chez les médecins souhaitant devenir MSU dans le futur

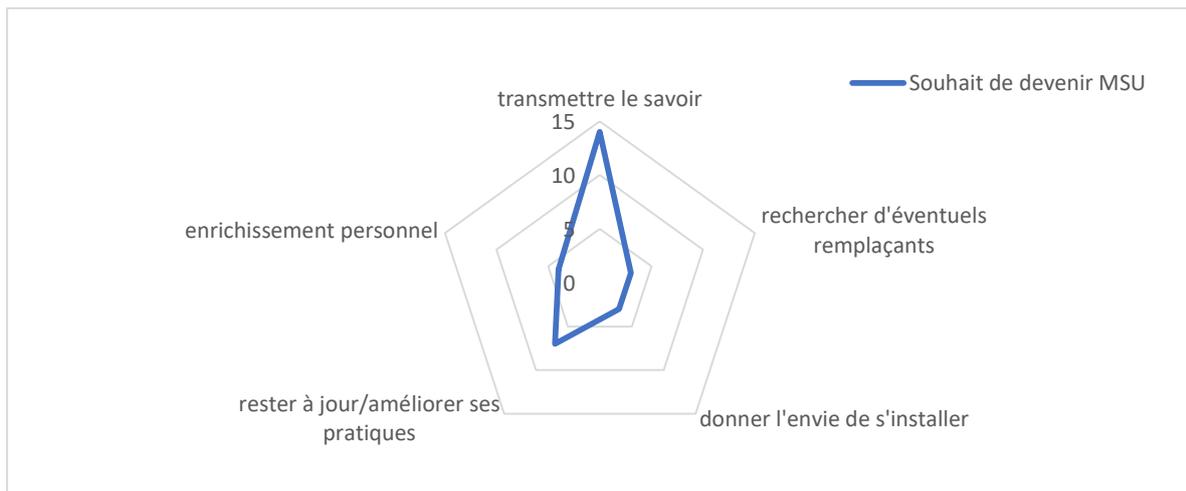
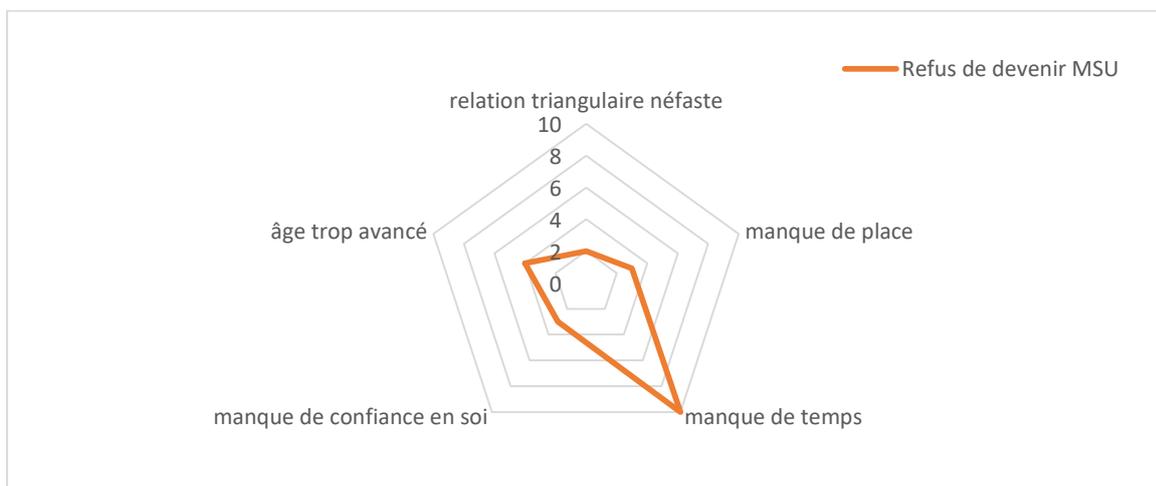


Figure 2 : Motifs évoqués chez les médecins ne souhaitant pas devenir MSU



4.4/Formation médicale continue « douleur »

Dans le groupe MSU, 29,3 % (n=22) des médecins ont répondu avoir déjà suivi une formation (dans le cadre de la formation médicale continue) sur le thème de la douleur au cours de leur carrière, contre 22,6 % (n=19) dans le groupe des médecins non MSU (Tableau 14).

29,3 % des MSU ont exprimé l'envie de suivre une formation supplémentaire sur le thème de la douleur contre 35,7 % pour les non MSU.

Tableau 14 : Formation douleur dans les deux groupes

	Médecins MSU (n=75) %(n)	Médecins Non MSU (n=84) %(n)
Avoir déjà suivi une formation spécifique sur l'évaluation de la douleur,		
Oui	29,3 (22)	22,6(19)
Non	70,7 (53)	77,4(65)
A quand remonte cette formation environ,		
1 à 5 ans	31,8 (7)	36,8(7)
6 à 10 ans	27,3 (6)	21,1(4)
11 à 20 ans	27,3 (6)	31,6(6)
Plus de 20 ans	9,1 (2)	5,3(1)
Non réponse	4,5 (1)	5,3(1)
Souhaiter suivre une formation supplémentaire sur ce thème,		
Oui	29,3 (22)	35,7(30)
Non	70,7 (53)	64,3(54)

Parmi les médecins ayant suivi une formation spécifique sur la douleur (Tableau 15) ; 77,3 % des MSU utilisaient les échelles d'auto-évaluation de la douleur contre 57,9 % des non MSU.

L'association entre être médecin MSU et utiliser des échelles d'auto-évaluation de la douleur recommandées par l'HAS n'était pas statistiquement significative ($p=0,18$).

En regardant suivant les années écoulées depuis la formation, l'association n'était toujours pas significative, quel que soit le temps écoulé depuis cette formation ($p>0,20$ pour toutes les sous-catégories).

Tableau 15 : Prévalences comparées de l'utilisation des échelles d'autoévaluation de la douleur entre les médecins MSU et les non MSU, chez ceux ayant suivi une formation spécifique sur ce thème

	Médecins MSU (n=22)	Médecins non MSU (n=19)	p
Utilisation des échelles d'autoévaluation de la douleur recommandées par l'HAS, % (n)	77,3 (17)	57,9 (11)	0,18*
Utilisation des échelles d'autoévaluation de la douleur recommandées par l'HAS, suivant la date à laquelle remonte cette formation, % (n) :			
1 à 5 ans	85,7 (6)	42,9 (3)	0,27**
6 à 10 ans	50,0 (4)	100 (4)	0,20**
Plus de 10 ans	87,5 (7)	57,1 (4)	0,28**

* : test de Chi2; ** : test exact de Fisher

Parmi les médecins n'ayant pas suivi une formation spécifique sur la douleur (Tableau 16), l'association entre être médecin MSU et utiliser des échelles d'auto-évaluation de la douleur recommandées par l'HAS n'était pas significative, mais indiquait une tendance ($0,05<p<0,07$).

Les médecins MSU étaient proportionnellement plus nombreux à déclarer utiliser des échelles d'auto-évaluation de la douleur recommandées par l'HAS, que les médecins non MSU (81,1 % versus 66,2 % respectivement).

Tableau 16 : Prévalences comparées de l'utilisation des échelles d'autoévaluation de la douleur entre les MSU et les non MSU, chez ceux n'ayant pas suivi une formation spécifique

	Médecins MSU (n=53)	Médecins non MSU (n=65)	p
Utilisation des échelles d'autoévaluation de la douleur recommandées par l'HAS, % (n)	81,1 (43)	66,2 (43)	0,069*

* : *test de Chi2*

IV. DISCUSSION

1. Résultat principal/Objectif de l'étude

Dans notre étude, les médecins maîtres de stage universitaire utilisent de façon significative, plus les échelles d'auto-évaluation de la douleur que leurs confrères non maîtres de stage ($p=0,028$). Ce résultat est indépendant de l'âge et du sexe des médecins interrogés (OR=2,49 après ajustement des données).

La maîtrise de stage universitaire semble donc être le seul facteur influençant l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur en médecine générale dans le cadre de notre enquête.

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1/Points forts

➤ *Originalité de l'étude*

Lorsque nous avons réalisé cette étude, il n'existait pas à notre connaissance d'étude antérieure étudiant l'influence de la maîtrise de stage universitaire sur l'utilisation des échelles auto-évaluation de la douleur en médecine générale. Ceci rend notre travail original.

➤ *Échantillon représentatif*

Dans notre étude, l'échantillon étudié est représentatif de la population des médecins généralistes en France en termes d'âge, de genre et des caractéristiques des MSU :

-la proportion de femmes dans notre étude est similaire à celle des médecins généralistes français (51,6 % dans notre étude versus 50,4 % sur toute la France) (24). De même, notre échantillon de MSU comporte plus de femme que d'homme, comme pour l'ensemble des MSU sur le territoire (25).

-la moyenne d'âge est également comparable (46 ans MSU et non MSU confondus contre 50,1 ans en France).

- pas de différence concernant le lieu d'exercice (25)

- dans notre échantillon, comme en France, les MSU accueillent par ordre de croissance : étudiants de 2eme cycle, interne de n°1 et SASPAS (26).

2.2/Faiblesses

Les différents biais que nous avons identifiés sont :

➤ **Biais de sélection :**

- le taux de réponse au questionnaire est très faible (33,6 % de réponses positives suite aux mails envoyés aux CDOM), d'où un échantillon très petit par rapport à la population de médecins généralistes en France.
- le recrutement était basé sur le volontariat, nous pouvons donc imaginer que seuls les médecins qui portent un grand intérêt à l'évaluation de la douleur et/ou à l'impact de la maîtrise de stage sur les pratiques médicales ont répondu à notre questionnaire.

➤ **Biais de mesure :**

- *Biais d'information* : afin de répondre plus finement aux objectifs de notre étude, certaines informations auraient été utiles. Par exemple, nous aurions pu ajouter une question pour comparer le taux d'utilisation dans chacun des groupes, en fonction du caractère aigu et chronique de la douleur ou en fonction des types de douleurs (rhumatologiques, cancéreuses, traumatologiques, abdominales...). Un autre facteur que nous avons omis, est le type d'échelle d'auto-évaluation préférentiellement utilisé par les médecins (à savoir EVA, EN ou EVS).
- *Biais de subjectivité* : nous avons uniquement demandé aux médecins s'ils utilisaient les échelles d'auto-évaluation de la douleur dans leur pratique courante, sans s'intéresser à la fréquence d'utilisation. Pour cela nous aurions pu faire une question de type Likert afin d'être plus précis.

➤ **Biais de confusion :**

- le nombre d'années d'installation n'a pas été pris en compte, tout comme le fait que les médecins travaillent ou non dans un cabinet de groupe. Tout cela a pu exercer une influence sur nos résultats.
- avoir une activité partielle salariée (ex : secteur hospitalier, EHPAD....) n'était pas un critère d'exclusion. Cela peut avoir engendré une évaluation surestimée du taux d'utilisation des échelles dans les deux groupes, les échelles étant plus utilisées dans les secteurs institutionnels et hospitaliers (14,15).

➤ **Biais de déclaration (ou de désidérabilité sociale) :** bien que les réponses étaient anonymes, nous ne pouvons totalement exclure ce biais. Les réponses ont pu être faussées, avec une tendance à sur-déclarer l'utilisation des échelles, volontairement ou non, pour être en adéquation avec les recommandations HAS.

3.Comparaisons avec d'autres études et hypothèses

3.1/Échelles d'auto-évaluation de la douleur : intérêts et freins en médecine générale et autres méthodes

L'importance du taux d'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur dans notre étude (80 % MSU et 64,3 % pour les non MSU) contraste avec certaines études anciennes qui retrouvaient des proportions d'utilisation bien inférieures en médecine générale : écart d'au moins 50,7 % (en prenant le taux d'utilisation des médecins non MSU) avec l'étude de Tajfel (10).

Cela est probablement lié en partie à une meilleure connaissance des échelles à l'heure actuelle, mais également aux intérêts non négligeables que représente l'utilisation des échelles en pratique courante.

Les forts pourcentages des intérêts de ces échelles (cf. tableau 7) sont en accord avec les critères de validation définis par la HAS (13) et les réflexions de plusieurs auteurs (27–29),

qui attestent de l'intérêt de ces outils qui permettent : d'appréhender plus facilement l'intensité de la douleur, son évolution et de mesurer l'efficacité d'un traitement antalgique. De plus, plus d'un tiers des médecins interrogés (38,6 % des MSU et 34,5 % des non MSU) déclarent qu'il n'existe aucun frein à l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur en médecine générale.

Nous pouvons tout de même ajouter un bémol à ces résultats. En effet, moins de 50 % des médecins (48 % des MSU et 40,5 % des non MSU) considèrent que l'utilisation de ces outils permet une amélioration de la douleur chronique des patients. L'on retrouve ce constat dans une étude menée en 2002, qui comparait un groupe de patients douloureux chronique évalué par les échelles d'évaluation de la douleur à un groupe témoin. Les auteurs concluaient que l'utilisation des échelles n'améliorait pas le soulagement des patients ambulatoires souffrant de douleur chroniques (27).

Les échelles multidimensionnelles d'évaluation de la douleur, à savoir le QDSA (version longue) et le QCD sont des outils validés par la HAS (13) pour évaluer de façon plus précise la douleur des patients et son retentissement sur les actes de la vie quotidienne. Or, dans notre étude peu de répondants (10,7 % des MSU et 4,8 % des non MSU) ont déclaré utiliser d'autres outils pour évaluer la douleur de leurs patients. Monsieur Dias, dans son travail de thèse (28) retrouve des chiffres similaires, arguant le caractère chronophage de ces échelles les rendant difficilement applicables en médecine générale. La HAS dans ses recommandations de 1998 faisait le même constat : l'emploi de ces échelles permet une description plus précise des douleurs mais le temps nécessaire à leur réalisation rend leur utilisation difficile en pratique courante.

Concernant les freins à l'utilisation des échelles d'auto-évaluation en médecine générale, les deux groupes (MSU et non MSU) étaient en accord. Ils mettent en évidence, sans différence significative entre les deux groupes : l'insuffisance de ces outils pour évaluer la douleur dans sa globalité, le manque de temps en consultation et le caractère inadapté de ces échelles à la médecine générale. Ces mêmes freins sont retrouvés dans divers travaux (27,28). Un travail de réflexion éthique sur l'utilisation de ces échelles pointe aussi du doigt, le risque d'intrusion que représente cet outil de mesure « millimétré » dans la relation médecin-malade, qui peut perturber celle-ci (30).

Tout cela nous rappelle, que les échelles d'auto-évaluation de la douleur sont de bons outils mais ne suffisent pas à évaluer la douleur dans sa globalité, elles n'en sont qu'une composante (31). Elles ne peuvent se substituer à un interrogatoire et un examen clinique complet pour évaluer le plus efficacement possible la douleur des patients.

3.2/Influence de la maîtrise de stage universitaire

Dans notre étude, on retrouve une plus grande utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur chez les MSU (80 % versus 63,4 %, $p=0,028$). Ces résultats nous permettent de faire la supposition suivante : le simple fait d'être maître de stage et donc d'accueillir des étudiants dans sa pratique, serait la cause d'une utilisation plus importante des échelles d'auto-évaluation recommandées par la HAS en médecine générale.

Cela suggère que la maîtrise de stage a un impact sur l'exercice professionnel des médecins. En effet, plusieurs thèses affirment qu'inclure des internes dans sa pratique incite le médecin à être plus rigoureux, à suivre plus les recommandations, et à faire plus de formation (19,20,32). Tout cela dans le but, de rester à jour afin de transmettre les meilleures connaissances possibles aux internes (20). D'autres travaux corroborent ces hypothèses : les MSU semblent passer plus de temps à l'actualisation de leurs connaissances que les non MSU (20,21).

On retrouve dans notre étude, comme dans d'autres (18,20), un effort de synthèse des dossiers et des dossiers mieux tenus chez les MSU (score de l'échelle noté dans le dossier à 52 % versus 28,6 %, $p=0,003$).

Le travail d'Étienne Dubois (33), ajoute à cela qu'il existerait une association entre maîtrise de stage et meilleure connaissance et application des recommandations médicales (sans pouvoir établir de lien de causalité). De plus, selon une revue de la littérature (34), la maîtrise de stage a un retentissement cognitif (motivation pour son développement professionnel) et métacognitif (pratique plus réflexive) sur l'exercice professionnel des MSU ambulatoire.

Les réponses des médecins non MSU de notre étude vont dans ce sens : 76,2 % pensent qu'ils utiliseraient plus les échelles d'auto-évaluation de la douleur s'ils étaient MSU. A contrario, 78,7 % des MSU interrogés pensent qu'ils utiliseraient autant ces échelles s'ils

n'étaient pas maîtres de stage et seulement 16 % ont déclaré qu'ils évalueraient la douleur différemment s'ils n'étaient pas MSU.

3.3/Impact de la formation médicale continue

Lors de la phase préparatoire de cette étude, nous nous étions imaginé que le fait de suivre des formations médicales continues (FMC) avait un impact sur l'utilisation des échelles d'auto-évaluation recommandées par la HAS. Or, nos résultats ne vont pas dans ce sens. En effet, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative sur l'utilisation des échelles parmi les médecins « formés » dans les deux groupes étudiés (MSU et non MSU). On retrouve quand même une tendance ($p < 0,07$) à une moindre utilisation des échelles chez les médecins n'ayant jamais suivi de formation sur la prise en charge de la douleur.

Pourtant, selon les auteurs de plusieurs travaux datant du début des années 2000 (34,35), suivre des FMC permettrait une amélioration des performances des médecins et de leurs pratiques. C'est qu'affirme également une thèse de 2009 (37) qui a mis en évidence qu'une participation à une formation médicale sur les troubles du sommeil permettait aux médecins formés d'être plus en adéquation avec les référentiels HAS.

Or, un rapport publié par la HAS en 2014 sur l'efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales affirme le contraire (38). Il stipule que les FMC ont un impact faible sur les pratiques et les résultats de soins. L'hypothèse avancée par les rédacteurs est que les médecins choisissent préférentiellement de suivre une formation sur des thèmes qu'ils maîtrisent déjà, au moins en partie. Cela suppose que l'impact des FMC serait plus important si les médecins sur des sujets qu'ils connaissent peu. L'on peut donc supposer que les résultats de notre étude sur la relation entre avoir suivi une formation sur le thème de la douleur et l'utilisation des échelles, peut avoir été influencé par ce phénomène.

3.4/La maîtrise de stage : une méthode reconnue de développement professionnel continu (DPC)

Si par définition ; le maître enseigne et l'élève apprend, conférant à l'enseignant le rôle de « détenteur du savoir », cette méthode pédagogique est actuellement remise en cause en ce qui concerne la maîtrise de stage universitaire en médecine.

Certes, le but premier de la maîtrise de stage reste l'enseignement des étudiants, ayant pour but de former au mieux ces derniers à devenir des médecins experts en médecine générale (38,39). Cependant, dans la pédagogie d'apprentissage de la maîtrise de stage, le rôle de l'interne n'est pas limité à celui d'apprenant. En effet, déjà en 2004, lors de la création de la médecine générale comme spécialité médicale, on considérait que devenir MSU conduisait à un paradigme d'apprentissage : les étudiants n'étant plus considérés comme les seuls apprenant, l'étudiant et le professeur apprennent ensemble (19).

Dans notre étude, à la question posée aux non MSU des raisons pour lesquelles certains souhaiteraient devenir MSU dans l'avenir, les médecins expriment surtout l'envie de « transmettre le savoir », « d'apporter un regard jeune », « de rester à jour » et « d'améliorer ses pratiques ». On retrouve des réponses similaires dans un article de 2015, qui s'intéressait aux motivations des médecins à devenir MSU (41). Cela témoigne de la relation bilatérale d'apprentissage et d'enrichissement entre l'étudiant et le MSU.

Ainsi, grâce aux interactions avec l'interne et aux effets positifs qui en découlent, la maîtrise de stage s'intègre désormais, et sous certaines conditions dans la démarche de DPC (42,43). Elle correspond à une méthode de formation mais permet également de valider une action de d'évaluation et d'amélioration des pratiques. Le MSU effectue une démarche de DPC dès lors que l'accompagnement de l'étudiant favorise une démarche réflexive du MSU (par les questionnements de l'étudiant, échanges de savoir, recherche des ressources, supervision des portfolios...) amenant le médecin à questionner sa pratique et à chercher à l'améliorer. Cette reconnaissance en tant qu'action de DPC nous prouve donc que les échanges avec les étudiants sont également formateurs et bénéfiques pour les MSU.

4. Ouvertures

Cette étude a permis de mettre en évidence une différence de pratique concernant l'utilisation d'outils recommandés par la HAS, que sont les échelles d'auto-évaluation de la douleur entre médecins maîtres de stage universitaire et non maîtres de stages.

Pour approfondir le sujet, et essayer de comprendre les raisons expliquant cette différence d'utilisation, il serait intéressant de réaliser des études plus poussées sur l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur. Par exemple, il serait judicieux de réaliser une étude sur les fréquences d'utilisation (toujours, souvent, rarement...) des échelles et sur les types de douleurs (aigue/chronique, différentes étiologies...) pour lesquelles elles sont employées.

Il serait également utile de réaliser une enquête avec des questions ouvertes, dans laquelle les médecins (MSU et non MSU) pourraient décrire les raisons qui les poussent ou non à utiliser ces échelles recommandées par la HAS.

Pour aller encore plus loin, et tenter de valider qu'il existe une différence de pratiques entre MSU et non MSU, il serait pertinent de renouveler des expériences similaires sur des thèmes tels que l'utilisation d'autres outils (score GINA pour l'asthme par exemple) ou sur la prise en charge de la douleur de façon générale.

V.CONCLUSION

Selon notre étude, pour évaluer la douleur des patients communicants, les MSU utilisent plus les échelles d'auto-évaluation recommandées par la HAS que leurs confrères non MSU. Pour expliquer cela, l'unique raison mise en évidence est le simple fait d'être MSU, donc d'être en contact avec des étudiants (et ce quelle que soit la catégorie d'étudiant accueilli par le praticien).

Les intérêts et freins à l'utilisation de ces échelles sont nombreux en médecine générale. Cependant, au vu de leurs utilisations importantes dans les deux groupes, les intérêts semblent l'emporter, réaffirmant l'utilité non négligeable de ces outils en pratique courante, comme le décrit l'HAS dans ses recommandations.

Nos résultats démontrent, une fois de plus l'enrichissement réciproque de la maîtrise de stage, qui modifie les pratiques des médecins enseignants, amenant une pratique plus réflexive, plus proche des recommandations grâce aux échanges avec l'étudiant. L'impact de la maîtrise de stage universitaire sur l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur est plus important que les FMC.

Cependant, il semble nécessaire de souligner, à quel point l'évaluation et par là même la prise en charge de la douleur dans sa globalité, est un processus complexe, multidimensionnel qui ne peut se limiter à l'utilisation d'outil pour être véritablement optimale.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain : concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020 ;161(9) :1976-82.
2. Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Eschalier A, Langley P, et al. Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2013 ;14(2) :57-66.
3. Société française d'étude et de traitement de la douleur. Livre Blanc de la douleur [Internet]. [cité 15 août 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Livre_Blanc_Douleur_Chronique_AFVD_FIBROMYALGIE_FRAN_CE_env_270415.pdf
4. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe : Prevalence, impact on daily life, and treatment. European Journal of Pain. 2006 ;10(4) :287-287.
5. Kouchner B. Circulaire DGS/DH n°98-586 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 1998 [cité 18 janv 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-41/a0412644.htm>
6. Ministère délégué à la santé. Programme de lutte contre la douleur 2002-2005 [Internet]. 2002. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-2005.pdf
7. Bertrand X. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [Internet 2006 [cité 18 janv 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf

8. Haut Conseil de Santé Publique. Evaluation du Plan d'amélioration de prise en charge de la douleur 2006-2010. 2011.
9. Hasselström J, Liu-Palmgren J, Rasjö-Wrååk G. Prevalence of pain in general practice. *European Journal of Pain*. 2002 ;6(5) :375-85.
10. Maisonneuve M. La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale : résultats issus de l'étude ECOGEN [thèse de médecine]. Grenoble : Université Grenoble Alpes ; 2017.
11. Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale : Point de vue du médecin de la douleur. *Doul et Analg*. 2002 ;15(1) :71-9.
12. Mak S-L. L'importance de la douleur en consultation de médecine générale [thèse de médecine]. Versailles : UFR Sciences de la Santé Simone Veil ; 2014.
13. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire [Internet]. 1999 [cité 8 nov 2021]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
14. Clère F, Perriot M, Henry F, Kipper M-C, Alcalay V, Voisine M-L. Enquête de prévalence de la douleur chez les patients hospitalisés au centre hospitalier de Châteauroux. *Douleurs*. 2007 ;8(Hors Serie 1).
15. Henrion A. Evolution et évaluation de la prise en charge de la douleur au centre hospitalier de Lunéville : mise en place du Comité de Lutte contre la Douleur [thèse de médecine]. Nancy : Université Henri Poincaré ; 2005.
16. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janv 16, 2004.
17. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016-1597 nov 25, 2016.

18. Nicolas F. Impacts de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage universitaire en médecine générale, en région Haute-Normandie [thèse de médecine]. Rouen : UFR mixte médecine-pharmacie; 2014.
19. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Pédagogie Médicale. 2003 ;4(3) :163-75.
20. Hahusseau M. Les internes influencent-ils la pratique professionnelle de leurs maîtres de stages ? [thèse de médecine]. Tours : Université François Rablais; 2017
21. Delpech R, Noel F. Caractéristiques socio-démographiques et pratiques préventives des médecins généralistes : être maître de stage les modifient-elles ? Exercer. 2019;(155) :300-5.
22. Letrilliart L, Rigault-Fossier P, Fossier B, Kellou N, Paumier F, Bois C, et al. Comparaison des exercices des maîtres de stages universitaires et des non maîtres de stage en France. Exercer. 2017;(135) :308-9.
23. Devillers L, Sicsic J, Delbarre A, Le Bel J, Ferrat E, Saint Lary O. General Practitioner trainers prescribe fewer antibiotics in primary care : Evidence from France. PLOS ONE. 2018 ;13(1).
24. Gerad-Varet J-F. Conseil National de l'Ordre des Médecins-Atlas démographie médicale en 2020 [Internet]. [cité 22 juill 2021]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
25. Bouton C. Les maîtres de stage universitaires sont-ils des généralistes comme les autres ? Exercer. 2016;(127) :540-1.
26. Martos S. Plus de 10 000 maîtres de stage en médecine générale... mais pas assez d'heures de formation. Le Quotidien du médecin. [Internet]. 2019 [cité 22 juill 2021]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/plus-de-10-000-maitres-de-stage-en-medecine-generale-mais-pas-assez-dheures-de-formation>

27. Pouchain D, Huas D, Gay B, Avouac B, Bouvenot G. Echelles de la douleur: leur utilisation en ambulatoire a-t-elle un impact sur le soulagement de la douleur chronique? *La Revue du Praticien*. 2002 ;16(585) :1299-303.

28. Dias PL. Evaluation de la douleur chronique en médecine générale : enquête réalisée auprès des médecins des bassins de Longwy, Briey et Hayange [thèse de médecine]. Nancy : Université Henri Poincaré ; 2006.

29. Haefeli M, Elfering A. Pain assessment. *Eur Spine J*. 2006 ;15(Suppl 1) : S17-24.

30. Dutier A. Éléments de réflexion éthique sur l'utilisation des outils d'auto-évaluation de la douleur. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. 2013 ;12(2) :90-4.

31. Bragard D, Decruynaere C. Évaluation de la douleur : aspects méthodologiques et utilisation clinique. *EMC - Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation*. 2010 ;6(3) :1-10.

32. Bufala M. Maîtrise de stage et développement professionnel continu : influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste [thèse de médecine]. Nice : Université Sophia Antipolis; 2014.

33. Dubois E. Maître de stage : la meilleure formation continue en médecine générale ? [thèse de médecine]. Paris : Université Paris Descartes ; 2009

34. Jarno-Josse A, Bail P. Impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stages ambulatoires. *Exercer*. 2011;(98) :141-2.

35. Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops : effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2).

36. Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of Formal Continuing Medical Education Do Conferences, Workshops, Rounds, and Other Traditional Continuing Education Activities Change Physician Behavior or Health Care Outcomes? *JAMA*. 1999 ;282(9):867-74.

37. Volcler N. Étude d'impact d'une action de formation médicale continue sur la prise en charge du patient insomniaque en médecine générale [thèse de médecine]. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2010.
38. Haute autorité de santé. Efficacité des méthodes de mise en oeuvre des recommandations médicales [Internet]. 2014 [cité 7 août 2021] p. 17-20.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/efficacite_des_methodes_de_mise_en_oeuvre_des_recommandations_medicales.pdf
39. Conseil National des Généralistes Enseignants. Introduction à l'évaluation [Internet]. [cité 4 août 2021].
Disponible sur : https://www.cnge.fr/la_pedagogie/troisieme_cycle/introduction_levaulation/
40. Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. Exercer. 108 :171-7.
41. Cadwallader J-S, Vaillant-Roussel H, Boulet P, Paumier F, Bottet A, Dumoitier N. Motivations des médecins généralistes à devenir maître de stage des universités. Exercer. (117):33-9.
42. Haute Autorité de Santé. Démarche et Méthodes de DPC [Internet]. 2019 [cité 24 août 2021].
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3019317/fr/demarche-et-methodes-de-dpc
43. Haute Autorité de Santé. L'encadrement des stages. La maîtrise de stage/le tutorat [Internet]. 2018 [cité 23 août 2021].
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/encadrement_de_stage_maitrise_de_stage_tutorat.pdf

VII. ANNEXES

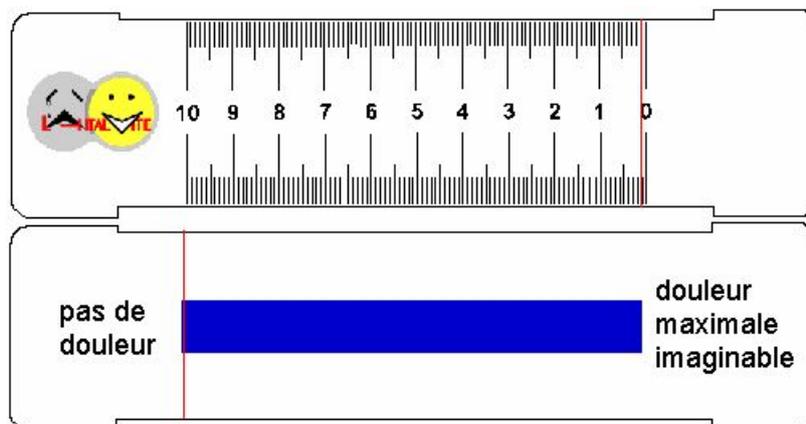
Annexe 1. Échelles d'auto-évaluation de la douleur

- Échelle visuelle analogique (EVA)

L'EVA se présente sous la forme d'une réglette de 10cm graduée en mm, qui peut être présentée de façon horizontale ou verticale.

Sur le côté patient, se trouve un curseur qu'il déplace le long d'une ligne dont les extrémités correspondent à « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable ».

Sur l'autre face (côté soignant), se trouvent des graduations millimétrées. La position du curseur déterminée par le patient permet ainsi de mesurer (en mm) l'intensité de sa douleur.

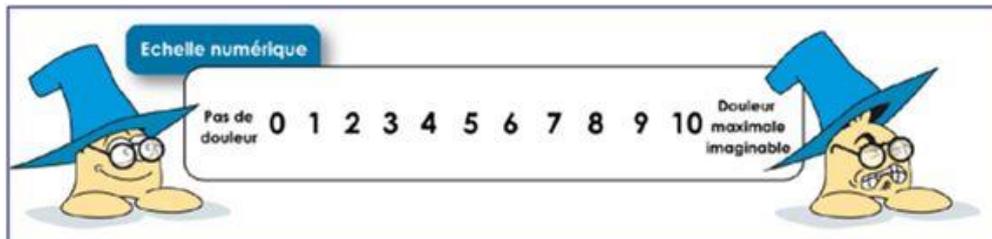


- Échelle numérique (EN)

Pour mesurer l'intensité de la douleur, il suffit de répondre à la question suivante :

« Pouvez-vous donner une note, de 0 à 10 pour situer votre niveau de douleur ? »

Le 0 correspond à « pas de douleur », et le 10 à « douleur maximale imaginable ».



-Échelle verbale simple (EVS)

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation utilisée notamment lorsque l'utilisation de l'EVA ou l'EN ne sont pas possible.

Elle permet d'apprécier la douleur ressentie par le patient par pallier.

Chaque pallier correspond à un score que le soignant demande au patient :

-douleur absente=0

-douleur faible=1

-douleur modérée=2

-douleur intense=3

-douleur extrêmement intense=4

Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?		
0	pas de douleur	<input type="checkbox"/>
1	faible	<input type="checkbox"/>
2	modérée	<input type="checkbox"/>
3	intense	<input type="checkbox"/>
4	extrêmement intense	<input type="checkbox"/>

Annexe 2. Questionnaire « Evaluation de la douleur »

Voici le questionnaire distribué aux médecins via les CDOM, rescrit sous format texte :

« Chères consœurs, chers confères,

Je réalise actuellement ma thèse de doctorat en médecine générale à l'Université de Bordeaux sur l'impact de la maîtrise de stage universitaire sur l'utilisation des échelles d'auto-évaluation (EVA, EN, EVS) de la douleur des patients communicants.

Le but de mon étude est de mettre en lumière la différence d'utilisation entre maître de stage universitaire et non maître de stage sur l'utilisation de ces outils recommandés par l'HAS, et tenter d'en comprendre les raisons, si différence il y a.

Je vous propose donc, si vous le souhaitez, de répondre au questionnaire qui suit, que vous soyez maître de stage ou non. Le questionnaire n'est pas très long, il vous prendra moins de 5 min de votre temps qui je le sais est précieux !

Un grand merci pour vos réponses, qui sont bien évidemment anonymes. »

. Questions générales

-Sexe :

Femme

Homme

-Quel âge avez-vous ?

-Dans quel département exercez-vous ?

-Quel est votre lieu d'exercice ?

rural

semi-urbain

urbain

-Êtes-vous maître de stage universitaire ?

Oui

Non

.Pour les médecins MSU :

-Quelle(s) catégories d'étudiants accueillez-vous ?

- étudiant de deuxième cycle des études médicales (externe)
- interne de niveau 1
- SASPAS

-Depuis combien d'années êtes-vous maîtres de stages ?

-Êtes-vous globalement satisfait de votre expérience de maître de stage ?

- Oui
- Non

-Possédez-vous une réglette d'auto-évaluation de la douleur dans votre cabinet ?

- Oui
- Non

-Pour évaluer la douleur d'un patient communicant, utilisez-vous les échelles d'auto-évaluation recommandées par l'HAS (EVA, EN ou EVS) ?

- Oui
- Non

-Trouvez-vous que ces outils sont utiles pour évaluer l'intensité de la douleur de vos patients ?

- Oui
- Non

-Les jugez-vous utiles pour effectuer le suivi de vos patients douloureux ?

- Oui
- Non

-Utilisez-vous ces échelles pour initier un traitement antalgique ?

- Oui
- Non

-Utilisez-vous ces échelles pour (re)évaluer l'efficacité d'un traitement antalgique ?

- Oui
- Non

-Pensez-vous que l'utilisation de ces échelles améliore le soulagement de vos patients douloureux chroniques ?

- Oui
- Non

-Le résultat (score de l'échelle) est-il toujours noté dans le dossier du patient ?

Oui

Non

-Quelles autres méthodes utilisez-vous pour évaluer la douleur de vos patients ?

autres outils (type questionnaire de Saint-Antoine, QCD...)

interrogatoire précis avec questions posées de façon systématique

éléments subjectifs issus de votre expérience professionnelle

aucune

-De façon générale diriez-vous que vous vous sentez à l'aise pour évaluer la douleur de vos patients (adultes communicants) ?

Oui

Non

-Selon vous, quels sont les freins à l'utilisation de ces échelles en médecins générale ?

inutile

manque de temps

insuffisant pour évaluer la douleur dans sa globalité

inapproprié à la médecine générale en libérale

aucun frein

-Pensez-vous que le fait d'être maître de stage a modifié votre façon d'évaluer la douleur ?

Oui

Non

-Pensez-vous que vous utiliseriez tout autant ces échelles si vous n'étiez pas maître de stage universitaire ?

Oui

Non

-Selon vous, quel(s) est(sont) l'(les) intérêt(s) propres aux maîtres de stages universitaire de ces échelles d'auto-évaluation ?

transmettre une méthodologie rigoureuse aux étudiants

simplifier le suivi des dossiers lorsque l'interne réalise des consultations en autonomie

synthétiser plus efficacement les dossiers

pas d'intérêt particulier

-Pensez-vous que vos confrères non maîtres de stage utilisent ces échelles dans les mêmes proportions que vous ?

Oui

Non

-Avez-vous déjà suivi une formation spécifique sur l'évaluation de la douleur (dans le cadre d'une FMC) ?

Oui

Non

-Si oui, à quand remonte cette formation environ ?

-Souhaitez-vous suivre une formation supplémentaire sur ce thème ?

Oui

Non

.Pour les médecins non MSU :

-Possédez-vous une réglette d'auto-évaluation de la douleur dans votre cabinet ?

Oui

Non

-Pour évaluer la douleur d'un patient communicant, utilisez-vous les échelles d'auto-évaluation recommandées par l'HAS (EVA, EN ou EVS) ?

Oui

Non

-Trouvez-vous que ces outils sont utiles pour évaluer l'intensité de la douleur de vos patients ?

Oui

Non

-Les jugez-vous utiles pour effectuer le suivi de vos patients douloureux ?

Oui

Non

-Utilisez-vous ces échelles pour initier un traitement antalgique ?

Oui

Non

-Utilisez-vous ces échelles pour (re)évaluer l'efficacité d'un traitement antalgique ?

Oui

Non

-Pensez-vous que l'utilisation de ces échelles améliore le soulagement de vos patients douloureux chroniques ?

Oui

Non

-Le résultat (score de l'échelle) est-il toujours noté dans le dossier du patient ?

Oui

Non

-Quelles autres méthodes utilisez-vous pour évaluer la douleur de vos patients ?

autres outils (type questionnaire de Saint-Antoine, QCD...)

interrogatoire précis avec questions posées de façon systématique

éléments subjectifs issus de votre expérience professionnelle

aucune

-De façon générale diriez-vous que vous vous sentez à l'aise pour évaluer la douleur de vos patients (adultes communicants) ?

Oui

Non

-Selon vous, quels sont les freins à l'utilisation de ces échelles en médecine générale ?

inutile

manque de temps

insuffisant pour évaluer la douleur dans sa globalité

inapproprié à la médecine générale en libérale

aucun frein

-Pensez-vous que vos confrères maîtres de stage universitaires utilisent plus ces échelles que vous ?

Oui

Non

-Selon vous, quel(s) est(sont) l'(les) intérêt(s) propres aux maîtres de stages universitaire des ces échelles d'auto-évaluation ?

transmettre une méthodologie rigoureuse aux étudiants

simplifier le suivi des dossiers lorsque l'interne réalise des consultations en autonomie

synthétiser plus efficacement les dossiers

pas d'intérêt particulier

-Pensez-vous que vous utiliseriez plus ces échelles d'auto-évaluation si vous accueilliez des étudiants en médecine ?

Oui

Non

-Avez-vous déjà suivi une formation spécifique sur l'évaluation de la douleur (dans le cadre d'une FMC) ?

Oui

Non

-Si oui, à quand remonte cette formation environ ?

-Souhaiteriez-vous suivre une formation supplémentaire sur ce thème ?

Oui

Non

-Dans l'avenir, souhaiteriez-vous devenir vous-même, maître de stage universitaire ?

Oui

Non

-Pourquoi ?

Annexe 3. Questionnaire de Saint-Antoine

FORME COMPLETE : QUESTIONNAIRE DE SAINT ANTOINE

0= absent ou pas du tout
 1= faible ou un peu
 2= modéré ou moyennement
 3= fort ou beaucoup
 4= extrêmement fort ou extrêmement

A	Battements	___
	Pulsations	___
	Elancements	___
	En Eclairs	___
	Décharges électriques	___
	Coup de marteau	___

E	Tiraillement	___
	Etirement	___
	Distension	___
	Déchirure	___
	Torsion	___

K	Nauséuse	___
	Suffocante	___
	Syncopale	___

L	Inquiétante	___
	Oppressante	___
	Angoissante	___

B	Rayonnante	___
	Irradiante	___

F	Chaleur	___
	Brûlure	___

M	Harcelante	___
	Obsédante	___
	Cruelle	___
	Torturante	___
	Suppliciant	___

C	Piqûre	___
	Coupure	___
	Pénétrante	___
	Transperçant	___
	Coup de poignard	___

G	Froid	___
	Glace	___

H	Picotements	___
	Fourmillements	___
	Démangeaisons	___

N	Génante	___
	Désagréable	___
	Pénible	___
	Insupportable	___

D	Pincement	___
	Serrement	___
	Compression	___
	Écrasement	___
	En étau	___
	Broiement	___

I	Engourdissement	___
	Lourdeur	___
	Sourde	___

O	Enervante	___
	Exaspérante	___
	Horripilante	___

J	Fatigante	___
	Épuisante	___

P	Déprimante	___
	Suicidaire	___

Annexe 4. Questionnaire concis de la douleur (QCD)

Le QCD est la version française du Brief Pain Inventory (BPI). Il s'agit d'un outil d'auto-évaluation qui permet d'évaluer les principales dimensions de la douleur : l'intensité, l'incapacité fonctionnelle, les répercussions sociales et familiales ainsi que le niveau de détresse psychologique qui en découle.



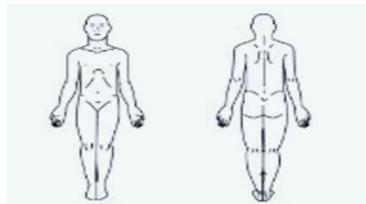
Q.C.D **Questionnaire concis de la douleur**

Version française du Brief Pain Inventory (BPI). Ce questionnaire d'auto-évaluation permet d'évaluer les principales dimensions de la douleur : intensité, incapacité fonctionnelle, répercussions sociales et familiales et niveau de détresse psychologique. Il est utile pour une évaluation multiple de la douleur ou pour la surveillance d'une douleur au cours du temps.

1 - Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents). Avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleur « familiales » aujourd'hui ?

Oui Non

2 - Indiquer sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « X » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



3 - S'il vous plaît, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus intense** que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de douleur												Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

4 - S'il vous plaît, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus faible** que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de douleur												Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

5 - S'il vous plaît, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **en général**.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de douleur												Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

6 - S'il vous plaît, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **en général**.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de douleur												Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

7 – Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

8 – La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage de soulagement obtenu ?

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Aucune amélioration										Amélioration complète

9 – Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

A) Activité générale

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

B) Humeur

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

C) Capacité à marcher

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

D) Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

E) Relations avec les autres

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

F) Sommeil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

G) Goût de vivre

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas										Gêne complètement

1. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment : global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore*. 1994 ; 23: 129-38.
2. The Brief pain inventory – User guide. https://www.mdanderson.org/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI_UserGuide.pdf

VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

IX.RESUMES

Resumé

Titre : Impact de la maîtrise de stage universitaire sur l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur nociceptive des adultes communicants en médecine générale.

Contexte et objectif : La douleur est un problème de santé publique majeur. Pour bien l'évaluer, l'HAS recommande d'utiliser des échelles d'auto-évaluation de la douleur (EVA, EN, EVS) quand cela est possible. Or, elles sont peu utilisées en médecine générale. La maîtrise de stage universitaire induit des modifications de pratiques dans certains cas. Notre objectif principal était d'évaluer l'impact de la maîtrise de stage universitaire sur l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur en médecine générale.

Méthode : étude quantitative observationnelle réalisée grâce aux données recueillies via un questionnaire distribué aux médecins par les CDOMs.

Etaient inclus les médecins généralistes, MSU et non MSU, installés en France.

Critère de jugement principal : taux d'utilisation des échelles chez les MSU et les non MSU.

Critères de jugement secondaires : mettre en évidence les intérêts et freins des échelles, déterminer : les raisons spécifiques de l'utilisation des échelles pour les MSU et l'impact des FMC.

Résultats : 159 médecins ont répondu : 75 MSU et 84 non MSU. Le taux d'utilisation des échelles d'auto-évaluation était significativement plus important pour les MSU (80 % vs 64,3 %, $p=0,028$). Les intérêts et freins des échelles sont les mêmes dans les deux groupes. Les principales raisons de leur utilisation pour les MSU sont : transmettre une méthodologie et simplifier le suivi pour les étudiants. Pas d'impact des FMC sur l'utilisation des échelles.

Conclusion : les MSU utilisent plus les échelles d'auto-évaluation de la douleur que les non MSU, indépendamment de l'âge, du sexe et de la catégorie d'étudiant.

Mots clés: Maître de stage-impact-pratiques professionnelles-échelles d'auto-évaluation de la douleur

Abstract

Title : Impact of the mastery of an academic internship on the self-assessment scales's use for nociceptive pain in adults in general practice.

Background and Objective : Pain is a major public health problem. To assess it properly, HAS recommends using self-rate pain scales (NRS, VRS, VAS) when it's possible. However, they are scarcely used in general practice. But, be a general practioner (GP) training supervisor induce changes in some medical practices. The aim of this study was to evaluate the impact of the GP trainee supervision on the self-assessment scale's use.

Method : quantitative observational study perfomed thanks data collected by questionnaire delivered to physicians by CDOMs. The population was the GPS, training supervisors or not, based in France.

Main objective : rate of self-assessment scales's use in GPs and GPs training supervisors.

Second objectives : highlight the interests and limits of the self-rated pain scales in general practice, determinate the reasons to using it for the GPs supervisors ad the effect of the continuing medical formation.

Results : 159 physicians responded : 75 GPs supervisors et 84 non-supervisor GPs. The use of self-assessment pain scales was higher for GPs supervisors (80% vs 64.3%, $p=0,028$). The interests and limits are the same in the two groups. The main reasons for their use for GPs supervisors are : transmit a methodology and simplify the files's follow-up for the trainees. No impact of the continuing medical formation.

Conclusion : GPs supervisors use self-rated pain scales more than non-supervisors GPs regardless of age, gender and student category.

Key words : General practioner training supervisor- impact- medical practice- self assessment pain scale

RESUME

Titre : Impact de la maîtrise de stage universitaire sur l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur nociceptive des adultes communicants en médecine générale.

Contexte et objectif : La douleur est un problème de santé publique majeur. Pour bien l'évaluer, l'HAS recommande d'utiliser des échelles d'auto-évaluation de la douleur (EVA, EN, EVS) quand cela est possible. Or, elles sont peu utilisées en médecine générale. La maîtrise de stage universitaire induit des modifications de pratiques dans certains cas. Notre objectif principal était d'évaluer l'impact de la maîtrise de stage universitaire sur l'utilisation des échelles d'auto-évaluation de la douleur en médecine générale.

Méthode : étude quantitative observationnelle réalisée grâce aux données recueillies via un questionnaire distribué aux médecins par les CDOMs.

Etaient inclus les médecins généralistes, MSU et non MSU, installés en France.

Critère de jugement principal : taux d'utilisation des échelles chez les MSU et les non MSU.

Critères de jugement secondaires : mettre en évidence les intérêts et freins des échelles, déterminer : les raisons spécifiques de l'utilisation des échelles pour les MSU et l'impact des FMC.

Résultats : 159 médecins ont répondu : 75 MSU et 84 non MSU. Le taux d'utilisation des échelles d'auto-évaluation était significativement plus important pour les MSU (80 % vs 64,3 %, $p=0,028$). Les intérêts et freins des échelles étaient les mêmes dans les deux groupes. . Les principales raisons de leur utilisation pour les MSU étaient : transmettre une méthodologie et simplifier le suivi pour les étudiants. Pas d'impact des FMC sur l'utilisation des échelles.

Conclusion : les MSU utilisent plus les échelles d'auto-évaluation de la douleur que les non MSU, indépendamment de l'âge, du sexe et de la catégorie d'étudiant.

Mots clés: Maître de stage-impact-pratiques professionnelles-échelles d'auto-évaluation de la douleur

Discipline : Médecine Générale

Intitulé et adresse de l'UFR : UFR des Sciences Médicales, 146 rue Léo Saignat ; 33076 BORDEAUX Cedex