

Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Nicolas PROVIN

Né le 17 août 1994 à Doullens (80)

Laura LEDRU

Née le 1^{er} janvier 1993 à Orléans (45)

Exploration du colloque singulier entre le médecin traitant et le patient douloureux chronique

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2021 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Christophe RUIZ, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Maxime PAUTRAT, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Jean-Michel LEMETTRE, Médecine Générale – Amboise

Directeur de thèse : *Docteur Sophie VIBET, Centre Evaluation et de Traitement de la Douleur, PHC, CHRU- TOURS*

Résumé

Exploration du colloque singulier entre le médecin traitant et le patient douloureux chronique : étude qualitative

Contexte : Les études montrent que les médecins généralistes rencontrent des difficultés dans la prise en charge de patients douloureux chroniques entraînant mise en échec et souffrance. Les patients expriment leur mécontentement en raison d'un manque d'écoute et d'un isolement. Nous sommes face à deux protagonistes insatisfaits.

Objectif : Explorer le colloque singulier entre médecin traitant et patient douloureux chronique

Méthode : Etude qualitative prospective menée par entretiens individuels semi-dirigés chez 16 binômes : médecin traitant et patient douloureux chronique rencontrés séparément. Analyse des données par théorisation ancrée.

Résultats : Quatre profils de relation se distinguent. Un premier profil décrit un patient expert de sa douleur et un médecin ouvert. Un second profil montre deux protagonistes dans l'attente. Un troisième met en évidence une impasse thérapeutique qui ne nuit pas à l'écoute. Et un dernier montre une relation plus pragmatique sans réelle attente d'un côté ou de l'autre : le médecin traitant est un pivot du parcours de soins et un pilier pour son patient.

Discussion : Quel que soit le profil, la relation se base sur une écoute, un soutien, et se construit dans le temps. Malgré la persistance des douleurs, la relation médecin-patient n'est pas impactée avec maintien d'une alliance thérapeutique. L'objectif n'est pas de supprimer les douleurs mais d'accompagner vers un mieux-être. Un profil médecin-patient n'est pas figé dans le temps et peut être amené à évoluer vers un autre profil.

Conclusion : Chaque relation est unique et thérapeutique en tant que telle. Une autre relation pourrait être étudiée : celle du patient douloureux chronique et d'un autre acteur habituel de sa prise en charge : le kinésithérapeute.

Mots clés : douleur chronique, relation médecin-patient, colloque singulier, médecine générale, alliance thérapeutique

Abstract

Investigation of the doctor-chronic pain patient relationship : a qualitative study

Background : Studies shows that general physicians encounter difficulties in the management of chronic pain patients leading to relation failure and suffering. Due to a lack of listening and isolation, patients express their disapointment. The two protagonists are not satisfied.

Purpose : Assessing the unique relationship between general physician and chronic pain patient

Method : Prospective qualitative study conducted by semi-structured individual interviews in 16 pairs : general practitioner and chronic pain patient met separately. Data analysis is being made by grounded theorization.

Results : Four relationship profiles stand out. A first profile describes an expert patient in managing his pain and an open-minded physician. A second profile shows two awaiting protagonists. A third profile highlights a therapeutic impasse despite a persistant attentive listening. A last one shows a more pragmatic relationship without real awaiting on both sides : general physician is a pivot of the care path and a mainstay for his patient.

Discussion : Whatever the type of profiles, relationship is based on listening, support, and is built over time. Despite the persistence of pain, the doctor-patient relationship is not impacted, with the persistance of a therapeutic alliance. The objective is not to erase the pain but to support towards better well-being. A doctor-patient profile is not immovable and may switch to another profile.

Conclusion : Each relationship is unique and therapeutic as such. Another relationship could be studied : the one between the chronic pain patient with another usual actor in this care : the physiotherapist

Key words : chronic pain, doctor-patient relationship, unique relationship, general medicine, therapeutic alliance

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean..... | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille.....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

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 communs

A Mesdames et Messieurs les membres du jury,

A Madame le Professeur Clarisse DIBAO-DINA, nous vous remercions de nous faire l'honneur de présider notre jury. Nous tenons à exprimer notre gratitude pour votre bienveillance et votre enseignement.

A Monsieur le Docteur Christophe RUIZ, nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse. Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre travail.

A Monsieur le Docteur Jean-Michel LEMETTRE, merci d'avoir accepté de participer à ce jury et de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur PAUTRAT, vous nous avez suggéré de réaliser ce travail de thèse à deux et nous vous en remercions. Grâce à votre expertise, nous avons découvert le travail d'équipe et la collaboration autour d'un sujet commun qui nous tient à cœur. Nous tenons également à vous remercier pour votre disponibilité notamment lors des formations concernant le codage. Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury, recevez toute notre reconnaissance.

A Madame le Docteur Sophie VIBET, nous tenons à t'exprimer toute notre reconnaissance d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci de ta disponibilité, de ton écoute, de tes précieux conseils et critiques constructives lors de nos nombreuses rencontres qui ont permis de faire avancer le travail et de ton soutien dans les moments de doute. Merci également pour ton expertise et ton enseignement tout au long de ce travail.

A tous les médecins généralistes et à tous les patients interrogés, merci de vous être livrés à nous, sans vous ce travail n'aurait pas été possible.

Remerciements Laura

A Julien, merci d'avoir été présent tout au long de ces études, de m'avoir soutenu et réconforté dans les moments de doute. Merci de ton amour et du bonheur de vivre à tes côtés chaque jour.

A Julie, ma sœur adorée, merci d'être ce que tu es : un rayon de soleil. Merci de tous ces moments inoubliables de notre enfance, de ton soutien, de ta présence, de tous ces beaux fous rires.

A mes parents, merci d'avoir fait de mon enfance la plus belles des enfances et de m'avoir préparé à la vie d'adulte tout en douceur. Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir soutenu dans tous mes projets et de l'amour dont vous m'avez toujours entouré.

A Pascale, Thierry et Lucie, merci de votre soutien. Je suis fier de faire partie de votre famille. Merci à toi Pascale pour la relecture de notre thèse et tous tes bons conseils d'experte de la langue française.

A mes grands-parents, oncle, tante, cousins, merci de tous les bons moments passés ensemble, de tous ces beaux souvenirs de famille et d'avoir cru en moi.

A mes Maitres de stage de médecine générale, Nathalie, Corinne, Hicham, Philippe, Blandine, Clarisse, vous m'avez fait découvrir la médecine générale avec passion et convaincu que j'avais fait le bon choix. Merci de votre bienveillance, de votre partage d'expériences, de votre écoute et de vos bons conseils, je n'oublierai pas ces stages à vos côtés et j'espère suivre votre modèle.

A l'équipe du CETD, à Anne, merci de votre accueil au sein du CETD, de votre expérience, vous m'avez fait découvrir le monde de la douleur chronique mais surtout l'écoute, la bienveillance et l'accompagnement de ces situations complexes.

A Sophie, merci tout d'abord pour m'avoir accueilli quand le sujet de cette thèse a commencé à germer dans mon esprit. Tu as toute ma reconnaissance pour avoir accepté de diriger ce travail. Merci de ton expertise concernant la douleur chronique et de ton partage d'expériences lors de mon stage au CETD qui a été essentiel et révélateur dans ma formation.

A mes amies, Charlotte, Sarah, Amina, Stéphanie, Nour, merci de tous ces beaux souvenirs de notre externat, du soutien pendant les révisions ou les stages.

A Elise et Céline, Loches Power! Merci d'avoir été présente, de votre soutien et de votre joie de vivre pendant ce stage aux urgences et tout au long de l'internat. Je suis fier de cette amitié qui s'est créée au cours de l'internat et qui perdurera longtemps je l'espère.

A la bande de copains, Estelle, Sophie, Claire, Thomas, Eliaz, Kevin, Antonin, Vivien, Jessie, Marion, Matthieu, Raphael, Yoann, etc... merci de tous ses bons moments de joie, de rire, de votre amitié et votre enthousiasme. Merci d'avoir été à mes côtés toutes ces longues années. Merci tout particulièrement à Thomas et Antonin pour la relecture de la thèse.

Et surtout à Nicolas, merci de m'avoir fait l'honneur de travailler avec moi. Merci pour toutes ses soirées à travailler avec enthousiasme et bienveillance, merci de ton soutien dans les moments de doute. Je pense qu'on a été plus fort ensemble. Et j'espère que ce n'est que le début d'une belle amitié.

Remerciements Nicolas

A Laura,

Merci de m'avoir sollicité pour participer à ce travail, de m'avoir fait confiance. Travailler avec toi a été très enrichissant et un réel plaisir. Merci pour toutes ces soirées de bonne humeur, merci de m'avoir épaulé quand il le fallait, merci pour ta vision des choses. Ce travail de thèse marque assurément le début d'une belle amitié.

A ma famille,

A Cassandre, merci de m'avoir toujours soutenu dans les moments de doute, pour ta positivité et pour ta constante volonté d'avancer, et merci pour le bonheur que tu me procures au quotidien,

A Pierre-Gilles, merci de m'avoir toujours encouragé, de près comme de loin.

A Eléonore, merci d'avoir toujours été là pour moi et pour notre famille.

A Papa, merci pour ton soutien indéfectible.

A Maman, merci de m'avoir donné envie d'apprendre et d'avancer.

A Catherine et Fabien, merci de m'avoir adopté dans votre belle famille.

A Pierre-Alexandre, merci de m'avoir inspiré, jamais je n'oublierai les moments passés ensemble.

A mes amis,

Aux Amiénois, avec qui j'ai partagé mes débuts en médecine et bien d'autres choses encore, merci d'avoir parcouru ce chemin avec moi : Paul, Sarah, Elias, Murat-Can, Raphaël, Mickaël, Leny, Anaïs C., Anaïs H., Augustin, Chloé, Amine, Mathias, Elias, Camille, Nicolas, Morgane, Hugo, Rémi, Côme, Mathieu, Gabriel.

Aux Tourangeaux, merci d'être devenus ma nouvelle famille d'adoption : Thibault, Camille M., Juliette, Thomas, Margaux, Jessica, Marc-Antoine, Marie P., Thomas C., Marie A., Charlotte, Arthur, Aude, Camille T. et Florent.

A mes co-internes, merci pour votre solidarité à toute épreuve et pour votre bonne humeur quotidienne : Paul-Emeric, Violette, Jean-Baptiste, Céline, Noémie, Laura, Caroline et Pauline. Merci d'avoir été là pour moi.

A mes maitres de stage et collègues,

A Xavier, Laurent, Ismaël, Guy et Yves et à toute l'équipe des urgences d'Oréliance, merci de m'avoir permis d'effectuer un début d'internat dans d'aussi bonnes conditions.

A mes praticiens de niveau 1 en médecine générale, Jean-Michel, Patrick, Isabelle, merci de m'avoir accueilli parmi vous et de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale.

A toute l'équipe du SSR de Luynes, merci de m'avoir accueilli pendant ces sept mois, durant ce stage marqué par le début de l'épidémie de COVID où j'ai beaucoup appris.

Au service d'USP de Clocheville, merci de m'avoir formé dans la bienveillance.

Au service d'Orthogénie de Bretonneau, merci pour votre esprit de compagnonnage, merci pour toutes ces réflexions éthiques très enrichissantes.

A tous les membres de la Maison de Santé Pluridisciplinaire du Véron, merci de m'avoir intégré à l'équipe, de m'avoir fait confiance si vite.

A toute l'HAD Val de Loire, m'avoir formé dans une superbe ambiance de travail.

Abréviations

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des libertés

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de santé PluriDisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSOCQ : Pain State Of Change Questionnaire

PTH : Prothèse Totale de Hanche

TENS : NeuroStimulation Electrique Transcutanée

WDR : Wide Dynamic Range

Table des matières

INTRODUCTION	17
1. Douleur et société	17
1.1 Définition de la douleur.....	17
1.2 Epidémiologie et multiples impacts	18
1.3 Physiopathologie de la douleur chronique	18
2. Prise en charge de la douleur chronique	19
2.1 Un modèle biopsychosocial.....	19
2.1.1 <i>L'arsenal thérapeutique</i>	19
2.1.2 <i>La prise en charge non médicamenteuse</i>	19
2.1.3 <i>L'éducation thérapeutique</i>	19
2.2 La relation médecin-malade	20
2.2.1 <i>La médecine moderne, temple de l'hyperspécialisation</i>	20
2.2.2 <i>Une relation médecin-patient asymétrique</i>	20
2.2.3 <i>Les dangers de la frustration</i>	21
2.2.4 <i>La décision partagée</i>	21
2.3 L'accompagnement dans le changement	21
3. Les difficultés de la prise en charge	22
3.1 Les difficultés des médecins.....	22
3.1.1 <i>Point de départ : notre expérience personnelle</i>	22
3.1.2 <i>Le ressenti des médecins</i>	22
3.2 Les attentes des patients douloureux chroniques.....	22
3.3 Le regard croisé entre patient et médecin	23
QUESTION ET OBJECTIF	23
MATERIELS ET METHODES	24
1. Type d'étude	24
2. Population étudiée	24
3. Taille de l'échantillon	25
4. Procédure de recrutement	25
5. Réalisation des entretiens	25
6. Recueil et analyse des données	26
RESULTATS	26
Chapitre 1 : Description de la population	26
1. Les médecins	26
2. Les patients	29
Chapitre 2 : Résultats de l'analyse	33
1. Les points communs de la relation	33

1.1	La rencontre médecin/patient, un rendez-vous régulier	33
1.1.1	<i>Le suivi régulier</i>	33
1.1.2	<i>Le renouvellement des médicaments</i>	33
1.2	L'importance de la disponibilité.....	33
1.2.1	<i>La porte ouverte</i>	33
1.2.2	<i>Un temps de consultation adapté au patient</i>	34
1.3	Le médecin généraliste, pivot du parcours de soin de son patient.....	34
1.3.1	<i>Le rôle d'orientation</i>	34
1.3.2	<i>Le travail en équipe</i>	35
1.3.3	<i>Les difficultés de la pluridisciplinarité</i>	35
1.4	L'importance du kinésithérapeute	35
1.4.1	<i>Une prise en charge bénéfique</i>	35
1.4.2	<i>Un manque de communication préjudiciable</i>	36
1.4.3	<i>Les axes d'amélioration</i>	36
2.	PROFIL 1, Alliance	36
2.1	Les bases de la relation.....	37
2.1.1	<i>La place de l'écoute et du soutien</i>	37
2.1.2	<i>La quête de la légitimité</i>	37
2.1.3	<i>La composante émotionnelle</i>	38
2.2	La relation de confiance	38
2.2.1	<i>Une confiance mutuelle</i>	38
2.2.2	<i>Le médecin, l'ancrage</i>	38
2.3	La décision partagée.....	39
2.3.1	<i>Un patient actif</i>	39
2.3.2	<i>La quête du diagnostic</i>	39
2.3.3	<i>Un patient expert</i>	39
2.3.4	<i>Un patient en quête d'autonomie</i>	39
2.3.5	<i>Un médecin flexible</i>	40
2.3.6	<i>Une relation bénéfique pour les deux protagonistes</i>	40
2.4	Un but commun.....	41
2.4.1	<i>Un patient qui compose avec le temps</i>	41
2.4.2	<i>Des alternatives potentielles</i>	41
2.4.3	<i>L'espoir</i>	42
3.	PROFIL 2, Expectative	42
3.1	La représentation des douleurs	42
3.1.1	<i>Un médecin qui connaît son patient</i>	42
3.1.2	<i>Un patient qui se connaît</i>	43
3.2	Une relation fusionnelle	44

3.2.1	<i>La place de l'écoute</i>	44
3.2.2	<i>Une relation de non-jugement</i>	44
3.2.3	<i>Une équipe</i>	44
3.3	Une prise en charge dans l'impasse.....	45
3.3.1	<i>L'insatisfaction vis-à-vis des traitements</i>	45
3.3.2	<i>L'impasse de la prise en charge</i>	45
3.3.3	<i>La double autocensure</i>	46
3.3.4	<i>La frustration du médecin</i>	46
3.4	L'attente	46
3.4.1	<i>Un patient à préserver</i>	46
3.4.2	<i>L'attente d'un miracle</i>	47
3.4.3	<i>Un accompagnement vers l'autonomie</i>	47
3.4.4	<i>Un profil expectatif</i>	47
4.	PROFIL 3, Remise en cause	48
4.1	La représentation des douleurs	48
4.1.1	<i>Des douleurs intenses aux multiples impacts</i>	48
4.1.2	<i>Un patient qui vit avec sa douleur</i>	48
4.1.3	<i>Un médecin dans l'incompréhension</i>	48
4.2	L'impasse thérapeutique.....	49
4.2.1	<i>Un médecin dans l'impasse</i>	49
4.2.2	<i>Un médecin en manque de confiance</i>	50
4.2.3	<i>L'attente d'un miracle</i>	50
4.2.4	<i>Un patient déçu de sa prise en charge</i>	51
4.3	L'origine des douleurs.....	51
4.3.1	<i>Un médecin en quête d'un diagnostic</i>	51
4.3.2	<i>Un patient qui connaît ses douleurs</i>	51
4.3.3	<i>La part émotionnelle</i>	51
4.4	La relation de confiance	52
4.4.1	<i>La place de l'écoute</i>	52
4.4.2	<i>Une relation de confiance</i>	52
4.4.3	<i>La recherche de solutions</i>	53
4.4.4	<i>Un patient aux attentes réalistes</i>	53
4.5	L'avenir de la relation	53
4.5.1	<i>Un patient qui attend des propositions</i>	53
4.5.2	<i>Un médecin qui attend avant de proposer</i>	54
5.	PROFIL 4, Pragmatisme	54
5.1	La représentation des douleurs	54
5.1.1	<i>Un impact important, mais inavoué</i>	54

5.1.2	<i>L'incertitude sur les douleurs</i>	55
5.2	La demande incomprise.....	55
5.2.1	<i>Le rôle du généraliste selon le patient</i>	55
5.2.2	<i>Un médecin dans l'incompréhension</i>	56
5.2.3	<i>Une pluridisciplinarité compliquant la prise en charge</i>	56
5.3	Une relation pragmatique	57
5.3.1	<i>Une relation professionnelle</i>	57
5.3.2	<i>Le fatalisme dans la relation</i>	57
5.3.3	<i>L'absence de réelle demande</i>	58
DISCUSSION	59
1.	Discussion de la méthode, validité de l'étude	59
1.1	Thème original.....	59
1.2	Forces de l'étude.....	60
1.3	Limites de l'étude	60
2.	Discussion des résultats, relation médecin-patient	61
2.1.	Quatre profils de relation	61
2.2	Le rôle du médecin traitant	62
2.3	L'objectif : accompagner vers un mieux-être	63
2.4	Un colloque singulier	64
CONCLUSION	65
ANNEXES	67
	<i>Annexe 1</i> : Neurophysiologie de la douleur aiguë (3 ; 14)	67
	<i>Annexe 2</i> : Déclaration de la recherche à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) ...	69
	<i>Annexe 3</i> : Questionnaires utilisés :Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) et Questionnaire Concis sur la Douleur (QCD).....	70
	<i>Annexe 4</i> : Canevas d'entretien	78
	<i>Annexe 5</i> : Exemple d'une mindmap réalisée pour un binôme	80
BIBLIOGRAPHIE	82

INTRODUCTION

Vendredi après-midi, 17h30, une demi-heure de retard. Je vois sur mon planning, pour la troisième fois ce mois-ci, le nom de Joséphine.

Je soupire, reprends mes esprits, et me dirige vers la salle d'attente la boule au ventre. Ce n'est pas avec elle, patiente douloureuse chronique, que je vais gagner du temps. Que peut-elle bien encore me vouloir ?

Joséphine s'assoit en face de moi, l'air abattu... « Docteur, j'ai mal partout, je souffre. Les médicaments que vous m'avez prescrits la semaine dernière ne marchent pas du tout ! Je n'en peux plus, je suis à bout... Il faut absolument que vous fassiez quelque chose ! »

1. Douleur et société

1.1 Définition de la douleur

Selon la définition de l'International Association for the Study of Pain (IASP) de juillet 2020, la **douleur** est « une **expérience sensorielle et émotionnelle désagréable** associée à, ou ressemblant à celle associée à une **lésion tissulaire réelle ou potentielle** ». Cette définition met en avant le côté **subjectif** de la douleur, propre à chaque individu, et chez un même individu, variant selon le **contexte** (1), **difficilement quantifiable** (2). Il n'existe **pas de biomarqueur** permettant de confirmer l'expérience de la douleur, de même les **aires cérébrales en imagerie fonctionnelle** ne peuvent rendre compte de l'expérience du sujet (3).

« C'est la vie qui donne du sens à la douleur et non la douleur qui donne du sens à la vie » (4).

On différencie classiquement la douleur aiguë de la douleur chronique.

La **douleur aiguë** joue un rôle d'**alarme**, intense mais brève, dure **moins de trois mois** ce qui correspond au **décal de cicatrisation du tissu lésé**. C'est une réponse physiologique adaptée à sa cause (2,5).

La **douleur chronique** se prolonge **au-delà du décal de cicatrisation**, en l'absence de stimulus nociceptif et devient une **maladie**. Elle est souvent **multifactorielle**, avec des facteurs d'entretien **psychologiques, sociaux et culturels**, et des conséquences **physiques, morales et sociales**. Cette douleur chronique **répond souvent mal** à un traitement antalgique approprié et est accompagnée d'une **altération significative** et durable du **statut fonctionnel** (2,5,6).

Le **syndrome douloureux chronique** est défini dans le Livre Blanc de la Douleur. C'est un concept plus complexe de la douleur chronique. Il s'agit d'une **construction multidimensionnelle** où les **signes objectifs** de la maladie-douleur s'intriquent avec

l'expérience vécue par l'individu (2) : l'inconfort et le vécu du retentissement fonctionnel, plus subjectifs (7). C'est une expérience qui ne peut être objectivée, il faut l'envisager comme un symptôme à part entière.

1.2 Epidémiologie et multiples impacts

La douleur a été qualifiée « **d'épidémie silencieuse** » en Amérique du Nord (8). Plus de 30 % de la population générale française (de plus de 18 ans) déclare avoir des douleurs de plus de 3 mois, soit près de 20 millions de français.

Les **coûts financiers** directs et indirects de la douleur chronique sont **considérables**. En France, les antalgiques représentent un coût annuel d'un milliard d'euros pour la Sécurité Sociale et 350 millions d'euros de dépenses en automédication. Les **arrêts de travail** sont cinq fois plus fréquents chez les patients douloureux chroniques que dans la population générale, beaucoup sont en arrêt de travail prolongé (5 % d'entre eux contre 1 % de la population générale), ou en invalidité (7,9).

La douleur est **consommatrice de soins** : en France, la douleur motive près de deux tiers des consultations médicales (10). Elle est le premier motif de consultation aux urgences et chez le médecin généraliste (11).

La **douleur chronique** est associée à de **nombreuses comorbidités**. Les pathologies psychiatriques semblent liées à une augmentation du risque de douleurs chroniques. De même, ces dernières augmentent la prévalence de la dépression, de l'anxiété, ou encore des troubles du sommeil et des addictions (9).

Le **mésusage des antalgiques** est très fréquent : il peut être le fait d'une recherche de l'usager d'un autre effet qu'antalgique, d'un non-respect de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), d'une automédication. Les décès liés aux opioïdes sont en augmentation, et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont souvent prescrits avec des risques (grossesse, insuffisance rénale, infection). Le paracétamol est l'une des principales causes d'intoxication médicamenteuse (12,13).

1.3 Physiopathologie de la douleur chronique ¹

Suite à une blessure, « la **soupe inflammatoire** » qui permet d'optimiser la guérison de la zone blessée va altérer les propriétés des **nocicepteurs**. Ceux-ci vont subir une **sensibilisation primaire** en périphérie en émettant des potentiels d'action plus facilement ou même spontanément. Si le phénomène perdure, cela conduit à l'**hyperalgésie** et à l'**allodynie**.

S'en suit l'**hypersensibilisation secondaire**, une hyperexcitabilité au niveau des neurones de la racine dorsale de la moelle épinière ainsi que des centres supérieurs associés à la douleur. C'est pour cela qu'une **sensation douloureuse chronique** peut s'installer et persister bien après la guérison de la blessure initiale. On rentre alors dans un cercle vicieux d'**autosensibilisation**.

Secondairement, il peut y avoir une **extension spatiale** des champs récepteurs avec recrutement de nocicepteurs adjacents : la zone deviendra alors sensible à tout type de stimuli qu'ils soient chimiques ou mécaniques et même de faible intensité.

D'autres causes sont responsables de douleurs chroniques comme les **accidents vasculaires cérébraux (AVC)** ou les **lésions médullaires** traumatiques ou inflammatoires qui

¹ Physiopathologie de la douleur aiguë en annexe 1

vont déséquilibrer les contrôles descendants de la douleur, rendant le système du portillon de la moelle épinière trop facilement franchissable.

Le **système wide dynamic range** (WDR) est responsable de l'impression que la douleur vient « de partout ». Les informations nociceptives intenses qui naissent des zones périphériques des champs récepteurs peuvent converger sur un même neurone WDR au niveau de la moelle épinière : il y a une convergence de l'information nociceptive et une représentation somatique floue (3,14)

2. Prise en charge de la douleur chronique

2.1 Un modèle biopsychosocial

2.1.1 *L'arsenal thérapeutique*

L'**arsenal thérapeutique** est conséquent. Cependant les classes thérapeutiques sont relativement **anciennes** sans progrès majeur ces dernières années, même si en 2021 une expérimentation des médicaments contenant du cannabis a débuté. On utilise les **antalgiques opioïdes ou non** et les antalgiques « **adjuvants** » ou « **co-antalgiques** » : antidépresseurs, antiépileptiques, corticoïdes (15). Pourtant un patient sur deux n'est pas soulagé par ce traitement médicamenteux. Si un médicament suffisait à faire disparaître la douleur, alors la douleur chronique n'existerait pas.

2.1.2 *La prise en charge non médicamenteuse*

En plus des antalgiques, on utilise également la **kinésithérapie** ou les **programmes de réadaptation fonctionnelle** au sein d'équipes pluridisciplinaires. La **psychothérapie** est également très importante dans la prise en charge. En complément de la médecine conventionnelle, la médecine de la douleur intègre des **thérapies complémentaires**, après une évaluation globale du patient au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Ces pratiques sont réalisées par un professionnel de santé formé. Ces thérapies permettent une **autogestion de la douleur** dans une démarche d'**autonomisation** du patient.

L'**imagerie cérébrale fonctionnelle** a mis en évidence que l'**hypnose**, l'**acupuncture**, l'**effet placebo** et d'**autres approches non médicamenteuses** influent sur la perception de la douleur (16).

Par ailleurs, le **TENS** (NeuroStimulation Electrique Transcutanée) est également utilisé dans la douleur chronique. L'électrostimulation **module le gate control** et **bloque les récepteurs de la douleur**. Il s'agit d'un traitement non médicamenteux, fiable, efficace avec peu d'effets secondaires et de contre-indications.

2.1.3 *L'éducation thérapeutique*

Comme dans toute maladie chronique, l'**éducation thérapeutique** se doit d'aider au mieux le patient douloureux chronique à gérer sa vie et sa maladie chronique.

L'objectif est de rendre le patient plus **autonome** en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en **améliorant sa qualité de vie**. Un patient **acteur de sa prise en charge** est un patient qui saura reprendre une activité (professionnelle, sociale, physique,

associative, etc.). Ceci limitera les répétitions d'arrêt de travail, les recours aux consultations ou aux hospitalisations, et les rechutes.

Il convient de prendre en compte l'**hétérogénéité des syndromes douloureux** et de proposer une **prise en charge individualisée** (17).

2.2 La relation médecin-malade

Le **médecin généraliste** est un acteur de premier plan dans la prise en charge de la douleur. Dans 65 % des consultations dont le motif est la douleur, le médecin généraliste est le **premier professionnel à être consulté** (18), et la douleur est abordée dans trois quarts des consultations chez le médecin généraliste (19).

Elle a l'avantage d'intégrer le patient dans son environnement et de s'inscrire dans une **prise en charge biopsychosociale**. Ce sont les médecins traitants qui adressent les patients chez les spécialistes et en structure de prise en charge de la douleur chronique (20).

2.2.1 *La médecine moderne, temple de l'hyperspécialisation*

L'évolution actuelle de la médecine tend vers une **hyperspécialisation** des fonctions ou des organes et a tendance à **morceler le corps** et à **séparer le corps et l'esprit** en deux entités distinctes. In fine, le parcours de soins est impacté. Le patient est invité à **suivre** les recommandations et les traitements prescrits par le médecin **sans se poser de questions**. Le fait que les difficultés psychologiques, les angoisses ou les espoirs interagissent avec les traitements et en modifient l'effet n'est pas pris en compte (21). Cette **séparation abstraite** entre l'individu, son vécu, et son corps est à l'origine des difficultés de traitement de la douleur, celle-ci étant soit une lésion corporelle soit une souffrance psychique sans que le corps et l'esprit ne puissent se rencontrer.

2.2.2 *Une relation médecin-patient asymétrique*

Face à cette **hyperspécialisation**, Michael Balint a montré l'importance du **dialogue** avec le malade et la nécessité du contact. Le malade est défini comme « un homme souffrant dans sa vie avant de souffrir dans sa chair ».

Un nouveau modèle a vu le jour : « **informatif-explicatif-délibératif** », dont le but est de **réduire l'asymétrie relationnelle** à une **asymétrie d'information**. Le **médecin explique** la nature de la maladie, les différents traitements et leur rapport bénéfices/risques, mais c'est au **patient de décider**. Ceci s'apparente à une **relation commerciale** entre un « offreur de soin » et un « consommateur éclairé ».

Beaucoup de patients revendiquent la nécessité d'être **acteur de leurs soins**. Les patients ont toutes les sources nécessaires pour s'informer et font preuve de **réflexivité** : le médecin doit **s'adapter** à leurs connaissances.

C'est au médecin de **s'adapter à chaque patient**. Il doit l'accompagner vers l'**autonomie** et une **qualité de vie acceptable** selon les critères du patient et non les siens.

Toujours selon Balint, il est préconisé que le médecin **se rende disponible le plus possible** quel que soit son temps d'écoute. Il convient de définir des **objectifs partagés** et de faire preuve d'empathie réciproque. « Un médecin motivé pour connaître son patient est un médecin motivant » (22).

2.2.3 *Les dangers de la frustration*

Lorsque la prise en charge est simple et le traitement efficace, le médecin s'interroge peu sur la relation médecin-patient. Au contraire, lorsque celui-ci se révèle **inefficace**, ce qui est très souvent le cas dans la douleur chronique, le médecin aura du mal à assumer l'**impuissance** de la médecine et se protégera en évitant le patient ou en réalisant des **prescriptions inutiles**, faute de savoir l'accompagner (22).

2.2.4 *La décision partagée*

Au-delà de la dichotomie d'une relation paternaliste (17), et d'une relation commerciale entre patient porteur d'organes et médecin prestataire technicien supérieur, existe la relation de partenariat. Cette relation repose sur l'**alliance thérapeutique**, rapport égalitaire d'adulte à adulte, fixe des **objectifs communs** et se donne les moyens de les atteindre. Le patient n'est l'**expert que de lui-même**. Le malade peut proposer plus ou moins explicitement la relation qui lui convient, relation à respecter par le soignant, et qui peut évoluer avec le temps.

Les praticiens formés à l'éducation thérapeutique revendiquent une pratique centrée patient et une prise en charge globale. Il s'agit idéalement de marcher avec le patient, à son rythme et autant qu'il le souhaite dans une direction fixée en commun.

L'éducation thérapeutique vise à répondre aux trois besoins psychologiques fondamentaux que sont l'**autonomie**, c'est-à-dire l'aptitude à décider pour soi mais pas à décider seul, la **compétence**, c'est-à-dire le sentiment d'efficacité, et enfin le **sentiment d'appartenance et de reconnaissance** à l'opposé du sentiment d'exclusion.

Le but de la pédagogie de l'éducation thérapeutique est la **conquête de l'autonomie** du patient, grâce à l'acquisition de compétences personnalisées.

2.3 L'accompagnement dans le changement

Le modèle transthéorique développé par Prochaska et DiClemente (23) est une théorie de **changement comportemental** basée sur des étapes bien définies : la **pré-intention**, l'**intention**, la **préparation** ou prise de décision, l'**action** et le **maintien**. D'après cette théorie très connue, pour aider un patient il faut le faire progresser d'**étape en étape** vers la réussite. Ce modèle est notamment utilisé pour l'aide de sevrage au tabac.

Il a été adapté au cas des patients douloureux chroniques, dans la prise en charge psycho-comportementale permettant d'acquérir de **nouvelles stratégies adaptatives**. Ces approches visent à aider le patient à gérer plus efficacement ses douleurs et sont efficaces sur l'intensité douloureuse, les capacités fonctionnelles et l'humeur.

Des bénéfices secondaires, de multiples échecs thérapeutiques et des déceptions peuvent être un **frein** à l'investissement de ces changements.

Kerns et al. ont élaboré un outil adapté aux patients douloureux chroniques : Le **Pain Stade Of Change Questionnaire** (PSOCQ) :

- **stade de pré-réflexion** : confier la gestion de la douleur au corps médical jugé tout-puissant, en pensant que le champ d'action personnel est relativement limité ;
- **stade de réflexion** : prendre conscience qu'une gestion plus responsable et autonome des souffrances physiques serait davantage profitable ;
- **stade de l'action** : déployer d'importants efforts pour apprendre à gérer activement la douleur ;

- **stade du maintien** : gérer de manière relativement responsable et autonome les douleurs chroniques, en dépit de possibles difficultés d'ajustement.

3. Les difficultés de la prise en charge

3.1 Les difficultés des médecins

3.1.1 *Point de départ : notre expérience personnelle*

Au cours de nos stages en médecine générale, nous nous sommes rendu compte que la prise en charge des patients douloureux chroniques était **difficile**.

Cette prise en charge de la douleur est complexe en elle-même mais peut surtout mettre en échec le médecin ou l'interne présent en consultation. Cette mise en échec peut entraîner une **remise en question** de nos capacités et atteindre notre confiance.

3.1.2 *Le ressenti des médecins*

Les études montrent que les médecins généralistes comme les internes éprouvent des difficultés dans la prise en charge des patients douloureux chroniques à tous les niveaux : que ce soit au moment du **diagnostic**, de l'**évaluation** ou du **traitement** (10). Les consultations sont chronophages, les relations peuvent être difficiles avec les spécialistes. Les médecins généralistes appréhendent la consultation avec un patient douloureux chronique pour les difficultés dans sa prise en charge psychologique et pointent un manque de formation. Ces consultations sont un facteur de **stress** et provoquent des sentiments de **culpabilité** et de **colère**. Malgré une formation très centrée sur les thérapeutiques, les médecins peuvent rencontrer des **difficultés dans la prescription** à la fois des paliers 2 et des morphiniques (24). Le versant psycho-social est peu étudié et les connaissances concernant les « médecines alternatives » sont faibles (25). Le **patient** est souvent plus **expert** que l'interne en médecine ce qui remet en cause la crédibilité et la confiance de ce dernier (26). La communication est au centre des difficultés. La discordance entre la clinique et les symptômes exprimés entraîne des **émotions négatives** comme l'agacement, la perte d'empathie et le désintérêt.

3.2 Les attentes des patients douloureux chroniques

Les patients douloureux chroniques semblent majoritairement **insatisfaits** de leur prise en charge. Est-ce vrai qu'ils soient réellement insatisfaits ? Et s'ils le sont, qu'attendent-ils de leur médecin ? Pourquoi continuent-ils à venir voir leur médecin ?

La question s'est déjà posée dans la littérature. Plusieurs thèses se sont intéressées au sujet. Qu'attendent les patients douloureux chroniques de leur prise en charge et de leur médecin traitant ?

La **communication** et la **relation de confiance** sont au cœur des attentes des patients douloureux chroniques. Ils souhaitent une information éclairée pour adhérer au traitement. L'écoute et le soutien sont essentiels, du fait du manque de reconnaissance des proches ou de la société qui entraîne une grande souffrance.

Certains pensent que la relation est **décevante** si le médecin est **impuissant**. D'autres acceptent cette impuissance et attendent une **compensation** par l'**investissement**, la **disponibilité** et les **qualités relationnelles** de leur médecin traitant.

Le désir d'avoir un diagnostic est **important** notamment pour la reconnaissance de la maladie. Les patients qui souffrent depuis **moins de deux ans** ont tendance à attendre un

diagnostic (examens complémentaires et avis spécialisés) et un **traitement curatif**. Ceux qui souffrent depuis plus de dix ans acceptent l'**absence de traitement curatif** et se tournent vers les **traitements symptomatiques**. Ils se dirigent plus facilement vers les « **médecines parallèles** », qui ont une image positive mais un coût financier non négligeable.

L'**amélioration de la qualité de vie** leur paraît plus importante que les traitements médicamenteux, en lesquels ils n'ont souvent pas confiance. Le parcours de soins est souvent perçu comme trop long.

Les patients plus âgés attendent que le médecin prenne les décisions alors que les patients plus jeunes souhaitent une prise de décision commune.

La plupart reconnaissent un lien entre **douleur** et **psychisme** mais refusent une **psychothérapie**.

Face à leur médecin traitant, les patients peuvent ressentir de la **confiance** ou au contraire de la **rancune**, ils peuvent chercher des solutions auprès d'autres praticiens, il leur arrive de dissimuler ou de taire leurs symptômes si l'« on ne peut plus rien faire ». Ils ont des **attentes** vis-à-vis des horaires, de la capacité de déplacement du médecin, de la durée de la consultation. Le médecin doit coordonner la prise en charge en tenant compte de ces attentes.

L'**autonomisation** est essentielle dans la prise en charge de la douleur. Les patients veulent que le médecin reconnaisse ses limites et l'évolution de la pathologie douloureuse (27,28).

3.3 Le regard croisé entre patient et médecin

Ces différentes études mettent en lumière que le patient est conscient de l'impuissance de son médecin traitant face à sa douleur chronique et qu'il recherche essentiellement une **écoute** et un **soutien**. Pourquoi les médecins n'ont-ils pas conscience de cette attente ? Que se passe-t-il réellement dans la relation entre médecins et patients ? Il serait intéressant de croiser les informations entre le médecin et son patient.

Un travail au CHU de Saint Étienne (29) a été réalisé sur les représentations et attentes des patients et médecins dans une consultation antidouleur. Cette étude pointe la **discordance** entre les médecins et les patients concernant la représentation de l'origine du syndrome douloureux et des facteurs expliquant sa pérennisation.

Pour les patients, l'absence de soulagement de leur douleur est souvent une **erreur diagnostique** ou une **insuffisance de prise en charge**. Ils nient le rôle des facteurs personnels et psychologiques et pensent qu'il est surestimé par les médecins.

Les patients ont des attentes plus élevées que les médecins concernant le résultat des thérapeutiques : 83 % des patients versus 50 % des médecins espèrent une évolution favorable sous traitement. 90 % des patients espèrent être soulagés dont 37 % totalement. 46 % des patients pensent que les médecins ne s'intéressent pas à la douleur et qu'ils la sous-estiment. 53 % pensent que les médecins prennent en considération la part psychobiologique de la douleur mais 57 % pensent qu'ils accordent trop d'importance aux facteurs psychologiques.

QUESTION ET OBJECTIF

En médecine générale, les douleurs sont un motif très fréquent de consultation. Nombre de médecins suivent des patients douloureux chroniques. De nombreuses études ont

montré que les médecins généralistes et les internes en médecine générale rencontraient des difficultés dans la prise en charge de patients douloureux chroniques. Le sentiment principal est la mise en échec et la perte de confiance, ce qui peut entraîner une souffrance chez le médecin (24,25,26). Dans d'autres études, les patients exprimaient leur mécontentement dans la prise en charge de leur douleur. Le plus souvent, ils ne se sentent ni entendus ni écoutés par leur médecin traitant. Ils décrivent un parcours de soins long et se sentent isolés dans cette prise en charge (27,28).

Nous sommes face à **deux protagonistes insatisfaits** dans la prise en charge des douleurs chroniques.

Selon le Professeur Portes, le **colloque singulier** est « la rencontre d'une confiance et d'une conscience » : le médecin et le patient sont des alliés dans l'observation, le pronostic et le traitement.

La médecine générale est centrée sur le patient, permettant une relation privilégiée entre le patient et le médecin.

Nous allons explorer et étudier ce colloque singulier entre le patient douloureux chronique et son médecin traitant.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons rencontré séparément des **couples** composés d'un **patient douloureux chronique** et de son **médecin traitant**.

Cette étude a été menée par **deux investigateurs** car le nombre de personnes à inclure était deux fois plus important qu'une étude qualitative habituelle, nous interrogeons en effet non pas un individu mais un couple médecin/patient.

1. Type d'étude

Cette recherche était **qualitative**, permettant d'analyser au mieux les représentations et le vécu de chaque participant, médecin comme patient.

Les **entretiens** étaient **semi-dirigés**, réalisés par les investigateurs, et avaient pour objectif de **libérer au maximum la parole**. Au départ la grille était constituée de 6 questions et a été amenée à être modifiée au cours de la réalisation des entretiens. Il y avait deux canevas de questions : un pour le médecin traitant et un pour le patient. Les deux investigateurs ont réalisé les entretiens d'un patient et de son médecin traitant. Par souci de faisabilité, les binômes n'ont pas été échangés entre les deux investigateurs.

2. Population étudiée

Les médecins traitants devaient exercer en **Indre-et-Loire** et accepter de participer à l'étude.

Les critères d'inclusion pour les patients étaient une **douleur chronique**, classiquement de plus de 3 mois mais dont le diagnostic ou au moins le bilan étiologique était terminé même sans cause retrouvée, **habitant en Indre-et-Loire** (37). Les patients devaient

être **majeurs, sans trouble cognitif, maîtriser la langue française** et être **capables de réaliser une auto-évaluation de leur douleur**. Les **douleurs cancéreuses** étaient **exclues** de l'étude.

3. Taille de l'échantillon

Les entretiens ont été effectués jusqu'à **saturation des données**. Aucune propriété nouvelle n'émergeait des deux derniers entretiens menés. Le nombre d'entretiens nécessaire a été de **seize** pour chaque groupe, soit **trente-deux entretiens** au total pour explorer la relation des **seize binômes**.

L'échantillonnage a été effectué selon la méthode habituelle : « **en recherche de variation maximale** » (30).

4. Procédure de recrutement

L'investigateur prenait d'abord contact avec un **médecin généraliste**, et lui demandait de choisir un **patient** parmi sa patientèle correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion. Si le patient acceptait de participer à l'étude, il était alors contacté par l'investigateur par téléphone pour définir le lieu et le jour de l'entretien. Les deux entretiens étaient menés **séparément**, au cabinet, au domicile, par visioconférence ou par téléphone, de préférence dans un lieu calme, sans la présence de proches, ou sans risque d'être dérangé. Au cours de l'étude, nous nous sommes rendu compte que cette méthode pouvait apporter un biais de recrutement : les médecins avaient tendance à choisir des patients avec qui la relation se passait bien. Nous avons donc décidé d'inclure des patients recrutés sans l'accord de leur médecin traitant, rencontrés en stage d'internat ou au centre antidouleur, puis de contacter leur médecin traitant en cas d'accord pour participer à l'étude. Une patiente a été incluse par cette méthode.

5. Réalisation des entretiens

Au préalable, les autorisations nécessaires à la réalisation ont été demandées au **comité d'éthique** et les données anonymisées ont fait l'objet d'une déclaration à la **Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)**.

Chaque individu a été rencontré séparément, les informations et le recueil de données étaient strictement **confidentiels**. Treize entretiens ont été réalisés au domicile des patients, un par téléphone et deux par visioconférence. Du côté médecin, treize entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin, deux par visioconférence et un au domicile de l'investigateur.

Avant la réalisation de l'entretien, le patient était invité à remplir un dossier papier concernant ses douleurs, ses traitements et ses données personnelles. Ce document était relu et complété si besoin en présence de l'investigateur.

Les entretiens ont été enregistrés par deux appareils différents afin de prévenir un problème technique et une perte de données.

Les entretiens côté patient ont duré de 14 minutes et 20 secondes à 1 heure 43 minutes pour une moyenne de **29 minutes et 15 secondes**. Côté médecin les entretiens ont duré de 15 minutes et 43 secondes à 51 minutes et 27 secondes, pour une moyenne de **27 minutes et 44 secondes**.

6. Recueil et analyse des données

Tous les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité en notant également des données non verbales. Le logiciel **Sonal** a été utilisé comme aide à la retranscription et a également permis de réaliser le codage des verbatims.

Une **triangulation de l'analyse** a été réalisée afin de renforcer la validité de l'étude. L'investigateur qui n'avait pas effectué l'entretien était chargé de le retranscrire et d'en faire un premier codage. Un deuxième codage était réalisé indépendamment du premier puis les deux investigateurs mettaient en commun leurs résultats. L'analyse choisie a été celle de la théorisation ancrée.

Les verbatims ont été analysés par couple médecin-patient en réalisant des **mindmaps** pour chaque couple à l'aide du logiciel **framinmap.fr** (cf annexe pour exemple).

Une fois les mindmaps réalisées, nous avons pu mettre en évidence **4 profils type** à partir de nos 16 binômes. Par souci de confidentialité, les numérotations ont été données indépendamment entre le groupe patient et le groupe médecin, afin qu'aucun binôme ne puisse reconnaître les dires de l'autre partie.

RESULTATS

Chapitre 1 : Description de la population

1. Les médecins

Nous avons inclus **16 médecins** installés en Indre-et-Loire, 11 femmes et 5 hommes. La répartition est décrite sur la carte ci-après

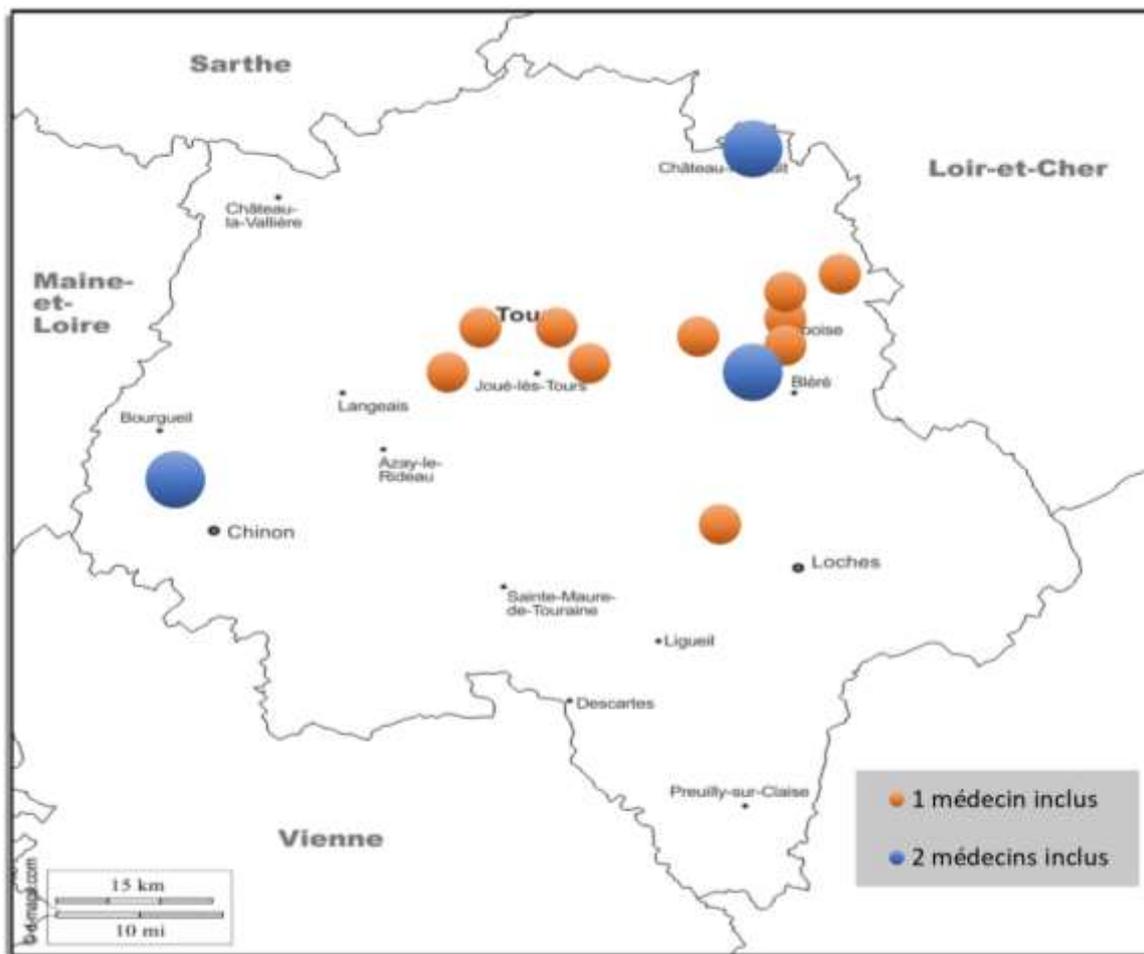


Figure 1 : Répartition géographique des médecins généralistes inclus dans l'étude

La répartition de l'âge des médecins et de leur durée d'installation est illustrée par ces deux diagrammes :

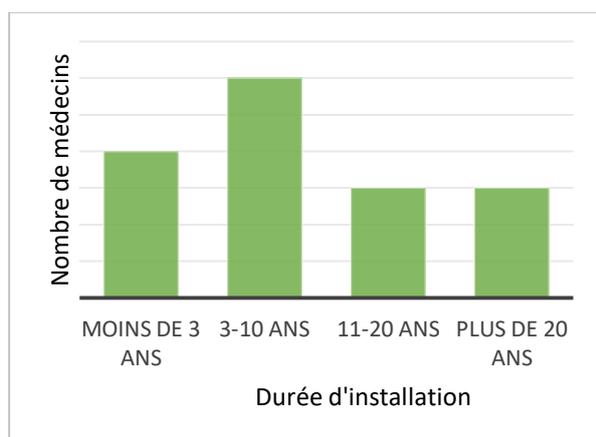


Figure 2 : Répartition des médecins généralistes selon leurs durées d'installation

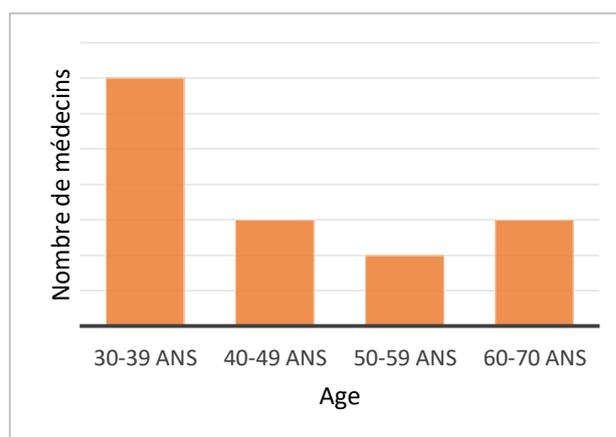


Figure 3 : Répartition des médecins généralistes selon leurs âges

Les médecins étaient âgés de 30 à 66 ans pour une moyenne de **45 ans** et une médiane de 45.5 ans. La durée d'installation allait de 6 mois à 31 ans, avec une moyenne de **11,4 ans** et une médiane de 8.5 ans.

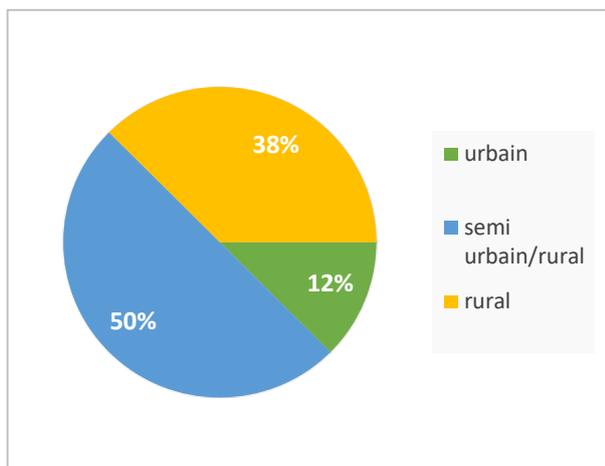


Figure 4 : Répartition des médecins généralistes selon leur lieu d'exercice

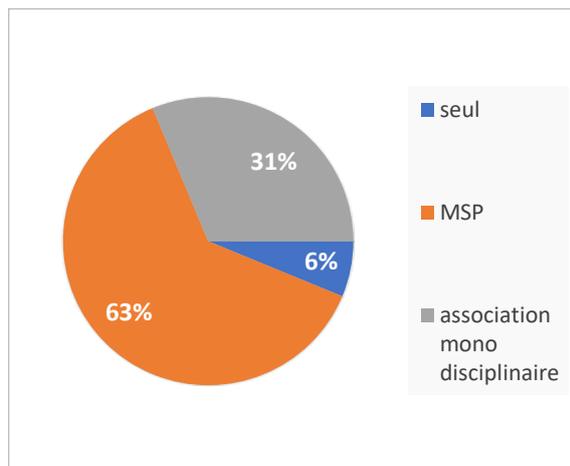


Figure 5 : Répartitions des MG selon leur mode d'exercice

Tous les médecins exerçaient à moins de deux kilomètres d'un **kinésithérapeute**.

Le nombre de kilomètres par rapport au Centre d'Etudes et de Traitement de la Douleur est variable :

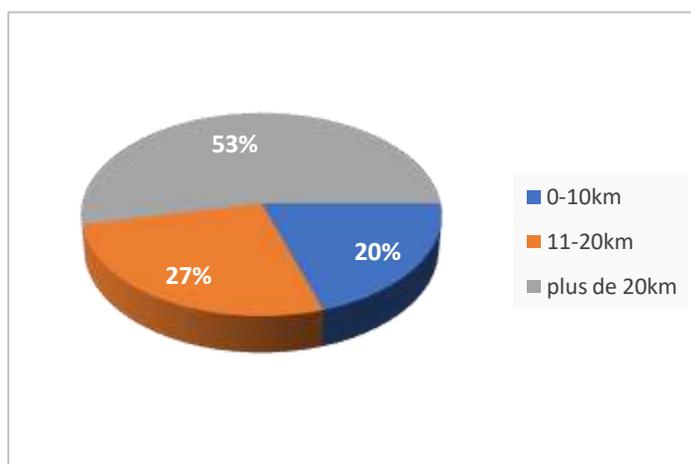


Figure 6 : Répartition du nombre de kilomètres séparant le CETD du cabinet médical

Aucun des médecins n'avait réalisé de **formation spécifique à la prise en charge de la douleur chronique**, deux avaient été formés à l'éducation thérapeutique, un pratiquait l'auriculothérapie, un autre prescrivait de l'homéopathie et de l'hypnose, un autre pratiquait

des infiltrations et un dernier de la mésothérapie. Les autres n'avaient pas d'activités spécifiques.

Nous avons recruté **8 médecins maîtres de stage universitaire**, accueillant des internes et 8 n'accueillant pas d'interne.

2. Les patients

Nous avons inclus 11 femmes et 5 hommes. L'âge des participants allait de 22 à 82 ans, soit une moyenne de **51.25 ans** et une médiane de 49 ans.

Durée de l'entretien	Age	Sexe	Situation de famille	Nbr enfants	Situation professionnelle
44:45:00	40	F	Célibataire	3	En activité
55:19:00	52	F	Mariée	1	Longue maladie
54:39:00	47	F	Divorcée/ Concubinage	4	En activité
22:35	67	F	Mariée	2	Retraitée
25:26:00	48	M	Marié	2	En activité
14:20	75	F	Mariée	3	Retraitée
21:10	33	M	Concubinage	2	En arrêt maladie
35:48:00	51	M	Concubinage	1	En activité à temps plein
25:46:00	58	M	Marié	1	En arrêt maladie
35:35:00	44	F	Divorcée	3	En arrêt maladie
47:49:00	50	M	Marié	0	En arrêt maladie
01:43:29	44	F	Célibataire	0	En activité à temps plein
01:30:32	48	F	Divorcée/ veuve	1	Longue maladie
25:05:00	59	F	Mariée	2	En arrêt maladie
37:11:00	22	F	Célibataire	0	En activité
19:29	82	F	Mariée	2	Retraitée

Tableau 1 : Caractéristiques des patients inclus dans l'échantillon

Nous avons rencontré des situations professionnelles diverses dont voici la répartition :

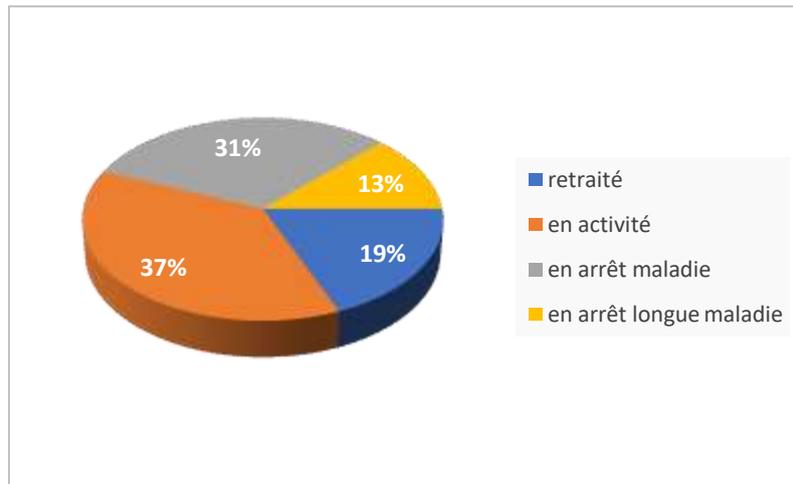
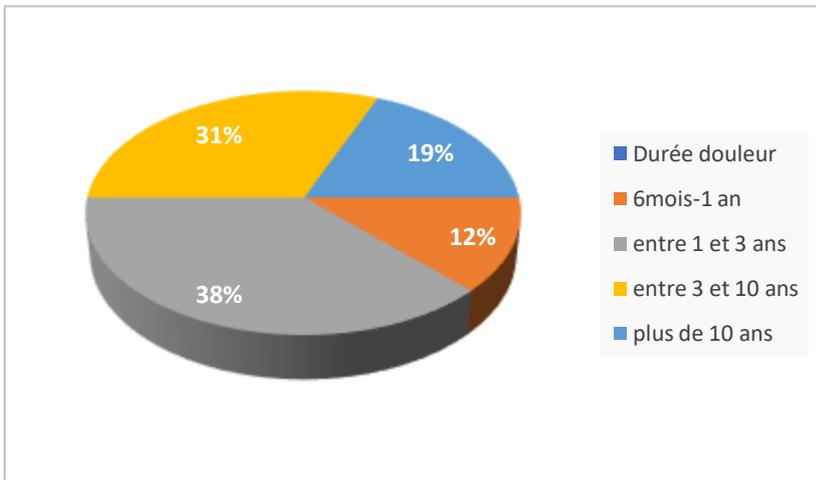


Figure 7 : Répartition des patients selon leur situation professionnelle

Concernant les douleurs dont souffraient les patients, **les étiologies** étaient très **variées**, même si 4 patients étaient atteints de fibromyalgie.

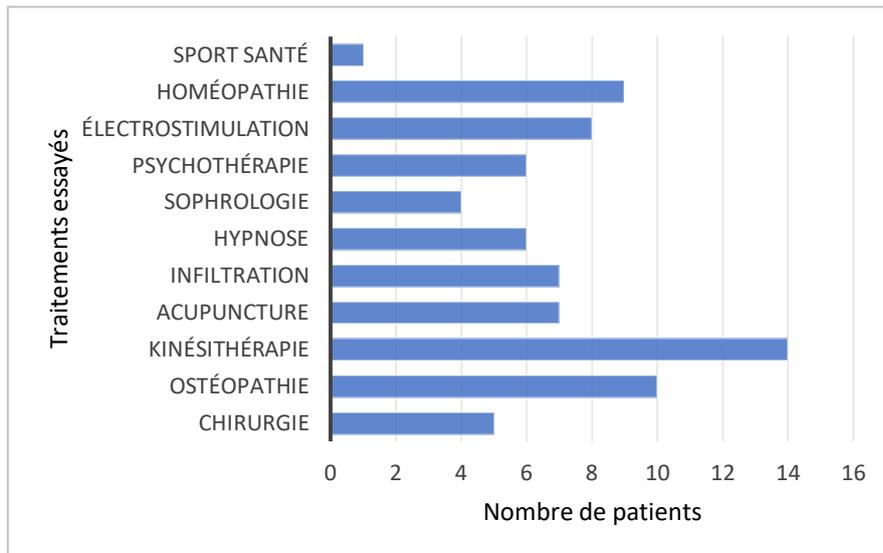
Diagnostic	Durée douleur	Temps de suivi avec MT
Fibromyalgie	25 ans	10 ans
Spondylarthropathie	3 ans	3 ans
Artérite, fracture vertébrale	plus de 3 ans	6 ans
Fibromyalgie	12 ans	15 ans
Fibromyalgie	10 ans	7 ans
Lombalgie et douleur post AVC	1 an	9 ans
Fracture cervicale suite AVP	2 ans	18 mois
Arthrose hanche droite et céphalée	18 ans	6 mois
Polyarthrite	18 mois	1 an
Conflit acromio-claviculaire et hernie discale cervicale	4 ans	5 mois
Hanche droite suite chirurgie PTH	3 ans	5 ans
Brûlures bras gauche	3 ans	10 ans
Fibromyalgie	8 ans	12 mois
Arthrodèse, capsulite épaule, fracture pied	3 ans	5 ans et demi
Spondylarthropathie	6 mois	10 ans
Douleur inguinale droite sans étiologie	5 ans	6-7 ans

Tableau 2 : Caractéristiques des douleurs et du temps de suivi par le médecin traitant des patients rencontrés



Les douleurs avaient débuté depuis 6 mois à 25 ans pour une moyenne de 7 ans.

Figure 8 : Répartition des patients selon la durée de la douleur



Les patients inclus dans l'étude avaient déjà essayé de multiples traitements pour la prise en charge de leur douleur.

Figure 9 : Répartition des traitements déjà essayés par les patients

Tous les patients et patientes avaient déjà essayé plusieurs thérapeutiques médicamenteuses :

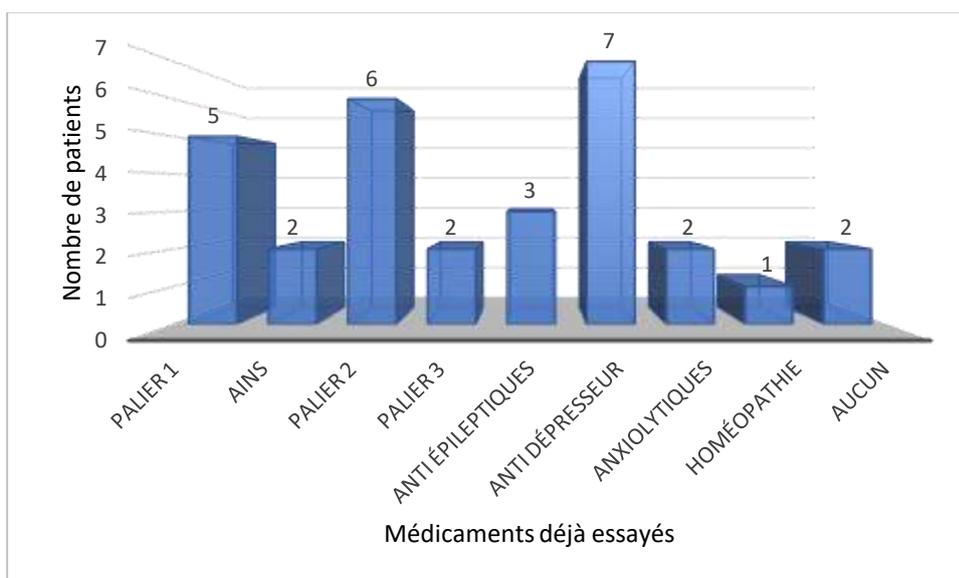


Figure 10 : Répartition des traitements actuellement pris par les patients inclus

Au moment de l'étude, treize patients étaient traités par plusieurs médicaments concomitants, un patient par homéopathie et deux n'ont actuellement aucun traitement médicamenteux.

Selon le score Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), 8 patients souffraient d'anxiété et 3 de dépression. Le retentissement a été évalué à l'aide du questionnaire concis sur la douleur (QCD), très variable selon les individus avec une moyenne de 30 pour le retentissement et une médiane de 32.

Chapitre 2 : Résultats de l'analyse

Nous avons décrit nos résultats selon 4 profils de relations que nous détaillons ci-après.

1. Les points communs de la relation

L'analyse des résultats a retrouvé des caractéristiques communes à tous les couples patient/médecin étudiés, sur les rôles et les fonctions du médecin généraliste attendus par le patient.

1.1 La rencontre médecin/patient, un rendez-vous régulier

1.1.1 *Le suivi régulier*

Médecins comme patients expriment l'idée d'un **suivi régulier**.

P5 : « Mais on se voit systématiquement tous les 3 mois, ça c'est sûr. »

MD : « Elle va revenir pour le suivi. »

Ce suivi peut être très ancien, et devenir une **habitude**, une certitude dans la relation.

ML : « Je la suis depuis relativement longtemps, depuis le début où je me suis installé. »

MD : « Elle va revenir pour le suivi. »

Il peut être régulier, tous les 3 mois, **mais reste adaptable**.

MJ : « Je la vois en moyenne une fois tous les mois, un mois et demi. Mais cela peut être beaucoup plus fréquemment si besoin. »

P8 : « C'est lui qui m'avait recontacté pour reprendre un rendez-vous. »

1.1.2 *Le renouvellement des médicaments*

La consultation de suivi est aussi l'occasion de **renouveler les traitements**.

MN : « Et je l'ai vue pour le renouvellement de son traitement antalgique. »

P2 : « J'y vais tous les 3 mois pour le renouvellement de mon traitement de fond. »

Ce **renouvellement n'est pas statique**, le contenu de l'ordonnance devant être réévalué en permanence.

P3 : « Elle regarde, et puis on essaie de voir si on peut modifier quelque chose dans le traitement pour me soulager un petit peu. »

1.2 L'importance de la disponibilité

1.2.1 *La porte ouverte*

Le fait de savoir que **le médecin se tient disponible** en cas de besoin est important pour le patient, qui a alors le sentiment qu'il trouve **toujours la porte de son médecin ouverte**.

MM : « Quand il y a des choses nouvelles, elle vient en plus. »

MB : « Il n'y a pas une fréquence, c'est vraiment à sa demande. »

Le médecin est **disponible pour revoir son patient en consultation rapidement** malgré son emploi du temps chargé. Le patient peut **être entendu dès qu'il en ressent le besoin**.
P10 : « J'ai besoin en fait que quand je suis sur des phases où j'ai mal, où je ne suis pas bien, que je sache que je peux venir parler et qu'elle va prendre en considération ce que je lui dis. »
MM : « Elle sait qu'il n'y a pas de souci, je la prendrai, même s'il n'y a pas de place. »

Une sorte **de contrat tacite** s'établit alors entre les deux parties, même si le patient n'en abuse pas. Mais il sait qu'il peut compter sur son médecin, **au cas où**.
P2 : « C'est un accord tacite, elle me dit toujours vous savez qu'en cas de besoin je suis là. »
MF : « Elle sait qu'elle peut me contacter si elle a besoin, si elle a très mal. Elle peut m'appeler, elle peut venir même sans rendez-vous, elle le sait, mais elle n'est jamais venue. »

Le médecin se rend disponible pendant le temps de la consultation, mais pas seulement. Il se tient à disposition par **téléphone** et peut aussi **communiquer avec d'autres moyens**.
MC : « Après je lui ai donné mon mail. »
P5 : « Même par téléphone, si j'ai un souci, je lui mets un message, elle me rappelle. »

1.2.2 *Un temps de consultation adapté au patient*

Avec ces patients douloureux chroniques, le temps de consultation est plus **long**. Le médecin fait alors le choix de **prendre le temps** et de s'adapter.
MI : « Et puis, il faut savoir se donner beaucoup de temps avec les patients. »
MM : « Elle sait que s'il y a besoin de dix minutes, ce sera dix minutes et que si elle a besoin d'une demi-heure, ce sera une demi-heure. Elle le sait, voilà. »

Le patient est conscient de cet effort, et en est **reconnaissant**. Il sait qu'il peut être **difficile au médecin de se dégager du temps**.
P10 : « Elle a d'autres patients derrière mais elle ne bâclera pas l'entretien. »
P12 : « Elle a vraiment pris le temps lors de cette consultation. »
P16 : « Je suis persuadé qu'un médecin traitant n'a pas le temps... »

Néanmoins cela peut même devenir une **condition sine qua non** de la poursuite de la relation. Cette disponibilité peut être exigée, tout le temps, et **pas uniquement pendant le temps de la consultation**.
P7 : « Il m'a gardé trois minutes, donc c'est bon quoi. Donc j'ai arrêté d'y aller. »

1.3 Le médecin généraliste, pivot du parcours de soin de son patient

1.3.1 *Le rôle d'orientation*

Les médecins **adressent** leurs patients à des **spécialistes**, ou vers des **professions paramédicales**.
MK : « J'oriente vraiment vers tout le monde. »

Les patients **attendent d'être orientés**.
MK : « Elle attend que je sache la diriger correctement dans la recherche d'étiologie. »
P16 : « Il est là pour vous orienter, vous trouver des spécialistes adéquats. »

Le patient comprend que son généraliste a besoin d'avis spécialisés **pour avancer dans sa démarche diagnostique** ou prendre en charge un **autre aspect de la pathologie**.

P15 : « Ma doctoresse m'a envoyé vers une rhumatologue pour en savoir un peu plus. »

MD : « J'oriente vers cette dame-là, qui peut faire la prise en charge psychologique... »

1.3.2 Le travail en équipe

L'ensemble des professionnels est vu comme une **équipe**.

ME : « Oui, elle a quand même honnêtement une prise en charge pluridisciplinaire. »

P13 : « De toute façon, c'est un travail d'équipe. »

Le **patient est intégré à cette équipe**, il en fait partie.

MM : « Et dans l'équipe, il y a le patient. »

Le médecin généraliste est un repère, un **point d'ancrage**.

MP : « Elle m'utilise quand même comme repère je pense. »

P13 : « On revient toujours au médecin traitant. C'est mon point d'ancrage. »

C'est au médecin de **trouver les bons membres de cette équipe**.

MM : « Le patient c'est la plaque tournante mais toi tu l'accompagnes vraiment et puis après il faut que tu trouves les correspondants qui correspondent à ce que tu fais. »

1.3.3 Les difficultés de la pluridisciplinarité

Un **manque de communication** est déploré. L'idéal voudrait qu'il y ait un temps d'échange entre les différents professionnels, ce qui semble difficilement réalisable en pratique.

MJ : « Ce serait bien sûr de pouvoir échanger. Il y a la CPTS mais la CPTS c'est très grand.

Après il y a eu les histoires de messageries sécurisées. Mais on ne les utilise pas en fait. »

Le médecin généraliste se sent **un peu perdu**.

ML : « Je subis un peu, je ne sais plus où elle en est exactement ».

Ceci peut amener à la **volonté de repartir de zéro**, de changer d'interlocuteurs.

MK : « Moi-même à un moment j'étais perdue dans sa prise en charge et c'est pour ça que je l'ai redirigée vers un nouveau rhumatologue pour reprendre les choses. »

1.4 L'importance du kinésithérapeute

1.4.1 Une prise en charge bénéfique

Pour le patient, le kinésithérapeute est un **interlocuteur privilégié**, qu'il voit plus fréquemment que le médecin généraliste. Le temps d'écoute est conséquent.

MM : « Le kiné il travaille une demi-heure avec le patient et pendant une demi-heure le patient il peut parler, livrer des trucs et tout ça. »

MC : « Il y a quand même l'aspect d'un soutien humain assez rapproché. »

Le **médecin généraliste est conscient de cette importance** dans la prise en charge.

MA : « Et ça c'est important aussi pour lui, le kiné. »

Le kinésithérapeute réalise lui aussi un **suivi régulier**. Il a un **autre regard** qui pourrait apporter à l'expertise du médecin généraliste.

P4 : « Le kiné, il vient 2 fois par semaine. »

MC : « Les kinés souvent ils voient autre chose que nous, ils le voient plus souvent. »

Une **relation de confiance comparable à la relation médecin/patient** s'établit.

MD : « Elle, son kiné, c'est son kiné depuis longtemps, bien avant moi... Donc... »

P12 : « C'est quelqu'un en qui j'ai vraiment confiance. On se voit trente à quarante fois par an. Donc même mon médecin généraliste je le vois pas autant. »

1.4.2 Un manque de communication préjudiciable

Mais les médecins regrettent un **manque de communication** avec leurs collègues kinésithérapeutes. Ils aimeraient y remédier et **changer les choses**.

MJ : « Parfois je téléphone quand même par contre au kiné, ça m'est déjà arrivé, ou le kiné m'appelle. Mais c'est rare et on a toujours peur de déranger. »

MC : « On a très peu communiqué. Ce serait quand même une amélioration pour le patient. »

En pratique, c'est le **patient** qui fait **l'intermédiaire** entre le médecin et son kinésithérapeute, mais **les deux ne communiquent pas** directement.

MA : « C'est lui qui me dit si ça va ou pas mais avec les kinés je n'ai pas trop de contact. »

P9 : « Il n'y a pas de retour. C'est juste moi qui lui aie dit au Docteur, que depuis que je faisais des séances chez le kiné j'avais une amélioration. »

Le **kinésithérapeute** n'est **pas dans la boucle** entre le généraliste et les spécialistes. Il n'est pas intégré aux échanges.

MM : « Mais là encore le kiné, il faut pouvoir l'intégrer dans le truc. »

MD : « Oui c'est vrai que souvent on n'a pas de courrier du kiné. »

Selon les patients, le **kinésithérapeute souffre d'avoir moins de poids** qu'un médecin.

P12 : « Finalement, la voix d'un kiné ça a moins de poids que la rhumatologue. »

1.4.3 Les axes d'amélioration

Les patients proposent que le **kinésithérapeute soit intégré à la boucle de la prise en charge**, et qu'il ait accès au dossier médical, à condition que **lui aussi rédige des courriers**.

P12 : « Voilà, il n'y a pas un compte rendu de lui, ce qu'il pense. Mais à la limite, j'ai presque envie de lui demander de le faire quand même et que je l'inclue dans le dossier... »

P13 : « C'est bête qu'il n'y ait pas de compte rendu, voilà. »

2. PROFIL 1, Alliance

Ce profil décrit une relation forte entre le médecin et son patient : une relation fusionnelle, où cohabitent une compréhension et une admiration mutuelles. L'écoute et le respect permettent d'aboutir à une décision partagée. Le patient est expert de sa douleur, il a la place pour s'exprimer et participer à la décision.

2.1 Les bases de la relation

2.1.1 *La place de l'écoute et du soutien*

Le médecin **écoute** son patient. Cette écoute est **thérapeutique** et permet que la **parole soit libre**.

MJ : « J'essaie d'être beaucoup dans l'écoute. »

MJ : « Parfois le simple fait d'être venue, d'avoir discuté, ça l'a déjà soulagée. »

Le patient **attend avant tout de l'écoute** pour se sentir **soutenu**.

P2 : « Quelquefois je vais la voir juste pour parler. »

P2 : « Si on ne peut pas parler à notre médecin généraliste de la douleur, du poids qu'elle représente dans notre quotidien, à qui est-ce qu'on va en parler ? »

Le médecin **sert de « coach » et encourage** son patient. Il est **bienveillant**.

P7 : « L'autre jour elle était super contente. Ça m'encourage dans ce sens-là. »

P2 : « Qui nous dit mais vous allez y arriver, vous avez le potentiel et qui nous remet les jalons, en disant allez, donnez ça comme objectif ! »

Le patient évoque un **manque de soutien et de compréhension de son entourage**.

P7 : « L'incompréhension m'a beaucoup... Là je vais pleurer. »

Le médecin **connaît parfaitement son patient, son entourage** et la dynamique familiale.

MM : « C'est sûrement le rôle des médecins de famille, tu connais tout le monde. Moi je connais leur vie par cœur. »

2.1.2 *La quête de la légitimité*

La douleur est **insupportable, insoutenable** pour le patient et responsable de beaucoup de **fatigue**.

P2 : « Il faut lutter contre les migraines, il faut lutter contre la fatigue, il faut lutter contre les douleurs, faut lutter contre la dépression, ça demande beaucoup d'énergie. »

Le sentiment de **honte** est très présent.

P13 : « C'est un peu honteux à dire mais, vous savez j'en avais honte. »

P7 : « Je n'aime pas ce que je peux renvoyer comme image à mes enfants. »

La douleur chronique a un **impact** sur les **capacités intellectuelles** et la **vie sociale**.

P13 : « Il y a des passages de mémoire, c'est... Il y a des choses que je ne sais plus faire. »

P13 : « Et là quand on m'invite, un truc privé ou machin, je trouve toujours une excuse. »

Le médecin **connaît** l'impact des douleurs dans la vie de son patient et leur origine.

MJ : « Je pense que le gros retentissement il est surtout professionnel. »

ME : « Clairement, c'est aussi son passé qui a entraîné cette fibromyalgie. »

Le médecin **ne remet pas en cause la parole** de son patient : **il le croit**.

MB : « Ce sont ses douleurs qui l'empêchent de mener sa vie et elle est pleine de volonté. »

MJ : « Elle a une réelle douleur mais qui est exacerbée par des événements de vie. »

Le patient **cherche la reconnaissance** de ses douleurs.

P7 : « *Juste un petit peu d'attention, je ne sais pas, de « je vois que tu es malade en fait ». Oui, la reconnaissance c'est humain, on en a tous besoin. »*

Cette **quête de la légitimité** aboutit grâce à **l'écoute et à la bienveillance** de son médecin.

P2 : « *A partir de là, les douleurs deviennent légitimes au final. Et là il y a eu une autre écoute qui s'est installée. »*

P10 : « *Pour moi elle légitime ma douleur, il y a vraiment une légitimité. »*

2.1.3 La composante émotionnelle

En connaissant l'histoire de vie de son patient, le médecin **peut faire le lien** entre douleur et traumatismes. Il **admet que la part émotionnelle est grande** dans le vécu douloureux.

ME : « *C'est des grands traumatisés. »*

MP : « *Elle a eu plusieurs traumatismes et je pense que ça joue sur ses douleurs. »*

Le patient **a aussi conscience** de cette **part psychologique**, du lien avec son **passé**.

P5 : « *Quand psychologiquement je ne vais pas très bien, ça se répercute sur mes douleurs. »*

P7 : « *Comme j'ai eu une vie assez chaotique, mes douleurs sont à la hauteur de tout ça. »*

Le patient est demandeur d'**une prise en charge globale**.

P13 : « *Il faut vraiment englober le mental et le physique, l'un ne va pas sans l'autre ! »*

Le médecin **laisse le temps au patient de s'exprimer**.

MB : « *Je prends le temps vraiment en fait, de recueillir sa plainte, de l'écouter. »*

2.2 La relation de confiance

2.2.1 Une confiance mutuelle

Le patient **se sent en confiance**, ne se sent **pas jugé**.

P2 : « *C'est le seul médecin avec qui je me sens libre de parler, elle ne me juge pas. »*

La **confiance mutuelle** s'est renforcée au fil des années.

MJ : « *Ça fait plus de 10 ans que je la suis cette patiente. C'est une relation de confiance. »*

La relation est **fluide et franche** des deux côtés.

MM : « *J'ai confiance en elle, je n'ai pas peur, quand je ne sais pas je dis. Et elle a confiance en moi, et elle n'a pas peur de me dire : « là ça ne m'a rien fait », et on recommence. »*

Le patient **n'est pas gêné d'être « bousculé »** par son médecin, il le **demande même**.

P5 : « *J'en ai besoin, parce que parfois je suis tellement perdue dans mes douleurs ».*

P13 : « *Et puis c'est aussi pas hésiter à nous dire : « c'est bien » ou « c'est pas bien. »*

2.2.2 Le médecin, l'ancrage

Le médecin a de **l'admiration pour son patient**, pour tout ce qu'il entreprend.

MB : « *Je pense qu'elle se démène déjà beaucoup malgré ses douleurs. »*

Le patient admire son médecin pour **son investissement** et pour **ses compétences**.

P2 : « Je lui dis toujours : « Des médecins comme vous, il en faut plus ! ». »

Le médecin **prend du plaisir** dans cette prise en charge.

MJ : « En tant que médecin, je me fais plaisir. Il faut que j'y trouve mon compte. »

Il sait qu'il **participe au mieux-être** de son patient.

MJ : « Accompagner les gens de façon empathique, ça participe à leur mieux-être. »

2.3 La décision partagée

2.3.1 *Un patient actif*

Le patient **fait** malgré la douleur. Elle ne l'empêche pas d'être actif.

P7 : « La marche, bouger, voilà il faut que je sois en activité en fait. »

Il est **exigeant avec lui-même**, et ne baisse pas les bras.

P7 : « Il ne faut pas être quelqu'un, quelqu'un qui a l'habitude de se victimiser dans la vie. »

2.3.2 *La quête du diagnostic*

Le patient a besoin qu'un **diagnostic soit posé** pour légitimer ses douleurs.

P2 : « Il fallait que je sois diagnostiquée, qu'on arrête de me dire que c'est dans ma tête. »

Une fois le diagnostic posé, le **médecin peut répondre** aux interrogations de son patient.

P10 : « Elle est vraiment dans l'échange, en expliquant. En peu de temps, elle a enlevé pleins de questions que j'avais. »

P7 : « Pour comprendre en fait, parce que moi j'ai besoin de comprendre. »

Les médecins ont compris **cette nécessité d'arriver à un diagnostic**.

MP : « On était arrivé au diagnostic de fibromyalgie et ça l'avait aidé. »

ME : « J'aime bien aller au fond des choses pour me dire là on est allé jusqu'au bout... »

2.3.3 *Un patient expert*

Le patient **connaît ses douleurs** et leurs facteurs déclenchants ou protecteurs.

P7 : « Parce que j'ai bien vu que la marche me fait beaucoup de bien pour gérer la douleur. »

P10 : « Il faut apprendre à vivre avec sa douleur chronique, et savoir écouter son corps pour s'arrêter avant, avant qu'il y ait le geste de trop. »

Sa connaissance de la pathologie passe aussi par sa **formation personnelle**.

P7 : « J'ai besoin de comprendre donc j'ai beaucoup lu, beaucoup lu. »

Il veut être acteur et se **réapproprier son corps**. Il se tourne alors plutôt vers des professionnels qui **le respectent dans ses choix**.

P13 : « « Je vous propose, vous choisissez ». Et ça a tout le temps été ça, ça m'a toujours, j'ai dit... En fait on ne nous l'impose pas. »

2.3.4 *Un patient en quête d'autonomie*

Le patient est acteur **dans la recherche de solutions**.

P7 : « J'ai essayé d'adhérer à des groupes pour essayer de parler de la maladie. »

P10 : « Personnellement, je fais une démarche. Je teste. Je me dis ça j'arrête, ça c'est bien. »

Il se fixe lui-même ses objectifs.

P2 : « Je me suis donné un an pour me remettre à une activité physique adaptée, pour perdre du poids, donc restabiliser mon dos et pour sortir de ma dépression. »

Il veut arrêter les médicaments.

P7 : « Je pense qu'il y a moyen vraiment de palier aux douleurs, au moins en partie, mais moi je sais qu'il y a enfin quasiment... Je sais qu'un jour je n'aurai plus de médicaments. »

Il cherche d'autres solutions, non médicamenteuses.

P13 : « Il y a eu un moment où j'en ai eu marre, je ne suis pas venue pour avoir des médocs. »

2.3.5 Un médecin flexible

Le médecin est ouvert aux médecines intégratives.

ME : « Quand je sens que ce sont des personnes qui sont réceptives à ça, j'oriente quand même assez facilement vers l'ostéopathe, facilement vers l'acupuncteur. »

Il s'adapte à ce que le patient désire essayer.

MM : « Intégrer le patient, lui montrer qu'il y a différents outils, voir lequel va mieux lui correspondre... On peut mettre dans la prise en charge d'autres thérapeutes. »

Il est essentiel pour le médecin de former son patient et le rendre autonome. Il le pousse à prendre des initiatives.

MM : « Il faut les amener à ça, à comprendre que c'est une douleur de l'esprit qui vient sur le corps pour dire quelque chose et il faut les aider à comprendre ça et à gérer tout ça. »

MP : « Elle a une bonne autonomie pour la gestion de ses douleurs, elle sait quoi faire. »

2.3.6 Une relation bénéfique pour les deux protagonistes

En partageant son expérience, le patient apporte à son médecin.

ME : « C'est elle qui nous apprend des trucs ! »

P2 : « Ma pathologie lui a permis peut-être de progresser sur la prise en charge de la douleur chronique. »

Le patient et le médecin forment une véritable équipe.

MM : « Je crois aussi que la prise en charge de la douleur, c'est ça aussi, c'est ensemble. »

MM : « Je pense que c'est une équipe, tu ne fais pas seul, tu ne peux pas faire seul. »

Le médecin propose des solutions, et cherche une décision partagée.

MJ : « Quand je ne sais pas quoi lui proposer, je lui demande : « Qu'est-ce que vous pensez qui pourrait vous améliorer, qu'est-ce que vous en pensez ? ». »

Le patient recherche tout de même l'approbation de son médecin et a besoin de réassurance.

P13 : « Et puis c'est aussi pas hésiter à nous dire c'est bien ou c'est pas bien. Je suis pas d'accord avec vous. Je trouve que voilà c'est aussi le rôle du médecin. »

2.4 Un but commun

2.4.1 *Un patient qui compose avec le temps*

Le patient a appris à **composer avec le temps pour mieux guérir**. Il est **patient**.

P7 : « Je sais qu'avec le temps je vais y arriver. »

P13 : « Ce n'est pas un sprint, c'est un marathon. »

Mais il a **peur de l'avenir**, de ce qui l'attend.

P10 : « Après, ce qui m'angoisse, c'est quel métier je vais pouvoir faire. »

P13 : « Je suis au bout de ce chemin-là, il y a une falaise. J'ai peur qu'il n'y ait pas de filet. »

Il a conscience d'être un **cas difficile** à gérer pour son médecin.

P2 : « Elle est toujours, elle, un peu dépitée parce il n'y a pas grand-chose qui fonctionne. »

Pourtant, il sait que son **médecin fait son maximum**, il ne lui demande pas l'impossible ni de faire de **miracle**.

P7 : « Je pense qu'elle fait tout ce qu'il faut pour m'aider, en fait. »

P10 : « Elle veut faire les choses du mieux qu'elle peut. »

P10 : « Pour moi le médecin ce n'est pas un magicien, il fait en fonction de ce qu'il peut. »

P2 : « Elle n'a pas de solution miracle à me proposer, elle va m'écouter. »

2.4.2 *Des alternatives potentielles*

Le médecin **ne cherche pas non plus de solution miracle**.

MM : « Je leur dis toujours douleur 0 ce n'est pas possible. »

MB : « On n'est pas des magiciens non plus. »

Le but est **d'accompagner vers un mieux-être** et non de faire disparaître les douleurs.

MB : « Je sais qu'elle aura toujours des douleurs cette patiente, c'est arriver à l'aider au quotidien à gérer ses douleurs, que son quotidien soit le plus normal. »

Le patient n'est pas envahi par la douleur mais la **gère au quotidien**.

P2 : « La douleur je la gère au quotidien depuis des années et des années. »

P10 : « Je préfère gérer la douleur avec la respiration, la méditation, les pensées positives et puis le TENS, et le chaud, et le repos. »

Il n'y a pas de frustration chez le médecin. Il a conscience de faire de son mieux et a **toujours une alternative à proposer**.

MB : « On a différentes options devant nous, ce n'est pas comme si on avait épuisé un peu tout notre arsenal que ce soit thérapeutique, que ce soit paramédical. »

Le patient est **ouvert à de nouvelles propositions** et **prêt à essayer** de nouvelles alternatives.

P13 : « Elle m'a proposé une ... De la magnétothérapie, qui serait un essai qui serait assez...

Qui serait positif. [...] Donc effectivement, pas de soucis, je veux bien le tester. En plus c'est pas intrusif... »

P5 : « Je n'ai jamais eu d'hypnose, j'y ai pensé. J'y pense de plus en plus, pas par rapport à mes douleurs. »

Le médecin se sent néanmoins parfois **isolé**.

MJ : « Je n'ai pas de lien avec les autres professionnels. »

MJ : « Peut-être des groupes d'échange de pratique avec les pairs pour pouvoir en discuter. »

Il ne se sent pas non plus expert de la douleur et fait face à des difficultés avec d'autres patients douloureux chroniques. Il gère ce **colloque singulier**.

ME : « Mais c'est vrai que j'ai certains patients où parfois je suis un peu dans l'impasse, parce qu'on a essayé plein de trucs, et ils ne tolèrent rien... »

MB : « Une fois qu'on a épuisé un peu toutes mes cartouches... J'ai peur d'être un peu frustrée, d'être démunie, qu'on tourne en rond quoi. »

2.4.3 L'espoir

Le patient **garde espoir en l'avenir**, a **des projets**.

P7 : « Je sais qu'avec le temps je vais y arriver. »

P10 : « Si j'arrive à avoir une reconnaissance MDPH, je vais faire une demande auprès de mon employeur pour faire une reconversion. »

Un des obstacles pour atteindre le mieux-être est le **manque de moyens financiers**.

P5 : « Mais financièrement, je n'arrive pas à suivre. »

P13 : « J'ai arrêté la méthode Mézières, parce que financièrement, voilà... »

Dans ce profil, le patient a des douleurs difficilement supportables auxquelles son médecin **croit**. Une fois le diagnostic posé, le patient peut avancer, et devient **expert de sa douleur**. Le médecin joue toujours son rôle, et le **dialogue** avec son patient lui est bénéfique. Les deux forment alors une **équipe** dont le but est de **soulager la douleur**, sans pour autant croire au miracle. Les deux protagonistes sont **ouverts à toutes les propositions**.

3. PROFIL 2, Expectative

Au cours de notre analyse, nous avons pu mettre en évidence un profil de relation « expectatif », correspondant à 3 binômes de relation. Dans ce profil, on constate une relation fusionnelle, qui apparaît dans l'attente, que ce soit du côté du médecin, ou de celui du patient.

3.1 La représentation des douleurs

3.1.1 *Un médecin qui connaît son patient*

Le médecin **connaît les douleurs** de son patient, et leur retentissement. Il n'hésite pas à l'interroger précisément pour **comprendre** ce retentissement.

MC : « Dans sa vie courante, moi il m'en parle. Il est moins... Il a probablement moins de joie de vivre, donc ça a un impact sur lui-même, sur le sommeil, sur sa qualité de vie. »

Ces douleurs ont un **impact professionnel**.

MK : « Pendant très longtemps elle a été soit arrêtée, et donc je pense qu'elle aimerait avoir moins mal pour pouvoir travailler. »

MC : « Donc la dernière fois qu'on s'est vu ça fait déjà plusieurs fois qu'il est prolongé en arrêt pour les douleurs. »

Pour le médecin, l'**entourage du patient peut participer à ses douleurs**.

MC : « Il y a eu son père qui est décédé, qui a eu la maladie d'Alzheimer, qui est décédé il y a deux ans. Il y a quand même des choses, des événements. »

Le **médecin ne sait pas tout**, et il en a conscience. Ceci peut amener de la frustration. Il reste une part de **flou sur l'impact des douleurs**.

MK : « Je n'ai jamais réussi à creuser vraiment le fond, même si on parle vraiment de plein de choses et que je pense qu'elle me fait vraiment une grande confiance. »

Et pour lui, dans ces douleurs, la **part émotionnelle est grande**.

MK : « Moi je pense qu'il y a une petite problématique. »

Mais le **médecin ne remet pas en cause** les douleurs. Et il se remet au centre dans la prise en charge, avec son rôle de **soutien**.

MK : « Je pense qu'elle doit avoir une problématique organique mais je pense que sa douleur n'est pas que due à ça. La douleur est aussi ancrée à cause d'autre chose. »

MC : « Il y a quand même l'aspect d'un soutien humain assez rapproché. »

3.1.2 Un patient qui se connaît

Le patient connaît bien ses douleurs, et **se place en tant qu'expert**. Il sait mieux que le corps médical ce qui est bon pour lui, il est **maitre de son corps**.

P8 : « Après si j'avais écouté tous les conseils qu'on m'a donné, je pense qu'à l'heure actuelle je ne remarquerais toujours pas. »

P3 : « Je ne suis pas médecin mais avant tout c'est quand même mon corps. »

Et si le médecin n'est pas d'accord avec lui, le patient peut **envisager de changer de médecin traitant**.

P3 : « Sauf que le premier traitement ne faisait absolument pas d'effet, donc j'ai pas eu envie de le prendre. Et il n'était pas d'accord avec ma décision. Donc j'ai dit il m'en faut un autre. »

Il se considère comme un **cas difficile**, particulier. Il **apporte à son médecin** par sa pathologie particulière et difficile en lui permettant d'effectuer des recherches, de progresser.

P8 : « Je pense qu'il cherche vraiment le maximum, mais vu que j'ai une pathologie un peu spéciale, je suis le seul dans ses patients à avoir cette pathologie-là, peut-être, je pense. »

P8 : « Justement il a dû faire de la recherche. »

Derrière cela, le patient a **besoin de reconnaissance** de sa pathologie mais est **fier ce que qu'il a accompli**. Il a également besoin d'être **reconnu au niveau professionnel**.

P8 : « Moi j'insiste quand même, les médecins sont très étonnés je remarque quasiment, j'arrive à me déplacer normalement. »

P11 : « Bon déjà je suis reconnu travailleur handicapé à l'entreprise. »

3.2 Une relation fusionnelle

3.2.1 *La place de l'écoute*

Dans cette relation, le patient **attend de l'écoute**. Elle est une condition à la relation.

P3 : « De l'écoute, surtout de l'écoute et de l'explication. »

P11 : « C'est important pour un patient, parce que si vous allez voir un médecin et que vous êtes à moitié écouté, je peux vous dire une chose, généralement, ça ne dure pas longtemps. »

Le médecin est conscient de cette attente, et il **écoute son patient**, il le laisse parler.

MK : « Je pense qu'elle attend de moi que je sois à l'écoute. »

MQ : « Je l'accueille, et je lui demande où il en est et puis je le laisse parler. »

Et cela fonctionne, le **patient se sent écouté**. Il est reconnaissant.

P3 : « Et ça c'est bien, c'est rare d'être entendue. Je vous dis j'ai un médecin en or! »

P8 : « Il est très à l'écoute, très à l'écoute, très bien. »

Plus encore que l'écoute, le **médecin veut soutenir** et le **patient se sent soutenu**.

MC : « On a plus une relation de soutien. »

P3 : « Et c'est elle qui me booste. Quand je vais chez elle, je ressors j'ai toujours le moral. »

Le médecin arrive ainsi à **répondre à la demande**, et il en est conscient. Il avance.

MK : « Je ressens quand même une satisfaction car j'ai l'impression qu'on avance. »

3.2.2 *Une relation de non-jugement*

Le médecin **se préoccupe** de son patient et ne le **juge pas**.

P3 : « Elle se préoccupe. Et je pense qu'elle sera satisfaite quand j'aurai plus mal. »

MK : « Je pense qu'elle attend de moi que je ne la juge pas, que je sois non jugeante en fait. »

Le patient est en confiance, il peut **tout dire à son médecin**.

P3 : « Je peux tout lui dire, je peux pleurer devant elle. Il y a cette confiance. »

P11 : « Voilà c'est un petit peu confidentiel et puis voilà. S'il y a quelqu'un qui doit être vraiment ouvert à la question c'est mon médecin traitant c'est tout, point barre. »

Il est **reconnaissant** et cette confiance renforce **la fidélité**.

P11 : « C'est mon médecin traitant, il continuera à me suivre. »

3.2.3 *Une équipe*

Le **médecin est l'ancrage**, au sein de cette prise en charge globale.

MK : « Je pense que si elle continue à me voir cette dame c'est qu'elle doit avoir l'impression qu'on la prend bien en charge, on essaie toujours de faire du mieux qu'on peut. »

Le patient **admire son médecin**.

P8 : « C'est un très bon médecin, très bon, très consciencieux sur son travail. »

P3 : « Je vous dis j'ai un médecin en or ! »

Les deux protagonistes souhaitent **avancer et décider ensemble** dans une relation fusionnelle.

MQ : « *Au contraire parce que si on n'avance pas, si je ne lui permets pas d'avancer, je ne lui rendrais pas service, ça ne vaut pas le coup, autant qu'il passe chez quelqu'un d'autre.* »

P11 : « *On est là justement pour avoir des démarches utiles par rapport à notre problème.* »

3.3 Une prise en charge dans l'impasse

3.3.1 L'insatisfaction vis-à-vis des traitements

Le patient est **déçu des traitements médicamenteux** qui lui sont proposés, notamment car il a des effets indésirables. Il **souhaite les limiter, voire les arrêter**.

P8 : « *Les médicaments ça fait 2 ans que j'en mange, j'en ai ras-le-bol.* »

Mais il est **dépendant de ses médicaments**.

P3 : « *Ce médicament je le prends constamment. Si j'arrêtais... mais je ne suis pas capable.* »

P3 : « *Je ne pense pas qu'on pourra se passer de médicaments.* »

Le **médecin** a lui aussi pour **objectif de limiter** les médicaments.

M3 : « *J'aimerais qu'un jour on puisse se passer des morphiniques.* »

Le patient est aussi **mécontent des prises en charge non médicamenteuses**.

P3 : « *Alors moi j'ai été voir l'ostéopathe, qui m'a dit qu'il ne pouvait rien faire.* »

P3 : « *J'avais essayé l'acupuncture mais ça n'avait pas fonctionné.* »

Au final, malgré ces difficultés, le médecin **fait de son mieux**, et le patient le sait.

MK : « *Je pense que si elle continue à me voir cette dame c'est qu'elle doit avoir l'impression qu'on la prend bien en charge, on essaie toujours de faire du mieux qu'on peut.* »

3.3.2 L'impasse de la prise en charge

Le médecin **prend le temps** dans la prise en charge.

MQ : « *Ça va en prendre du temps je pense.* »

MQ : « *J'évite d'y aller trop frontalement là-dessus.* »

A l'inverse, le patient est dans une certaine impatience, une certaine lassitude : il **n'a pas le temps d'attendre**. En effet, il **ne supporte plus ses douleurs** et ne se sent **pas compris**.

P11 : « *Ça ne fait pas des mois maintenant mais des années que je traite ça.* »

P3 : « *Et ça c'est difficile, les maladies qui sont invisibles.* »

Le médecin **pense avoir échoué**, et en est affecté.

MQ : « *J'espère lui avoir rendu service, après je suis toujours un peu déçu.* »

MC : « *Moi c'est vrai que ça a plutôt généré un sentiment d'échec... Le sentiment de ne pas avoir beaucoup avancé pour lui. De ne pas lui avoir trop rendu service pour l'instant.* »

Les deux protagonistes de la relation ont **baissé les bras**.

P8 : « *Il essaie de faire son maximum mais bon, j'ai l'impression des fois que ça stagne.* »

En fait, le couple médecin/malade est **dans l'impasse**.

MC : « J'avais le sentiment qu'on a fait appel aux ressources maximales mais... Quant à priori le résultat n'est pas non plus... »

P8 : A propos de ce qu'il aimerait dans sa prise en charge : « Pas grand-chose en plus. »

3.3.3 La double autocensure

Le médecin peut parfois être amené à **s'interroger sur les douleurs**.

MK : « Je pense que derrière, après chez cette patiente en particulier, comme je ne suis pas sûr que la douleur soit la seule problématique. »

Il a conscience aussi qu'**il ne sait pas tout** de son patient.

MK : « Même si on parle vraiment de plein de choses, je pense qu'il y a beaucoup de choses que je ne sais absolument pas de sa vie et de son vécu. »

Il a l'**esprit ouvert** et oriente parfois vers les médecines parallèles.

MK : « Que ce soient les magnétiseurs, les sophrologues, les acupuncteurs, les... J'oriente vraiment vers tout le monde. »

MC : « J'aurais tendance à proposer ces choses-là pour des douleurs de ce type. »

Mais il s'**autocensure inconsciemment** avec ce patient en particulier.

MQ : Au sujet des médecines parallèles : « Mais oui c'est marrant je n'y ai pas pensé pour lui mais, sans doute parce qu'il n'a pas le profil en effet. »

Le patient peut aussi ne pas avoir recours à d'autres alternatives par **manque de moyens**.

P3 : « J'ai essayé la mésothérapie. Donc ça j'ai arrêté très vite puisque ce n'est pas donné. »

3.3.4 La frustration du médecin

En fin de compte, le médecin n'est pas satisfait de la prise en charge. Il la **subit**.

MC : « A titre personnel moi ça n'aura pas été très valorisant parce qu'il a toujours été dans... Plus le soutien pour éviter qu'il se laisse aller complètement quoi. »

Il est dans la **frustration**.

MQ : « Ça me frustre vachement, j'ai l'impression que ça n'avance pas assez vite. »

MC : « Ce n'est pas rayonnant non plus mais c'est peut-être un peu frustrant. »

Le patient, lui pense que son généraliste **fait le maximum**.

P8 : « Il essaie de faire son maximum. »

P11 : « Comme tout médecin, ils font du mieux qu'ils peuvent hein. »

3.4 L'attente

3.4.1 Un patient à préserver

Le médecin ne veut pas brusquer son patient, il **ne force pas** et essaie de **le préserver**.

MQ : « J'évite d'y aller trop frontalement là-dessus. »

MQ : « Je ne le sens pas encore tout à fait au moment pour que ce soit entendable. »

3.4.2 L'attente d'un miracle

Les deux protagonistes **attendent un miracle**.

MQ : « Oh là, là, j'aimerais qu'il n'ait plus mal et qu'il puisse rebosser dans un truc qui lui fait plaisir. »

P3 : Sur les attentes : « Un remède. Un remède pour pouvoir juste reporter mes enfants par exemple. »

Médecin et patient ont **peur de l'avenir**.

P11 : « C'est un apaisement, une stabilité éventuelle. Mais ce n'est pas une promesse non plus. C'est une possibilité, voilà. »

MC : « Sur les questions qu'il reste à élucider : « Sur l'avenir du moins, les questions sur l'avenir... »

3.4.3 Un accompagnement vers l'autonomie

Le patient veut être acteur de sa prise en charge, et a **besoin de comprendre**.

P3 : « Je ne comprenais pas ce qu'elle me faisait faire, ce qu'elle voulait. Et du coup je n'étais pas rassurée, je n'étais pas à l'aise. »

Il **cherche des solutions** par lui-même, pour avancer.

P11 : « Tout ce que je peux faire moi parallèlement de mon côté sans voir le docteur et ben je le fais hein je vous le dis. »

Le médecin lui **laisse de l'autonomie**, la possibilité de faire ses choix.

MQ : « Du coup il a mal mais en même temps je sais qu'il ne voudra pas trop prendre de médicaments antalgiques puissants parce que ça va l'endormir. »

L'objectif est de **rendre le patient le plus autonome possible**.

MC : « Le but c'est ça pour lui, de trouver un poste adapté ça paraît évident, au travail. »

3.4.4 Un profil expectatif

D'un côté, le **patient est ouvert à d'autres propositions** dans sa prise en charge.

P8 : « Je suis ouvert à tout, c'est qu'on en a jamais parlé. »

De l'autre côté, le **médecin pense ne pas avoir tout tenté**.

MQ : « Non, on n'en a jamais parlé. Mais il faudrait peut-être que je lui pose la question, hein... on pourrait. »

D'un côté, le **médecin attend que son patient soit prêt**.

MQ : « C'est progressivement, quand il sera je pense plus en capacité de l'entendre quand physiquement ça ira mieux. »

De l'autre, le **patient accepte d'attendre**.

P3 : A propos d'une prise en charge efficace : « Je suis sûre que ça viendra. En attendant on prend notre mal en patience. »

Dans ce profil, les protagonistes sont **en accord sur les représentations de la douleur**, le **médecin croit** son patient. Ils sont dans **l'attente d'un miracle** et semblent s'autocensurer. Le médecin **n'ose pas** brusquer son patient et **laisse faire le temps** pour qu'il soit prêt. Et le patient **n'ose pas** essayer seul de nouvelles approches même s'il est en quête d'autonomie

4. PROFIL 3, Remise en cause

Ce troisième profil met en évidence une remise en cause des douleurs par le médecin, donc une représentation des douleurs différente entre le médecin et le patient. Celle-ci impacte-t-elle la relation ?

4.1 La représentation des douleurs

4.1.1 *Des douleurs intenses aux multiples impacts*

Les douleurs sont vécues comme **intenses et difficilement supportables**. Elles vont jusqu'à modifier le **caractère du patient et affecter sa santé mentale**, elles **impactent grandement les activités de la vie quotidienne**.

P1 : « *Là non, ce n'est plus supportable, il faut que ça cesse.* »

P9 : « *On se sent diminué, et on est moins sociable, plus irritable...* »

P12 : « *Alors, si j'avais plus de douleurs, bah en fait, je pourrais courir* »

Le **sentiment de honte** est présent.

P12 : « *J'hésite un peu à aller la voir là maintenant. Ce que j'aurais fait je pense avec mon ancien médecin. Je ne sais pas, je pense que c'est un peu la peur de déranger...* »

4.1.2 *Un patient qui vit avec sa douleur*

Le patient est **attentif à ses douleurs** et est capable de déceler les premiers signes d'une crise ou d'une décompensation. Il **les accepte** et apprend à **vivre avec**.

P15 : « *Je commence à bien connaître un début, un début de crise de douleurs, je reconnais des petits signes et quand je commence à les reconnaître je me calme un peu.* »

P12 : « *Je pense qu'il faut l'écouter au début. Et puis essayer de vivre comme ça.* »

Le patient **fait malgré sa douleur**, il reste actif.

P1 : « *Je fais tout ce que j'ai à faire, je fais quand même, malgré la douleur je fais.* »

P15 : « *Ce genre de douleurs s'empire avec la sédentarité. Donc si je ne bouge pas, ça va s'empirer, je ne sais pas rester en place donc tant mieux dans un certain sens.* »

Il **ne laisse pas les douleurs empiéter sur sa vie** et continue à faire des **projets** pour l'avenir.

P15 : « *Dans ma vie de couple j'essaie vraiment, je ne laisse pas mes douleurs envahir, empiéter sur ma vie privée.* »

P15 : « *Voilà bon après ça ne m'empêche pas non plus de faire des projets.* »

4.1.3 *Un médecin dans l'incompréhension*

Au contraire le médecin ne **comprend pas la douleur** de son patient.

MF : « C'est une patiente pour laquelle j'ai énormément de difficultés à cerner ses douleurs, ça n'a aucune logique, ça ne rentre dans aucun syndrome, aucune pathologie particulière. »

MI : « En fait sa douleur, j'ai du mal à la percevoir en fait. J'entends sa plainte de douleur mais c'est une plainte tellement ancienne et c'est une douleur qui ne répond à aucun traitement, [...] que c'est un petit peu difficile pour moi de l'évaluer. »

Le médecin entend la **plainte** de son patient mais n'arrive pas à cerner son **retentissement**. Il y a une **incohérence entre les deux**.

MF : « Je n'arrive pas à cerner ses douleurs dans son quotidien, elle ne semble pas avoir d'impotence fonctionnelle dans son quotidien. »

MI : « Je trouve qu'il y a une grosse différence entre ce qu'elle peut dire et ce que déjà elle peut exprimer par son corps. »

Il **remet en cause** le retentissement des douleurs.

MA : « Tu vois, peut-être qu'il me dit qu'il ne peut pas aller travailler, qu'il a vraiment très mal et peut-être qu'à côté il fait pleins de trucs. Il abuse peut-être. [...] Donc est-ce qu'il y a une petite part de manipulation ? C'est possible. »

MF : « C'est en quoi je suis un petit peu dubitative par rapport à ses douleurs, voilà elle continue à s'occuper de ses petits-enfants, il n'y a pas de frein par rapport à ses douleurs. »

Le médecin **n'a pas abordé la question du retentissement** avec le patient, il a l'impression que le patient **ne lui dit pas tout** mais **n'ose pas** en demander plus. Il a **conscience de ne pas bien connaître ce retentissement**.

MA : « Mais c'est vrai quand je le questionne sur ce qu'il fait à la maison il ne me dit pas. »

MF : « Je ne sais pas dans quelle mesure ses douleurs impactent sa vie quotidienne, je n'arrive pas à cerner ça. »

4.2 L'impasse thérapeutique

4.2.1 *Un médecin dans l'impasse*

Le médecin **ne comprend pas ce que le patient attend de lui**.

MI : « Qu'est-ce qu'elle attend de moi ? [...] Si elle attend de moi que je fasse disparaître ses douleurs, je n'ai pas réussi cette mission. »

MF : « J'ai été contrainte de poursuivre les arrêts de travail sans savoir exactement ce qu'elle recherchait. »

Face à cette incompréhension du phénomène douloureux et à la plainte permanente du patient, le médecin **perd patience**. Il **craind'être épuisé** par son patient et **est fatigué** que toutes ses tentatives échouent.

MI : « Cette patiente, c'est un petit peu compliqué parce qu'elle est toujours dans la plainte. »

MD : « Parce que les patients pour qui quand on voit le nom, le seul objectif c'est d'être sûr d'aller le plus vite et de finir le plus vite possible, c'est qu'on ne fait plus un bon travail. »

MI : « A chaque fois que j'ai tenté des choses, c'était vain. »

Il a un **sentiment de mise en échec**, ce qui aboutit à une **impasse thérapeutique**. Le médecin a l'impression que **le patient ne fait pas d'effort pour sortir de cette impasse**. Il **baisse les bras**, et décide de ne plus rien proposer.

MI : « On en a essayé pas mal, et souvent elle trouve des effets indésirables. »

MI : « Je ne change rien à son traitement mais j'ai fait le deuil de réussir à changer quelque chose. J'ai fini par prendre le parti qu'il fallait peut-être juste rester comme ça. »

Il se **sent isolé**, aimerait un travail d'équipe pour débloquer la situation. Il **ne se sent pas soutenu** par ses confrères spécialistes qui ne proposent rien de plus.

MI : « Je pense que travailler à plusieurs sur son dossier ça pourrait être pertinent. »

MA : « Mais effectivement la rhumato elle ne fait rien de plus, quand tu regardes les courriers, elle dit qu'elle ne peut rien faire de plus quoi. »

Cette impasse amène à un **sentiment de frustration** chez le médecin. Il a l'impression de ne plus être maître de la situation et de **subir la prise en charge**. Un **sentiment de colère** peut même se développer.

MI : « Heureusement que je n'ai pas beaucoup de patients comme ça, parce que ce n'est pas très satisfaisant pour moi. »

MF : « Oui de frustration clairement, parce que dans ces situations là on a parfois l'impression d'être des pantins et de ne pas être maîtres de la situation. »

MF : « Il m'est arrivé même parfois d'être un peu en colère envers cette patiente. »

4.2.2 Un médecin en manque de confiance

Le médecin a l'impression de **manquer de connaissances**. Il **manque de confiance** en ses compétences. Il dispose souvent d'une alternative au problème rencontré afin de sortir de l'impasse mais **n'ose pas la mettre en place**.

MA : « Les médecines douces je ne lui en ai pas trop... Déjà je ne suis pas calée ultra là-dessus moi. »

MG : « Je sais que si d'emblée avec elle j'insiste sur la part psychosomatique ça va peut-être coincer quelque part. »

Il attend que la demande émane du patient.

MF : « Mais elle ne m'a jamais manifesté l'envie, elle ne m'en a jamais parlé et moi je ne lui ai jamais proposé. Pourtant je ne suis pas du tout fermée à ça mais c'est vrai que chez cette patiente je ne lui en ai jamais parlé. »

Il s'autocensure, ce qui l'empêche d'avancer dans la prise en charge.

MI : « C'est une représentation que j'ai, mais peut-être que c'est complètement erroné... »

MA : « J'ai jamais abordé ces sujets là avec lui, enfin, c'est parce que je ne le sentais pas trop là-dedans. [...] Mais non, les médecines douces je ne lui en ai pas trop... »

4.2.3 L'attente d'un miracle

Les deux protagonistes espèrent **un miracle**.

MG : « L'objectif oui bien sûr c'est qu'elle n'ait plus mal. (Rires) »

P15 : « Il va falloir trouver une solution. »

Pourtant le médecin a conscience **que l'objectif « zéro douleur » n'est pas atteignable** et son but est de **rendre les douleurs acceptables**.

MD : « Enfin, c'est pas une prothèse qui va résoudre le problème, c'est pas une infiltration qui va résoudre le problème... »

MA : « *Maintenant il vit avec ses douleurs.* »

Le patient a **peur de l'avenir**, de ce qui l'attend en l'absence de traitement efficace.

P9 : « *On a bossé pendant quarante ans, on arrive au bout d'une carrière professionnelle et puis on va arriver à la retraite, on va pouvoir profiter de que dalle quoi.* »

4.2.4 *Un patient déçu de sa prise en charge*

Le patient a essayé **de nombreux traitements sans efficacité** ou avec de nombreux effets indésirables. Il est **déçu des prises en charge non médicamenteuses**.

P15 : « *Il m'avait été prescrit du kétoprofène ce qui n'a pas servi à grand-chose.* »

P14 : « *J'ai fait beaucoup de kiné, mais bon ça ne m'apporte pas grand-chose.* »

Après ces nombreuses tentatives, le patient finit aussi par **baisser les bras**.

P1 : « *Je crois qu'il va falloir que je reste avec mes douleurs.* »

4.3 L'origine des douleurs

4.3.1 *Un médecin en quête d'un diagnostic*

L'absence de diagnostic empêche le médecin de comprendre les douleurs.

MG : « *C'est pour ça que je lui ai fait faire un bilan biologique et que j'ai demandé l'avis d'un rhumato.* »

Il a **besoin de mettre un nom sur la pathologie**, pour définir un objectif.

MF : « *Je refuse d'être sans objectif pour cette patiente. [...] C'est vrai que peut-être j'essaie d'avoir un peu trop de compréhension de son phénomène douloureux.* »

4.3.2 *Un patient qui connaît ses douleurs*

Le patient a également **besoin qu'un diagnostic** soit posé mais **sans que ce soit une nécessité** pour apprendre à vivre avec ses douleurs.

P15 : « *J'aimerais que le diagnostic soit vraiment posé. [...] Pour autant que ça va m'empêcher de vivre non plus, je vais vivre avec tout simplement* »

Le patient **connaît sa pathologie et fait des liens** pour se faire son propre diagnostic.

P12 : « *Les maux de tête ça n'a rien à voir, je me dis, comment ils pouvaient le savoir* »

P15 : « *Je suis une boule de nerfs et une éponge à émotions donc tout se répercute sur mon corps.* »

Il **cesse parfois son traitement sans avis médical**, ou a une idée arrêtée de ce qu'il veut ou non comme traitement.

P12 : « *D'ailleurs c'est ce qui m'a décidé à arrêter le traitement aussi. J'ai arrêté le traitement pendant 6 mois avant de le dire.* »

P15 : « *Je n'ai pas envie de passer aux infiltrations et encore moins à la biothérapie.* »

4.3.3 *La part émotionnelle*

Le médecin s'interroge sur **le lien entre le vécu de la douleur du patient et ses difficultés de vie**.

MG : « *Je pense qu'il y a une relation conflictuelle au niveau de son travail qu'elle n'exprime pas forcément. Je pense au fond de moi que ça joue quand même sur ses douleurs...* »

MI : « Après il y a un contexte psy, familial un peu compliqué, un facteur qui fait que, qu'elle a ces douleurs qui s'expriment comme ça, peut-être. »

Le patient a conscience de **l'intrication de ses douleurs avec son état émotionnel et psychique**. L'apparition de la douleur peut faire suite à un stress important.

P12 : « Je suis très consciente qu'il peut y avoir des raisons psychosomatiques, et qu'aussi le fait d'être dans un état anxieux, peut aussi maximiser certaines douleurs. »

Le médecin pense que le patient a un **bénéfice secondaire de sa plainte** douloureuse : soit pour **attirer l'attention** sur un mal être soit pour **échapper** à une situation difficile.

MI : « Alors je ne sais pas quel bénéfice secondaire elle peut avoir avec ses douleurs mais peut-être qu'elle a une oreille attentive de ma part et c'est de ça qu'elle a besoin. »

MA : « C'est bon on vous met en invalidité, vous avez une prime, machin. Il va pouvoir fermer son truc, rien que déjà ça c'est un gros poids pour lui psychologiquement. Après ça va peut-être être mieux sur ses douleurs. »

4.4 La relation de confiance

4.4.1 La place de l'écoute

Pour savoir si un mal être ou un bénéfice secondaire se cache derrière les douleurs, le médecin **écoute et soutient** son patient.

MA : « Je l'écoute, c'est important pour lui. »

MF : « Elle recherche de l'écoute, la dernière consultation d'ailleurs, on a beaucoup plus parlé du problème lié à l'entreprise de son mari que de son problème douloureux. »

Le patient **attend** avant tout **de l'écoute** de la part de son médecin et **sa demande est satisfaite**.

P12 : « Je me souviens avoir fait des fois, une heure de consultation oui effectivement. De parler, pas que des douleurs physiques, de tout le reste. »

P15 : « Elle est à l'écoute, elle est à l'écoute il n'y a pas de problème là-dessus. »

Cette écoute permet une **prise en charge globale**.

P12 : « Il y a la douleur, certes physique, mais en fait il y a une douleur morale qui se rajoute, qui est entraînée par la douleur physique et qui se combinent ensemble. Enfin, tout marche ensemble. »

MG : « Il y a un versant aussi psychologique dans la douleur. »

4.4.2 Une relation de confiance

L'important pour le médecin est de **créer de l'alliance** avec le patient même si leurs représentations ne sont pas les mêmes.

MI : « Le fait qu'elle reste avec moi, qu'elle semble toujours en confiance, que l'alliance thérapeutique est toujours là et bien c'est une victoire quand même quelque part. »

Le patient **a confiance** en son médecin, ne se sent **pas jugé**, et **lui dit tout**.

P9 : « Je pense qu'ils sont là pour être à l'écoute des patients, et entendre, tout entendre. »

P15 : « Que ce soit pour divers sujets, j'ai toujours été franche avec elle. »

Le médecin est **franc** avec son patient, il exprime facilement son désarroi ou sa méconnaissance d'un sujet, ce qui renforce la confiance du patient.

MF : « Je suis tout à fait ouverte avec elle, régulièrement je me repenche sur son dossier avec elle en lui expliquant que je ne comprends pas ce qui se passe. »

P12 : « J'aime beaucoup les médecins qui disent « je ne sais pas ». C'est un signe pour moi de maturité et même de compréhension du patient, et on sait qu'on va être écouté. »

4.4.3 La recherche de solutions

Le patient **cherche des solutions** pour mieux gérer sa douleur, surtout auprès des médecines alternatives.

P9 : « Un magnétiseur que je connais depuis très longtemps m'a un peu aidé à soulager. »

P15 : « L'aromathérapie également, parce que j'essaye un maximum, dans la famille on est un peu comme ça on essaye un maximum de se soigner par nous-même. »

Il a **besoin de l'approbation** de son médecin avant de se lancer, il reste prudent mais **n'ose pas toujours en parler** à son médecin.

P9 : « Je pense que je demanderais l'avis au médecin. Bon après bon, de là à me lancer directement, je pense que je prendrais des renseignements avant. »

P9 : « Je crois qu'ils ont un petit peu des a priori les médecins... »

Le médecin propose **volontiers les médecines parallèles** à son patient.

MG : « Si ça peut les soulager, je ne suis pas contre. »

MI : « J'y suis tout à fait favorable, moi je propose volontiers. [...] Je dis aux gens qu'il faut essayer de toute façon. »

Il **progressé** sur ses propres croyances et ne reste pas figé sur ses acquis.

MG : « Je suis ouverte, je veux dire, il y a 20, 30 ans si on m'avait dit ça je poussais des cris ! Maintenant, si ça peut les soulager je ne suis pas contre. »

4.4.4 Un patient aux attentes réalistes

Le patient a conscience que **son médecin fait de son mieux**, il ne lui **demande pas l'impossible** et ne le **rend pas responsable** de la persistance des douleurs.

P14 : « Vu tout ce qu'on a essayé, ce n'est pas de sa faute il n'y a pas de soucis, donc après, non elle fait vraiment tout ce qu'elle peut. »

Le patient **admire** son médecin et **est reconnaissant** pour ses **capacités relationnelles**.

P14 : « Elle est top, il n'y a rien à dire, maintenant, jamais je n'en changerai quoi ! Non, non elle est vraiment super, elle est à l'écoute des patients, elle est très calme, très posée. »

Il a conscience **d'être un cas difficile**, avec une pathologie complexe.

P9 : « Je pense que ce n'est pas une maladie qui est trop connue, ou trop simple à gérer. »

4.5 L'avenir de la relation

4.5.1 Un patient qui attend des propositions

Le patient **est dans l'attente de propositions**.

PI : « Ah c'est peut-être pas mal l'hypnose, je ne sais pas ce que ça pourrait donner... Sur la douleur... Oui... Peut-être que ça serait bien. »

P9 : « Vous savez, quand on a mal on est prêt à tout essayer. »

4.5.2 Un médecin qui attend avant de proposer

Le médecin **prend du plaisir** dans cette relation et apprécie son patient.

MA : « C'est un patient qui est relativement facile quand même, il est assez ouvert, il n'est pas braqué. Donc c'est agréable de le suivre. »

MF : « C'est une patiente que j'apprécie malgré tout. »

Il est conscient qu'il **lui reste des choses à proposer** et ne désespère pas.

MI : « Peut-être qu'on peut encore faire des choses et que je n'ai pas encore tout tenté... »

MF : « Et je n'ai pas... Non, je n'ai pas essayé d'autres méthodes non médicamenteuses. »

Il préfère **prendre son temps** et laisser la relation avancer pour débloquer la situation. Pour lui, l'essentiel est de **rester disponible** et présent pour le patient, **à l'écoute** et de **faire de son mieux**.

MI : « Donc faut pas se précipiter, faut pas lâcher l'affaire, faut rester présent, proposer son aide et rester disponible et attendre que le moment vienne, pour que peut-être les choses s'arrangent avec le temps. »

MA : « On n'a pas soulagé totalement la douleur. [...] Mais il a plutôt un confort de vie qui est acceptable, on a stabilisé les choses, pour le moment je pense qu'il est satisfait. »

Il est **confiant pour l'avenir**, tout reste à construire.

MD : « Je pense que ça se passe bien, mais que c'est encore à construire en fait et que c'est trop tôt pour... Pour juger en tout cas... »

Les deux protagonistes **ne sont pas en accord sur les représentations** des douleurs et leurs impacts. Une **impasse thérapeutique** s'est mise en place engendrant la frustration du médecin qui n'ose plus proposer d'autre solution. Pourtant le patient **ne lui demande pas l'impossible, se sent écouté et soutenu**. Il a confiance, et est reconnaissant envers son médecin. Ce dernier va se servir du temps pour faire avancer la relation.

5. PROFIL 4, Pragmatisme

Dans ce profil, nous avons retrouvé un patient ayant un retentissement important de la douleur, mais inavoué. Le médecin doute alors, remet en question les douleurs et finalement, il a beaucoup de mal à comprendre la demande. Malgré tout, le patient semble satisfait et a une confiance absolue en son médecin.

5.1 La représentation des douleurs

5.1.1 Un impact important, mais inavoué

Le patient est fortement **limité par ses douleurs** dans sa vie de tous les jours.

P6 : « Et de pouvoir bouger comme je veux avec les filles... C'est surtout ça en fait. Je n'ai pas d'attentes particulières... Je voudrais juste revivre normalement dans l'idéal. »

P16 : « Moi c'est évident, je reprendrais ma vie d'avant. Ma vie d'avant c'était de l'activité physique, énormément, du bricolage. »

Et ces douleurs, il ne les **supporte plus**.

P6 : « C'est pas tolérable et au bout d'un moment c'est... »

P4 : « Le pire c'est que j'avais toujours aussi mal. »

Mais le patient est obligé de **faire avec ses douleurs**. Il doit donc la **gérer au quotidien**.

P6 : « De toute façon je continue à travailler, et si je n'arrive pas à le faire je n'arrive pas à le faire et c'est tout, ça ne leur pose pas de problème plus que ça. »

P16 : « Je vis avec mes douleurs. »

Le **patient se sent isolé**, à cause de ses douleurs.

P16 : « Moi j'ai pris cette décision-là quasiment de plus voir mes amis. Je n'avais pas envie d'être auprès d'eux et de les entendre parler de sport, et d'activités et de sorties alors que je suis incapable de suivre... »

Malgré tout, **il dépend souvent des autres**. Ceci peut entraîner un sentiment de honte, une peur du jugement. **Il n'ose pas se confier**.

P4 : « J'ai une femme de ménage, je ne peux pas faire autrement. »

P6 : « Après c'est pas forcément évident parce que je ne parle pas beaucoup. Et je mets beaucoup de temps à avouer que j'ai mal et ce n'est pas évident. »

5.1.2 L'incertitude sur les douleurs

Le fait que le patient se confie peu pousse le médecin à **s'interroger sur l'existence même de ces douleurs**.

MH : « C'est à se demander si elle existe vraiment cette douleur... Puisqu'il n'y a rien ! »

Le médecin **essaie de connaître le retentissement** des douleurs dans la vie de son patient.

MN : « Les retentissements c'est sur l'activité sportive. Il la limite au maximum. Au niveau professionnel voilà il avait repris enfin. Il fait avec. Au niveau de la vie privée, ben pareil il fait avec, il n'a pas de plainte majeure. Je te dis il l'a intégrée à sa vie hein. »

Il croit son patient lorsque ce dernier lui exprime ses douleurs.

MH : « Mon ressenti c'est que ce patient a authentiquement mal, j'en suis persuadé. »

Mais il ne **la comprend pas** et cela l'empêche d'avancer.

MH : « Et on n'avance pas. Et c'est un mystère. C'est un mystère. »

5.2 La demande incomprise

5.2.1 Le rôle du généraliste selon le patient

Pour le patient, son médecin doit avant tout **être à l'écoute**. Et il **est écouté**.

P6 : « *Qu'il soit à l'écoute, c'est tout. Pour moi c'est le plus important.* »

P4 : « *Quand il vient, on discute, on discute un bon moment.* »

C'est important pour lui d'être éclairé, de **bénéficiaire de conseils d'expert**. Il a **besoin de comprendre**. Il a aussi **besoin de franchise** dans sa prise en charge.

P16 : « *Je cherche une expertise, une solution.* »

P4 : « *Moi, j'aime bien savoir.* »

Son médecin a également un **rôle d'orientation**.

P6 : *A propos des attentes : « Qu'il continue à m'aiguiller. Là pour le genou j'ai été voir un chirurgien, j'ai été aiguillé par lui. »*

Il ne lui **demande pas d'être un spécialiste**.

P16 : « *Le médecin traitant pour moi c'est un médecin généraliste hein, ce n'est pas un spécialiste.* »

En bref, il attend surtout une **prise en charge globale**, centralisée par son médecin traitant.

P16 : « *Oui ça effectivement, j'y ai pensé quelques fois en me disant non mais nom d'une pipe, depuis le temps que ça traîne, ils ne sont pas capables de se faire, comme on se fait là une visioconférence, d'une heure sur un cas particulier, pour moi ou pour d'autres personnes.* »

5.2.2 Un médecin dans l'incompréhension

Le médecin ne **comprend pas sa demande**. Il n'est pas sûr de ce que veut son patient.

ML : « *Je crois qu'elle aussi elle voudrait pouvoir réduire je pense son traitement.* »

Il essaie cependant d'y **répondre**.

MH : « *En réalité, il comprend tout à fait le fonctionnement du milieu médical, la segmentation par discipline, le rôle du médecin généraliste il le comprend. Je pense simplement qu'il attend de moi de, comment dire, d'appuyer ses pensées à lui, je dirais.* »

Finalement, cela amène de la **frustration** dans la prise en charge.

MN : « *Bon ça m'a pas l'air satisfaisant, moi je me sens un petit peu frustré de ça.* »

Mais il est conscient qu'il **n'a pas tout tenté**.

MN : « *Ah non je ne lui ai pas demandé s'il avait fait des médecines naturelles dites alternatives, dites douces, dites ... Non. Je ne lui ai pas demandé.* »

5.2.3 Une pluridisciplinarité compliquant la prise en charge

Le patient se dit au centre d'une **prise en charge pluridisciplinaire cloisonnée**.

P16 : « *Je pense que de temps en temps effectivement ils pourraient se réunir pour les cas particuliers.* »

Cette prise en charge est complexe, le patient lui-même se considère comme un **cas difficile**.

P16 : « *A chaque fois qu'il me voit il me dit "vous êtes un cas particulier".* »

P16 : « Je suis un cas très compliqué, ou effectivement c'est un truc rarissime et puis il n'y a juste que quelques personnes dans le monde qui savent gérer ça. »

Le patient est **prêt à changer** de médecin traitant et de spécialistes **s'il n'est pas satisfait** et veut choisir lui-même les acteurs de sa prise en charge.

P16 : « Plus le temps passe et plus j'en ai marre... Il va falloir que je relance le centre anti-douleur qui me paraissait un peu plus à même de me faire des propositions. »

Le médecin a l'impression de **subir la prise en charge**.

ML : « Je subis un peu quoi, je ne sais plus elle en est exactement. »

5.3 Une relation pragmatique

5.3.1 Une relation professionnelle

Le médecin ne se sent **pas maître de la situation** et trouve le patient distant.

MH : « C'est quelqu'un qui sait mettre une distance. Qui met une distance peut être même plus importante que d'autres. »

Les deux semblent dans une **relation très professionnelle**. Le patient aussi est à sa place.

MH : « C'est une relation médecin/patient carrée, professionnelle. »

MH : « Professionnel dans la relation médecin patient, il est professionnel. Il est à sa place, à sa juste place, il répond à ce qu'on lui pose comme questions. »

Le médecin a l'impression de **ne pas avoir fait le maximum**.

ML : « C'est vrai que je n'ai pas étudié la question, je n'ai pas proposé. »

Il s'**autocensure inconsciemment**.

ML : A propos des médecines parallèles : « Ce n'est plus trop le profil de ce genre de trucs. »

Finalement, les deux protagonistes de la relation sont **dans l'impasse**. Le patient constate l'impuissance de son praticien face à ses douleurs. Il **n'attend plus rien**.

P4 : « Dans la prise en charge des douleurs il ne peut rien faire de plus, qu'est-ce que vous voulez qu'il me donne de plus ? »

P6 : « Non, je n'attends pas grand-chose de plus. »

Le médecin ne sait **plus quoi proposer**.

MN : « Et puis sur le plan thérapeutique je te dis on a déjà fait le tour un peu, entre les anti-épileptiques, entre les anesthésiques locaux... »

MH : « Et oui j'ai perdu espoir moi-même... De pouvoir lui trouver une explication simple, sensée... »

5.3.2 Le fatalisme dans la relation

Les deux protagonistes de la relation sont fatalistes. Le médecin est **pessimiste**, il n'essaie plus de comprendre cette douleur et d'y trouver une solution.

MH : « Je pense qu'on ne trouvera pas. Je pense que beaucoup de cerveaux se sont penchés dessus et que s'il y avait réellement quelque chose on l'aurait trouvé. »

Les deux savent qu'il **n'y a pas de miracle** et ne l'attendent plus.

MH : « Et bien au départ il était revendicatif, il disait Docteur j'ai mal, trouvez-moi une solution. Il était vraiment assez revendicateur, de lui trouver une solution. Comme si c'était magique ! »

P6 : « Je pense qu'il n'y a pas de miracle de toute manière. Je pense qu'il n'y a pas de miracle. »

Le patient **n'attend plus grand-chose** de la part de son médecin traitant.

P16 : « Mais le médecin traitant il n'a plus... A un moment donné, j'évite de l'ennuyer avec ça, parce de toute façon... Il ne pourra pas en faire plus de son côté hein. »

En fait, le médecin a **baissé les bras**. Il a perdu espoir et s'est **fait une raison**.

MN : « On ne baisse pas les bras mais si un petit peu quand même. On s'est fait une raison tous les deux. »

MH : « Eh oui j'ai perdu espoir moi-même... »

Il se sent **perdu** dans la prise en charge.

MH : « Je pense que l'hypnose on a dû lui proposer, ouais, on a dû lui proposer. Euh qu'est-ce qu'on lui a proposé ? Je sais plus... »

ML : « Parce que ça a été instauré, c'est là ou je ne sais plus trop quand, tu as le compte rendu, il faudrait reprendre les... Je ne me souviens plus. »

Il n'a **pas défini d'objectif précis**.

MH : « Je n'attends pas, je la vois évoluer comme elle est aujourd'hui. Je n'attends pas davantage, je n'ai pas d'attentes particulières vis-à-vis de l'avenir... Je ne sais pas... »

ML : « Pour l'instant non je n'ai pas fixé un objectif précis mais bon j'espère que dans deux trois mois on pourrait peut-être l'avoir arrêté quand même. »

Le patient aussi est pessimiste quant au futur, il a **peur de l'avenir**.

P6 : « Après je vais me retrouver dans les bureaux, et c'est quelque chose que je n'aimerais pas. Je sais très bien que ça va se finir comme ça mais le plus tard sera le mieux ! »

P6 : « Je pense qu'au bout d'un moment en fait le bras il faudra le bloquer car les mouvements me font de plus en plus mal... »

Quelque part, le médecin a l'**impression d'avoir échoué**, et cela l'affecte.

MN : « Moi c'est au niveau plutôt de l'empathie et de la sympathie, parce que c'est un gars qui est attachant. C'est ça qui me gêne mais non, ce n'est pas une frustration. Je suis depuis longtemps conscient des limites de ma prise en charge. »

5.3.3 L'absence de réelle demande

Le patient n'a pas de réelle demande. A part l'écoute, qui est primordiale pour lui, le patient **n'attend pas grand-chose de plus** de son médecin traitant.

P6 : « A partir du moment où il y a l'écoute, pour moi c'est le soutien. Non, je n'attends pas grand-chose de plus. »

Il serait cependant **ouvert à d'autres propositions** de la part de son médecin, notamment en ce qui concerne les médecines parallèles. Alors que le médecin a l'impression que non, que ces médecines douces ne sont pas faites pour lui.

P6 : A propos des médecines parallèles : « Je ne sais pas. Pour moi c'est quelque chose qui est totalement abstrait, après je ne suis pas contre. De toute manière étant donné que ça ne peut pas faire de mal... Je n'ai jamais essayé. Je me suis renseigné plusieurs fois mais je n'ai jamais été plus loin. »

Mais le patient n'en parle pas non plus à son médecin, il ne lui en tient pas rigueur. Il **pense que son médecin fait son maximum** pour le prendre en charge.

P6 : « Je pense que ce sont ses objectifs, mais bon ce n'est pas forcément faisable, mais en fait d'essayer que je le vive mieux c'est son objectif. »

P16 : « De toute façon lui il n'a pas de solution à me proposer et moi j'avoue que je ne suis pas un patient à apprécier le médical. »

Il le sent parfois **dépassé par son cas**, et se considère comme à part.

P16 : « Je veux dire pour des choses basiques, classiques, une otite, il n'y a pas de soucis, mais là j'ai bien senti dès le début que je cumulais des choses... A chaque fois qu'il me voit il me dit "vous êtes un cas particulier". »

P16 : « Mais je sens bien que mes problèmes dépassent peut-être ses compétences, ce que je comprends. On n'est pas, on n'a pas en face de soi tous les jours des gens qui ont des douleurs qui arrivent d'un coup et que personne n'arrive à traiter hein. »

Mais cela n'entrave pas du tout la relation. Le patient est **attaché à son médecin et lui est fidèle**.

P16 : « Moi effectivement ça reste mon médecin traitant... Dès que j'ai un coup dur ou une emmerde je vais le voir forcément... »

Au-delà de cela, il représente beaucoup pour lui et l'**apprécie**.

P4 : « Son docteur traitant, ça représente toujours beaucoup, surtout quand on est malade comme moi. »

Les deux protagonistes sont dans l'**expectative**. Le médecin **ne comprend pas** les douleurs de son patient ni sa demande, en **est frustré et a baissé les bras**. Pourtant le patient définit clairement le rôle de son médecin traitant et a une **attente limitée** concernant sa prise en charge n'attendant aucun miracle ou amélioration dans son phénomène douloureux. La relation reste bonne, patient et médecin sont en **confiance**, et **s'apprécient**

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode, validité de l'étude

1.1 Thème original

Cette étude porte sur un **thème original**. La douleur chronique a déjà été abordée dans de nombreuses thèses notamment sur les attentes et les difficultés de chacun des protagonistes du couple médecin-patient. Mais aucune, à notre connaissance, n'a porté sur la **relation médecin-patient** dans la prise en charge de la douleur chronique. Si des études quantitatives avaient croisé le point de vue du médecin et celui du patient avec des questionnaires, aucune étude qualitative ne s'était intéressée au **colloque singulier** du médecin et de son patient.

1.2 Forces de l'étude

La méthode **qualitative** avec des **entretiens semi-dirigés** était le choix le plus adapté pour notre étude, afin de recueillir et d'approfondir ce qui se joue dans la relation médecin-patient. Le fait de rencontrer **séparément** médecin et patient, tout en veillant au respect de la confidentialité, a permis une **parole libre**.

Les **canevas d'entretiens** ont été constitués de manière à ce que les thèmes s'entrecroisent, permettant aux deux protagonistes de se **répondre à distance**. Les **questions** étaient **ouvertes** pour libérer la parole et laisser les interrogés aborder spontanément d'autres thèmes. Ces **questionnaires** ont **évolué** et ont été enrichis au fil des entretiens.

Notre échantillon n'est pas représentatif, car ce n'est pas l'objectif d'une étude qualitative mais a été réalisé **en variation maximale** avec des variables pertinentes comme l'étiologie de la douleur, l'âge, et la catégorie socio-professionnelle chez les patients, et la durée et le lieu d'exercice, et les spécificités de pratiques (hypnose, mésothérapie...) chez les médecins.

Cette étude a été réalisée par **deux investigateurs**, permettant le recrutement d'un grand nombre de couples, ce qui a permis d'arriver à saturation des données après trente-deux entretiens soit seize couples.

De même, lors de l'analyse, un **double codage** a été effectué séparément par les deux investigateurs pour chaque entretien ce qui a permis une **triangulation des données**, afin de limiter la subjectivité de la thématization.

Une fois cette thématization effectuée, une **analyse en théorisation ancrée** a été réalisée en commun par les deux investigateurs.

1.3 Limites de l'étude

Cette étude a été menée par deux **enquêteurs novices** dans la pratique de l'entretien semi-dirigé et dans l'analyse qualitative.

Le recrutement a été majoritairement réalisé en demandant à un médecin de choisir parmi sa patientèle un patient douloureux chronique. Si celui-ci était d'accord, nous pouvions alors inclure le couple dans l'étude. Nous avons essayé de recruter des patients sans que leur nom ne nous soit donné par leur médecin, via nos connaissances directes, mais nous avons alors eu du mal à avoir l'accord de leur médecin traitant. Finalement un seul couple a été recruté par cette méthode. Cela peut être à l'origine d'un **biais de recrutement**. En effet les

médecins pouvaient être tentés de choisir un patient avec qui la relation était bonne. Nous avons essayé de contourner ce biais en leur demandant à de choisir à priori un patient avec lequel ils rencontraient des difficultés de prise en charge. Les patients étaient globalement satisfaits de leur prise en charge et de leur médecin. Cela pourrait être dû à notre biais de recrutement mais aussi être en rapport avec le fait que les patients n'hésitent pas à changer de médecin s'ils ne sont pas en accord avec leur prise en charge. Ils nous l'ont d'ailleurs verbalisé.

Tous les entretiens n'ont **pas été réalisés de la même manière**. En effet certains ont été enregistrés à distance, par téléphone ou visioconférence selon la convenance du patient ou du médecin. Le choix était respecté, et toutes les précautions ont été prises vis-à-vis de la pandémie de COVID-19.

2. Discussion des résultats, relation médecin-patient

2.1. Quatre profils de relation

A la suite de l'analyse, nous avons identifié **quatre profils** de relation médecin-patient.

Le **premier profil** montre un patient souffrant depuis de nombreuses années. Le diagnostic a été posé depuis longtemps et il est devenu expert dans la gestion de sa douleur. Il est naturellement actif et curieux, autonome, à la recherche de solutions. Le médecin l'encourage dans cette autonomie, il a l'esprit ouvert et s'adapte à ses demandes. L'écoute est au centre de la relation et le médecin croit son patient. Ils suivent un but commun, le mieux-être et non la guérison.

Le **deuxième profil** décrit une relation fusionnelle où l'écoute est importante et les représentations des douleurs sont les mêmes. Le patient est expert de sa douleur. Pourtant une impasse thérapeutique est présente, le patient a tendance à baisser les bras et le médecin ne sait plus quoi proposer. Les deux s'autocensurent, et sont dans l'attente d'un miracle.

Le **troisième profil** met en évidence une relation basée sur l'écoute, la confiance. Pourtant le médecin ne croit pas totalement les douleurs et le retentissement de celles-ci sur son patient, a du mal à appréhender le syndrome douloureux. Cette remise en cause n'influe pas sur la relation. Le médecin se sent dans l'impasse avec une certaine frustration alors que le patient a des attentes réalistes, ne demande pas l'impossible et lui est reconnaissant. Il attend des propositions de son médecin pour avancer dans la gestion de sa douleur.

Le **quatrième profil** décrit un patient ayant un impact important de ses douleurs mais qui se confie peu à son médecin traitant. Le médecin a alors du mal à comprendre les douleurs et leurs retentissements. L'objectif pour le médecin n'est pas clair et il est frustré de se retrouver dans une impasse. Pourtant le patient ne lui demande pas de trouver cette solution, il lui demande surtout de l'écoute et de coordonner la prise en charge et sait que son médecin fait son maximum.

2.2 Le rôle du médecin traitant

En débutant notre étude, nous nous attendions à ce que la relation soit **difficile**. En effet, les douleurs chroniques paraissaient complexes à gérer pour le médecin qui n'avait pas forcément de solution à apporter. Devant une discordance entre la clinique et les plaintes exprimées par le patient, celui-ci devenait suspect et pouvait susciter des **émotions négatives** chez le médecin. (31)

De même, nous ne voyions pas comment le patient pouvait trouver de la **satisfaction dans cette relation** où l'efficacité des thérapeutiques paraît médiocre. De plus, en médecine générale, le temps court attribué aux consultations comparées au **besoin d'écoute**, de **temps** et de **disponibilité** nous paraissaient assez incompatibles.

Au cours de ce travail, nous avons retrouvé, comme dans les autres thèses réalisées sur l'attente du patient (32), que son besoin premier est l'**écoute**, et qu'il a besoin de la **reconnaissance** de sa pathologie, de son vécu, par son médecin traitant.

Cette **écoute** est en elle-même **thérapeutique**. Dans nos quatre profils, elle est centrale dans la consultation, aussi bien du côté du patient que du médecin, qui est prêt à fournir un effort et à prendre le temps nécessaire. Comme dans une autre thèse sur le vécu et les attentes des patients douloureux chroniques, le patient est **satisfait de son médecin** à condition qu'il lui apporte de l'écoute (33). Dans deux de nos profils, cette écoute permet de mieux connaître le vécu et le retentissement des douleurs, alors que dans les deux autres, les médecins ne semblent comprendre ni la douleur, ni le retentissement, ni le vécu. Classiquement, on considère que la relation est **altérée** car « tout ce que le médecin ne comprend pas est renvoyé au psychologique » (34). Pour autant dans notre étude, sa **capacité d'écoute** et son **accompagnement** ne sont **pas altérés**. Cette absence de compréhension n'est pas ressentie par le patient qui trouve tout de même une écoute de qualité qui répond à ses attentes. De même dans la littérature (29) les patients minimisent les facteurs psychologiques de la douleur par rapport aux médecins, pourtant dans notre étude le facteur émotionnel est pris en compte par les deux parties et le patient a conscience que ce facteur participe au vécu de la douleur.

Le **temps** a une place à part dans la relation singulière. Nous avons déterminé trois dimensions au temps :

- Le **temps de la consultation**, c'est-à-dire le temps effectif où le patient est en face de son médecin. Le médecin le décrit comme adaptable : il doit pouvoir consacrer le temps nécessaire à l'écoute et au soutien, selon les difficultés actuelles de son patient. Ceci peut être résolu par des créneaux de consultation dédiés et adaptés au temps d'écoute nécessaire. Le médecin peut parfois proposer de le reporter à un moment où il est davantage disponible. Le patient y trouve son compte.
- Le **temps-disponibilité** : c'est la capacité du médecin à se rendre disponible pour son patient, même en dehors des temps de consultation dédiés. En effet, les patients nous ont décrit une grande disponibilité de leur médecin, par différents moyens de communication, comme le téléphone, les mails, ou via les secrétaires. Ce sentiment d'avoir toujours la porte ouverte, « au cas où », mais sans en abuser, est rassurant pour le patient, et renforce la relation de confiance. Contrairement à ce que nous attendions, cette porte est facilement laissée ouverte par le médecin, qui n'y voit pas d'inconvénient, et ne vit pas la relation comme intrusive.

- Le **temps du cheminement**, autrement dit le temps d'avancer ensemble. Certains médecins composent avec le temps et laissent leurs patients cheminer à leur rythme aussi bien pour le diagnostic, pour la confession de leurs traumatismes de vie, sans les brusquer, que pour la recherche de solutions adaptées. D'autres se rendent compte que se laisser le temps est la solution à leur impasse, et que cela peut permettre au patient de se confier et d'évoluer de lui-même. Les patients sont alors enclins à se laisser le temps pour la guérison : « Ce n'est pas un sprint, c'est un marathon. »

Dans le parcours de soins du patient, le médecin traitant joue un rôle de **coordinateur**, au centre d'intervenants médicaux, ou paramédicaux. Pour son patient, il est le **pilier** de la prise en charge, le premier recours.

Dans notre étude, nous avons vu que le médecin avait au fur et à mesure constitué son **carnet d'adresses personnel**, avec des intervenants qui travaillent dans le même sens que lui, et en qui il a confiance. Pour autant, malgré la volonté de travailler en équipe, le médecin se sent **isolé** dans sa prise en charge et ne trouve pas toujours les réponses à ses questions. Il ne se sent pas soutenu par ses confrères et déplore l'absence de structures permettant un échange avec les autres intervenants afin de mieux progresser dans l'aide au patient. De même, le patient a souvent été déçu par les spécialistes.

Un de nos résultats inattendu est le fait que malgré la persistance de douleurs limitantes dans le quotidien et difficilement supportables, le **patient n'en veut pas à son médecin**. Pour lui, celui-ci n'est pas fautif, il ne lui fait pas porter la non-résolution des douleurs. Finalement, il n'y a **pas de corrélation entre l'impact des douleurs et la qualité de la relation**.

2.3 L'objectif : accompagner vers un mieux-être

Comme nous l'avons mis en évidence dans notre analyse, le patient est réaliste, il ne **demande pas l'impossible** à son médecin. Même s'il espère une solution miracle, il est conscient qu'elle n'existe pas et ne compte pas dessus, contrairement à une thèse où les patients espéraient que la médecine leur propose un « remède miracle » (32).

Il cherche plutôt des **moyens d'apaiser**, de **vivre avec sa douleur**. Il souhaite, comme l'exprime Anne-François Allaz, psychanalyste, « Guérir de sa douleur, plutôt que guérir sa douleur ».

Dans cette quête, il peut chercher à **limiter les médicaments**, souvent inefficaces et source d'effets indésirables et de dépendance. Pour être soulagé, il peut alors se tourner vers des **solutions parallèles**, des médecines douces, comme l'hypnose, la relaxation (33). Des études en imagerie cérébrale ont d'ailleurs montré l'influence de ces médecines parallèles, et de la relation médecin malade, sur le système de contrôle de la douleur (35).

Le médecin a le **même objectif**, il a compris la nécessité d'**accompagner son patient vers un mieux-être**, au lieu de supprimer le symptôme douleur. Cela a pu être source de frustration et de sensation d'objectif inaccompli, et a pu mettre des années à émerger, et à être accepté.

Ce mieux-être est facilité par l'**autonomisation du patient**, qui va devenir le principal acteur de sa prise en charge.

Certains patients, naturellement actifs et autonomes, **cherchent des solutions eux-mêmes** et n'hésitent pas à tenter toutes les propositions faites par leurs médecins. Cela fonctionne encore mieux quand leurs médecins sont derrière eux et les poussent, les valorisent dans cette quête.

D'autres sont plus dans l'expectative, ils **n'osent pas tenter seuls** même s'ils ont quelques idées. Cette passivité est bien connue dans la relation médecin/patient et plus particulièrement chez les douloureux chroniques (36,37). Ils n'en parlent pas à leur médecin, mais seraient **ouverts à des propositions** qui ne viennent pourtant pas. En effet, peut-être en raison d'un a priori, le médecin considère que tel patient ne rentre pas dans un profil, dans une case, et pense qu'il ne serait pas réceptif à telle thérapie. On est face à une forme de **double autocensure**, de chacune des parties.

Très présente dans la littérature, et mise en évidence à de nombreuses reprises dans nos entretiens, la **peur de l'impasse thérapeutique** est omniprésente dans la prise en charge de la douleur chronique (31).

Nous avons l'impression que pour sortir de cette impasse, la solution serait d'avoir une multitude de ressources, de cordes à son arc. **Être toujours dans la proposition**, face à un patient réceptif, permet souvent de **satisfaire les deux parties**. C'est cette adaptation de chaque instant, face à la situation, du médecin à son patient et du patient à son médecin, qui permet d'avancer. Pour le médecin, **avouer son impuissance**, lorsqu'il n'a plus de solution à proposer, pourrait également être bénéfique pour la relation.

Un des profils que nous avons identifiés décrit un patient **sans attente** de son médecin traitant. Ceci est accepté par le médecin, qui s'en accommode, malgré une certaine frustration. Finalement, il **l'accompagne** en répondant à sa demande à chaque consultation et non sur le long terme. Le patient est **satisfait** : les deux parties se sont trouvées. Marie Cayla décrit ces patients comme des **cas négatifs**, qui présentent une certaine fatalité et un certain stoïcisme, et sont peu revendicateurs envers leur médecin traitant en qui ils accordent une grande confiance (32).

Dans chacun des profils, les **patients semblent en accord avec leur médecin** et leur prise en charge les satisfait. Les deux protagonistes sont sur la **même longueur d'onde**.

2.4 Un colloque singulier

Nous avons identifié **quatre profils médecin-patient** au cours de notre analyse, mais ces derniers ne correspondent pas à quatre profils de médecins et quatre profils de patients, mais bien à quatre profils de **relation**. Ces profils peuvent évoluer pour le médecin en fonction du patient qu'il prend en charge. Nous avons conscience de ne pas être forcément exhaustifs et que d'autres profils pourraient être déterminés. Un profil n'est également **pas figé** dans le temps et peut être amené à évoluer vers un autre profil. Chaque relation est **unique** et se construit grâce à l'apport des deux parties, dans une décision partagée, pour aboutir à une **prise en charge centrée sur le patient**.

Dans la littérature, une étude sur le patient expert met en évidence trois profils de relations selon **médecin « acteur » ou « prescripteur »** et **patient « acteur » ou « suiveur »**

(38). Cette description semble assez figée, mais l'auteur décrit très bien la possibilité de passer d'un profil à un autre au sein même d'une consultation et que ces modèles sont assez « poreux ».

Nous n'avons **pas observé de lien entre le profil de relation et le temps de suivi**, ou encore avec l'expérience des médecins. De plus concernant les patients, il ne semble **pas y avoir de lien entre le profil de relation et la présence ou non d'anxiété ou de dépression**. De même concernant **l'échelle de retentissement des douleurs**.

Malgré des difficultés exprimées, les **couples fonctionnent** et semblent s'être bien trouvés. Le **patient semble satisfait de son médecin**, il lui est reconnaissant pour son investissement et cela peut même parfois aller jusqu'à de l'admiration.

Le patient a **conscience des limites** de la médecine en général et de celle de son médecin en particulier, il les comprend et les accepte.

Finalement, patient comme médecin se retrouvent dans la relation, chaque binôme est **complémentaire**. Ceci peut être expliqué par la réalisation de l'étude en Indre-et-Loire, zone peu désertique. Nous aurions pu trouver des résultats différents dans un département correspondant à un désert médical, où le patient n'a pas le choix de son médecin traitant. La relation médecin-patient pourrait être impactée et s'éloigner du colloque singulier.

CONCLUSION

La **gestion de la douleur chronique** est complexe et doit se faire dans une **prise en charge pluridisciplinaire**. Le médecin traitant est souvent isolé et doit construire une **relation de confiance** dans un **colloque singulier**, avec un patient qui devient alors l'autre membre de l'équipe, du couple.

Cette prise en charge se base sur une **écoute**, un **soutien**, et se construit dans le **temps**. Chaque relation est **unique** et est **thérapeutique** en tant que telle.

Dans la littérature, comme dans notre étude, nous sommes face à un médecin parfois **frustré**, en **souffrance**, et qui peut avoir l'impression de ne **pas faire le maximum** pour son patient. Il est alors dans l'**autoflagellation**, n'a pas conscience de ses atouts et minimise ses compétences et la place de l'**écoute thérapeutique**. Or, nous avons l'impression que la relation, qui s'est construite dans un **colloque singulier**, est **bénéfique** pour les deux parties. En effet, le **médecin** se construit et **progressé** aussi grâce à son patient. Il doit prendre conscience que le patient ne lui demande pas l'impossible, et est même fier de lui.

Dans notre pratique, **nos résultats sont optimistes**, et nous encouragent à apprendre à mieux gérer notre impuissance. **Sans attendre de miracle**, notre objectif pourrait être tout simplement d'**accompagner le patient à son rythme vers un mieux-être**, avec **écoute** et **bienveillance**.

Nous pouvons déplorer le fait que le médecin généraliste ne puisse pas prescrire un dispositif simple tel que le **TENS**, souvent efficace et ayant peu de contre-indications. Sa prescription pourrait être une alternative supplémentaire dans son arsenal, sans forcément avoir recours à un spécialiste au délai de consultation souvent important.

Nous avons identifié une autre relation qui semble essentielle pour le patient, il s'agit de celle qu'il entretient avec son **kinésithérapeute**, qu'il voit régulièrement, avec qui il passe du temps, avec qui il a un contact physique, qui le connaît et en qui il a confiance. Cette relation également singulière pourrait faire l'objet d'une prochaine étude.

ANNEXES

Annexe 1 : Neurophysiologie de la douleur aiguë (3 ; 14)

Les différents types de douleur

Il existe 4 types de douleurs :

- La douleur par excès de nociception : provoquée par l'activation normale de nos voies neurophysiologiques de la douleur.
- La douleur neuropathique : secondaire à des lésions des nerfs ou des neurones des voies nociceptives.
- La douleur nociplastique : secondaire à une altération de la nociception malgré l'absence de lésions tissulaires.
- La douleur psychogène : symptôme d'un trouble psychique comme l'anxiété, la dépression ou un trouble somatoforme.

Physiopathologie de la douleur aiguë

Classiquement, on décrit 4 composantes à la douleur.

La composante sensori-discriminative correspond au décodage des douleurs en termes de qualité, de durée, d'intensité et de localisation. Physiologiquement elle correspond à la voie nociceptive ascendante spinothalamique latérale. Les neurones nociceptifs ou non projettent sur le thalamus ventro-postéro-latéral qui correspond à la sensibilité tactile et à la nociception puis se projettent dans les aires somesthésiques du cortex pariétal qui permet la genèse de la sensation douloureuse.

La composante affectivo-émotionnelle explique la particularité de la perception désagréable de la douleur. Dans cette voie les neurones nociceptifs spécifiques ou non projettent sur trois sites supra-spinaux :

- Les sites de projection bulbaires et mésentencéphaliques, structures relais, via le faisceau spino-réticulo-thalamique jusqu'au thalamus médian, permettent la réaction d'alerte des centres cardiorespiratoires et l'élaboration des réactions motrices ou émotionnelles consécutives à une stimulation douloureuse.
- L'hypothalamus reçoit des terminaisons axonales du faisceau spinothalamique ou spino-parabrachio-hypothalamique permettant les réactions végétatives de la douleur, et la libération d'hormones dans le contrôle du stress.
- Le complexe amygdalien, structure du système limbique, reçoit les neurones du faisceau spino-ponto-amygdalien permettant les réactions affectives et émotionnelles.

Ensuite ces noyaux de l'encéphale projettent leurs axones vers les aires corticales, pré-frontales, le cortex insulaire, le cortex cingulaire antérieur, impliqués dans les réactions émotionnelles plus élaborées de la douleur.

La composante cognitive implique des processus mentaux susceptibles de donner du sens à la perception et aux comportements du sujet et à moduler les différentes perceptions de la douleur, qui varient selon le contexte et la motivation du sujet. Elle inclut les interprétations, les croyances, les expériences passées, vécues ou observées ou encore l'anticipation.

La composante comportementale correspond à l'ensemble des manifestations verbales (plainte, discours élaboré, gémissements, cris), non verbales (grimaces, agitation) et neurovégétatives (sueurs, tachycardie, hypertension, tachypnée) observables en réaction à la douleur. Les comportements de l'individu peuvent être influencés par les apprentissages, l'environnement familial et ethnoculturel et les standards sociaux liés à l'âge et au sexe. Les réactions de l'entourage peuvent modifier le comportement du malade douloureux et contribuer à son entretien.

Il existe quatre systèmes de contrôle :

- la théorie du portillon ou « gate control theory » : les interneurons inhibiteurs spinaux sont activés par les fibres de gros diamètre (tact) et inhibés par les fibres de fins diamètres (nociception)
- les contrôles inhibiteurs descendants issus de la medulla rostro-ventrale sont des contrôles sérotoninergiques ou noradrénergiques, exerçant un contrôle inhibiteur sur les neurones nociceptifs non spécifiques
- les contrôles facilitateurs descendants : exacerbant les conséquences d'une stimulation douloureuse au niveau spinal
- les contrôles inhibiteurs diffus induits par une stimulation nociceptive : analgésie induite par la douleur : lorsque deux stimulations nociceptives sont appliquées sur deux régions distinctes et distantes du corps, le stimulus le plus faible est inhibé via des endorphines.

Annexe 2 : Déclaration de la recherche à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL)

Lettre d'information de la recherche

Coordonnateurs de la recherche :
Mme LEDRU Laura et M. PROVIN Nicolas
e-mail : 17ledru@dumg-tours.fr

Madame, Monsieur,

Vous venez consulter votre médecin généraliste pour des douleurs chroniques. Dans ce cadre, nous souhaiterions vous rencontrer afin d'avoir votre point de vue concernant la prise en charge de vos douleurs par votre médecin traitant. Nous rencontrerons également votre médecin traitant mais en aucun cas nous lui communiquerons votre point de vue.

Cette recherche n'implique aucun examen, ni consultation, ni traitement supplémentaire par rapport à la pratique habituelle mais seulement le recueil et l'informatisation de renseignements médicaux vous concernant.

Votre participation est entièrement volontaire, vous êtes donc libre de changer d'avis à tout moment et de vous opposer, sans avoir à vous justifier, au traitement de vos données dans le cadre de cette recherche. Vous êtes libre de refuser de participer à cette étude sans que cela ne modifie vos relations avec votre médecin.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données de santé va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif qui vous a été présenté. Ces données seront donc identifiées par un code et resteront totalement confidentielles.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 (Loi RGPD), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification des données. En application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique, vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble des données médicales de votre enfant. Vous disposez également d'un droit de limitation ou d'opposition au traitement des données. En revanche, s'agissant d'un traitement de données nécessaire à des fins de recherche scientifique (article 17.3.d du Règlement (EU) 2016/679), le droit à l'effacement des données ne pourra pas s'appliquer.

Ces droits peuvent s'exercer auprès des coordonnateurs de cette recherche.

Vous avez également la possibilité de saisir la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL), autorité de protection des données personnelles (<https://www.cnil.fr>).

La recherche a été déclarée à la CNIL, sous le numéro 2020_014.

Le coordonnateur de cette recherche est à votre disposition pour vous fournir toutes informations complémentaires, par mail : 17ledru@dumg-tours.fr.

Nous vous remercions pour votre coopération

Ledru Laura et Provin Nicolas

Annexe 3 : Questionnaires utilisés :Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) et Questionnaire Concis sur la Douleur (QCD)

Questionnaire

Données personnelles :

NOM : Prénom :.....
Date de naissance : ... /... / ... Lieu de naissance :.....
Nationalité :
Sexe : F M
Adresse :.....
.....
Numéro de télé-
phone :
E-
mail :

Situation de famille :

Célibataire Marié Pacsé
 Concubinage Divorcé/ Séparé

En cours de divorce ou de séparation

Nombre d'enfants :.....
et à charge :.....

Vous vivez : Seul En famille En institution

Situation professionnelle :

Profession :

Etes-vous :

- En activité
- A temps plein A temps partiel
- Retraité
- Au chômage
- En accident de travail
- En arrêt maladie
- En longue maladie
- En invalidité
- Licencié pour inaptitude

Etes-vous :

- Consolidé
- Pris en charge à 100%
- Reconnu travailleur handicapé
- En attente d'expertise
- En conflit avec un employeur, un tiers, un assureur
- en cours de procédure judiciaire (divorce, prud'hommes, accident responsable ou non, ...)

Données médicales

Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé ?

- Tabac
- Alcool
- Cannabis
- Autres drogues (cocaïne, héroïne, LSD,

Antécédents :

Traitements en cours :

Traitements déjà essayés :

- Doliprane

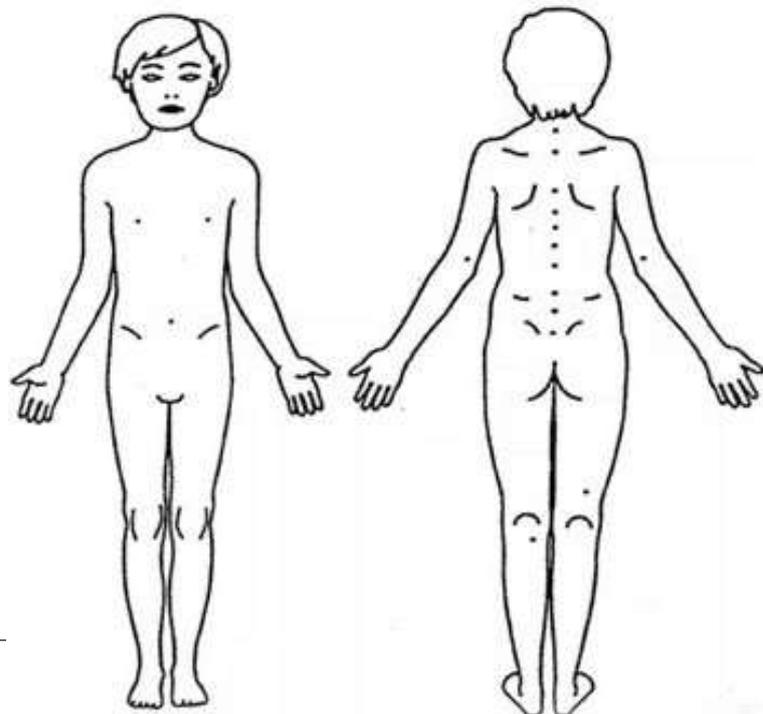
- Acupan
- Codéine, Codoliprane, Daffalgan codéiné, Klipal, Claradol
- Lamaline, IZALGI
- Anti-inflammatoires
- Corticoïdes
- Morphine, Skenan, Actiskenan, Oxycontin, Oxynorm, Oramorph, Durogésic

- Versatis
- Lyrica, Neurontin
- Cymbalta, Effexor
- Laroxyl
- Anafranil

Avez-vous déjà essayé les traitements suivants pour prendre en charge votre/vos douleurs :

- Chirurgie (laquelle)
- Infiltration
- Hypnose
- Sophrologie, relaxation
- Psychothérapie
- Ostéopathie
- Kinésithérapie, balnéothérapie
- Acupuncture
- Electrostimulation
- Homéopathie
- Autres (précisez)

Vos douleurs :



Coloriez les zones douloureuses et pour chaque zone, indiquez sur une échelle de 0 à 10, l'intensité de votre douleur (0 : pas de douleur, 10 : la douleur la plus intense imaginable)

Examens complémentaires :

Combien d'examens complémentaires d'imagerie (scanner, IRM, radios,...) avez-vous eu avant d'avoir un diagnostic ?

Combien de spécialistes avez-vous vu concernant vos douleurs ?.....

En combien d'années, mois ?.....

Vous avez des douleurs depuis : ?

- Moins de 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Entre 1 et 3 ans
- Plus de 3 ans

Y a-t-il eu un problème ou un évènement de vie particulier concomitant à l'apparition des douleurs ?

- Accident de la voie publique
- Intervention chirurgicale
- Maladie
- Agression
- Stress
- Evènement de vie: décès, agression, séparation ...
- Aucun évènement particulier
- Accident de travail
- Maladie professionnelle
- Autres (précisez)

Vos douleurs sont suivies par :

- Votre médecin traitant
- Un spécialiste (précisez la spécialité)
- Un centre du traitement de la douleur

Si vous êtes pris en charge également par un autre médecin, est-ce pour vous :

- une aide
- ça complique la prise en charge

Depuis combien de temps êtes-vous suivi par votre médecin traitant ?

Pour chacune des questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux, comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Humeur

<i>Ne gêne pas</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Gêne complètement</i>
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Capacité à marcher

<i>Ne gêne pas</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Gêne complètement</i>
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

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

<i>Ne gêne pas</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Gêne complètement</i>
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Relation avec les autres

<i>Ne gêne pas</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Gêne complètement</i>
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Sommeil

<i>Ne gêne pas</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Gêne complètement</i>
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Goût de vivre

<i>Ne gêne pas</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Gêne complètement</i>
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction

immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Je me sens tendu ou énervé :

- la plupart du temps
- souvent
- de temps en temps
- jamais

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- oui, très nettement
- oui, mais ce n'est pas grave
- un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- pas du tout

Je me fais du souci :

- très souvent
- assez souvent
- occasionnellement
- très occasionnellement

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

- oui, quoi qu'il arrive
- oui, en général
- rarement
- jamais

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- oui, c'est tout à fait le cas
- un peu
- pas tellement
- pas du tout

J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- vraiment très souvent
- assez souvent

- pas très souvent
- jamais

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- oui, tout autant
- pas autant
- un peu seulement
- presque plus

Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- autant que par le passé
- plus autant qu'avant
- vraiment moins qu'avant
- plus du tout

Je suis de bonne humeur :

- jamais
- rarement
- assez souvent
- la plupart du temps

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- presque toujours
- très souvent
- parfois
- jamais

Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- plus du tout
- je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- j'y prête autant d'attention que par le passé

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- autant qu'auparavant
- un peu moins qu'avant
- bien moins qu'avant
- presque jamais

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :

- souvent

- parfois
- rarement
- très rarement

Annexe 4 : Canevas d'entretien

1) Canevas médecin

Au début inclusion

Racontez-moi la dernière consultation avec ce patient concernant la prise en charge de ses douleurs

Quels sont les objectifs concernant la prise en charge de votre patient ?

Pensez-vous qu'il existe des leviers motivationnels chez votre patient ?

Selon vous, quelles sont les attentes de votre patient vis-à-vis de sa prise en charge ?

Connaissez-vous le retentissement des douleurs chez votre patient ? Que ferait-il de plus s'il n'avait plus de douleurs ?

Quel est votre ressenti vis-à-vis de la prise en charge ? Qu'est-ce que vous avez mis en place pour avoir un ressenti positif ? Qu'est-ce qui pourrait améliorer la prise en charge ?

Que pensez-vous de la prise en charge non médicamenteuse ?

Et des médecins parallèles ?

Après modification

Racontez-moi la dernière consultation avec ce patient concernant la prise en charge de ses douleurs

Quel est votre ressenti sur la relation avec votre patient ?

Quels sont les objectifs concernant la prise en charge de votre patient ?

Qu'est-ce que votre patient aimerait améliorer dans sa vie ?

Selon vous, quelles sont les attentes de votre patient concernant sa prise en charge ?

Connaissez-vous le retentissement des douleurs chez votre patient ? Que ferait-il de plus s'il n'avait plus de douleurs ?

Quel est votre ressenti vis-à-vis de la prise en charge de la douleur ?

Qu'est-ce que vous pourriez faire de plus dans cette prise en charge ?

Utilisez-vous des prises en charge non médicamenteuses chez ce patient ?

Avez-vous proposé des médecines parallèles à ce patient ? Pensez-vous qu'il en utilise lui-même ?

Comment voyez-vous évoluer votre relation avec votre patient à l'avenir ?

2) Canevas patient

Au début inclusion

Racontez-moi la dernière consultation avec votre médecin traitant concernant vos douleurs ?

Qu'est-ce que vous attendez de la prise en charge de votre médecin traitant ? Qu'est-ce que vous aimeriez de plus dans votre prise en charge ?

Si vous n'aviez plus de douleur, que feriez-vous de plus ?

Pensez-vous que votre médecin a des objectifs concernant votre prise en charge ?

Que pensez-vous des prises en charge non médicamenteuses ?

Et des médecines parallèles ?

Après modification

Racontez-moi la dernière consultation avec votre médecin traitant concernant vos douleurs ?

Quel est votre ressenti sur la relation avec votre médecin traitant ?

Qu'est-ce que vous pensez de la prise en charge par votre médecin traitant concernant vos douleurs ? Qu'attendez-vous de cette prise en charge ?

Si vous n'aviez plus de douleur, que feriez-vous de plus ?

Que pensez-vous que votre médecin pense de vous et de votre prise en charge ? Rencontre-t-il des difficultés ? Que voudrait-il améliorer ?

Votre médecin vous a-t-il proposé des prises en charge non médicamenteuses ? En avez-vous essayé de vous-même ?

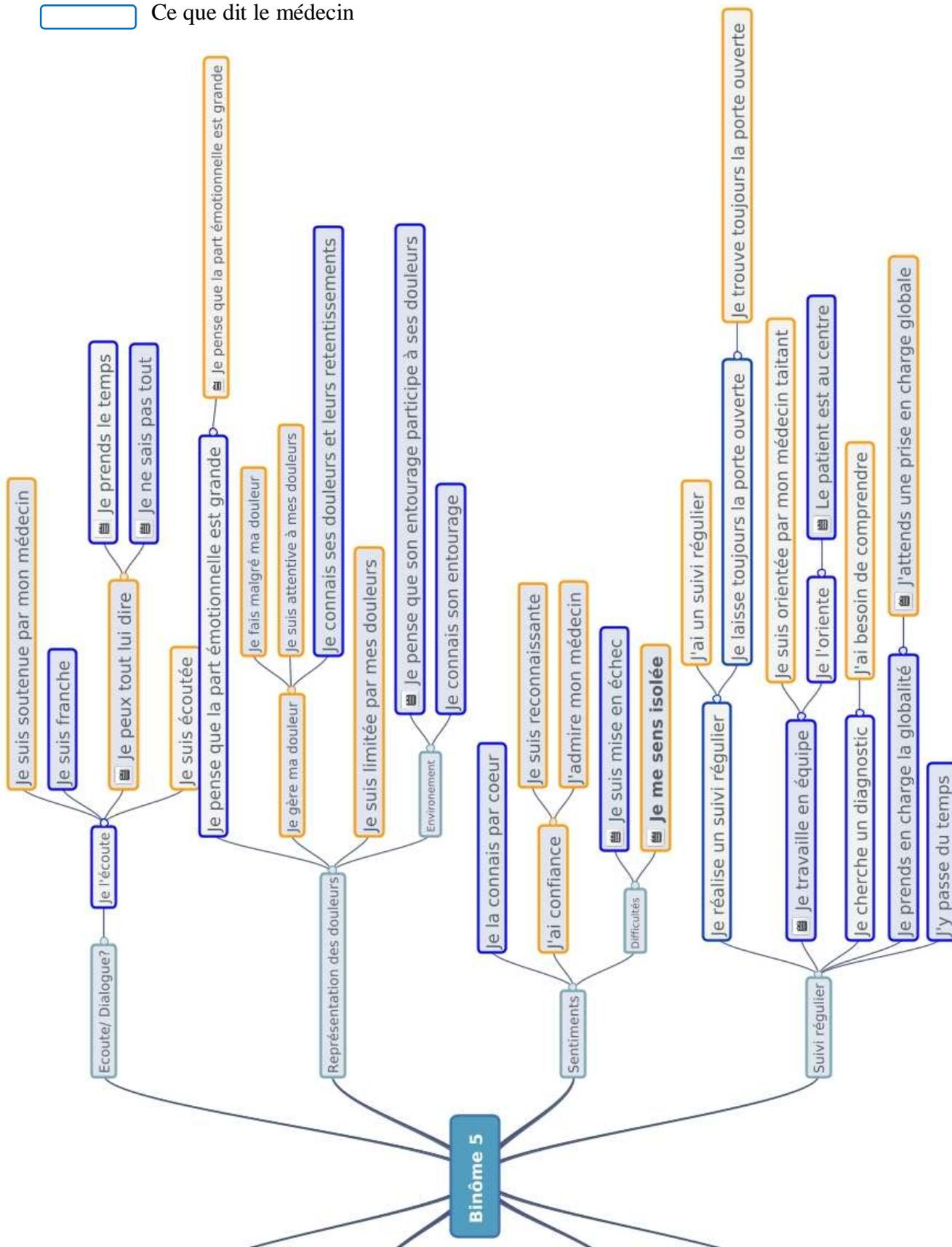
Et en ce qui concerne les médecines parallèles ? Votre médecin vous en a-t-il proposé ? En avez-vous essayé de vous-même ?

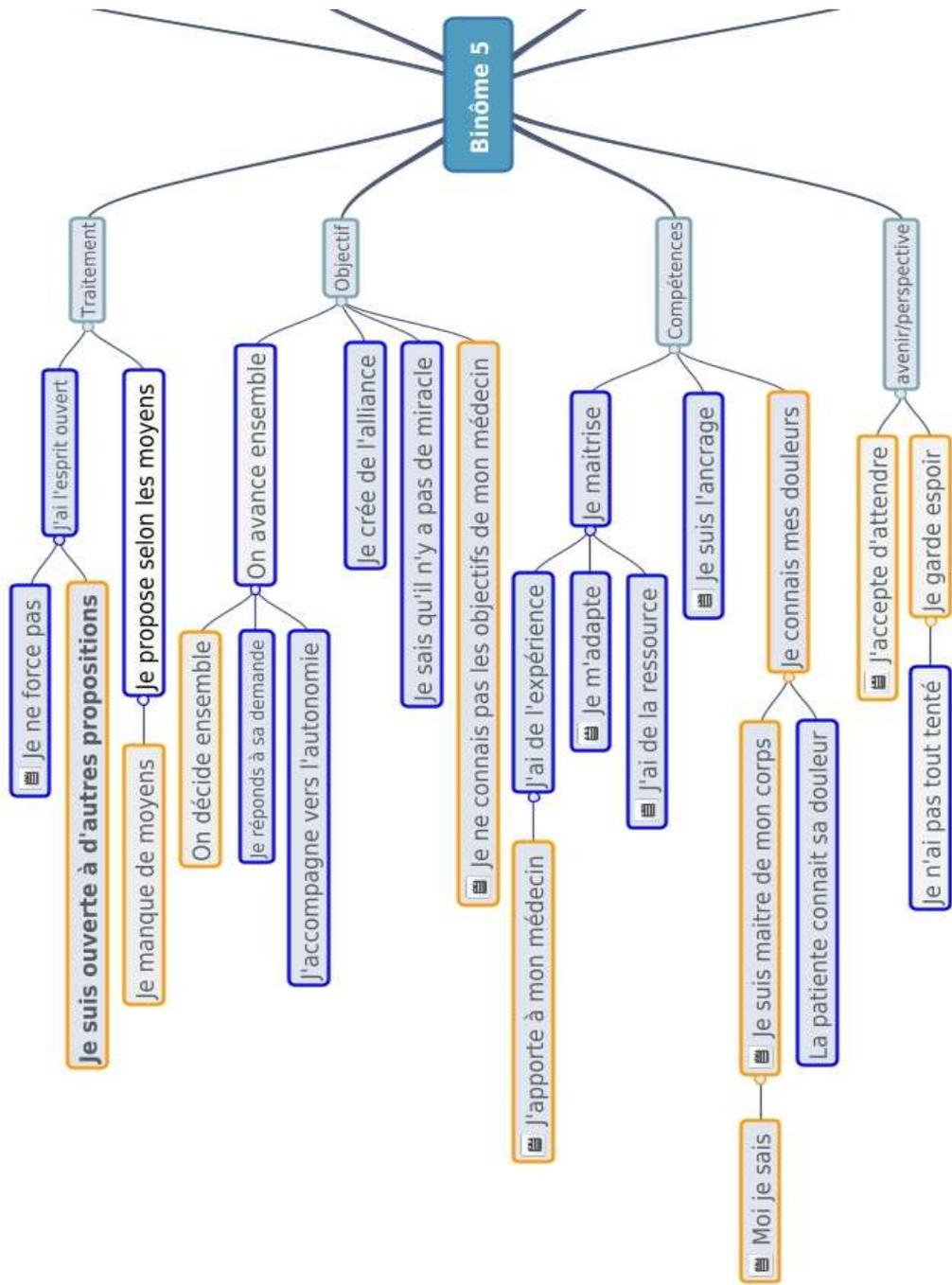
Comment voyez-vous évoluer votre relation avec votre médecin traitant à l'avenir ?

Annexe 5 : Exemple d'une mindmap réalisée pour un binôme

Légende

- Ce que dit le patient
- Ce que dit le médecin





BIBLIOGRAPHIE

1. Nouvelle définition de la douleur. En ligne SFETD. 28 sept 2020;
2. PERROT S. La douleur: définitions et concepts. In: Livre blanc de la douleur 2017: Etat des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. MED-LINE. p. 31-3. (SFETD).
3. PERROT S. Les bases neurophysiologiques de la douleur. In: Douleur, Soins palliatifs et accompagnement. 3è édition. MED-LINE; 2019. p. 17-30. (Le référentiel, Le cours).
4. BMANCHET-BENQUE F, MAILLARD D. Douleur. In: ABCDaire des sciences humaines en médecine. 2è édition. Ellipses; 2009. p. 74-5. (Sciences humaines en médecine).
5. LAROCHE F, GUERIN J, ROSTAING S. Reconnaître et évaluer une douleur aiguë et chronique chez l'adulte et la personne âgée/ peu communicante. In: Douleur, Soins palliatifs et accompagnement. 3è édition. MED-LINE; 2019. p. 31-46. (Le Référentiel- Le Cours).
6. VALLEE J-P, ANDRE-VERT J. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. HAS; 2008 déc p. 121. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf
7. Serrie A, Mourman V, Treillet E, Maire A, Maillard G. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. Douleurs Eval - Diagn - Trait. juin 2014;15(3):106-14.
8. Simonnet G, Laurent B, Le Breton D. Introduction. In: L'Homme douloureux. Odile Jacob. 2018. p. 11-5.
9. PERROT S. Epidémiologie de la douleur en France: Démographie et impact socio-économique de la douleur en France. In: Livre blanc de la douleur 2017: Etat des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. MED-LINE. 2017. p. 37-41. (SFETD).
10. SURREL M. Etude sur la perception de la prise en charge de la douleur neuropathique par les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes [Internet]. [Poitiers]: Médecine et Pharmacie; 2014 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/41d881ba-8c93-4b45-807e-32635c613d3d>
11. SFETD. Introduction: Un livre blanc pour la douleur, un livre blanc pour tous les citoyens. In: Livre blanc de la douleur 2017: Etat des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. MED-LINE. 2017. p. 9-11.
12. Authier N. Les défis de la douleur en France: Impacts du mésusage des médicaments antalgiques en France. In: Livre blanc de la douleur 2017: Etat des lieux et propositions pour

- un système de santé éthique, moderne et citoyen [Internet]. MED-LINE. 2017. p. 119-21. (SFETD). Disponible sur: 978-2-84678-216-6
13. Ramlawi M, Marti C, Sarasin F. Intoxication aiguë au paracétamol. Rev Médicale Suisse [Internet]. 14 août 2013;(394). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-394/intoxication-aigue-au-paracetamol#tab=tab-toc>
 14. L'évitement de la douleur. Disponible sur:
https://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_03/a_03_cr/a_03_cr_dou/a_03_cr_dou.html
 15. Attal N, PERROT S. Les prises en charge de la douleur : autour des pratiques. Les approches médicamenteuses de la douleur. In: Livre blanc de la douleur 2017: Etat des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. MED-LINE. 2017. p. 153-60. (SFETD).
 16. Laurent B, Peyron R. Intégration centrale de la douleur chronique et apport de l'imagerie fonctionnelle. Elsevier Masson. 4 févr 2009;10(1):35-44.
 17. Grimaldi A. Education thérapeutique. EMC. 1 avr 2019;22(1):1-5.
 18. DOUMERC C. Prise en charge ambulatoire de la douleur chronique chez les patients psychiatriques. Enquête de pratique en Midi Pyrénées [Internet] [enquête de pratique]. [Toulouse]: Toulouse III- Paul Sabatier; 2014 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur:
<http://thesesante.ups-tlse.fr/530/1/2014TOU31090.pdf>
 19. MAK S-L. L'importance de la douleur en consultation de médecine générale. [Versailles]: des sciences de la santé Simone Veil; 2014.
 20. Piano V. Les défis de la douleur en France: Médecine générale et douleur. In: Livre blanc de la douleur 2017: Etat des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen [Internet]. MED-LINE. 2017. p. 73-5. (SFETD). Disponible sur:
9782846782166
 21. Simonnet G, Laurent B, Le Breton D. Le patient douloureux. In: L'homme douloureux. Odile Jacob. 2018. p. 19-38.
 22. Grimaldi A. Relation médecin-malade au cours de la maladie chronique. EMC. 1 juill 2019;22(3):1-6.
 23. Annexe. Modèle transthéorique des changements de Prochaska et DiClemente. HAS; 2014 oct. (Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence).
 24. BUCUR D. Quelles sont les difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique éprouvées par les médecins généralistes [thèse qualitative]. [Lille 2]: du droit et de la sante; 2013.
 25. MATHIEU C. Difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les internes de Médecine Générale de Paris 7 et attentes concernant leur formation initiale. [thèse qualitative]. [Paris 7]: Paris-Diderot; 2015.

26. Barbour S, Baudin M. Difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les internes de Médecine Générale de Grenoble et attentes concernant leur formation initiale [thèse qualitative]. [Grenoble]: Joseph Fourier; 2013.
27. Falque S, Tartavull S. Vécu et attentes des patients douloureux chroniques en médecine générale: Etude qualitative en Rhône-Alpes [Médecine]. [Grenoble]: Joseph Fourier; 2014
28. CAYLA M. Attentes des patients douloureux chroniques en médecine générale. Etude qualitative auprès de patients du Cher [thèse]. [Tours]: François-Rabelais; 2013.
29. BEGON M, NAVEZ M, CATHEBRAS P. Représentations et attentes des patients et médecins dans une consultation anti-douleur au CHU de Saint-Etienne. Douleurs Eval-Diagnostic-Trait. avr 2005;Volume 6(Issue 2):63-71.
30. Frappé P. Initiation à la recherche. 2^e édition. Global Média Santé, CNGE; 2018. 224 p.
31. BUCUR D. Quelles sont les difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique éprouvées par les médecins généralistes [Thèse qualitative]. [Lille 2]: du droit et de la sante; 2013.
32. CAYLA M. Attentes des patients douloureux chroniques en médecine générale. Etude qualitative auprès de patients du Cher [Thèse]. [Tours]: François-Rabelais; 2013.
33. Falque S, Tartavull S. Vécu et attentes des patients douloureux chroniques en médecine générale: Etude qualitative en Rhône-Alpes [Médecine]. [Grenoble]: Joseph Fourier; 2014.
34. Simonnet G, Laurent B, Le Breton D. Le patient douloureux. In: L'homme douloureux. Odile Jacob. 2018. p. 19-38.
35. Simonnet G, Laurent B, Le Breton D. La vulnérabilité individuelle à la douleur. In: L'Homme douloureux. Odile Jacob. 2018. p. 39-66.
36. LAROCHE F. Les mots, les pensées et les comportements-pièges des patients et de leurs médecins. Rev Rhum. juin 2009;76(6):522-8.
37. Cedraschi C, Piguet V, Luthy C. Aspects psychologiques de la douleur chronique. Rev Rhum. juin 2009;76(6):587-92.
38. Voiron M. Le Patient Expert: Les représentations qu'en ont les médecins traitants [Médecine]. [Lille]: Henri Warembourg; 2020.

Vu, le Directeur de Thèse



S. Vibert.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Provin Nicolas et Ledru Laura

87 pages – 2 tableaux – 10 figures

Résumé

Exploration du colloque singulier entre le médecin traitant et le patient douloureux chronique : étude qualitative

Contexte : Les études montrent que les médecins généralistes rencontrent des difficultés dans la prise en charge de patients douloureux chroniques entraînant mise en échec et souffrance. Les patients expriment leur mécontentement en raison d'un manque d'écoute et d'un isolement. Nous sommes face à deux protagonistes insatisfaits.

Objectif : Explorer le colloque singulier entre médecin traitant et patient douloureux chronique

Méthode : Etude qualitative prospective menée par entretiens individuels semi-dirigés chez 16 binômes : médecin traitant et patient douloureux chronique rencontrés séparément. Analyse des données par théorisation ancrée.

Résultats : Quatre profils de relation se distinguent. Un premier profil décrit un patient expert de sa douleur et un médecin ouvert. Un second profil montre deux protagonistes dans l'attente. Un troisième met en évidence une impasse thérapeutique qui ne nuit pas à l'écoute. Et un dernier montre une relation plus pragmatique sans réelle attente d'un côté ou de l'autre : le médecin traitant est un pivot du parcours de soins et un pilier pour son patient.

Discussion : Quel que soit le profil, la relation se base sur une écoute, un soutien, et se construit dans le temps. Malgré la persistance des douleurs, la relation médecin-patient n'est pas impactée avec maintien d'une alliance thérapeutique. L'objectif n'est pas de supprimer les douleurs mais d'accompagner vers un mieux-être. Un profil médecin-patient n'est pas figé dans le temps et peut être amené à évoluer vers un autre profil.

Conclusion : Chaque relation est unique et thérapeutique en tant que telle. Une autre relation pourrait être étudiée : celle du patient douloureux chronique et d'un autre acteur habituel de sa prise en charge : le kinésithérapeute.

Mots clés : douleur chronique, relation médecin-patient, colloque singulier, médecine générale, alliance thérapeutique

Jury :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Directeur de thèse : Docteur Sophie VIBET

Membres du Jury : Docteur Christophe RUIZ

Docteur Maxime PAUTRAT

Docteur Jean-Michel LEMETTRE

Date de soutenance : 14 octobre 2021