

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014

N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Discipline : Médecine Générale

Par

BAUSSANT ALEXANDRE

Né le 28 Août 1984 à Chartres

**Présentée et soutenue publiquement le
Vendredi 5 Décembre 2014 à Tours**

**L'outil CHRONODOL® est-il utile aux médecins généralistes d'Eure-et-Loir,
correspondants des unités d'étude et de traitement de la douleur, dans la prise en charge
de leurs patients douloureux chroniques?**

Jury

Président de jury : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

**Membres du jury : Monsieur le Professeur LAFFON Marc
Monsieur le Professeur LEBEAU Jean-Pierre
Madame le Docteur VANNIER Isabelle
Monsieur le Docteur RIVOAL Bernard**

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014

N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Discipline : Médecine Générale

Par

BAUSSANT ALEXANDRE

Né le 28 Août 1984 à Chartres

**Présentée et soutenue publiquement le
Vendredi 5 décembre 2014 à Tours**

**L'outil CHRONODOL[®] est-il utile aux médecins généralistes d'Eure-et-Loir,
correspondants des unités d'étude et de traitement de la douleur, dans la prise en charge
de leurs patients douloureux chroniques?**

Jury

Président de jury : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

**Membres du jury : Monsieur le Professeur LAFFON Marc
Monsieur le Professeur LEBEAU Jean-Pierre
Madame le Docteur VANNIER Isabelle
Monsieur le Docteur RIVOAL Bernard**

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Professeur Mathias BUCHLER, Relations internationales
Professeur Hubert LARDY, Moyens – relations avec l'Université
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine générale
Professeur François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Professeur Philippe ROINGEARD, Recherche

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN - 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS -
J.BARSOTTI-A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L.
CASTELLANI - J.P. FAUCHIER - A. GOUAZE – B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P.LAMAGNERE
- F. LAMISSE – J. LANSAC - J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET -
Mlle C. MERCIER - E/H.METMANJ. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT -
Mme T. PLANIOL - Ph.RAYNAUD - Ch. ROSSAZZA - JC. ROLLAND – Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE -
J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE - J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion

	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
Mme	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique Médecine Générale
LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale
MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes ANGOULVANT Theodora Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
MM. BOISSINOT Eric Physiologie
DESOUBEAUX Guillaume Parasitologie et mycologie
Mme DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire
M. EHRMANN Stephan Réanimation médicale
Mmes FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M. GIRAUDEAU Bruno Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme GOUILLEUX Valérie Immunologie
MM. GUERIF Fabrice Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion
HOARAU Cyrille Immunologie
HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine Anatomie et Cytologie pathologiques
MARUANI Annabel Dermatologie
MM. PIVER Eric Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme SAINT-MARTIN Pauline Médecine légale et Droit de la santé
M. TERNANT David Pharmacologie – toxicologie
Mme VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M. VOURC'H Patrick Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

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

REMERCIEMENTS

A MADAME LE PROFESSEUR Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Vous incarnez la médecine générale à Tours
Vous m'avez encadré dans mon cursus d'interne
Je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Marc LAFFON

Votre expérience dans le domaine de la douleur est un exemple
Vous avez accepté de juger cette thèse
Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Jean-Pierre LEBEAU

Vous participez au développement de la médecine générale à Tours
Vous me faites l'honneur de juger ce travail
Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

A MADAME LE DOCTEUR Isabelle VANNIER

Votre expertise dans l'univers de la douleur est une évidence
Vous avez accepté de participer au jury de cette thèse
C'est avec grand plaisir que je soumetts ce travail à votre appréciation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Bernard RIVOAL

Vous m'avez fait découvrir et apprécier le monde complexe de la douleur chronique
Vous avez accepté de diriger cette thèse et je vous en remercie très sincèrement
Votre sympathie et votre enthousiasme sont communicatifs
C'est avec un grand plaisir que j'ai travaillé sous votre direction
Nos chemins se sont croisés pour aboutir à un projet commun.

Merci aux médecins généralistes d'Eure-et-Loir, qui ont pris de leur temps précieux pour répondre à cette étude.

Merci aux UETD d'Eure-et-Loir pour leur collaboration dans cette enquête.

Merci à Marie-Christine Rivoal pour son travail de relecture.

A MES PARENTS,

Vous m'avez toujours soutenu et encouragé pendant toutes ses longues années au prix de grands sacrifices. C'est grâce à vous si j'en suis arrivé là. Pour tout ça, je vous en remercie. Même si je ne vous le dis pas assez souvent, je vous aime.

A MON FRERE,

Même si beaucoup d'années nous séparent et que nous ne sommes pas toujours d'accord, tu comptes énormément pour moi. Je suis fier de l'homme que tu es devenu. Profite de tes années estudiantines, ce sont les meilleures... Mais ne t'attarde pas trop en route comme ton frère! Je t'aime frangin.

A MA GRAND-MERE

Tu m'as encouragé et soutenu depuis ma tendre enfance.

Une pensée toute particulière à mon grand-père si dévoué et si gentil. J'aurai tellement aimé que tu sois présent aujourd'hui.

UN GRAND MERCI AU RESTE DE MA FAMILLE,

Et tout particulièrement à Jannick, ma marraine, et Jean Luc pour votre affection et votre soutien sans faille ; ainsi qu'à Odile et Philippe pour vos encouragements inaltérables

A MA BELLE FAMILLE,

Pour m'avoir permis de rencontrer ma future femme et m'avoir accepté dans votre famille. Merci pour votre soutien.

A MES MEILLEURS AMIS (et leurs compagnes):

- **ANTOINE alias Toinou,**

Depuis qu'on s'est rencontré sur les bancs de Saint-Fer' dans la classe de M Bontemps jusqu'à aujourd'hui, en passant par des poumons crachés à un cross ou des morceaux de dents te privant de gaufres, nos chemins se sont éloignés mais notre amitié a perduré. Tu es un ami hors pair et je suis fier que tu sois mon témoin.

- **DAVID alias Duss,**

Cette année a été éprouvante pour toi et il est temps qu'elle se termine. Tu es un ami fidèle et je suis fier de te compter parmi mes amis. Tes capacités à combattre la cervoise et te dévêtir sont légendaires (dans un sens comme dans l'autre)! Merci Marie pour tes conseils avisés.

- **CLEMENT alias Bob,**

Tes goûts vestimentaires n'ont pas d'égal ! Ta passion pour la variété française nous réunit. Reste à changer tes idées politiques et ta passion de la fanfare! Ton amitié est loyale et indéfectible. Merci de faire partie de mes amis

- **ARNAUD alias Shrek,**

Tu es parti loin te dorer la pilule avec un « ti-punch » plutôt que de venir assister à ma soutenance dans la rigueur hivernale tourangelle d'un mois de décembre et je ne te comprends pas. N'oublie pas la crème solaire sur ton crâne ! On rattrapera ça à ton retour avec quelques olives... Tu es un de mes amis les plus chers. « Tu es ma mule »

- **JULIEN alias Gerbi,**

Notre amitié a été semée d'embûches mais elle se perpétue. Ton ornithophilie, tes dérapages « frein à main », ton amour pour William, tes prises de position toujours modérées... font de toi un être hors normes! Tu es ma Twin et malgré les anicroches, tu comptes à mes yeux. Béné, j'attends toujours la langouste !

A MES AMIS (et leurs moitiés) qui me sont chers :

Edouard, Jo, Jay, Fanny, Steph que je remercie spécialement pour son aide précieuse en anglais !, Guigui, Tarek, Amandine, Guillaume, July, Marine, Bertouille. A mes amis chartrains: Noëlie, Sisi, Anne-Laure, Pauline, Agathe, Amélie, Lise

A STEPHANIE :

La plus belle, la plus gentille, la plus à l'écoute, la plus joyeuse, la plus drôle, la plus sérieuse aussi quand il le faut... , la plus intelligente, la plus attentionnée, la plus surprenante, la plus déjantée parfois aussi, la plus intéressante, soit la meilleure chose qui me soit arrivée, tu m'as comblé en acceptant de devenir ma femme : je t'aime.

RESUME

Titre : L'outil CHRONODOL[®] est-il utile aux médecins généralistes d'Eure-et-Loir, correspondants des unités d'étude et de traitement de la douleur, dans la prise en charge de leurs patients douloureux chroniques?

Contexte : De nombreuses études ont montré les difficultés qu'avaient les médecins généralistes pour prendre en charge les patients douloureux chroniques. Ce constat a conduit à l'élaboration de CHRONODOL[®] afin de mieux cibler et orienter plus précocement ces patients vers les unités d'étude et de traitement de la douleur (UETD). L'objectif de cette étude était d'évaluer si cet outil était utile aux médecins généralistes d'Eure-et-Loir correspondant des UETD.

Méthodes : Etude descriptive par questionnaire réalisée auprès des médecins généralistes de l'Eure-et-Loir correspondant des UETD du département. Chaque médecin ciblé a reçu un courrier contenant une notice de l'étude, l'outil CHRONODOL[®] et le questionnaire composé d'une partie sur les caractéristiques du médecin et d'une autre portant sur l'évaluation de CHRONODOL[®]. Les médecins non répondants ont ensuite été relancés par téléphone et par mail.

Résultats : 90 médecins généralistes ont été inclus et 48 ont répondu à l'enquête (53.5%). 39.6% des médecins répondants ont trouvé CHRONODOL[®] utile. Comparativement aux médecins le trouvant inutile, ils mettaient en évidence sa rapidité d'utilisation, son aide à la sélection des patients et le gain de temps dans leur prise en charge.

Conclusion : Du point de vue des médecins interrogés, CHRONODOL[®] n'a pas été jugé utile pour la prise en charge des patients douloureux chroniques. Il serait intéressant de réaliser une étude quantitative de l'impact de CHRONODOL[®] prouvant une réduction du délai de recours aux UETD. Cet argument pourrait améliorer l'adhésion des médecins généralistes à son utilisation.

Mots clés: CHRONODOL[®] - Douleur chronique – Médecine générale – Aide à la décision

ABSTRACT

Title: Is CHRONODOL[®] a useful tool for Eure-et-Loir GPs conducting pain consultations, in the management of their chronic pain patients?

Background: Many studies have shown the difficulties faced by GPs to deal with chronic pain patients. This fact has led to the development of CHRONODOL[®] in order to ensure a better targeting and an early guidance of these patients towards “Study and Treatment of chronic pain Units” (USTP). The objective of this study was to evaluate whether this tool was useful or not to GPs of Eure-et-Loir working with the USTP.

Methods: A questionnaire descriptive study was performed among Eure-et-Loir GPs working with the USTP. Each doctor received a letter containing a notice of the study, CHRONODOL[®] and a questionnaire with two parts, one on the characteristics of the physicians and an other on the evaluation of CHRONODOL[®]. We contacted the doctors that had not reacted to our written request by telephone or email.

Results: 90 GPs were included and 48 answered the survey (53.5%). 39.6% of respondent doctors found CHRONODOL[®] useful. For them, in comparison with the physicians who found the tool useless, CHRONODOL[®] is quick to apply, a valuable aid to select patients and represents time saving in their care.

Conclusion: According to the interviewed doctors, CHRONODOL[®] was not considered useful for the management of chronic pain patients. It would be interesting to conduct a quantitative study of the impact of CHRONODOL[®] showing a reduction of the delay to get help from the USTP. This argument might improve the use and acceptance of this tool by the GPs.

Keywords: CHRONODOL[®] - Chronic pain – General medicine –Decision support

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	15
<i>DEFINITION</i>	16
<i>EPIDEMIOLOGIE</i>	16
<i>ENJEU DE SANTE PUBLIQUE</i>	17
<i>DOULEUR CHRONIQUE ET MEDECINS GENERALISTES</i>	18
<i>L'OUTIL CHRONODOL®</i>	19
MATERIELS ET METHODES	21
<i>TYPE D'ETUDE</i>	22
<i>POPULATION CIBLE</i>	22
<i>CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL</i>	22
<i>CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES</i>	23
<i>DEROULEMENT DE L'ETUDE</i>	23
<i>LE QUESTIONNAIRE</i>	24
<i>ANALYSE DES DONNEES</i>	24
RESULTATS	26
<i>TAUX DE REPONSES</i>	28
<i>CARACTERISTIQUES DES MEDECINS REpondANTS</i>	28
<i>CARACTERISTIQUES DES MEDECINS NON REpondANTS</i>	30
<i>RESULTATS DU QUESTIONNAIRE</i>	31
<i>CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL</i>	31
<i>CRITERES DE JUGEMENTS SECONDAIRES</i>	33
<i>COMMENTAIRES LIBRES</i>	34
DISCUSSION	37
<i>CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DE LA POPULATION CIBLE</i>	38
<i>CRITERES DE JUGEMENT</i>	38
<i>FACTEURS LIES A L'INUTILITE DE CHRONODOL®</i>	41
<i>FAIBLESSES DE L'ETUDE</i>	43
<i>PERSPECTIVES</i>	44

CONCLUSION	45
ANNEXES	47
<i>ANNEXE 1 : Présentation de CHRONODOL®</i>	<i>48</i>
<i>ANNEXE 2 : Lettre explicative de l'étude adressée aux MG</i>	<i>50</i>
<i>ANNEXE 3 : Questionnaire de l'étude.....</i>	<i>51</i>
<i>ANNEXE 4 : CHRONODOL® utilisé comme outil d'évaluation des pratiques communes au sein de la MSP de Voves.....</i>	<i>53</i>
BIBLIOGRAPHIE	55

INTRODUCTION

DEFINITION

La définition de la douleur chronique est variable selon les auteurs mais l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a synthétisé les différentes sources pour la définir comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en terme évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne » [1].

EPIDEMIOLOGIE

Selon les études françaises et internationales, la prévalence de la douleur chronique variait de 10,1 % à 55,2 % en population générale [2]. Cette variation s'expliquait par les différences entre les études portant sur la définition de la douleur chronique, les échantillons étudiés et les méthodes utilisées pour collecter les données.

Dans une étude menée en France en 2007, 31.7% de la population générale se plaignait quotidiennement de douleur chronique depuis plus de 3 mois. 20% avait un retentissement sur la vie quotidienne [3]. Cette prévalence était plus élevée chez les femmes (35.0%) que chez les hommes (28.2%) et augmentait significativement avec l'âge (52.4% pour les plus de 75 ans versus 21% chez les moins de 25 ans). Elle était quasiment deux fois plus élevée chez les ouvriers et les agriculteurs que chez les cadres. La prévalence ne variait pas en fonction du lieu d'habitation.

La douleur chronique est un motif fréquent et récurrent de consultation en médecine générale. Une vaste étude européenne réalisée en 2003 [4], objectivait que 20% des adultes européens avaient une ou plusieurs douleurs chroniques avec une intensité médiane de 5 sur 10. Un tiers d'entre eux considérait leur douleur comme insupportable et 1 sur 6 avaient déjà pensé au suicide. Selon cette même étude, en France, la prévalence de la douleur chronique supérieure à 6 mois était de 15%.

Une autre étude, française, réalisée en 2000 par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD), évaluait la prévalence de la douleur chronique, parmi toutes les consultations de médecine générale dédiées à une plainte douloureuse, à 20%. Elle atteignait 50 % dans le cadre des douleurs rhumatologiques [5]. Un recours à un spécialiste avait été préconisé dans 7% des cas et 0.3% des patients avaient été orientés vers une consultation d'un centre antidouleur. Un patient sur dix n'était pas totalement soulagé.

ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

L'aspect socioéconomique de la douleur ne saurait être négligé : celui-ci à double titre, d'une part les dépenses médicales directes en termes d'investigations diagnostiques et thérapeutiques, d'autre part les dépenses indirectes pour la société, en termes de perte de productivité et en coût social lié à l'incapacité de travail.

Une étude réalisée en Ile-de-France en 2002 [6], a montré une surconsommation médicale, notamment de consultations auprès des médecins généralistes chez les patients douloureux chroniques (moyenne de 10,4 actes par an). De plus, les arrêts de travail étaient importants avec 45% des douloureux chroniques actifs arrêtés 4 mois par an.

Le retentissement socioprofessionnel n'était pas négligeable puisqu'en 2009, 2 personnes sur 10, estimaient une répercussion importante de leur douleur sur leur vie au travail ou dans leurs activités domestiques [7].

De nouvelles données recueillies en 2010 mettaient en évidence l'impact de la douleur chronique sur la vie personnelle, professionnelle et sociale des patients durant la recherche d'une prise en charge adaptée ou encore d'un diagnostic [8]. Pour environ un tiers (32%) des personnes atteintes de douleur chronique, le délai diagnostique était supérieur à un an. 62% d'entre elles indiquaient que leur situation professionnelle était directement affectée par la douleur chronique, et en moyenne, 24% étaient incapables de travailler en raison de celle-ci. Concernant la vie personnelle, environ un tiers de ces patients pensaient que la douleur avait un impact négatif sur la famille et les amis, et 28% ressentaient un isolement social.

La prévalence élevée de la douleur chronique dans la population générale a conduit les pouvoirs publics en 1998 à considérer la douleur chronique comme une priorité nationale. Trois plans gouvernementaux ont donc été élaborés entre 1998 et 2010. Les objectifs principaux étaient, dans un premier temps, de développer des structures spécifiques et de former des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur. Dans un second temps, l'accès à ces structures a été amélioré et les mesures précédentes ont été renforcées. Enfin, le troisième et dernier plan insistait sur la formation initiale et continue des médecins (création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires sur la douleur et sur les soins palliatifs, une meilleure intégration de la douleur au sein du diplôme d'études spécialisées de médecine générale et l'inscription de ce thème dans le cadre de la formation professionnelle continue des médecins libéraux) [9, 10,11].

DOULEUR CHRONIQUE ET MEDECINS GENERALISTES

Les médecins généralistes sont au cœur de la prise en charge des patients douloureux chroniques et se sentent souvent démunis. Ils sont consultés dans 65% des situations de douleur chronique, arrivant bien avant les autres spécialités médicales [12]. Soixante pour cent des patients douloureux chroniques consultaient leur médecin entre 2 et 9 fois sur 6 mois, confirmant la place d'interlocuteur privilégié du médecin généraliste (MG) [4].

Il émane de nombreuses études la complexité et la difficulté de cette prise en charge. Au début des années 2000, 43% des MG estimaient leur formation «douleur» insuffisante [5].

Ce chiffre est corrélé aux 46% de médecins d'Ile de France qui reconnaissaient, en 2003, éprouver des difficultés dans la prise en charge des patients douloureux chroniques [6].

Une revue de la littérature en 2003 faisait ressortir l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire et globale des patients douloureux chroniques ainsi qu'une formation approfondie [13].

En 2005, le constat était le même, les MG ressentait des difficultés pour soulager la douleur chronique dans près de 50 % des cas et 60% d'entre eux estimaient manquer de formation [14].

En 2010, l'horizon ne s'était pas éclairci, puisque 77% souhaitaient recevoir davantage de formation dans la prise en charge des patients douloureux chroniques ainsi que des recommandations concernant l'orientation et les traitements. Moins de la moitié (43%) des médecins interrogés affirmaient connaître la conduite à tenir en présence d'un patient se plaignant de douleur après l'instauration d'un traitement [8].

L'OUTIL CHRONODOL[®]

Il est admis que la prise en charge de la douleur chronique est d'autant plus efficace qu'elle est précoce. Dans l'état des lieux de la Haute Autorité de Santé (HAS), 53 % des patients, consultant pour la première fois en centre spécialisé, avaient une durée d'évolution de la douleur supérieure à 2 ans [15]. Un travail de thèse sur le Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur (CETD) de Saint Antoine faisait ce même constat de retard à la consultation avec une durée de six ans en moyenne [16].

C'est devant ce constat que CHRONODOL[®] a été élaboré en 2012 par un groupe de professionnels experts dans le domaine de la douleur. Il avait pour objectif d'aider les MG à sélectionner les patients douloureux chroniques et à les orienter de façon plus précoce et plus adéquate vers les Structures d'Etude et de Traitement de la Douleur (SETD) [17].

Il se présente sous la forme d'un document A4 plié en deux, soit quatre pages (Annexe 1):

- Une couverture de présentation ;
- Un texte explicatif sur le syndrome douloureux chronique ;
- Une grille d'items accompagnée d'un seuil à partir duquel le recours à une structure d'étude et de traitement de la douleur doit être envisagé (un patient présentant une douleur chronique avec 3 de ces 10 items est une indication à l'orienter vers une SETD) ;
- Un annuaire des structures existantes en région Centre.

A bientôt 2 ans du début de sa diffusion, Chronodol n'avait pas encore été évalué. L'objectif de cette étude était de savoir si l'outil CHRONODOL[®] était utile, aux médecins généralistes d'Eure-et-Loir correspondants des Unités d'Etude et de Traitement de la Douleur (UETD), dans la prise en charge de leurs patients douloureux chroniques.

MATERIELS ET METHODES

TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale départementale, par questionnaire, réalisée auprès des médecins généralistes d'Eure-et-Loir.

L'hypothèse de cette thèse était la suivante : l'outil CHRONODOL[®] est utile à une majorité de MG correspondants des UETD d'Eure-et-Loir pour la prise en charge de leurs patients douloureux chroniques.

POPULATION CIBLE

L'opinion des MG sur cet outil pouvait différer selon qu'ils étaient ou non des correspondants des UETD. Nous avons donc scindé cette enquête d'opinion en 2 populations d'étude : les médecins généralistes correspondants des UETD et les MG « non correspondants » des UETD. L'enquête d'opinion des MG « non correspondants » des UETD fera l'objet d'un autre travail de thèse.

Dans la présente étude, tous les MG installés en Eure et Loir correspondants des UETD du département, situés à Chartres et Dreux, ont été inclus. La liste exhaustive des médecins a été fournie par ces 2 centres.

Les critères d'exclusion étaient les MG non correspondants des UETD, les médecins non généralistes, les MG remplaçants, les MG retraités inactifs, les médecins consultant aux UETD.

CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Le pourcentage de médecins généralistes ciblés qui jugeaient cet outil utile dans la prise en charge de leurs patients douloureux chroniques.

CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES

Les critères de jugement secondaires étaient les suivants :

- recueillir l'opinion des MG sur cet outil en termes de compréhension, d'utilisation, d'aide à la sélection et de gain de temps dans la prise en charge des patients
- préciser, selon eux, les 3 items majeurs et les moins pertinents de cet outil.
- connaître les autres outils utilisés par les MG pour prendre en charge la douleur chronique.

DEROULEMENT DE L'ETUDE

Chaque médecin ciblé a reçu un courrier contenant :

- une lettre explicative (Annexe 2) présentant de façon concise l'étude et son objectif.
- l'outil CHRONODOL[®].
- le questionnaire (Annexe 3).
- une enveloppe-réponse timbrée à l'adresse de l'investigateur.

Les courriers ont été envoyés fin juin 2014. Il était notifié sur la lettre explicative qu'un délai de réponse de 4 semaines leur était laissé afin de prendre connaissance et essayer cet outil dans leur pratique quotidienne. Au-delà de ce délai, sans réponse de leur part, des relances ont été effectuées par téléphone. Les MG étaient à nouveau sollicités pour renvoyer le questionnaire. Pour ceux ayant perdu le courrier initial, l'ensemble des pièces leur a été renvoyé par mail sous format PDF et Word.

LE QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire a été mis au point par l'investigateur puis révisé par un groupe de travail composé de médecins généralistes. Il a été conçu volontairement court pour maximiser le nombre de réponse.

Il était composé de 2 parties réparties sur une feuille A4 recto-verso :

- La première concernait les renseignements personnels de chaque MG : âge, lieu d'exercice, année d'installation, formation ou compétence en rapport avec la douleur chronique.
- La seconde évaluait plus particulièrement CHRONODOL[®]. Elle se composait de 12 questions fermées, 11 dichotomiques et 1 à choix multiples. 4 questions dichotomiques pouvaient être argumentées par les médecins interrogés. Une possibilité de laisser des commentaires libres était disponible en fin de questionnaire.

Une phase préliminaire à l'étude a permis de tester le questionnaire auprès de 2 MG volontaires, non inclus dans l'étude, afin d'en évaluer la faisabilité, la compréhension et la durée de remplissage. L'absence de freins a permis le lancement de l'étude.

ANALYSE DES DONNEES

Les données obtenues ont été saisies par l'investigateur dans une table Microsoft Excel[®], préalablement construite en fonction des items du questionnaire.

Nous avons inclus les réponses fournies par les questionnaires incomplètement remplis.

Le classement des lieux d'exercices médicaux a été réalisé en fonction du zonage en unités urbaines de l'Insee en 2010 (INSEE, 2010). La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu qui

compte au moins 2000 habitants. Les unités urbaines entre zéro et 1999 habitants ont été considérées comme rurales. Celles entre 2000 à 9999 habitants ont été considérées comme semi rurales, et les unités urbaines de taille supérieure ont été considérées comme correspondant à un mode d'exercice urbain.

Les variables quantitatives ont été codées par un nombre entier et présentées sous forme de moyenne et écart-type. Les données qualitatives nominales fermées de type oui/non, ou à choix multiples, ont été codées respectivement en variable binaire (0/1), ou de classe (1, 2, 3...). Les commentaires ont été regroupés.

RESULTATS

La liste des médecins correspondants des UETD comportait 103 médecins. La figure 1 montre le diagramme des flux en spécifiant les médecins exclus de l'étude :

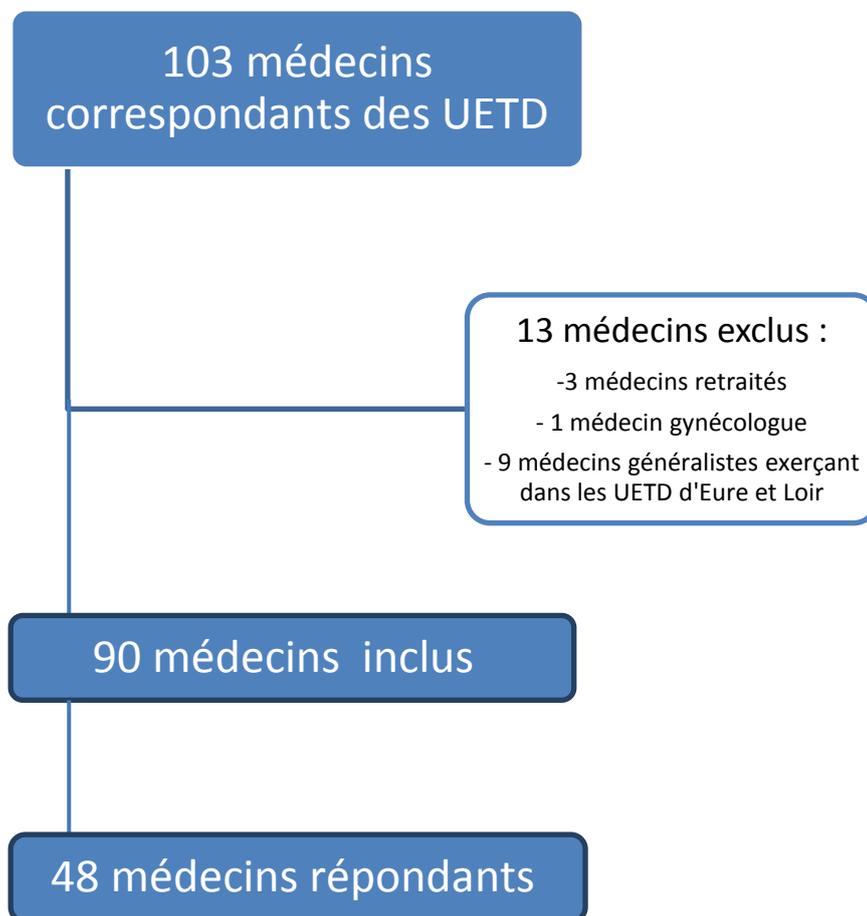


Figure 1 : Diagramme des flux de la population cible

Au moment de l'étude, 250 médecins généralistes libéraux étaient inscrits au tableau de l'Ordre départemental des médecins d'Eure-et-Loir [18], 36% d'entre eux correspondaient avec les UETD.

TAUX DE REPONSE

L'envoi postal auprès des 90 médecins généralistes d'Eure-et-Loir inclus a recueilli 30 réponses spontanées soit 33.3%. Suite à la relance téléphonique 18 nouveaux questionnaires ont été reçus par courrier ou mail (20%). Au total, 48 MG interrogés (53.3%) ont répondu à cette enquête.

CARACTERISTIQUES DES MEDECINS REPONDANTS

Les caractéristiques des médecins participants à l'enquête ont été analysées à partir du sexe, de l'âge, du lieu d'exercice, de l'ancienneté de l'installation en cabinet, des éventuelles formations et compétences alternatives qu'ils ont développés dans la prise en charge de la douleur.

- La figure 2 illustre la répartition des médecins répondants selon le sexe :

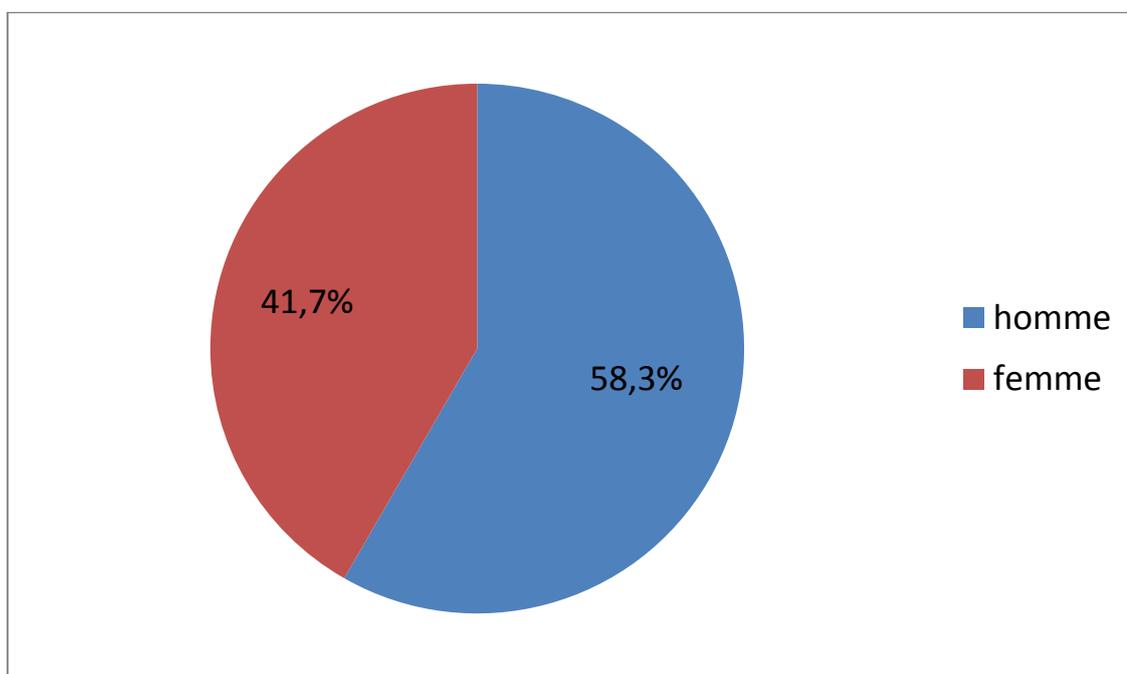


Figure 2 : Répartition des médecins répondants selon le sexe (n=48)

- L'âge moyen des médecins répondants était de 52 ans. Le plus jeune avait 30 ans, le plus âgé 67 ans.
- La répartition selon le lieu d'exercice est définie dans la figure 3:

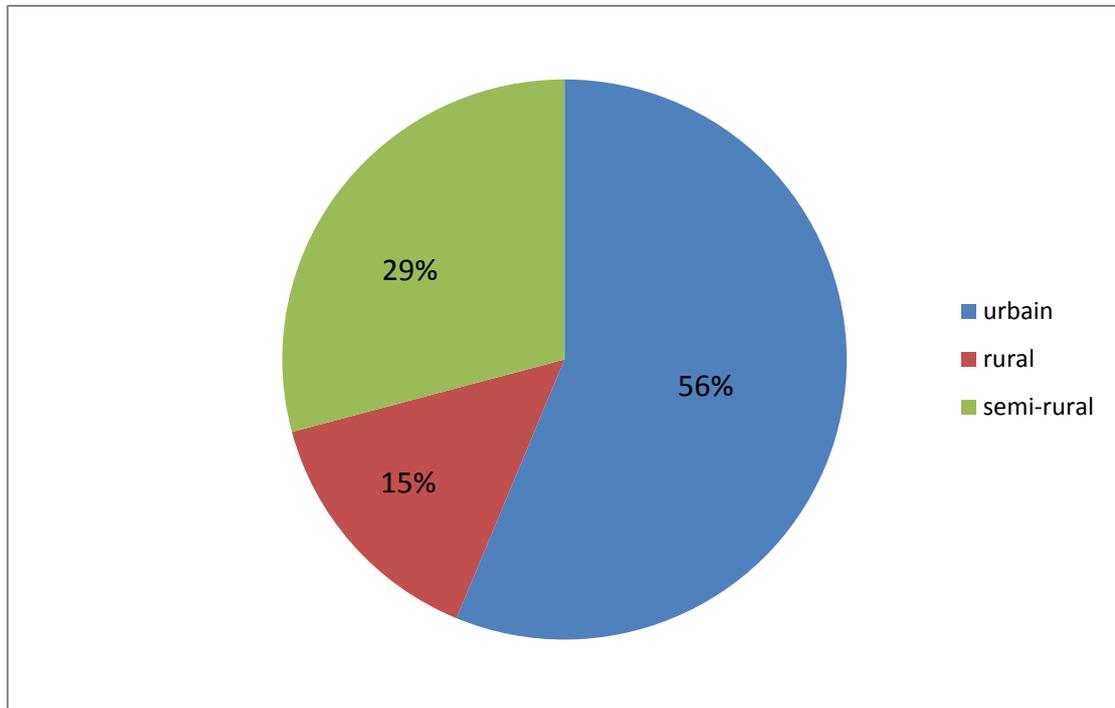


Figure 3 : Répartition des médecins répondants selon le lieu d'exercice (n=48)

- Les médecins répondants étaient installés depuis 19 ans en moyenne. L'installation la plus récente datait de 2014 et la plus ancienne de 1978.
- Concernant la formation sur la douleur, une majorité des MG répondants n'en avait eu aucune (62.5%). Ils étaient 37,5% à avoir eu au moins une formation. Parmi eux, un MG (2.1%) avait un Diplôme Universitaire douleur. Ces formations se composaient de séminaires, de soirées, de revues médicales ou de Formation Médicale Continue (FMC).

- Une majorité des médecins répondants n'avaient pas de compétences supplémentaires sur la douleur (77.1%). La principale compétence alternative était la mésothérapie (14.6%). Ces compétences sont résumées dans la figure 4:

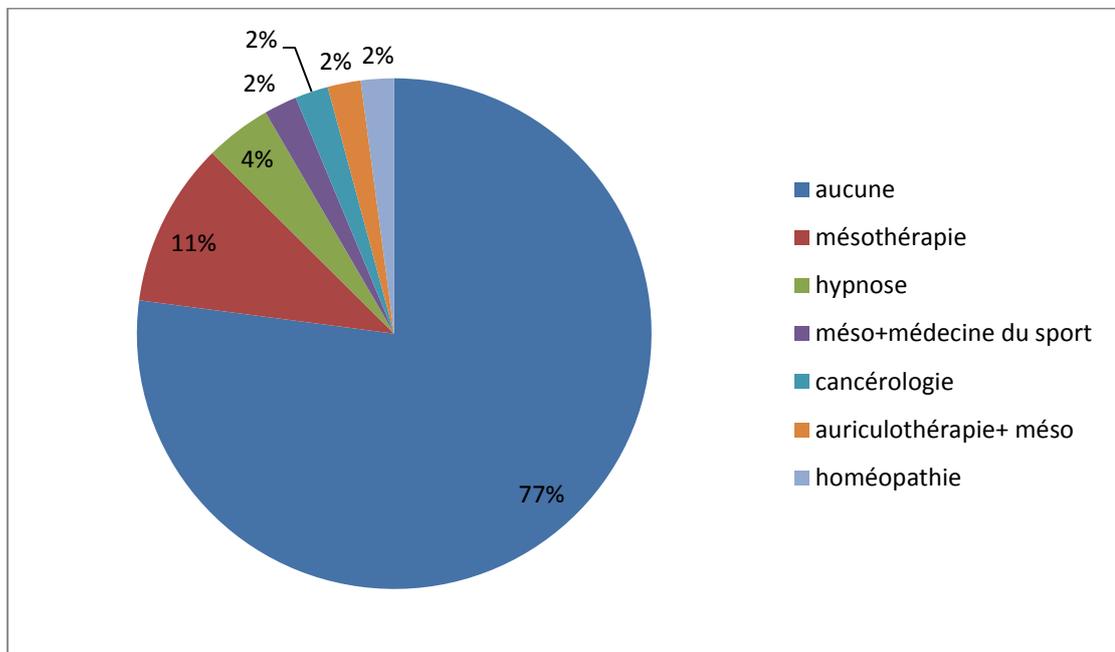


Figure 4 : Répartition des médecins répondants selon leurs compétences alternatives sur la douleur (n=48)

- Vingt MG répondants (41.7%) connaissaient CHRONODOL[®] avant l'enquête.

CARACTERISTIQUES DES MEDECINS NON REpondants

Le pourcentage d'hommes chez les MG non répondants (78.6%) étaient plus important que chez les médecins répondants (58.3%).

Les MG non répondants étaient plus âgés que les MG répondants avec une moyenne d'âge de 56,8 ans versus 52 ans.

Il n'y avait pas de différence entre les MG répondants et les non répondants concernant le lieu d'exercice.

RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

○ CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

CHRONODOL[®] a été jugé utile par 19 MG répondants (39.6%).

Les caractéristiques épidémiologiques comparatives des médecins en fonction de leur avis sur l'utilité de cet outil sont résumées dans le tableau 1 :

Tableau 1 : Caractéristiques épidémiologiques comparatives des médecins en fonction de leur avis sur l'utilité de CHRONODOL[®]

Caractéristiques épidémiologiques	Utilité de Chronodol [®] n ₁ =19	Inutilité de Chronodol [®] n ₂ =29
Sexe masculin, n(%)	9 (47.4)	19 (65.5)
Age, Moyenne	52.6	51.6
Médiane [Q1 ; Q3]	54 [49 ; 59]	53 [46 ; 59]
Lieu d'exercice		
Urbain, n(%)	10 (52.6)	17 (58.6)
Rural, n(%)	3 (15.8)	4 (13.8)
Semi-rural, n(%)	6 (31.6)	8 (27.6)
Ancienneté d'installation, Moyenne (années) n ₁ =18, n ₂ =26	17.7	20.5
Médiane [Q1 ; Q3]	19 [11.3 ; 23.8]	24 [10.3 ; 29.8]

Le jugement sur l'utilité de CHRONODOL[®] variait peu si les MG connaissaient cet outil avant l'étude (Tableau 2).

Tableau 2 : Critère de jugement principal en fonction de la connaissance de Chronodol[®]

Critère de jugement	Connaissance n=20	Non Connaissance n=28
Utilité, n(%)	9 (45)	10 (35.7)

Les raisons de l'inutilité du questionnaire étaient plurielles :

- Sept MG estimaient qu'ils sélectionnaient déjà leurs patients en ayant les items de CHRONODOL[®] à l'esprit.
- Cinq considéraient l'inefficacité de plusieurs traitements antalgiques suffisante pour l'orientation vers les UETD.
- Cinq pensaient que le format questionnaire n'était pas adapté à leur pratique.
- Deux le trouvaient trop long.
- Un MG le trouvait trop complexe.

○ CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES

Les MG répondants étaient :

- 44 (93.6%) à trouver CHRONODOL[®] facile à comprendre (n=47)
- 39 (86.7%) à le trouver facile à utiliser (n=45)
- 32 (72.7%) à le trouver rapide à utiliser (n=44)
- 19 (43.2%) à considérer que CHRONODOL[®] les aidait à sélectionner les patients douloureux chroniques à orienter vers les centres antidouleur (n=44)
- 16 (34.8%) à estimer qu'il apportait un gain de temps dans la prise en charge de ces patients (n=46)
- 42 (91.3%) à trouver les items de CHRONODOL[®] pertinents (n=46)
- 14 (35.9%) à penser qu'il améliorerait la prise en charge des patients douloureux chroniques (n=39).

Les 3 items majeurs de CHRONODOL[®] déterminés par les MG répondants étaient l'inefficacité de plusieurs traitements antalgiques, le retentissement psychologique et l'absence de diagnostic étiologique. Ceux les moins fréquemment cités étaient la présence de facteurs individuels de vulnérabilité, les facteurs environnementaux de fragilisation, le retentissement socio-familial et les difficultés professionnelles.

Sept médecins (14.9%) ont identifié d'autres déterminants non cités dans CHRONODOL[®] (n=47) pouvant les pousser à orienter vers les UETD : l'origine ethnique et le recours à des thérapies alternatives (acupuncture, hypnose...) en complément des traitements médicamenteux. Un MG a défini « le ressenti partagé entre le patient et son médecin d'être dans une impasse ».

Douze médecins (25%) déclaraient utiliser d'autres outils pour prendre en charge les patients douloureux chroniques, à savoir : l'Echelle Visuelle Analogique, le DN4, l'expérience professionnelle, l'échelle DOLOPLUS et la clinique.

Ces critères ont ensuite été comparés en fonction de la réponse des MG répondants au critère de jugement principal. Ils sont exposés dans le tableau 3 :

Tableau 3 : Comparaison des critères de jugement secondaires entre MG trouvant Chronodol[®] utile et ceux le trouvant inutile

Critères de jugement secondaires	Utilité de Chronodol [®]	Inutilité de Chronodol [®]
	n ₁ =19	n ₂ =29
Facilité de compréhension, n(%), n ₁ =19, n ₂ =28	18 (94.7)	26 (92.9)
Facilité d'utilisation, n(%), n ₁ =19, n ₂ =26	18 (94.7)	24 (80.8)
Rapidité d'utilisation, n(%), n ₁ =19, n ₂ =25	16 (84.2)	16 (64)
Aide à la sélection des patients, n(%), n ₁ =17, n ₂ =27	14 (82.4)	5 (18.5)
Gain de temps, n(%), n ₁ =17, n ₂ =29	13 (76.5)	3 (10.3)
Pertinence des items, n(%), n ₁ =18, n ₂ =28	17 (94.4)	25 (89.3)
Autres déterminants, n(%)	5 (26.3)	2 (6.9)
Autres outils, n(%)	3 (15.8)	9 (31)
Amélioration de la prise en charge, n(%), n ₁ =15, n ₂ =24	2 (13.3)	1 (4.2)

○ COMMENTAIRES LIBRES

Les commentaires libres ont été retranscrits dans leur forme originelle :

- Quatre MG ont dénoncé les délais trop longs de consultations des UETD :
« *le délai d'attente pour une première consultation est d'au moins 3-4 mois, souvent 6-8 mois* ».
« *Délai de 2-3 mois pour une consultation* ».
- Deux se disaient insatisfaits par leur prise en charge :
« *Résultats peu probants* ».

- *« Pas de résultats satisfaisants ».*
- Trois MG appréciaient la liste des items, pour être exhaustif dans leur interrogatoire :
 - *« Questionnaire intéressant permettant de recadrer de façon didactique des situations souvent très complexes ».*
 - *« Permet d'être plus systématique ».*
 - *« Intéressant de le relire régulièrement pour garder les différents items en tête ».*
- Un autre regrettait qu'il ne soit pas intégré dans un logiciel médical.

Plusieurs raisons de l'inutilité de CHRONODOL[®], énoncées précédemment, étaient reprises en commentaires libres :

- Certains estimaient utiliser les items sans le savoir :
 - *« J'ai la plupart des items en tête sans avoir à me référer au questionnaire ».*
 - *« Les items correspondent globalement à ceux que j'utilise en pratique ».*
 - *« Utilisation intuitive tous les jours ».*
- D'autres MG considéraient l'absence de réponse à plusieurs traitements comme unique critère de recours aux UETD :
 - *« L'évaluation du patient se fait dans la durée et non lors d'une seule consultation ; les items de CHRONODOL[®] sont vus au fur et à mesure et ce n'est que lors des échecs des différents traitements que l'on adresse ses patients vers les UETD ».*
 - *« Le fait de ne plus être à même de soulager son patient après plusieurs tentatives thérapeutiques me semble être un critère suffisant ».*
- Plusieurs, enfin, détractaient le format questionnaire de l'outil :
 - *« Une douleur persistante depuis 3 mois est rarement sans retentissement professionnel, psychologique ou sur la vie quotidienne, je ne pense pas qu'une douleur depuis plus de 3 mois ne s'accompagne pas d'au moins 3 items du questionnaire ; il ne faut pas trop protocoliser la médecine au risque d'oublier que l'on soigne des patients et pas des cases cochées »,*
 - *« le questionnaire ne correspond pas à ma pratique, j'utilise très peu de grilles »,*

« Je ne suis pas d'une génération qui apprécie de travailler avec des échelles et des questionnaires ».

« Inflation de questionnaires et autres échelles dans la pratique actuelle me semble nuire à la perception clinique ; en ce qui me concerne, j'en utilise le moins possible ».

« Trop carré ; mettre des croix sur des items pour adresser les patients, je ne peux pas ».

DISCUSSION

CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DE LA POPULATION CIBLE

Les données sociodémographiques de notre population cible étaient superposables à celles des MG libéraux du département de l'Eure-et-Loir. Selon les données de l'Atlas de la démographie médicale de 2014 et celles du conseil de l'ordre départemental, 60.1% des MG libéraux d'Eure-et-Loir étaient des hommes correspondant au 58.3% de cette étude. L'âge moyen était de 53 ans à l'échelle départementale pour 52 ans dans cette enquête [18,19].

CRITERES DE JUGEMENT

Plusieurs études ont montré que les MG se sentaient souvent mal formés et dépourvus d'outil pour les aider à mieux prendre en charge les patients douloureux chroniques [6-8]. Une enquête réalisée au CETD de Châteauroux en 2005 [20] et les conclusions d'un travail de thèse sur les attentes de MG d'Ile-de-France envers les SETD [21] confirmaient la volonté des MG de se former et la diffusion d'outil pour mieux organiser le recours vers les SETD. C'est pourquoi, sous l'impulsion de l'Agence Régionale de Santé du Centre [22], un groupe d'experts a élaboré CHRONODOL[®] en 2012 pour répondre aux attentes des MG.

Dans notre étude, les MG n'étaient que 39.6% à trouver CHRONODOL[®] utile dans leur prise en charge des patients douloureux chroniques, résultat inférieur à l'hypothèse de départ.

Devant ce constat paradoxal, on pouvait évoquer plusieurs raisons :

- Une diffusion défailante

Il existait un problème de diffusion de CHRONODOL[®] aux MG puisqu'ils n'étaient que 41.7% à le connaître avant cette étude. La distribution de cet outil était assurée

par les SETD et par l'intermédiaire des visiteurs médicaux d'un laboratoire médical. On pouvait donc identifier un problème de communication des UETD envers les MG. La distribution concomitante par un laboratoire a également pu en limiter la connaissance. En effet, la plupart des MG sont critiques à l'égard de la qualité de l'information apportée par les visiteurs médicaux. Dans une étude britannique, 14% refusaient toute visite [23]. Dans une autre de la Cegedim, commandée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2007, seuls 3% des MG refusaient toute visite médicale, mais 30% étaient considérés comme limitants [24]. L'augmentation des MG réfractaires était également mise en évidence dans une enquête, réalisée en 2007 par une société de conseil spécialisée dans le marketing, sur la satisfaction des médecins vis-à-vis des visiteurs médicaux. Cette étude objectivait 18% de MG réfractaires à la visite médicale [25].

Toutefois, cette diffusion déficiente n'a pas retenti sur le critère de jugement principal, puisque les MG découvrant CHRONODOL[®] au cours de l'étude avaient un avis similaire sur son utilité.

- Un format de l'outil inadapté

En 1999, l'ANAES a publié des recommandations sur l'évaluation et le suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire [1]. Ces recommandations et de nombreux articles spécialisés incitent fortement à l'utilisation d'outils d'évaluation comme les échelles d'intensité de la douleur, les échelles de qualité de vie, ainsi que l'échelle du pourcentage de soulagement de la douleur renseignée par le patient. Cependant, les outils mis à la disposition des MG ne sont que rarement utilisés. Une étude parue en 2002 nous révélait que près de 60 % des médecins n'avaient jamais ou très rarement utilisé les échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur [26]. Cette tendance à la non utilisation des outils était retrouvée dans les conclusions d'un travail de thèse de 2013, sur les difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique [27]. Quinze ans après ces recommandations, dans notre enquête, seuls 25% des MG interrogés utilisaient ces outils. De plus, aucun d'entre eux n'a cité les échelles de qualité de vie. On pouvait supposer que ces outils étaient inadéquats à leur pratique quotidienne.

A la vue des résultats de notre étude, l'outil CHRONODOL[®], sous sa forme actuelle, semblait poser les mêmes problèmes. Cet élément était d'ailleurs soulevé, en commentaires, par des MG qui ne le trouvaient pas adapté à leur mode d'exercice. CHRONODOL[®] s'apparentait à un énième questionnaire parmi une multitude d'outils déjà à la disposition des MG dans la prise en charge de leurs patients. Cet argument est retrouvé dans une étude de 2010 sur l'évaluation de scores cliniques par des MG [28]. La conclusion était une utilité très relative de ces scores et qu'ils ne remplaçaient en rien le sens clinique.

Cependant, nous avons décrit le besoin de formation et d'outils des MG. L'objectif de CHRONODOL[®] pourrait être atteint d'une manière plus efficace, par le biais de formation notamment. Parmi les moyens de formation proposés aux MG, les FMC sont l'outil le plus consensuel [26, 29]. On pourrait donc envisager des rencontres entre MG et médecins spécialisés dans la douleur à l'occasion de séminaires ou de soirées FMC.

- Des objectifs non remplis selon les MG

Les 2 objectifs de CHRONODOL[®] étaient de mieux cibler les patients douloureux chroniques pour les orienter plus précocement vers les UETD.

Seulement 43.2% des MG considéraient CHRONODOL[®] comme une aide à la sélection des patients douloureux chroniques à orienter vers les UETD. CHRONODOL[®] était donc peu efficace dans le ciblage des patients douloureux chroniques. Ce résultat n'était pas surprenant car les patients douloureux chroniques sont majoritairement bien ciblés et bien adressés par leur MG. En effet, dans l'enquête transversale de l'HAS, le recours à la structure spécialisée était jugé comme «justifié» par le médecin de l'UETD dans 93 % des cas [15].

Le second objectif, concernant la précocité de l'orientation, n'a pas été précisément évalué dans cette étude. Cependant, on peut le relier à l'amélioration de la prise en charge évaluée dans notre enquête. A cette question, environ deux tiers des MG ne ressentaient pas cette amélioration.

- L'inadéquation avec la réalité du quotidien

Dans notre enquête, le délai d'attente important pour une consultation en UETD était un facteur limitant pour plusieurs MG. Or, le but premier de CHRONODOL[®] était d'orienter précocement les patients douloureux chroniques. L'outil perdait tout son intérêt si les UETD ne pouvaient recevoir ces patients rapidement. Dans l'enquête transversale de la HAS de 2009, les délais d'attente pouvant être considérés comme raisonnables pour 56 % des patients étaient au maximum d'un mois pour obtenir un rendez-vous dans une structure spécialisée. En revanche, 21 % des patients patientaient au minimum 3 mois pour ce premier rendez-vous [15]. L'enquête de la SFETD de 2005 sur l'activité des structures révélait des résultats différents sur le temps d'attente pour obtenir un premier rendez-vous. Selon cette enquête, le délai global moyen d'attente, déclaré par les structures, était de 52 jours ; 45 % des structures déclaraient un délai moyen d'attente inférieur à 30 jours, 28 % déclaraient un délai supérieur à 60 jours [30]. Selon les données internes des UETD d'Eure-et-Loir, le délai de consultation variait selon les praticiens entre 3 et 12 semaines avec une moyenne à 6.6 semaines [31].

L'utilisation de CHRONODOL[®] pourrait être optimisée si les délais de consultations en UETD étaient réduits.

FACTEURS LIES A L'UTILITE DE CHRONODOL[®]

Pour critiquer le résultat du critère de jugement principal, il fallait également analyser les divergences entre les MG trouvant CHRONODOL[®] utile et ceux le trouvant inutile.

Comparativement, ceux qui reconnaissaient l'utilité de CHRONODOL[®] étaient majoritairement des femmes. Il n'y avait pas de différence sur le lieu d'exercice. Leur installation était plus récente, de 3 ans en moyenne, mais l'âge était similaire dans les 2 groupes contrairement à nos attentes. En effet, actuellement, l'acquisition d'outils pour aider à la pratique de la médecine fait partie intégrante de la formation des nouvelles générations de MG. On s'attendait donc à avoir une population plus jeune trouvant CHRONODOL[®] utile. Cependant, dans notre étude, onze MG avaient

moins de 45 ans et seulement quatre, parmi eux (36.4%), trouvaient CHRONODOL[®] utile.

Dans notre étude, il y avait consensus sur la simplicité de compréhension, d'utilisation et la pertinence des items de CHRONODOL[®]. Les MG des 2 groupes avaient un avis très nettement différent concernant l'aide à la sélection des patients et le gain de temps. Ces 2 arguments, dont l'un était un objectif de CHRONODOL[®], semblaient donc déterminants dans le jugement de l'utilité de cet outil.

La différence était moins franche concernant les autres outils utilisés par les MG et les autres déterminants employés dans la décision médicale. Les MG, estimant CHRONODOL[®] utile, étaient comparativement moins nombreux à employer d'autres outils pour prendre en charge la douleur chronique. Pour eux, peu habitués des outils ou autres échelles d'évaluation, l'apport d'un instrument pour les aider dans leur prise en charge a pu être crucial dans leur choix.

Le choix des items majeurs du questionnaire CHRONODOL[®] était similaire dans les 2 groupes. Il n'y avait pas, non plus, de différence sur les items plus accessoires.

En détaillant le classement de ces items, on a pu remarquer que les arguments primordiaux des MG, motivant une orientation vers les UETD, étaient centrés sur la dimension biomédicale et la psychologie. Déjà en 2005, les médecins exprimaient des difficultés de prise en charge des patients liées aux facteurs psychologiques dans 54 % des cas, à l'intrication des pathologies dans 59 % des cas [6]. Au contraire, le retentissement socio-familial, professionnel et l'histoire de vie des patients semblaient moins influents sur leurs décisions. Ces critères étaient-ils moins importants pour les MG ? Etaient-ils moins intégrés dans la consultation ? Tabous ? Notre étude ne permettait pas d'y répondre mais juste d'émettre un questionnement. La négligence de ces critères pourrait être une des causes de la durée d'évolution importante de la douleur chronique avant le recours aux UETD. Or, les douleurs chroniques représentent un domaine complexe qui se trouve à l'interface de la médecine, de la vie psychique et du social et nécessite donc une prise en charge pluridisciplinaire [32]. A l'heure actuelle, où l'approche globale et la prise en compte de la complexité s'inscrit comme une des compétences du MG [33], CHRONODOL[®] pourrait apparaître comme un outil aidant les MG à mieux gérer les consultations des patients douloureux chroniques. En effet, il permettait de ne négliger aucun aspect

de la douleur chronique. Il intégrait le contexte bio-psycho-social et culturel pour aider la prise de décision. Dans un projet de professionnalisme du MG et d'amélioration du service rendu au patient, CHRONODOL[®] pourrait améliorer la prise en charge globale.

FAIBLESSES DE L'ETUDE

Dans cette étude, près de la moitié des médecins ciblés (46.7%) n'ont pas répondu au questionnaire. Ce chiffre a occasionné un biais de non-réponse important. Plusieurs pistes pouvaient l'expliquer :

- Les questionnaires n'étaient pas anonymes pour permettre à l'investigateur une relance en cas de non-réponse. Cette absence d'anonymat a engendré une majoration de non-réponse chez des MG ne souhaitant pas être jugé sur leurs réponses, même si la formulation et le thème des questions se voulaient peu discriminantes.
- Ce refus de participation à l'étude pouvait traduire un manque d'intérêt pour le sujet analysé. Trois MG ont répondu par mail, qu'ils ne connaissaient pas CHRONODOL[®] et ne souhaitaient pas s'y intéresser.
- Malgré un questionnaire bref, plusieurs médecins non répondants se sont justifiés par le fait d'être débordés.
- La période choisie pour le déroulement de l'étude n'était pas la plus judicieuse. En effet, les envois postaux ont été effectués fin juin, proche du début des vacances scolaires. Cela a pu réduire le nombre de réponses.
- Le pourcentage important de MG découvrant CHRONODOL[®] au cours de l'étude (58.3%) a pu biaiser les résultats. En effet, ces MG n'ont pas pu l'utiliser de façon optimale avant d'émettre un jugement.

Toutefois, la méthodologie de l'étude a tout de même permis de réduire ce biais. En effet, les relances par téléphone et mail ont augmenté le taux de réponses de 20%.

L'autre faiblesse était l'absence d'anonymat qui a pu entraîner, soit des fausses déclarations, soit des réponses partielles, chez les médecins répondants.

PERSPECTIVES

Des possibilités d'amélioration restaient envisageables pour favoriser l'approbation de CHRONODOL[®] par les MG. Comme l'a souligné un MG, l'intégrer aux logiciels médicaux permettrait sa meilleure diffusion, connaissance et utilisation dans la pratique quotidienne. Pour compléter cette idée, l'association INDOLOR, promoteur du projet CHRONODOL[®] envisageait la création d'une application smartphone/tablette dans l'optique d'une diffusion plus large [17].

CHRONODOL[®] pourrait être utile pour standardiser la prise en charge des patients douloureux chroniques dans une structure d'exercice médical en groupe (maison médicale, maison de santé pluridisciplinaire (MSP), pôle de santé). A ce titre, le projet de soins de la MSP de Voves projette d'inclure cet outil dans leur exercice quotidien. Il en sera fait la promotion auprès des professionnels de santé à l'échelle locale pour pallier le manque de diffusion. Une utilisation différente de CHRONODOL[®] fait partie du projet de soins. Son emploi comme outil d'évaluation des pratiques permettra de globaliser et améliorer nos prises en charge (Annexe 4).

Il serait intéressant, du point de vue des UETD, de réaliser une étude quantitative de l'impact de CHRONODOL[®]. Cela nécessiterait de constituer 2 échantillons de MG dont un utilisant CHRONODOL[®] pour prouver une réduction du délai de recours aux UETD. Cet argument pourrait améliorer l'adhésion des médecins généralistes à son utilisation.

CONCLUSION

La douleur chronique est un motif fréquent de consultation en médecine générale et souvent source de difficultés pour le MG comme pour le patient. Une prise en charge globale et rapide est nécessaire pour limiter les conséquences de la chronicisation. C'est dans cette optique que CHRONODOL[®] fut créé.

Dans notre étude, les MG d'Eure-et-Loir, correspondants des UETD, n'ont pas trouvé CHRONODOL[®] utile dans la prise en charge de leurs patients douloureux chroniques. Ils ont retenus de cet outil, sa facilité de compréhension et d'utilisation, sa rapidité d'utilisation et la pertinence de ces items. Au contraire, ils ont mis en évidence son manque d'influence sur la sélection des patients, le gain de temps et l'amélioration de la prise en charge.

L'approche bio-psycho-sociale et culturelle de CHRONODOL[®] ne suffisait pas pour convaincre les MG. Une meilleure diffusion, un format plus adapté aux attentes des MG et une adéquation avec la pratique quotidienne aurait pu moduler ce résultat.

Enfin, il serait intéressant de réaliser une étude quantitative de l'impact de CHRONODOL[®] prouvant une réduction du délai de recours aux UETD. Cet argument pourrait améliorer l'adhésion des médecins généralistes à son utilisation.

ANNEXES

Structures d'étude et de traitement de la douleur chronique en Région Centre

- ☑ **Cher (18) : Centre hospitalier de Bourges**
Adresser un courrier détaillé au Dr Daniel GERBER
☎ 02 48 48 47 99 du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 12h30 à 17h
✉ 02 48 48 48 07 @ daniel.gerber@ch-bourges.fr
- ☑ **Eure et Loir (28) : Centre hospitalier de Chartres**
Adresser un courrier détaillé au Dr Mouldi HAMROUNI
☎ 02 37 30 38 13 du lundi au vendredi de 9h à 16h
✉ 02 37 30 30 96 @ consult-douleur@ch-chartres.fr
- ☑ **Eure et Loir (28) : Centre hospitalier de Dreux**
Adresser un courrier détaillé au Dr François CARRE
☎ 02 37 51 50 63 du lundi au vendredi de 8h45 à 12h15 et de 13h à 16h30
sauf le mercredi de 9h à 12h15 et de 13h30 à 16h45
✉ 02 37 51 50 49 @ unitedouleur@ch-dreux.fr
- ☑ **Indre (36) : Centre hospitalier de Châteauroux**
Adresser un courrier détaillé au Dr Florentin CLERE
☎ 02 54 29 66 15 du lundi au jeudi de 9h à 17h, le vendredi de 9h à 16h
✉ 02 54 29 66 16 @ consultation.douleur@ch-chateauroux.fr
- ☑ **Indre et Loire (37) : Centre hospitalier universitaire de Tours**
Adresser un courrier détaillé au Dr Isabelle VANNIER
☎ 02 47 47 84 23 du lundi au vendredi de 8h à 16h30
✉ 02 47 47 85 77 @ b.chapet@chu-tours.fr
- ☑ **Loir et Cher (41) : Centre hospitalier de Blois**
Adresser un courrier détaillé au Dr Benoit LAFON
☎ 02 54 55 64 50 du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 16h
✉ 02 54 55 68 52 @ sec.uetd@ch-blois.fr
- ☑ **Loiret (45) : Centre hospitalier régional d'Orléans**
Adresser un courrier détaillé au Dr Isabelle LAINDRIEUX
☎ 02 38 74 40 20 du lundi au vendredi de 9h à 12h45 et de 14h à 17h
✉ 02 38 74 40 47 @ centre-evaluation.traitement-douleur@chr-orleans.fr



Association Francophone pour
Vaincre les Boulevers



Région Centre

Outil d'aide à la décision

(destiné aux professionnels de santé médicaux et paramédicaux)

QUELS PATIENTS ADRESSER À UNE STRUCTURE D'ÉTUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE ?

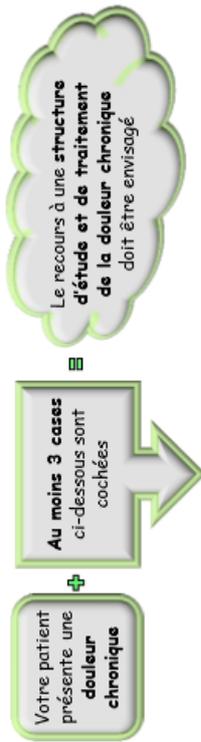


Avec le soutien de



un outil réalisé par

Versión 1.0 - septembre 2012
Téléchargeable sur le site : www.indolor.org/chronodol



✓ **Qu'est-ce qu'un syndrome douloureux chronique ?**
Toute situation clinique où la douleur évolue depuis plus de 3 mois et présente les caractéristiques suivantes : réponse insuffisante au traitement, retentissement émotionnel, détérioration des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie quotidienne.

✓ **Quel est l'intérêt d'une prise en charge spécifique et précoce ?**
Plus la douleur évolue dans le temps, plus son retentissement est important. Une prise en charge précoce peut permettre de limiter les conséquences de la chronicisation, surtout chez les patients les plus vulnérables.

✓ **A qui s'adresser et comment faire ?**
Il existe une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique dans chacun des départements de la région Centre (coordonnées sur ce document). La demande de consultation se fait à l'aide d'un courrier médical comprenant les données personnelles du patient, le motif du recours à la structure, les examens complémentaires déjà réalisés et les traitements antérieurs pris par le patient dans le cadre de sa douleur.

✓ **Dans quel but adresser un patient ?**
L'objectif est de réduire la douleur autant que possible jusqu'à un niveau permettant une qualité de vie satisfaisante pour le patient et d'aider le patient à s'adapter aux douleurs résiduelles, notamment sur le plan socioprofessionnel.

✓ **Que proposent les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique ?**
Ces structures regroupent des soignants de professions différentes. Elles permettent, grâce à des consultations longues et des réunions entre les différents intervenants, une évaluation globale des différentes composantes de la douleur et l'élaboration de projets thérapeutiques personnalisés. Différentes approches thérapeutiques (pharmacologiques, physiques, psychologiques...) peuvent être associées. Les soignants habituels du patient sont associés au projet thérapeutique, ainsi qu'au suivi après la prise en charge par la structure.

✓ **Dans quel délai le patient va-t-il être reçu en consultation ?**
Le délai pour une première consultation est variable mais peut être de plusieurs mois. Cependant, une consultation plus rapide peut être proposée pour certaines douleurs aigües rebelles : cancer, zona, algodystrophie, névralgie du trijumeau, algie vasculaire de la face.

✓ **Pourquoi CHRONODOL ?**
Pour dépister le plus précocement possible les patients qui peuvent être adressés à une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique. Pour guider la décision de ré-adresser un patient dont la situation s'est à nouveau dégradée.

<input type="checkbox"/>	Aucun diagnostic étiologique n'a pu être déterminé : une évaluation complète du syndrome douloureux n'a pas permis d'établir la pathologie et le mécanisme à l'origine de la douleur
<input type="checkbox"/>	Plusieurs traitements antalgiques se sont révélés inefficaces : les différents traitements médicamenteux utilisés n'ont pas permis de diminuer de façon significative l'intensité de la douleur
<input type="checkbox"/>	Le parcours du patient est complexe : multiples intervenants, avis et/ou résultats d'examens divergents, nomadisme médical, parcours non coordonné...
<input type="checkbox"/>	Il existe un retentissement sur les activités de la vie quotidienne : augmentation du temps en position allongée, réduction du périmètre de marche, des ports de charge, diminution des loisirs...
<input type="checkbox"/>	Il existe un retentissement psychologique : anxiété, dépression, catastrophisme, irritabilité, trouble du sommeil...
<input type="checkbox"/>	Il existe un retentissement socio-familial : précarité, isolement social, incompréhension ou hyper-protection des proches, conjugopathie...
<input type="checkbox"/>	Il existe des difficultés professionnelles et/ou un risque de perte d'emploi : insatisfaction au travail, conflits, arrêt de travail prolongé, nécessité d'adaptation du poste de travail ou de reconversion, menace de licenciement...
<input type="checkbox"/>	Le patient présente des facteurs individuels de vulnérabilité : personne âgée, enfant, autre maladie chronique, situation de handicap...
<input type="checkbox"/>	Il existe des facteurs environnementaux de fragilisation : préexistence d'événements de vie difficiles et/ou de traumatismes physiques ou psychologiques, récents ou anciens
<input type="checkbox"/>	Le patient exprime une attente de prise en charge globale : physique, psychologique et sociale

ANNEXE 2 : Lettre explicative de l'étude adressée aux MG

Alexandre Baussant
4 rue des Fleurs
28000 CHARTRES
06/74/23/40/95
alexandrebaussant@hotmail.fr

Etant actuellement remplaçant, je réalise ma thèse dans le but de m'installer en Eure et Loir.

La douleur chronique est un motif de consultation quotidien pour le médecin généraliste, et souvent source de difficultés pour gérer la complexité de ces patients.

En tant que médecin référent, vous avez recours aux unités d'étude et de traitement de la douleur (UETD) du département.

De nombreux outils existent pour vous aider à prendre en charge les patients douloureux chroniques.

Chronodol[®] en fait partie mais l'utilité de cet outil n'a pas encore été évaluée, d'où la question que je pose :

L'outil CHRONODOL[®] est-il utile aux médecins généralistes d'Eure-et-Loir, correspondants des unités d'étude et de traitement de la douleur, dans la prise en charge de leurs patients douloureux chroniques?

Je vous sollicite donc pour remplir un questionnaire rapide comportant 12 questions afin de conclure sur l'utilité de Chronodol.

Si vous ne connaissez pas ce questionnaire, vous disposez d'un délai de 4 semaines pour l'utiliser puis l'évaluer.

Une enveloppe timbrée accompagne ce courrier pour me retourner le questionnaire rempli dès que possible.

Merci de votre réponse

Je reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

Confraternellement

Alexandre Baussant

ANNEXE 3 : Questionnaire de l'étude

**Thèse de Médecine Générale : L'outil CHRONODOL®
est-il utile aux médecins généralistes d'Eure-et-Loir,
correspondants des unités d'étude et de traitement
de la douleur, dans la prise en charge de leurs
patients douloureux chroniques?**

Renseignements personnels :

Nom, prénom :

Age : ans

Lieu d'exercice :

Année d'installation :

Formation sur la douleur (diplôme universitaire, séminaire, soirée...) :

Compétence alternative (homéopathie, acupuncture, hypnose, ostéopathie, mésothérapie...) :

Concernant CHRONODOL® : Entourer votre réponse

1/ Connaissez-vous le questionnaire Chronodol® ? Oui/Non

2/ Est-il facile à comprendre ? O/N

3/ Est-il facile à utiliser ? O/N

4/ Est-il rapide à utiliser ? O/N

5/ Vous aide-t-il à sélectionner les patients douloureux chroniques à envoyer vers le centre anti douleur? O/N

6/Peut-il vous faire gagner du temps dans la prise en charge des patients douloureux chroniques ? O/N

7/ Les items vous semblent-ils pertinents ? O/N

8/ Selon vous, quels sont les 3 items majeurs du questionnaire Chronodol® ?

-
-
-

9/ Identifiez-vous d'autres déterminants non cités dans Chronodol® vous aidant dans la décision d'adresser un patient vers une UETD ?

Si oui, lesquels ?

10/ Utilisez-vous d'autres outils que Chronodol® pour prendre en charge les patients douloureux chroniques ? O/N.

Si oui, lesquels ?

11/ Améliore-t-il la prise en charge de vos patients ? O/N

12/ Trouvez-vous Chronodol® utile pour votre prise en charge ? O/N.

Si non, pourquoi ?

Commentaires libres :

ANNEXE 4 : CHRONODOL® utilisé comme outil d'évaluation des pratiques communes au sein de la MSP de Voves

Les différents items sont analysés en notant les implications du projet de soins de la maison de santé pluridisciplinaire :

1. Aucun diagnostic étiologique n'a pu être déterminé : Une évaluation complète du syndrome douloureux n'a pas permis d'établir la pathologie et le mécanisme à l'origine de la douleur

→ Quelles sont les recommandations actuelles sur la prise en charge du syndrome douloureux ?

→ A-t-on pensé à toutes les hypothèses ? Intérêt de réunions pluridisciplinaires permettant de confronter son approche avec celles de confrères et des autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge.

2. Plusieurs traitements antalgiques se sont révélés inefficaces : Les différents traitements médicamenteux utilisés n'ont pas permis de diminuer de façon significative l'intensité de la douleur.

→ Savoir se poser la question du pourquoi de cet échec médicamenteux et donc, de l'attente non exprimée par le patient.

→ Quelles autres possibilités thérapeutiques sont possibles ? Peut-on les intégrer en soins ambulatoires ?

3. Le parcours du patient est complexe : Multiples intervenants, avis et/ou résultats d'examens divergents, nomadisme médical, parcours non coordonné...

→ Élaborer un dossier partagé par les différents professionnels et optimiser le parcours de soins

4. Il existe un retentissement sur les activités de la vie quotidienne : augmentation du temps en position allongée, réduction du périmètre de marche, des ports de charge, diminution des loisirs...

→ Mise en place d'actions sociales : pouvoir rencontrer plus facilement les travailleurs sociaux

→ Comment mettre en place une activité physique adaptée : s'organiser avec un « entraîneur sportif sensibilisé au syndrome douloureux chronique.

→ Bilan kinési thérapeutique.

5. Il existe un retentissement psychologique : Anxiété, dépression, catastrophisme, irritabilité, trouble du sommeil...

→ Coordination avec les sophrologues, psychologues

6. Il existe un retentissement socio-familial : Précarité, isolement social, incompréhension ou hyper-protection des proches, conjugopathie...

→ Comment améliorer le dossier social ?

7. Il existe des difficultés professionnelles et/ou un risque de perte d'emploi : Insatisfaction au travail, conflits, arrêt de travail prolongé, nécessité d'adaptation du poste de travail ou de reconversion, menace de licenciement...

→ A-t-on eu un contact avec la médecine du travail, la sécurité sociale ?

→ Comment a-t-on abordé le problème de la reprise du travail ?

8. Le patient présente des facteurs individuels de vulnérabilité : Personne âgée, enfant, autre maladie chronique, situation de handicap ...

→ Parfaire nos connaissances dans l'évaluation du syndrome douloureux chronique.

9. Il existe des facteurs environnementaux de fragilisation : Préexistence d'événements de vie difficiles et/ou de traumatismes physiques ou psychologiques, récents ou anciens.

→ La coordination entre les différents intervenants peut apporter les réponses à certaines interrogations des soignants

10. Le patient exprime une attente de prise en charge globale : physique, psychologique et sociale.

→ La mise en réseau de l'équipe pluridisciplinaire doit permettre une prise en charge globale.

→ Réseau ville-hôpital doit pouvoir accélérer la prise en charge spécialisée du patient.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé (ANAES), Recommandation et références professionnelles. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, Paris, 1999 février.
- [2] Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain? Pain Clinical Updates 2003;11(2):1-4.
- [3] Bouhassira D, Lantiéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2007; 136(3):380-7.
- [4] Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain Lond Engl. 2006 May;10(4):287–333.
- [5] Huas D, Tajfel P, Gerche S. Prévalence et prise en charge de la douleur en médecine générale. Douleurs. 2001 juin;2(3):149-54.
- [6] Maubert J.P., Silvera L., Ouahnon P. et al., Prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Île-de-France, Rev. Prat. Med. Gen., 2005, 712-713, p. 1372-6.
- [7] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Douleurs chroniques. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010, Paris, 2010.
- [8] InSites Consulting. Pain Proposal Patient Survey. July – September 2010.
- [9] Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés, ministère de la santé, direction générale de la santé (non paru au journal officiel).
- [10] Le programme national de lutte contre la douleur 2002-2005, Ministère de l'emploi et de la solidarité, ministère délégué à la santé, 2002. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf
- [11] Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, ministère de l'emploi et des solidarités, 2006. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf

[12] Serrie A, Queneau P, Livre blanc de la douleur : synthèse des travaux réalisés par le comité d'organisation des états généraux de la douleur, Paris, 2005.

[13] Berrewaerts J, Doumont D, Deccache A. Comment prend-on en charge de façon globale et psycho-socio-éducative les patients souffrant de douleurs chroniques ? Université catholique de Louvain, 2003.

[14] Foll CL, Schuller M-P. Stratégie anti-douleur en pratique quotidienne. Douleurs. 2005,juin;6(3):161-168.

[15] Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées. Haute Autorité de Santé. État des Lieux. Argumentaire. Saint Denis La Plaine. HAS. 2009. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/synthese_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf

[16] Cane H, Parcours de soins du patient douloureux chronique avant sa prise en charge en structure spécialisée, Thèse pour le doctorat de médecine, Paris VI, 2013.

[17] Clère F, Sabon A, Henry F, Chauvin M, Lafon B, Lanoue M-C, Lopez D, Opigez L, Rivoal B, Chronodol® : quels patients adresser à une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique ? Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement, Volume 14, Issue 2, 2013 Avril, Pages 86-92.

[18] Démographie médicale départementale d'Eure-et-Loir. Médecins généralistes libéraux. Conseil de l'ordre départemental d'Eure-et-Loir.

[19] Le Breton-Lerouillois G, Rault J-F, Atlas de la démographie médicale 2014 en France, Ordre National des médecins.

[20] Clere F, Henry F, Perriot M, Humbert T, Monjauze H, Christiann F, Qu'attendent les médecins généralistes de l'Indre de l'ouverture d'une consultation pluridisciplinaire dans leur département ? Poster, 6^{ème} congrès de la SFETD de Nantes, Douleurs, 2006.

[21] Sabon A, Quelles sont les attentes des médecins généralistes à l'égard des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique? Enquête qualitative auprès de 20 médecins généralistes d'Île-de-France, Thèse pour le doctorat de médecine, Tours, 2012.

[22] Agence Régionale de Santé Centre, Projet de Schéma régional d'organisation des soins: volet hospitalier 2012-2016, Orléans, septembre 2011.

[23] Prosser H, Almond S, Walley T, Influences on GP's decision to prescribe new drugs – the importance of who says what, Family Advance, vol 20, n°1, 2003 Entretien avec 107 MG britanniques sur la prescription de nouveaux médicaments.

[24] Bras P-L, Ricordeau P, Roussille B, Saintoyant V, L'information des médecins généralistes sur le médicament, Rapport de l'IGAS, 2007, Septembre

[25] "Les médecins vus des firmes " Rev Prescrire 2009 ; 29 (306) : 295.

[26] Liard F, Chassany O, Keddad K, Jolivet I. Enquête sur la prise en charge de la douleur et les besoins en formation en médecine générale. Douleurs. 2002 Avril;3(2):69-73.

[27] Bucur D, Quelles sont les difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique éprouvées par les médecins généralistes? Thèse pour le doctorat de médecine, Lille 2, 2013.

[28] Sarazin M, Chiappe SG, Kasprzyk M, Mismetti P, Lasserre A. A survey of French general practitioners and a qualitative study on their use and assessment of predictive clinical scores. Int J Gen Med. 2013. 6:419-26.

[29] Nabet N, Delorme C, Desfaudais L, Lerouvillois G, Boyer N. Ouverture du réseau inter hospitalier douleur vers la médecine libérale : évaluation des pratiques et des besoins des médecins libéraux Bas-Normands. Douleurs. 2004 Novembre;5(1):45

[30] Étude pour la Société française d'étude et de traitement de la douleur, Cemka-Eval, Duburcq A, Courouve L. Enquête sur l'activité des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle en 2005. Paris: CEMKA-EVAL; 2008.

[31] Etude d'activité des UETD d'Eure-et-Loir, Enquête interne, Ressources humaines, 2014.

[32] Allaz AF. Le messenger boiteux : approche pratique des douleurs chroniques rebelles. Les dimensions culturelles et sociales de la chronicité. Médecine et hygiène Genève, 2003;51-59

[33] Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C, Définitions et descriptions des compétences en médecine générale, Exercer 2013;108:148-55.

BAUSSANT Alexandre

Thèse n°

59 pages – 3 tableaux – 4 figures

Résumé :

Titre : L'outil CHRONODOL[®] est-il utile aux médecins généralistes d'Eure-et-Loir, correspondants des unités d'étude et de traitement de la douleur, dans la prise en charge de leurs patients douloureux chroniques?

Contexte : De nombreuses études ont montré les difficultés qu'avaient les médecins généralistes pour prendre en charge les patients douloureux chroniques. Ce constat a conduit à l'élaboration de CHRONODOL[®] afin de mieux cibler et orienter plus précocement ces patients vers les unités d'étude et de traitement de la douleur (UETD). L'objectif de cette étude était d'évaluer si cet outil était utile aux médecins généralistes d'Eure-et-Loir correspondant des UETD.

Méthodes : Etude descriptive par questionnaire réalisée auprès des médecins généralistes de l'Eure-et-Loir correspondant des UETD du département. Chaque médecin ciblé a reçu un courrier contenant une notice de l'étude, l'outil CHRONODOL[®] et le questionnaire composé d'une partie sur les caractéristiques du médecin et d'une autre portant sur l'évaluation de CHRONODOL[®]. Les médecins non répondants ont ensuite été relancés par téléphone et par mail.

Résultats : 90 médecins généralistes ont été inclus et 48 ont répondu à l'enquête (53.5%). 39.6% des médecins répondants ont trouvé CHRONODOL[®] utile. Comparativement aux médecins le trouvant inutile, ils mettaient en évidence sa rapidité d'utilisation, son aide à la sélection des patients et le gain de temps dans leur prise en charge.

Conclusion : Du point de vue des médecins interrogés, CHRONODOL[®] n'a pas été jugé utile pour la prise en charge des patients douloureux chroniques. Il serait intéressant de réaliser une étude quantitative de l'impact de CHRONODOL[®] prouvant une réduction du délai de recours aux UETD. Cet argument pourrait améliorer l'adhésion des médecins généralistes à son utilisation.

Mots clés : CHRONODOL[®] - Douleur chronique – Médecine générale – Aide à la décision

Jury : Président : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie
Membres : Monsieur le Professeur LAFFON Marc
Monsieur le Professeur LEBEAU Jean-Pierre
Madame le Docteur VANNIER Isabelle
Monsieur le Docteur RIVOAL Bernard

Date de la soutenance : 5 décembre 2014