

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

**BOURDIN Bérangère
née le 24 juillet 1985 à Loches (37)**

Présentée et soutenue publiquement le 18 juin 2014

TITRE

**DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DOULOUREUX
CHRONIQUES PAR LES MEDECINS GENERALISTES**

Etude qualitative auprès de médecins du Loir et Cher et de l'Indre et Loire

Jury

Président de Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres du jury : Monsieur le Professeur Philippe COLOMBAT
Monsieur le Professeur Bernard FOUQUET
Madame le Docteur Katell MIGNOTTE
Madame le Docteur Isabelle VANNIER

Résumé

Contexte

La douleur chronique est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Il existe pourtant des insatisfactions du côté des patients et des médecins. Cette étude a pour objectif d'analyser les difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les médecins généralistes dans le Loir et Cher et l'Indre et Loire.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés enregistrés auprès de médecins généralistes, jusqu'à saturation des données. L'échantillon était diversifié. L'analyse thématique des données a été effectuée avec un double codage pour 11 entretiens.

Résultats

Vingt entretiens ont été réalisés. Les difficultés ont été d'ordre technique : difficultés thérapeutiques (médicamenteuses et non médicamenteuses), évaluation de la douleur, organisation du travail, manque de formation concernant la douleur chronique, nécessité d'une prise en charge globale, travail du médecin généraliste en réseau, particularités de la fibromyalgie. Les difficultés de la relation médecin-patient étaient dues à la chronicité de la douleur, à l'aspect psychologique et aux difficultés propres du médecin. Certains médecins ont dit ne pas avoir de difficulté.

Conclusion

Cette étude confirme la nécessité d'une prise en charge pluri-disciplinaire et la complémentarité du médecin généraliste et des spécialistes, malgré des difficultés de communication et d'accessibilité. La prise en charge de la douleur chronique requiert empathie et confiance au sein de la relation médecin-patient.

Mots-clés

- Douleur chronique
- Médecin généraliste
- Difficultés
- Relation médecin-patient

Title

General practitioners' difficulties for chronic pain management. Qualitative study among physicians from Loir and Cher and Indre and Loire départements

Background

Chronic pain is a common motif of consultation in general practice. Though, there is lack of satisfaction for both patients and general practitioners. The study's aim is to analyse the general practitioners' difficulties in managing chronic pain.

Methods

This is a qualitative study, with semi-structured interviews of general practitioners. The sample was diversified. A thematic analysis was performed, and double coding for 11 interviews.

Results

Twenty interviews were made. The difficulties were of a technical type : therapeutical difficulties (medicinal and non-medicinal), pain evaluation, work organisation, lack of education about chronic pain, necessity of a global care, general practitioners' work in a network, fibromyalgia particularities. The difficulties due to physician-patient relationships were caused by pain chronicity, psychological aspect of pain, and physician's own difficulties. Some physicians said they didn't have problems.

Conclusion

The study confirms the necessity of multidisciplinary care and the complementarity between general practitioners and specialist physicians, despite communication and accessibility problems. Pain management requires empathy and trust.

Key-words

- Chronic pain
- General practitioner
- Difficulties
- Physician-patient relationship

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 - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.
LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.
METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.
RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - 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 Loic	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
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & Cytologie pathologiques
	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
	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	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)
	HANKARD Regis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	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
	LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel	Dermatologie
	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

Mme ANGOULVANT Theodora Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M. BAKHOS David Physiologie
Mme 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
Mme FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques
M. GATAULT Philippe Néphrologie
Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie Immunologie
MM. 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

MM.	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
	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
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie
	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

M.	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 7292
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
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 la Faculté de Médecine

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier (<i>éthique médicale</i>)
M.	BOULAIN Thierry	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)
Mme	CRINIÈRE Lise	Praticien Hospitalier (<i>endocrinologie</i>)
M.	GAROT Denis	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)
Mmes	MAGNAN Julie	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)
	MERCIER Emmanuelle	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)

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

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

Pour vos qualités d'enseignement, qui m'ont été bénéfiques au cours de ma formation en médecine générale.

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon respect.

A Madame le Docteur Katell Mignotte

Pour m'avoir permis de travailler sur ce sujet si intéressant, qui m'a permis de m'enrichir à titre professionnel, mais aussi personnel.

Pour votre disponibilité à toute épreuve et vos conseils qui m'ont accompagnée dans ce travail.

A Messieurs les Professeurs Philippe Colombat et Bernard Fouquet et Madame le Docteur Isabelle Vannier

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury. Soyez assurés de ma reconnaissance.

Aux médecins qui ont participé à cette thèse

Pour le temps que vous m'avez accordé et votre intérêt pour le sujet. Nos rencontres m'ont beaucoup enrichie.

Aux médecins que j'ai rencontrés pendant ma formation

Pour votre enseignement qui a contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

A Romain

Pour ta présence au quotidien. Tu ne connaissais pas le monde médical et tu as su t'y intéresser. Tu arrives souvent à me faire relativiser mais tu sais aussi parfois respecter mon entêtement. Le chemin n'est pas toujours facile, mais s'il nous permet de réaliser nos projets, cela vaut le coup !

A ma mère

Pour ta présence et ton soutien sans faille au cours de ces années d'études (mais aussi avant les études et sûrement après encore !). Tu m'as appris à toujours aller au bout des choses et tu m'as donné une image du courage. Merci d'y croire à ma place parfois.

A Florian et Rachel

Pour votre soutien, chacun à votre façon, et chacun avec vos mots et vos attentions. Merci pour tous ces moments partagés, les rires voire les fous-rires, les repas de famille, parfois les larmes, les petits messages qui arrivent toujours au bon moment.

A Vanessa

Pour ton amitié. Merci pour les litres de thé partagés en discutant, pour les révisions autour d'une pizza, pour le "coaching" par texto, pour les soirées en ville et les petits moments de craquage.

Une pensée particulière pour mon père

Tables des matières

I. Introduction	12
II. Matériel et méthode	14
A. Méthode qualitative	14
B. Population	14
C. Déroulement des entretiens	14
1- Recrutement.....	14
2- Déroulement des entretiens.....	14
D. Nombre d'entretiens	15
E. Analyse des données	15
III. Résultats	16
A. Population	16
B. Difficultés techniques	16
1- Difficultés liées à la prise en charge médicamenteuse.....	16
2- Difficultés liées à la prise en charge non médicamenteuse.....	18
3- Difficultés d'évaluation de la douleur.....	19
4- Organisation du travail.....	20
5- Formation des médecins.....	21
6- Difficultés liées au travail en réseau.....	22
7- Prise en charge globale.....	23
8- Particularités de la fibromyalgie.....	24
C. Difficultés liées à la relation médecin-patient	25
1- Aspect psychologique de la douleur chronique.....	25
2- Mise en difficulté de la relation médecin-patient par la chronicité de la douleur.....	26
3- Modifications de la relation médecin-patient par la douleur chronique.....	27
4- Difficultés du médecin.....	28
D. Cas négatifs	29
IV. Discussion	31
A. Validité de l'étude	31
1- Faiblesses de l'étude.....	31
2- Forces de l'étude.....	31
B. Résultats de l'étude	32
1- Résultats attendus.....	32
2- Résultats inattendus.....	34
V. Conclusion	36
Bibliographie	37

I. Introduction

La douleur chronique a été définie par l'association internationale de l'étude de la douleur (IASP) comme *"un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient"*. Cette définition était utilisée dans les recommandations de la HAS en décembre 2008 (1). Elle met en évidence le caractère complexe de la douleur chronique, qui entraîne des répercussions sur la vie quotidienne du patient, mais également sur celle de son entourage.

La douleur chronique, autrefois considérée comme un symptôme et souvent négligée, est devenue une préoccupation de santé publique. Les trois plans nationaux de lutte contre la douleur qui avaient pour but d'améliorer la prise en compte et le soulagement de la douleur, avec une meilleure information des patients, le développement de structures de lutte contre la douleur et l'amélioration de la formation des professionnels de santé (2). D'après la loi du 4 mars 2002, le soulagement de la douleur est devenu un droit fondamental. Pourtant, 40 % des patients d'une étude européenne estimaient la prise en charge de la douleur comme insuffisante (3). Sa prévalence en France était estimée à 17 % en 2013 (4), il s'agit donc d'un motif fréquent de consultation, notamment en médecine générale.

La douleur chronique avait un impact sur l'activité professionnelle (5), avec un absentéisme et des arrêts maladie de longue durée plus fréquents et une perte de productivité chez les patients douloureux chroniques. L'utilisation du système de soins était également plus importante chez les patients douloureux chroniques (5). En effet, dans une étude publiée en 2013, les personnes ayant des douleurs ont consulté deux fois plus souvent des professionnels de santé dans le mois précédent que les personnes n'ayant pas de douleur. Elles ont également été hospitalisées et se sont rendues aux urgences plus fréquemment. Ces consultations et hospitalisations supplémentaires entraînaient donc un surcoût. Certaines comorbidités étaient fréquemment associées à la douleur chronique, tels que les céphalées, les troubles du sommeil, l'anxiété (4). Par ailleurs, chez les patients douloureux chroniques, l'hygiène de vie était moins bonne (IMC plus élevé, plus de jours sans activité volontaire, et tabagisme plus fréquent). Ces facteurs avaient été considérés soit comme une conséquence, soit comme un facteur de risque de douleur. En raison de son caractère subjectif, la douleur chronique est

difficile à exprimer pour le patient et à évaluer pour le médecin. Ceci est source d'incompréhension et peut mettre en difficulté la relation médecin-patient (6). En effet, environ 1/5 des patients interrogés dans une étude européenne avaient l'impression que leur médecin ne percevait pas leur douleur comme un problème (4). Une étude menée au centre anti-douleur du CHU de Saint-Etienne a montré de nombreuses discordances entre les patients douloureux chroniques et les thérapeutes concernant les représentations des causes de la douleur, les facteurs de pérennisation, mais aussi leurs attentes vis-à-vis de la prise en charge (5).

Le médecin généraliste est un acteur central de la prise en charge de la douleur chronique, puisque la plupart des patients déclaraient consulter leur médecin généraliste pour la prise en charge de la douleur (70 % contre 2 % pour les médecins spécialistes de la douleur) (2). L'étude EPIDOL avait pour objectif d'étudier la prise en charge de la douleur par les opioïdes forts par les médecins généralistes (7). Elle a révélé plusieurs difficultés dans la prise en charge de la douleur chronique, notamment le manque de formation spécifique (seul un médecin sur deux avait eu une formation spécifique concernant la prise en charge de la douleur chronique), la difficulté à respecter les recommandations OMS concernant la prescription des opioïdes et la difficulté à prendre en compte l'EVA (échelle visuelle analogique) dans l'adaptation des posologies. Les difficultés liées à la douleur chronique sont donc de plusieurs ordres : techniques, relationnels, psychologiques, sociaux.

Les études se sont souvent intéressées à la prise en charge de la douleur dans le cadre d'une étiologie particulière, notamment les douleurs d'origine cancéreuse ou neuropathique ; ou à l'utilisation des traitements antalgiques. Il paraît donc intéressant d'étudier les difficultés de prise en charge de la douleur chronique quels que soient son étiologie et les traitements entrepris.

L'objectif de cette recherche est d'étudier les difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les médecins généralistes de l'Indre et Loire et du Loir et Cher. Ce travail s'inscrit dans l'étude DOLMEN "Douleur chronique, Médecin et Ethique", menée au niveau national.

II. Matériel et méthode

A. Méthode qualitative

Il s'agit d'une étude qualitative. Le choix d'une méthode qualitative était plus approprié pour répondre à la question de recherche : "quelles sont les difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques par les médecins généralistes ?". Elle permettait d'explorer le vécu des médecins généralistes, et de faire émerger des données inattendues, par la réalisation d'entretiens individuels.

Les entretiens étaient semi-dirigés, basés sur une trame d'entretien. La trame d'entretien a été élaborée avant la réalisation des entretiens, puis a été modifiée selon les réponses données au fur et à mesure des entretiens.

B. Population

Les médecins généralistes ont été choisis par relation de proximité et de manière aléatoire, tout en s'efforçant de construire un échantillon le plus diversifié possible (sexe, âge, lieu d'exercice, ancienneté d'installation). Ils étaient contactés initialement par téléphone et informés du thème de l'étude pour convenir d'un rendez-vous.

C. Déroulement des entretiens

1-Recrutement

Avant le début des entretiens, le médecin généraliste participant était informé du thème de l'étude (leurs difficultés de prise en charge de la douleur chronique) et de l'enregistrement sur support numérique de l'entretien, avec respect de l'anonymat.

2- Déroulement des entretiens

Après consentement oral du médecin généraliste, il remplissait un questionnaire concernant l'âge, sexe, lieu d'exercice, ancienneté d'installation, titulaire ou non d'un DU douleur ou soins palliatifs, maître de stage DUMG ou non.

La durée de l'entretien n'était pas fixée *a priori* mais l'entrevue se terminait quand le médecin participant le souhaitait.

L'entretien se déroulait en face à face, le plus souvent au cabinet du médecin participant.

D. Nombre d'entretiens

Le nombre d'entretiens n'était pas fixé *a priori* mais par la saturation des données obtenues ; la saturation des données étant considérée comme atteinte lorsqu'aucune nouvelle donnée n'apparaissait au cours d'un entretien.

E. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits en intégralité, en respectant le style de langage et les hésitations.

Une analyse thématique du contenu des entretiens a été faite pour en faire ressortir les idées qui ont été regroupées par thèmes pour être présentées. Un double codage par la directrice de thèse de onze entretiens permettait d'assurer la fiabilité de l'analyse.

III. Résultats

A. Population

Vingt entretiens ont été réalisés, entre février 2013 et avril 2014.

La population était constituée de 10 hommes et 10 femmes, exerçant en libéral dans les départements du Loir et Cher et de l'Indre et Loire. Un des médecins exerçait également dans le Loiret. Aucun médecin n'avait de DU douleur, et deux avaient un DU de soins palliatifs.

Le tableau 1 présente les caractéristiques de la population, dans l'ordre chronologique de la réalisation des entretiens.

n°	sexe	âge	rural/urbain	seul/cabinet	ancienneté installation	MS DUMG	département d'exercice
1	femme	53 ans	rural	seul	26 ans	oui	Loir et Cher
2	homme	58 ans	semi rural	seul	31 ans	oui	Loir et Cher
3	homme	60 ans	rural	cabinet	30 ans	oui	Loir et Cher
4	homme	42 ans	rural	cabinet	8 ans	oui	Loir et Cher
5	homme	35 ans	rural	cabinet	1 mois	non	Loir et Cher
6	homme	62 ans	remplaçant retraité	remplaçant retraité	32 ans	non	Loir et Cher
7	homme	36 ans	rural	cabinet	4 ans	oui	Loir et Cher
8	homme	34 ans	rural	cabinet	3 ans	non	Loir et Cher
9	homme	56 ans	rural	cabinet	20 ans	non	Loir et Cher
10	femme	49 ans	urbain	seul	15 ans	non	Loir et Cher
11	femme	51 ans	semi rural	cabinet	non renseigné	non	Loir et Cher
12	femme	56 ans	semi rural	cabinet	31 ans	non	Loir et Cher
13	femme	32 ans	remplaçante	remplaçante	remplaçante	non	Loiret / Loir et Cher
14	femme	27 ans	rural	cabinet	3 mois	non	Loir et Cher
15	femme	29 ans	semi rural	remplaçante	remplaçante	non	Indre et Loire
16	femme	38 ans	urbain	cabinet	6 ans	non	Indre et Loire
17	homme	60 ans	rural	cabinet	31 ans	oui	Loir et Cher
18	femme	36 ans	semi rural	cabinet	4 ans	oui	Loir et Cher
19	femme	non renseigné	urbain	cabinet	21 ans	non	Indre et Loire
20	homme	32 ans	semi rural	cabinet	15 mois	non	Indre et Loire

Tableau 1 : caractéristiques de la population de médecins ayant participé aux entretiens

(MS = maître de stage)

La saturation des données a été obtenue au 18ème entretien. Deux entretiens ont été réalisés ensuite.

B. Difficultés techniques

1- Difficultés liées à la prise en charge médicamenteuse

Les effets secondaires des médicaments ont été mentionnés comme une difficulté de la prise

en charge de la douleur chronique, principalement pour les antalgiques de palier 2 et 3. Ces effets secondaires pouvaient rendre les médecins réticents à les prescrire et les patients réticents à les prendre. Il en ressortait la nécessité de faire un compromis entre le soulagement de la douleur et les effets secondaires. Certains médecins craignaient d'être plus nocifs que bénéfiques en prescrivant des antalgiques. Les réticences des médecins concernaient également les médicaments mis sur le marché récemment, en raison du manque de recul.

L'observance des traitements a été un problème, avec des traitements pris irrégulièrement, non pris ou pris de manière non correcte. La nécessité d'éducation thérapeutique concernant la douleur chronique a été mentionnée, pour améliorer notamment l'observance. Les médecins mentionnaient aussi la difficulté à faire accepter les traitements aux patients, ou l'augmentation des doses en cas de soulagement insuffisant. Les représentations que les patients ont des traitements étaient considérées comme une source de non observance et d'échec. Une solution proposée par certains médecins était de laisser le patient adapter ses traitements lui-même.

Le risque de dépendance et les difficultés de sevrage sont des problèmes rencontrés par les médecins, ainsi que faire accepter l'arrêt d'un traitement ou de diminuer les doses.

Il existait des difficultés concernant la prescription de certains traitements : les anti-dépresseurs, certaines associations d'antalgiques, l'adaptation des antalgiques au type de pathologie ou les équivalences entre les familles de morphiniques. Les traitements étaient parfois renouvelés sans être réévalués. Par ailleurs, des problèmes se rapportaient à la galénique, au conditionnement des médicaments ou à la nécessité du passage d'une infirmière à domicile. Un médecin disait que certaines prescriptions étaient liées aux représentations qu'il se faisait de la douleur ressentie.

Certaines caractéristiques des patients étaient vues comme compliquant la prise en charge médicamenteuse : le grand âge, les patients jeunes, la polypathologie.

L'efficacité limitée des médicaments était considérée comme une source d'échec, ceci était mentionné pour tous les paliers d'antalgiques.

Les médecins évoquaient le manque d'arsenal thérapeutique, soit par manque de nouveautés

thérapeutiques, soit par disparition de certains traitements antalgiques. Les médecins avaient parfois l'impression d'être dans une impasse thérapeutique, donc certains avaient trouvé comme solution de prescrire des traitements hors AMM.

"Euh.. alors ça va être les intolérances, les intolérances, se dire euh.. se dire on essaie quelque chose avec potentiellement on le sait très bien la codéine qui peut ne pas être supportée, alors bon ben la codéine n'est pas supportée, on va essayer du Tramadol, ben oui mais potentiellement le Tramadol il est pas bien supporté non plus (rires) et puis ça.. j'trouve ça ouais vraiment le risque de se dire alors ils viennent parce qu'ils ont mal, on va essayer de les soulager, mais en même temps potentiellement je leur colle un médicament qui peut les rendre encore plus malade. Ça c'est quelque chose qui me gêne aussi mais en même temps j'peux pas le prévoir"

"Dans le cadre de la douleur chronique oui, parce que c'est souvent des gens qui ont déjà des parcours de santé un peu compliqués donc qui ont aussi leur opinion par rapport aux médicaments, qui ont aussi leur façon de prendre les médicaments [...] ils ont déjà une idée précise de c'qui peut les soulager et ne peut pas les soulager."

"C'que je sais pas bien manier c'est les associations d'anti-dépresseurs avec les les gros antalgiques, des fois je sais jamais trop c'que je peux associer, comment associer euh je sais pas forcément très bien l'indication des produits genre Tégréto, Neurotin, etc."

"Enfin moi j'ai toujours une appréhension en fait à monter un peu dans les.. dans les échelles chez les patients chroniques parce que j'ai peur qu'y ait une dépendance en fait, une accoutumance et de pas réussir à revenir en arrière quoi."

"J'ai longtemps utilisé Laroxyl gouttes, Rivotril dans les douleurs on a plus le droit (rires) en plus on nous aide pas, la société nous aide pas. Et il m'arrive encore d'en prescrire, j'me mets hors la loi mais tant pis c'est.. voilà je le mets sur l'ordonnance, je dis bien de donner des gouttes, je le mets sur mon ordonnance, pour l'instant j'ai pas eu d'écho de la caisse, j'ai eu d'écho de personne. Je vais jusqu'au bout de mon.. mon raisonnement. J'ose me mouiller comme on dit."

"Oui parce qu'en fait sur un lumbago enfin.. ou c'est oui les morphiniques c'est presque plus sur les sciatiques que je vais le donner mais sur un lumbago euh.. je.. ouais je vais facilement mettre un antalgique de pallier 2 d'emblée euh.. euh.. ouais j'me fais peut être un peu des idées sur la douleur, je sais pas. J'en sais rien en fait parce que c'est vrai qu'y a des choses c'est facile où je vais.. où j'vais aller plus vers les antalgiques deux ou trois et puis d'autres où je vais rester à un parce que dans.. peut être que dans mon imaginaire j'me dis ça fait pas si mal que ça, ou la pratique fait que j'me dis que ça fait pas si mal que ça."

2- Difficultés liées à la prise en charge non médicamenteuse

Les différents traitements non médicamenteux auxquels les médecins avaient recours étaient : les méthodes physiques (kinésithérapie, balnéothérapie, ostéopathie, cures thermales), le SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés), les

médecines alternatives, les magnétiseurs, l'auriculothérapie. L'alternance des traitements médicamenteux et non médicamenteux était vue comme une solution.

Mais le manque de connaissances à propos des médecines alternatives était perçu comme une difficulté, de même que le manque d'ouverture des autres médecins à ces méthodes. Le fait de voir des centres hospitaliers proposer ces méthodes permettait aux médecins de se sentir plus légitimes en le faisant eux-mêmes.

L'accès à des kinésithérapeutes qualifiés constituait un problème, de même que le refus de certains patients de faire de la kinésithérapie.

Le fait de ne refuser aucune thérapeutique était mis en avant par les médecins comme une solution pour améliorer leur prise en charge des patients douloureux chroniques.

"On essayait de bidouiller toujours des traitements. Alors un coup.. un coup corticoïdes, un coup antalgiques un peu puissants, un coup euh, un coup euh kiné, un coup.. enfin.. ostéopathe."

"J pense qu'en médecine on est pas assez ouverts sur toutes ces.. ces méthodes différentes. [...] c'est des.. des réponses qui me gênent un peu parce que.. parce que j'trouve que c'est des gens qui manquent un peu d'ouverture d'esprit et des fois on soulage la douleur en envoyant quelqu'un chez le sophrologue donc c'est pas.. 'y a douleur et douleur."

"Mais on va dire que ça fait pas partie du cursus, t'as l'impression que c'est un truc un peu en marge, on t'a pas vraiment donné de notion de.. de ça donc euh.. donc euh c'est vrai que du coup de voir des centres hospitaliers qui le font ben ça donne une certaine légitimité à ces.. à ces.. à ces méthodes-là, et du coup voilà j'y vais plus facilement, j'y vais plus facilement en me disant que du coup ça devient officiel entre guillemets et que je les oriente pas vers quelque chose de complètement farfelu."

"Alors moi je ne refuse rien (rires) parce que 'y en a qui avancent sur la pointe des pieds en me disant "ben peut être qu'on m'a parlé de un rebouteux quelconque..." et 'y en a qui disent "je sais que vous les médecins, vous aimez pas ça" "alors moi.... moi pas du tout, à partir du moment où ça peut vous faire du bien (rires) 'y a rien de contre-indiqué"."

3- Difficultés d'évaluation de la douleur

L'une des difficultés d'évaluation de la douleur était liée à son caractère subjectif et à la difficulté de faire décrire la douleur au patient.

Les médecins disaient parfois ne pas utiliser d'échelle pour évaluer la douleur. Plusieurs

raisons étaient mises en avant : elles étaient considérées comme non fiables, non précises ou non comprises par les patients. Certains disaient également ne pas les utiliser car elles n'influenceraient pas les prescriptions. D'autres regrettaient le manque d'uniformité dans les méthodes d'évaluation. Une utilisation personnalisée des échelles était une solution proposée pour évaluer la douleur.

En cas de non utilisation des échelles, la douleur était souvent évaluée plutôt par l'interrogatoire. Cependant, des difficultés existaient en cas de troubles du langage.

"Non, parce que les échelles, je les utilise dans ma tête. Mais les échelles, quand je présentais les gens avec l'EVA, l'échelle visuelle analogique, ils disaient "docteur, comment est ce que je m'en, comment est ce que je m'en sers? Mettez la moi donc comme il faut" [...] dans ma patientèle, euh.. ils percutaient pas, ils savaient pas l'utiliser."

"Les échelles, le problème c'est que il y a trop d'outils. Il y a trop d'outils donc chaque SSIAD, chaque infirmière en libéral en tout cas, a eu ses habitudes de telle ou telle échelle... qui prend parfois beaucoup de temps pour un rendement pas énorme et qui voila... donc je trouve qu'on parle pas toujours le même langage et que ça c'est regrettable."

"Et quand je les revois la fois d'après, je leur dis ben "si la fois dernière vous aviez dix, aujourd'hui vous êtes à combien ?" c'est comme ça que je fais, c'est peut être pas la vraie façon de faire, mais c'est ma façon à moi."

"Sinon c'est par l'interrogatoire : savoir ce qu'ils peuvent faire dans la journée, ne pas faire, s'ils sont réveillés, s'ils arrivent à marcher, s'ils arrivent à bouger. Par l'interrogatoire, de leur vie de tous les jours. Et surtout savoir si le traitement qu'ils prennent est suffisant, s'ils ont quand même mal, combien de temps, combien de temps ça dure, si ça les empêche de bouger ou de marcher ou de dormir. Donc par l'interrogatoire surtout."

4- Organisation du travail

La prise en charge de la douleur chronique doit s'inclure au sein de l'activité de médecin généraliste. La première difficulté qui en découlait était liée à la fréquence et à la durée des consultations. En effet, les consultations duraient souvent plus longtemps et étaient plus fréquentes pour permettre une réévaluation des traitements. La gestion du temps de la consultation était une préoccupation de certains médecins.

La seconde difficulté liée à l'organisation du travail était due au fait que les motifs de consultation sont souvent multiples. La douleur chronique était donc à prendre en charge en

plus des autres motifs de consultation, avec pour certains le souhait d'une consultation dédiée entièrement à la douleur.

Compte tenu du temps de consultation plus long et du temps passé pour la coordination des soins, certains médecins généralistes souhaitaient une revalorisation tarifaire.

"Je gère pas la durée de la consultation, je les revois hein, tous les trois jours s'il le faut, tous les huit jours, euh quelqu'un à domicile qu'a une douleur insupportable, j'pense à mon petit papy là que j'ai cité en premier, je peux très bien aller le voir deux fois par semaine pour réajuster le traitement, j'attends pas."

"J'essaie quand même de pas déborder, de pas me faire envahir par les problèmes spécifiques des douleurs ou autre, qu'ils passent pas deux heures à me raconter leur douleur que je connais déjà depuis un moment."

"Tout ça effectivement ça prend plus de temps donc en moyenne on peut dire qu'on déborde, qu'on prend le double du temps normal, une demi heure à peu près."

"Oui enfin j'pense que c'est pas assez régulier parce que le renouvellement d'antalgiques à la fin de la consultation, on a déjà fait le tour sur autre chose, voilà, si on repart là dessus on repart pour un quart d'heure donc faudrait peut être des fois une consultation dédiée pour vraiment avoir le temps de poser les choses, de vraiment faire le tour de réexpliquer aux gens quoi [...] ça dépend mais souvent en fait ils viennent pour autre chose et puis en même temps ils demandent de renouveler des anti-douleurs donc dans ces cas là oui t'as pas le temps parce que t'as déjà fait ta consultation sur autre chose avant."

"Y a quelques consultations mais ça c'est de l'utopie, si on pouvait des fois, vous voyez la rhino, être payé quinze euros ça serait très bien, et puis le truc la fibromyalgie qui en a pour une heure si on pouvait être payé cinquante euros ça serait pas mal. Vous voyez pouvoir se dire "ben j'ai le temps, au moins c'est pas grave" bon voilà ça ça serait bien, une différence de cotation mais c'est un peu utopique."

5- Formation des médecins

Le manque de formation initiale concernant la prise en charge de la douleur chronique était évoqué par les médecins comme une difficulté. Certains avaient eu recours à la formation médicale continue. Le manque de temps pour se former a été cité par un médecin.

Les médecins disaient que leur formation s'était faite au fur et à mesure de la pratique (stages d'internat ou activité de médecine générale).

"Euh ben on est pas très bien formés en fait. Moi j'ai été formée quand je euh quand j'étais interne à Chateauroux, j'ai pas honte de le dire (rires), on faisait des petits groupes, alors voilà des après-midi où on apprenait à gérer la douleur, c'est là que.. qu'on m'a remise à niveau sur les palliers, c'est.. c'est là que j'ai découvert l'Acupan par exemple qui passe complètement inaperçu pendant nos études, euh et puis voilà donc c'est là que j'ai été formée, après j'ai fait des stages de gériatrie donc du coup j'ai eu aussi été formée sur la douleur chronique mais en fait jamais pendant mes études."

"C'est là que je me suis rendue compte qu'en fait on.. on apprend beaucoup de choses au fur à mesure de notre métier et des années sans s'en rendre compte, et qu'après finalement 'y a des trucs qu'on gère bien on s'en rend même plus compte alors qu'au début on a un peu les j'tons, on s'en rend même plus compte après qu'en fait on les gère."

6- Difficultés liées au travail en réseau

Les médecins disaient avoir recours à divers spécialistes en cas de difficultés : les spécialistes d'organes (neurologues, rhumatologues, psychiatres), centres anti-douleur, centre de rééducation fonctionnelle, unité de soins palliatifs. Ils évoquaient la complémentarité de leur travail et de celui des spécialistes. Certains disaient avoir des difficultés à faire appel aux spécialistes. Il fallait parfois faire accepter aux patients de consulter un spécialiste.

Les médecins remarquaient la difficulté à prendre en charge des patients suivis par d'autres médecins. Le manque de confraternité et les critiques des prescriptions par les confrères étaient évoqués.

Les problèmes d'accès aux spécialistes étaient évoqués. Plusieurs raisons étaient citées : les délais, l'éloignement géographique, le manque d'intérêt des spécialistes pour la douleur, le caractère impersonnel du milieu hospitalier, les difficultés de communication avec les spécialistes.

Les médecins ont parfois été déçus par les réponses apportées par les spécialistes, par le manque de propositions nouvelles, le manque de prise en charge pluridisciplinaire, les retours négatifs des patients ayant consulté des spécialistes.

Une solution proposée était d'avoir un réseau de connaissances professionnelles.

"Convaincre le patient de.. de.. d'aller voir quelqu'un d'autre pour avoir un autre avis, ça ça peut être une difficulté. Ou la difficulté, à ce moment là on peut penser à la difficulté personnelle de laisser et de passer un petit peu la main. Ça c'est plus psychologique qu'autre chose."

"J'me rappelle d'une consult' avec cette femme où.. où elle était allée voir un autre médecin, et l'autre médecin lui dit "mais votre généraliste il vous donne trop de médicaments quoi, trop de médicaments" comme si je.. en fait j'prenais trop en charge la douleur (rires) [...] Bon voilà donc ce cas là j'me rappelle, j'avais vraiment mal vécu par le spécialiste l'idée que je.. j'avais shooté ma patiente quoi."

"Ils nous font pas assez confiance, c'est ça qui me gêne, c'est que à partir du moment où on adresse quelqu'un c'est pas pour notre plaisir, c'est qu'on a besoin d'eux et en retour ben on a pas grand chose."

"Les consultations des centres anti-douleur moi j'ai l'impression que c'est beaucoup plus compliqué, des délais importants, j'ai des fois des retours négatifs de patients qui ont pas été très bien reçus enfin.. ou alors en tous cas ça leur correspondait pas."

"Malheureusement je suis souvent déçue par les avis des spécialistes, voilà je le fais par principe parce que j'me dis que c'est normal de passer par eux dans un premier temps mais c'est très souvent que quand moi je suis dans l'impasse, finalement eux sont dans l'impasse aussi hein."

"Alors moi j'ai la chance si vous voulez d'avoir un tas de correspondants donc j'ai appelé le neuro que je connais bien et qui m'a.. qui m'a dit "ben ouais faut que j'la vois tout de suite" qui l'a vue le lendemain quoi. Ça c'est génial ça, un bon réseau de de confrères ça c'est très bien, qui s'entendent bien et qui sa.. qui savent que quand on va les appeler c'est pas pour la petite migraine de base qu'on aura à gérer. Se connaître c'est important j'crois, c'est hyper important, se connaître et essayer de se connaître."

7- Prise en charge globale

La douleur chronique nécessitait une prise en charge globale car elle avait un retentissement sur le quotidien du patient, sur sa capacité à accomplir les tâches quotidiennes. Les médecins notaient des difficultés professionnelles, avec des arrêts de travail fréquents et parfois de longue durée qui avaient un retentissement financier. Ils notaient la difficulté à reprendre le travail après un arrêt prolongé et la nécessité dans certains cas d'un reclassement professionnel.

D'après les médecins, la douleur chronique avait un retentissement sur les relations entre le patient et son entourage. Par sa chronicité elle pouvait entraîner une lassitude de l'entourage du patient. Les patients refusaient parfois de parler de leur douleur à leurs proches.

"Il faut aller un petit peu plus loin, 'y a des problèmes connexes psychologiques, familiaux, sociaux ou autres qui.. qui jouent quand même un grand rôle."

"Moi je suis confrontée surtout aux douleurs de des lombaires hein et euh voir comment ça se passe au travail, comment ça se passe la nuit, si allongés ils sont mieux, 'y a aussi ça le repos [...] Donc ça c'est ça qu'est inquiétant parce que finalement on a des gens qui.. qui ont.. qui ont une vie maintenant qui.. qui n'arrivent plus à travailler normalement, qui n'ont.. qui ont une vie de famille qu'est complètement bousculée et tout à cause d'une douleur qu'on arrive pas à.. à calmer, à.. voilà."

"En plus c'est des patients qui sont pas forcément en affection de longue durée donc voilà 'y a aussi la.. la difficulté pour ces patients de.. de.. des recours aux consultations répétées avec la nécessité d'avance des frais. Enfin moi j'fais beaucoup de tiers-payant social mais.. mais c'est quand même voilà 'y a.. 'y a plein de choses qui sont pas bien prises en charge, 'y a du matériel, on parlait de matériel pour la dame tout à l'heure, 'y a des choses qu'elle a dû acheter pour aménager sa maison qu'étaient pas prises en charge, enfin des.. donc c'est vrai que c'est.. c'est toujours euh.. encore une fois le.. la douleur ne se résume pas à l'antalgie quoi voilà (rires)."

"C'est souvent je trouve c'est des gens qui disent "euh j'en ai marre, j'ai l'impression que j'suis toujours en train de me plaindre, euh je radote et donc j'peux plus en parler avec mes proches parce que je vais les saouler avec ça de toujours leur répéter que.. que j'ai mal donc je ne dis plus rien voilà. Ça fait partie de mon quotidien et je me renferme et je dis plus rien et voilà.""

8- Particularités de la fibromyalgie

La fibromyalgie posait plusieurs difficultés. Un médecin considérait la fibromyalgie comme une maladie créée pour pouvoir donner un diagnostic à certains patients. Le manque d'intérêt des spécialistes pour la fibromyalgie posait problème. Du point de vue thérapeutique, les difficultés étaient liées au manque de traitements disponibles et au manque d'efficacité des traitements proposés.

"Vous voyez dans la douleur, moi 'y a.. 'y a autre chose, 'y a une autre maladie qui me pose énormément de problème, c'est la fibromyalgie. Alors ça c'est.. c'est le "fourre-tout", tout le monde se renvoie la balle pfff [...] Une fibromyalgie c'est compliqué. Vous allez l'arrêter, lui filer des anti-douleurs, la mettre sous un petit peu d'anti-dépresseur genre Effexor, 'y en a deux trois qui marchent là, Cymbalta, et pis voilà, et 'y a quoi d'autre là dessus pour l'instant ? 'y a rien. 'y a rien."

"'Y a des gens il leur faut.. il leur faut aussi un diagnostic d'exception (rires) donc ça c'est un peu compliqué mais bon (rires) on y arrive aussi mais... [...] j'pense par exemple à la fibromyalgie qui nécessite une vraie prise en charge et qui pour moi est quelque chose de complètement créé pour que les gens soient étiquetés malades et du coup.. alors ça les contente et en même temps.. en même temps euh ça les empêche de sortir de là quoi."

C. Difficultés liées à la relation médecin-patient

1- Aspect psychologique de la douleur chronique

La composante psychologique de la douleur chronique était mentionnée comme une difficulté, en particulier par l'intrication de la douleur physique et de la douleur psychique. La nécessité de rechercher un syndrome dépressif associé à la douleur chronique était évoquée par les médecins. Faire admettre la part psychologique de la douleur au patient, ainsi que la nécessité de la prendre en charge était perçus comme un problème. Certains médecins percevaient la douleur comme un moyen pour le patient d'exprimer à son entourage des problèmes, ou comme un moyen d'en retirer des bénéfices secondaires.

La composante psychologique n'était pas considérée comme accessible aux traitements médicamenteux. D'autres thérapeutiques devaient être proposées (sophrologie, microkiné, psychologues). L'accès aux psychologues était une difficulté en raison de la difficulté pour obtenir un rendez-vous ou du coût et de l'absence de remboursement.

Un médecin a évoqué sa difficulté à montrer de l'empathie en cas de douleur d'origine psychogène. Certains reconnaissaient leurs limites pour la prise en charge psychologique, surtout par manque de formation.

"La difficulté des douloureux chroniques c'est qu'on va arriver aussi sur certaines personnes qui ont une grande fragilité psychologique parce que c'est la même chose, c'est la douleur, c'est pas forcément que le corps, c'est aussi l'esprit [...] quand 'y a réellement une cause somatique claire, c'est.. voilà c'est une douleur de hanche, une douleur de dos etc on arrive à s'en sortir euh.. on arrive à axer les choses euh.. peut être plus facilement [...] c'est une souffrance morale plus qu'autre chose."

"Et j'essaie je pense aussi pas mal de pister.. de pister la dépression, beaucoup. J'suis assez vigilante là-dessus euh [...] j'ai toujours peur du cercle vicieux moral-douleur, c'est toujours quelque chose qui me.. qui m'inquiète, donc j'essaie de le pister.. de le pister souvent quoi."

"Et pis t'as des gens ils ont besoin d'avoir mal (rires) aussi donc c'est pour ça quand tu dis "quel temps tu réserves à la douleur" ben t'as des gens la douleur elle fait partie de leur vie, ça les fait exister aussi quoi. Tu vois la mamie qui est seule, qui se fait.. qui se fait chier, elle a mal et ben voilà [...] mais elle a mal mais c'est comme si elle avait besoin d'avoir mal, parce que sa douleur elle est ailleurs, elle est seule, elle s'emmerde, elle vieillit, elle a quatre vingt quatre ans, elle est entourée de gens qui vont mourir donc si tu veux t'as du coup enfin.. forcément faut bien qu'elle ait mal quelque part, 'y a des gens qui meurent autour partout enfin tu vois 'y a un truc qu'est de l'ordre du psy quoi qu'est pas.. qu'est plus compliqué quoi."

"J'avoue que je peux avoir plus de mal à.. à traiter quelqu'un et d'ailleurs montrer autant d'empathie avec quelqu'un qui a des.. ce genre de douleur psychogène, euh de toutes sortes d'origines où on sent qu'y a vraiment une souffrance morale initiale, antérieure à la douleur et qui déclenche toutes sortes de symptômes. [...] on arrive pas à les traiter si les patients refusent de voir ça."

"Nous on a.. on a nos limites aussi en psychologie et tout, qu'y a des choses qu'on a pas réussi à.. à trouver, je veux dire qu'on a pas.. 'y a des zones d'ombre dans la vie hein et faut en leur disant "non vous êtes pas.. le psychologue il est là pour vous écouter parce que moi.. moi j'peux écouter mais je n'entends pas tout non plus" et ils sont d'accord, généralement maintenant 'y a plus de problème."

2- Mise en difficulté de la relation médecin-patient par la chronicité de la douleur

Le caractère chronique de la douleur était source de problème dans la relation médecin-patient. Il fallait faire admettre la chronicité de la douleur au patient, leur faire accepter l'impuissance de la médecine à faire disparaître leur douleur totalement. Les médecins ressentaient un découragement ou un sentiment d'abandon des patients. Cela les poussait à ne plus vouloir parler de leur douleur. Devant ce refus de parler, un médecin disait craindre d'oublier la douleur.

Les médecins avaient l'impression d'être face à des situations qui stagnaient, de ne pas trouver d'issue et de répéter les mêmes choses pendant les consultations. Certains rappelaient la nécessité de rechercher une pathologie évolutive pouvant être à l'origine de la douleur. Eviter la chronicisation de la douleur ou faire relativiser le patient étaient les solutions proposées.

"De toute façon on ne guérit pas les gens, faut leur expliquer. Dans le relationnel c'est ça, faut leur expliquer que la douleur elle est là, qu'elle est chronique, qu'on peut vivre avec, qu'il faut qu'elle soit supportable et qu'on est là pour qu'elle.. pour qu'elle devienne supportable."

"C'est quand même des prises en charge très très longues avec des.. avec ben une.. une impuissance de la médecine qu'est assez compliquée à.. à entendre pour eux. Eux ils s'imaginent que on peut tout résoudre, tout faire."

"C'est un piège, ils finissent par tellement les accepter qu'ils n'en parlent plus du tout, et à partir de là on peut passer à côté de quelque chose d'autre, donc c'est.. c'est un piège assez récurrent ça."

"On fait des.. des fois des renouvellements d'ordonnances mais sans.. sans avancer en fait. C'est des patients avec lesquels on a l'impression qu'on avance pas quoi [...] qu'on renouvelle, que eux ils ont toujours mal et qu'on a beau changer les médicaments, augmenter les doses, la situation.. 'y a pas d'amélioration en fait."

3- Modifications de la relation médecin-patient par la douleur chronique

Les médecins constataient des modifications dans la relation médecin-patient en cas de douleur chronique. Ils avaient l'impression d'avoir une relation plus empathique, d'être plus investis, d'avoir un rôle de soutien. Ils se disaient plus à l'écoute des patients douloureux chroniques, et les laissaient plus parler. Certains médecins avaient des difficultés à rester à l'écoute car quelques patients étaient considérés comme insupportables, exigeants ou revendicateurs. Il fallait éviter des maladresses dans la relation médecin-patient car les patients douloureux chroniques pouvaient être plus susceptibles.

Des modifications de comportement des patients étaient constatées par les médecins : les patients consultaient plus rapidement, sans attendre, ne toléraient pas la douleur. Certains médecins pensaient que les patients exagéraient leur douleur, il leur était difficile de faire confiance aux patients.

Les médecins remarquaient la nécessité de s'adapter à chaque patient (niveau de langage, propositions thérapeutiques), d'essayer de comprendre les attentes de chacun des patients. Faire accepter les particularités de sa pratique aux patients était cité par un médecin.

Les solutions proposées par les médecins étaient de bien connaître les patients pour faciliter leur prise en charge et de créer une relation de confiance avec eux.

"Ben je sais pas si c'est comme tous les médecins mais j'ai forcément beaucoup plus d'empathie pour les gens qui souffrent au quotidien quoi. C'est vraiment, je.. je me sens beaucoup plus investie et voilà c'est.. c'est quelque chose qui me.. ben qui.. qui.. qui me.. qui.. qui.. qui me laisse.. qui peut pas me laisser indifférente. Donc les gens qui souffrent au quotidien c'est.. c'est pas que c'est mon cheval de bataille mais c'est.. c'est un truc qu'est vachement important et ces patients-là j'y fais encore plus attention quoi."

"Y a des gens qui sont insupportables (rires) soyons honnêtes, 'y a des gens ouais.. alors ça m'est arrivé plusieurs fois en fait voilà de suivre comme ça des gens très plaintifs, et puis alors eux qui sont pas dans le côté "je veux.. je veux pas en parler parce que je saoule tout le monde" non, qui sont dans.. qui sont là dedans "je me complais dans la douleur et dans la plainte et alors ça ouais des fois, ça a le don de m'énerver, alors j'essaie.. j'essaie de.. de me forcer quoi, de.. de me dire non si.. 'y a quelque chose derrière, ça veut dire quelque chose et donc d'être.. d'essayer de.. de rester patient mais c'est vrai que au fond de moi je sens que.. que je.. je suis moins patiente et euh et qu'il faut que je me fasse violence pour, dans certains cas rester.. rester à l'écoute et.. et rester vigilante et me dire "ouais peut être que quand même 'y a quelque chose derrière et voilà"."

"Des gens que vous connaissez bien euh... des gens que vous connaissez bien, que vous voyez souvent, qui du jour au lendemain se mettent à pas bien aller etc voilà il faut.. quand on connaît les patients et quand on connaît leur contexte etc on sait si les gens euh enfin.. c'est pas qu'ils abusent dans la douleur, mais est-ce qu'ils en rajoutent ou est-ce qu'ils en rajoutent pas parce qu'y a des gens qui en rajoutent aussi et c'est pas facile d'évaluer."

"J'avais mieux.. peut être mieux appréhender leur douleur et mieux savoir c'qui a déjà marché et comment ils fonctionnent donc mieux gérer leur douleur, ah oui ça oui, dans le relationnel euh on.. on.. les gens qu'on connaît bien j'pense qu'on gère mieux leur douleur [...] Ceux qui supportent beaucoup ou qui supportent bien la douleur euh ben s'ils commencent à venir se plaindre ceux-là je vais taper fort d'emblée parce que je sais que c'est que ça dure depuis un moment. [...] La connaissance du patient fait que on gère mieux la douleur, ça c'est clair. Si on a déjà en plus eu l'occasion de gérer une douleur précédemment, mais non la connaissance oui je pense."

"Et puis euh plus prudent aussi pour pas euh perdre euh le peu de relation qu'on peut avoir, le peu d'échange qu'on peut avoir euh parce que là encore chaque mot j'ai l'impression, en tout cas moi c'est l'impression que j'ai par rapport aux personnes qui sont douloureuses chroniques, chaque mot peut être interprété, c'est-à-dire que en fonction de ce qu'on va dire la personne va tirer des conclusions, enfin c'est l'impression que j'en ai et donc du coup choisir chaque mot pour éviter que derrière euh ce soit interprété et que on puisse se retrouver dans une situation où finalement on va rien apporter au patient, simplement on va le faire un peu plus entre guillemets "psychoter" hein voilà."

4- Difficultés du médecin

Face à la douleur chronique, les médecins avaient un sentiment d'inefficacité, d'impuissance et de découragement. Ils remarquaient la différence entre la volonté d'une prise en charge parfaite et les possibilités réelles. Ils étaient amenés à se remettre en question et à remettre en question leurs connaissances médicales.

Certains disaient se sentir seuls face aux patients douloureux chroniques, se sentir perdus et ne pas pouvoir gérer seuls la douleur. Le fait de voir souffrir les patients était une difficulté. Le vécu personnel de la douleur par certains médecins les rendait plus attentifs. Certains disaient se sentir obligés de résoudre les problèmes des patients, n'acceptaient pas de ne pas avoir de solution à proposer. Pour certains médecins, la définition de la douleur chronique posait un problème.

Les solutions suggérées par les médecins étaient de prendre le temps de réfléchir pour trouver une solution et de rester optimiste.

"Mais surtout de pas savoir.. comment les aider quoi, parce que en même temps s'ils reviennent et qu'ils me redisent toujours la même chose c'est que ben je.. je.. j'les aide pas ou peut être que si et que c'est.. ça voilà oui mais avec cette sensation finalement d'impuissance."

"Je dis mais par rapport à ça, à la douleur qui est-ce qui la suivait quoi ? Elle m'a répondu "ben mon médecin traitant". Et c'est quelque chose qui me paraît un peu surprenant parce que c'est vrai que je me dis que quelqu'un comme ça qui évolue dans la douleur pendant des années, gérer seul, médecin généraliste une douleur ça me paraît compliqué quoi."

"J'aime pas voir les gens souffrir. J'aime pas voir les gens souffrir. Je ne supporte pas de voir les gens souffrir donc j'avais tout faire pour les soulager."

"Pour avoir vécu aussi certaines choses personnellement, j'ai.. on sait aussi dans quel état les gens peuvent être quand ils ont mal et le besoin qu'ils ont d'être accompagnés, d'être soutenus voilà dans leur.. dans leur problème hein."

"Ah j pense que c'est le.. c'est la formation hein qui fait ça, qui fait que une personne vient avec un problème, avec une plainte, on résout le problème, on répond à la plainte, alors avec des médicaments pourquoi pas, mais avec voilà avec tout un tas de choses, on a envie de trouver une solution aux problèmes des gens, c'est pas forcément leur demande."

"J'essaie de jamais.. j'essaie de jamais être négative, de toujours rester optimiste et puis de..de toujours essayer de rebondir et tout ça [...] j'essaie toujours de rester optimiste et de leur dire "aller on va trouver quelque chose" 'y a toujours moyen de.. d'améliorer les choses."

D. Cas négatifs

Certains médecins disaient ne pas avoir de difficulté concernant la douleur chronique, car ils arrivaient à prendre en charge les patients douloureux. Un médecin n'avait pas de difficulté pour la prise en charge psychologique, car il avait une pratique importante de psychothérapie. Pour certains, la relation médecin-patient n'était pas modifiée en cas de douleur chronique. Un des médecins expliquait ceci par sa volonté de rester équitable entre les patients douloureux et les autres.

"Beaucoup de cas on arrive à les résoudre, enfin facilement c'est peut être pas le mot mais de manière disons assez satisfaisante [...]c'est une petite minorité mais 'y a des gens pour qui effectivement on a on a du mal."

"Enfin moi ça c'est pas un problème particulier parce que j'ai une pratique assez importante de psychothérapie avec pas.. pas mal de patients anxieux, dépressifs donc voilà la.. l'anxiété ça.. ça m'inquiète pas trop chez les patients mais je sais que chez mes collègues c'est souvent ça, c'est "ah ouais mais alors les douloureux chroniques, c'est hyper compliqué parce que les gens ils sont très anxieux, on pourra pas leur arrêter comme ça"."

"J'ai pas euh.. c'est pas parce qu'ils ont euh.. mal que.. et ou plus mal que je.. que je vais m'en occuper plus que les autres en fait (rires). Ouais. Je veux.. euh.. je veux pas accorder plus d'imp.. d'importance à un patient qu'est douloureux parce que voilà c'est.. j'essaie d'être à peu près équitable."

IV. Discussion

A. Validité des résultats

1- Faiblesses de l'étude

- Recrutement

Le recrutement de l'étude s'est fait par relation de proximité. La participation de tous les médecins d'un même cabinet médical pouvait entraîner un manque de diversification. Ce manque de diversification s'est traduit par une forte proportion de médecins ayant une activité rurale. Bien que la majorité des médecins exerçaient dans le même département, la répartition géographique dans ce département était variée. La population était diversifiée en ce qui concernait l'âge, le sexe, l'ancienneté d'installation.

- Déroulement des entretiens

La réalisation des entretiens sur le lieu de travail des médecins dans la majorité des cas a pu être une cause de perturbations (médecin répondant au téléphone, interruption de l'entretien par des collègues du cabinet, entretien inclus entre deux consultations).

- Entretiens semi-dirigés

La méthode des entretiens semi-dirigés nécessitait un apprentissage, les premiers entretiens pouvaient être menés de manière non optimale. Les interventions de l'investigateur lors des entretiens pouvaient influencer le médecin participant et être une source de biais. La volonté de certains médecins de répondre correctement pouvait interférer sur leurs réponses et être une autre source de biais.

2- Forces de l'étude

- Méthode qualitative

La méthode qualitative permettait aux médecins participant à l'étude de s'exprimer sur ce sujet qui faisait appel à leurs difficultés, leur vécu. Cette méthode était donc la plus adaptée car elle a permis l'émergence de données inattendues. La trame d'entretien initiale a été modifiée au fur et à mesure des entretiens.

- Etude par entretiens

Le contexte d'un entretien se déroulant en face à face permettait aux médecins de s'exprimer sur ce sujet, en évoquant des thèmes difficilement abordables en groupe. L'évocation de leur vécu personnel par certains médecins témoignait d'un climat de confiance.

B. Résultats de l'étude

1- Résultats attendus

Au cours des entretiens, l'observance thérapeutique incomplète ou la non-observance était considérée comme une difficulté. Ce problème lié à l'observance est connu puisqu'en 2013, une étude a montré que la "complète observance" des prescriptions médicamenteuses antalgiques était évaluée entre 27 et 44 % selon l'intensité de la douleur (8). L'une des solutions proposées, en plus d'avoir une écoute attentive de la plainte du patient, était de développer l'éducation thérapeutique (9). Pour les prescriptions de médicaments et leur adaptation, les médecins faisaient référence aux paliers OMS. Certains médecins disaient avoir des difficultés à adapter leurs prescriptions au type de douleur. Ceci peut être expliqué par le fait que les paliers OMS ne tiennent pas compte du mécanisme de la douleur, du mode d'action des médicaments, des nouveaux médicaments utilisés dans la prise en charge de la douleur chronique (10,11). Une classification proposée par l'International Association of Pain pourrait aider à adapter les prescriptions puisqu'elle prend en compte les différents types de douleur (11).

L'évaluation de la douleur était une difficulté pour plusieurs raisons. Il existe plusieurs outils d'évaluation à la disposition des médecins : EVA, échelle verbale simple, échelle numérique (12). Les modalités d'utilisation de ces outils semblaient maîtrisées par les médecins rencontrés. Pourtant ils reconnaissaient ne pas les utiliser, ou rarement, car ils les considéraient comme non fiables ou ne prenant pas en compte la complexité de la douleur. Certains évoquaient des difficultés chez les patients ayant des troubles du langage ou des troubles de compréhension. Des échelles d'hétéro-évaluation ne faisant pas intervenir la compréhension des patients ont été développées (13) mais elles sont surtout diffusées en institution et peu utilisées en ambulatoire. L'évaluation de la douleur pouvait mettre en difficulté la relation médecin-patient, les médecins pouvaient remettre en question la sincérité des patients, les soupçonnant de surcoter leur douleur (14). Face à ce problème d'évaluation, le fait de bien connaître les patients était une solution trouvée par les médecins. Evaluer le

retentissement de la douleur sur le quotidien, sur l'entourage ou l'activité professionnelle leur permettait de prendre en compte la complexité de la douleur chronique.

Les médecins mettaient en avant l'efficacité limitée des médicaments comme une autre source d'échec, certains l'expliquant par le caractère incomplet d'une prise en charge médicamenteuse unique. La nécessité d'une prise en charge globale (15) (psychologique, sociale et environnementale) considérant la douleur chronique comme complexe est maintenant admise par une grande partie des médecins. Si la part psychologique de la douleur était reconnue par les médecins, la faire admettre aux patients pouvait être une difficulté. Pourtant, des études ont montré que l'expression des émotions avait un lien avec une intensité moins importante de la douleur qu'en cas d'alexithymie ou d'évitement émotionnel (16). Certains médecins interrogés se disaient vigilants pour rechercher ou dépister un syndrome dépressif chez les patients douloureux chroniques. Cette association entre la dépression et la douleur chronique a été étudiée (17). La prévalence du syndrome dépressif chez les patients douloureux chroniques est évaluée entre 20 et 50 % (18,19) mais sans pouvoir dire si la dépression est une conséquence de la douleur chronique ou l'inverse. D'autres comorbidités psychiatriques ont été mises en évidence, comme les troubles anxieux (17,20,21). La présence de ces comorbidités psychiatriques constituerait un facteur de mauvais pronostic de la douleur, c'est pourquoi il est nécessaire de les rechercher systématiquement. Pour ces raisons, certains auteurs considèrent la prise en charge psychiatrique comme indispensable à la prise en charge de la douleur chronique.

Certains médecins évoquaient leur volonté d'éviter la chronicisation de la douleur. Des facteurs ont été identifiés qui, lorsqu'ils s'associent, constituent une alerte quant à un risque de chronicisation de la douleur : les troubles de l'humeur (dépressions ou anxiété), les représentations que les patients ont de leur maladie comme pouvant entraîner un handicap grave, la répercussion de la douleur sur différents champs de l'existence du patient, les problèmes liés à l'activité professionnelle (18). Ces éléments doivent donc être repérés dès que possible.

Concernant la fibromyalgie, les médecins ont dit avoir des difficultés d'ordres diagnostiques ou thérapeutiques. Certains la considéraient comme un diagnostic créé pour répondre à la demande des patients de "mettre un nom". La fibromyalgie a pourtant été reconnue par l'OMS en 1992, des critères diagnostiques ont donc été établis. Cependant elle reste mystérieuse par

son absence de lésion organique pouvant déconcerter le médecin et compliquer la relation médecin-patient (22). Les critères diagnostiques évoluent et de nombreuses comorbidités sont maintenant reconnues comme associées à la fibromyalgie, principalement des pathologies fonctionnelles. Ceci témoigne de la complexité de ce syndrome. L'efficacité limitée des antalgiques est admise et la nécessité d'une prise en charge pluri-disciplinaire est reconnue (23,24). Ces difficultés peuvent entraîner une errance médicale qui avait été mentionnée au cours des entretiens, avec l'impression que les médecins "se renvoient la balle". Cette impression était également retrouvée du côté des patients dans une enquête qualitative auprès de patients fibromyalgiques (22).

Le manque de formation initiale théorique était perçu par les médecins comme une difficulté. Ils remarquaient une amélioration de la prise en charge par la pratique, d'abord pendant les stages, puis au cours de l'activité de médecin généraliste. Une formation spécifique des médecins généralistes permet une amélioration de la prise en charge des patients douloureux chroniques (25). Il existe actuellement une volonté de la part des autorités de santé d'améliorer la formation initiale et continue (26).

Bien que souvent mise en difficulté par la douleur chronique, la relation médecin-patient est pourtant reconnue comme nécessaire à une prise en charge de qualité. Elle est même considérée comme ayant un rôle thérapeutique (27). Témoignant de l'importance de la relation médecin-patient et d'une volonté de l'amélioration de celle-ci, des médecins ont développé une grille d'évaluation de la qualité des entretiens avec les patients douloureux chroniques (28). Les points évalués dans cette grille comportent : la reconnaissance de l'existence de la douleur par le patient, la formulation faite au patient de la différence entre intensité de la douleur et gravité de la maladie, la recherche des attentes et des représentations du patient, l'explication des traitements proposés et des solutions thérapeutiques possibles en cas d'échec. Ces grilles sont destinées aux médecins de la douleur et de soins palliatifs. Cependant, certains points sont applicables aux médecins généralistes et peuvent permettre d'améliorer les entretiens avec les patients douloureux chroniques.

2- Résultats inattendus

Les médecins disaient trouver divers recours en cas de difficulté face à un patient douloureux chronique, des recours médicaux ou non. Malgré cela, ils avaient parfois l'impression d'être seuls et perdus. Ils étaient parfois déçus des réponses apportées par les spécialistes auxquels

ils avaient adressé des patients, souvent en raison d'un manque de propositions nouvelles. Certains disaient adresser leurs patients après avoir épuisé toutes les ressources thérapeutiques médicamenteuses. Une durée d'évolution longue de la douleur est un facteur de complication de la prise en charge. Il existe des outils d'aide à la décision permettant aux médecins de savoir quels patients adresser à une structure d'étude et de traitement de la douleur, permettant d'éviter un retard de prise en charge (29).

Si les difficultés d'accès aux consultations spécialisées sont connues, en particulier les délais avant obtention d'un rendez-vous, certains médecins mentionnaient des difficultés de communication entre confrères. Le manque de confraternité et le manque de confiance des médecins spécialistes, hospitaliers en particulier, donnaient l'impression aux médecins généralistes de devoir se justifier et que leurs compétences étaient remises en question.

Le médecin généraliste se retrouve dans le cadre de la douleur chronique face à un paradoxe : d'un côté, l'exigence des patients d'être soulagés, ceci étant en partie motivé par les campagnes de lutte contre la douleur ; de l'autre côté, il doit reconnaître les limites de la médecine et les faire admettre aux patients. Bien que le médecin généraliste soit un acteur central de la prise en charge de la douleur chronique, la médecine libérale a été peu concernée par le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 (26).

Un des résultats inattendus de cette étude est la présence de cas négatifs, c'est-à-dire des médecins qui ont dit ne pas avoir de difficultés concernant la prise en charge de la douleur chronique. L'un des médecins avait une formation (DU de soins palliatifs) et une habitude de la pratique psychothérapeutique, lui permettant d'avoir une prise en charge plus globale.

V. Conclusion

La douleur chronique est un motif fréquent de consultation, notamment en médecine générale. Elle a fait l'objet de nombreuses études et recommandations. Pourtant, des insatisfactions existent du côté des patients et des médecins. Des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes du Loir et Cher et de l'Indre et Loire ont été réalisés dans le but d'évoquer avec eux leurs difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques.

L'étude a mis en évidence des difficultés d'ordre technique. La prise en charge thérapeutique de la douleur, qu'elle soit médicamenteuse ou non médicamenteuse, était source de problèmes. Le caractère subjectif de la douleur rendait son évaluation difficile. Malgré la volonté actuelle d'amélioration de la formation concernant la douleur, celle-ci était considérée par les médecins comme insuffisante.

La nécessité d'une prise en charge globale, et souvent pluri-disciplinaire, du patient est maintenant admise. Cependant, cette pluri-disciplinarité se heurte à des difficultés d'accessibilité et de communication avec les confrères. Une fois cet obstacle franchi, les réponses apportées ne répondent pas toujours aux attentes des patients ou des médecins généralistes.

La relation médecin-patient, bien qu'indispensable à la prise en charge de la douleur chronique, est souvent mise en difficulté. Même si les médecins disaient faire preuve de plus d'empathie et d'écoute, des sentiments négatifs pouvaient se développer. La chronicité de la douleur met le médecin face à une situation qu'il considère comme n'évoluant pas, alors qu'il a pour habitude de vouloir résoudre les problèmes des patients.

La mise en parallèle des difficultés des médecins, des attentes des internes de médecine générale et de celle des patients douloureux chroniques amènera à améliorer la formation des médecins et donc à optimiser la prise en charge des patients.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Recommandations professionnelles. Paris, 2009.
2. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005. Paris, 2002.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006 May;10(4):287–287.
4. Eschalier A, Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Langley P, et al. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15000 personnes adultes. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 2013 Feb;14(1):4–15.
5. 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 Eval - Diagn - Trait*. 2013 Apr;14(2):57–66.
6. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cah Psychol Clin*. 2007 Apr 1;n° 28(1):167–83.
7. Emery C, George B, Gomas J-M, Delfieu D, Mimaud V, Guillon P, et al. Prise en charge de la douleur en médecine générale : l'étude EPIDOL. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 2005 Dec;6(6):366–73.
8. Perrot S, Poulain P, Serrie A, Eschalier A, Mick G, Langley P, et al. Description des prescriptions de traitements pharmacologiques à visée antalgique et de leur observance en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15 000 personnes adultes. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 2013 Jun;14(3):119–30.
9. Marchand F, Mimassi N, Autret J, Baron D. Les difficultés d'observance dans la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 2006 Feb;7(1):17–21.
10. Bannwarth B. Inadéquation de la stratégie par paliers de l'OMS au traitement des douleurs rhumatologiques. *Rev Rhum*. 2010 Jan;77(1):1–3.
11. Bertin P. Les paliers de l'OMS : au placard !!! *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 2014 Apr;15(2):41–3.
12. Legout V, Moyse D. Douleur chronique. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 2006 Apr;7(2):63–7.
13. Wary B, Villard J-F. Spécificités de l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2006 Sep 1;4(3):171–8.
14. Regnier V, Lefranc A, Chvetzoff G, Pérol D, Chauvin F. La réglette EVA : un outil de médiation dans la relation soignant-malade ? Étude sociologique réalisée dans deux centres spécialisés dans le traitement du cancer de la région Rhône-Alpes. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 2008 Sep;9(4):202–10.
15. Derzelle M. Le déni de la complexité en douleur chronique : la part psychique maltraitée. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2014 Mar;172(2):136–8.

16. Elbeze Rimasson D, Gay M-C. Le fonctionnement émotionnel lors de la douleur chronique : état de la question. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2012 Apr;170(3):163–8.
17. Lemogne C, Smagghe P-O, Djian M-C, Caroli F. La douleur chronique en psychiatrie : comorbidité et hypothèses. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2004 Jun;162(5):343–50.
18. Cedraschi C, Piguët V, Luthy C, Rentsch D, Desmeules J, Allaz A-F. Aspects psychologiques de la douleur chronique. *Rev Rhum.* 2009 Jun;76(6):587–92.
19. Al DR et al. Douleurs chroniques et dépression : un aller-retour ? *Douleur.* 2009 Jun 17;Volume 208(24):1364–9.
20. Gerrits MMJG, van Oppen P, van Marwijk HWJ, Penninx BWJH, van der Horst HE. Pain and the onset of depressive and anxiety disorders. *PAIN.* 2014 Jan;155(1):53–9.
21. Gerrits MMJG, Vogelzangs N, van Oppen P, van Marwijk HWJ, van der Horst H, Penninx BWJH. Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders. *PAIN.* 2012 Feb;153(2):429–36.
22. Aïni K, Curelli-Chéreau A, Antoine P. L'expérience subjective de patients avec une fibromyalgie : analyse qualitative. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2010 May;168(4):255–62.
23. Sordet-Guepet H. L'insaisissable fibromyalgie. *L'Évolution Psychiatr.* 2004 Oct;69(4):671–89.
24. Cabane J. Qu'est-ce qui se cache derrière la fibromyalgie ? *Rev Médecine Interne.* 2011 Aug;32(8):455–60.
25. Chassany O, Boureau F, Liard F, Bertin P, Serrie A, Marchand S, et al. EP16 - Étude clinique de l'impact d'une formation à la prise en charge de la douleur en médecine générale sur l'évolution de la douleur de patients souffrant d'arthrose des membres inférieurs. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* 2004 Nov;5:40.
26. Bourdillon F, Cesselin F, Cornu H-P, Guérin G, Laurent B, Le Gall J, et al. Évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006–2010. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* 2011 Jun;12(3):129–39.
27. Allaz A-F, Vannotti M, Piguët V, Desmeules J. Douleurs chroniques rebelles et aspects thérapeutiques de la relation médecin-malade. *Cah Psychiatr.* 1997;(22):137–45.
28. Roussel P, Ammar D, Chevallier J, Derniaux A, Draussin G, Ginies P, et al. Grille d'évaluation de la qualité des entretiens avec le patient douloureux chronique. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* 2008 Feb;9(1):29–33.
29. Clère F, Sabon A, Henry F, Chauvin M, Lafon B, Lanoue M-C, et al. Chronodol® : quels patients adresser à une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique ? *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* 2013 Apr;14(2):86–92.

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
de la Faculté de médecine de TOURS**

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

BOURDIN Bérangère
Thèse n°

41 pages – 1 tableau

Résumé :

Contexte

La douleur chronique est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Il existe pourtant des insatisfactions du côté des patients et des médecins. Cette étude a pour objectif d'analyser les difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les médecins généralistes dans le Loir et Cher et l'Indre et Loire.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés enregistrés auprès de médecins généralistes, jusqu'à saturation des données. L'échantillon était diversifié. L'analyse thématique des données a été effectuée avec un double codage pour 11 entretiens.

Résultats

Vingt entretiens ont été réalisés. Les difficultés ont été d'ordre technique : difficultés thérapeutiques (médicamenteuses et non médicamenteuses), évaluation de la douleur, organisation du travail, manque de formation concernant la douleur chronique, nécessité d'une prise en charge globale, travail du médecin généraliste en réseau, particularités de la fibromyalgie. Les difficultés de la relation médecin-patient étaient dues à la chronicité de la douleur, à l'aspect psychologique et aux difficultés propres du médecin. Certains médecins ont dit ne pas avoir de difficulté.

Conclusion

Cette étude confirme la nécessité d'une prise en charge pluri-disciplinaire et la complémentarité du médecin généraliste et des spécialistes, malgré des difficultés de communication et d'accessibilité. La prise en charge de la douleur chronique requiert empathie et confiance au sein de la relation médecin-patient.

Mots clés :

- Douleur chronique
- Médecin généraliste
- Difficultés
- Relation médecin-patient

Jury :

Président : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Membres : Monsieur le Professeur Philippe COLOMBAT

Monsieur le Professeur Bernard FOUQUET

Madame le Docteur Katell MIGNOTTE

Madame le Docteur Isabelle VANNIER

Date de la soutenance : 18 juin 2014