



Faculté de médecine

Année 2024/2025

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Mélanie POIRRIER

Née 31 Janvier 1995 à Cherbourg (50)

Etude qualitative concernant les attentes et les représentations des médecins généralistes d'Indre-et-Loire à l'égard des Structures d'Etude et de Traitement de la Douleur chronique

Présentée et soutenue publiquement le **13 Mars 2025** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Alain AUMARECHAL, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine -Tours

Docteur Dominique GERBAULT, Anesthésiste-Réanimateur, PA, Centre Hospitalier du Chinonais - Chinon

Docteur Agnès HELIE, Gériatrie, PH, Centre Hospitalier du Chinonais - Chinon

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

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
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – 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 – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédéric.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
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
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAÏSSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
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-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
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

LIMA MALDONADO Igor Anatomie || MALLET Donatien | Soins palliatifs |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVARREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludvine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	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
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice 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
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....	Orthophoniste
SIZARET Eva.....	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.
Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.
Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au terme de ces années d'études et de travail, il me tient à cœur d'exprimer ma gratitude envers celles et ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à l'aboutissement de cette thèse et à mon parcours en médecine.

À Agnès, pour avoir accepté d'être ma directrice de thèse sur ce sujet qui nous tenait particulièrement à cœur.

À mes encadrants au cours de ces trois années d'internat, qui m'ont beaucoup appris et aidé à grandir et à devenir la soignante que je suis ce jour.

À mes professeurs, de l'Université de Tours pendant mon internat, mais également de l'Université de Caen qui m'ont appris les bases de la médecine pendant les 6 premières années de mes études médicales.

À mes collègues internes, mes compagnons de garde, des galères, de covoiturage; merci pour votre soutien et votre bonne humeur.

Aux Caennais du Pays des Minous; Sophie, Elise, Thomas L, Adèle, Quentin, Alex, Pauline, Charlotte, Rose, Thomas J, Clara, pour avoir partagées avec moi toutes les années médecines depuis la PACES, pour vos soutiens pendant les examens, vos fous rires communicatifs et pour continuer d'être là même si on met 3 mois pour trouver une date commune pour partir en weekend!

À mes parents, Marie-Claude et Bruno pour tout et plus particulièrement m'avoir élevée et m'avoir encouragée et soutenue pendant toutes ces années d'études.

À mon frère Thomas, pour avoir poursuivi ma voie dans la santé et être un formidable kiné.

À mes amis Constance, Jessy, Margot, Clémentine, Benjamin, pour partager ma vie depuis 15 ans et l'illuminer à chaque retrouvaille.

À mes Grand-Parents, Mamicette et Papy, pour tout votre amour depuis aussi longtemps que je m'en souviens; et plus particulièrement merci de m'avoir permis de vivre avec vous pendant ma PACES, de m'avoir permis d'étudier plus sereinement et surtout d'avoir laissés de nombreux souvenirs dans ma mémoire qui m'accompagneront toute ma vie.

À Umeko, mon amour de bébé chien, pour mettre du soleil dans ma vie avec ton énergie débordante et pour tout l'amour que tu m'apportes au quotidien <3

À mon Amour, Simon, pour être à mes côtés depuis toutes ces années, pour m'avoir épaulée, portée pendant les moments difficiles, d'avoir cru en moi. Merci simplement de m'aimer autant. J'ai hâte de construire les prochaines étapes de notre vie ensemble à la fin de l'été <3

À vous tous, merci du fond du cœur.

RÉSUMÉ

En France, la douleur chronique est un des motifs fréquents de consultation en médecine générale de ville. Depuis 1998, trois plans nationaux de lutte contre la douleur chronique se sont succédés, permettant la création de plus de 250 Structures d'Étude et de Traitement de la Douleur Chronique ainsi que la sensibilisation et formation des professionnels de santé pour améliorer la prise en charge de la douleur. Pourtant, la prise en charge des personnes douloureuses chroniques ne répond pas encore à leurs besoins et l'orientation vers les structures spécialisées se fait après plusieurs années d'évolution ce qui rend les prise en charge plus complexes. Il nous a semblé pertinent de faire un état des lieux de la pratique des médecins généralistes de ville et des relations qu'ils entretiennent avec les Structures d'Étude et de Traitement de la Douleur chronique. Notre démarche visait à déterminer quelles étaient les attentes et représentations des généralistes à l'égard de ces centres. Nous avons choisi de mener une enquête de type qualitative par un entretien semi-directif auprès de vingt médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet de ville en Indre-et-Loire. Notre travail nous a permis de mettre en évidence des pratiques diverses concernant la prise en charge des patients douloureux chroniques et concernant les relations que les médecins généralistes entretiennent avec les Structures d'Étude et de Traitement de la Douleur chronique. Nous avons pu également constater que les pratiques étaient très dépendantes de l'expérience que les médecins généralistes avaient avec ces structures et de leur accessibilité. Ainsi, il semble nécessaire que des efforts de coordination et d'organisation soient entrepris pour améliorer les échanges entre la médecine de ville et ces structures.

Mots clés : Douleur chronique, centre anti-douleur, structures d'évaluation et de traitement de la douleur.

Title : Qualitative study on the expectations and perceptions of general practitioners in Indre-et-Loire regarding Chronic Pain Study and Treatment Centers.

Summary

In France, chronic pain is one of the common reasons for consultations in general practice. Since 1998, three national plans to fight against chronic pain have been implemented, leading to the creation of more than 250 Chronic Pain Study and Treatment Centers, as well as the awareness and training of healthcare professionals to improve pain management. However, the management of patients suffering from chronic pain still does not fully meet their needs, and referrals to specialized centers often occur after several years of progression, making their care more complex. We found it relevant to assess the current practices of general practitioners in private practice and their relationships with Chronic Pain Study and Treatment Centers. Our approach aimed to determine the expectations and perceptions of general practitioners regarding these centers. We chose to conduct a qualitative study using semi-structured interviews with twenty general practitioners working in Indre-et-Loire.

Our research highlighted a wide range of practices in the management of chronic pain patients and in the relationships general practitioners maintain with Chronic Pain Study and Treatment Centers. We also observed that these practices were highly dependent on the physicians' experience with these structures and their accessibility. Therefore, efforts in coordination and organization appear necessary to enhance communication between general practitioners and these specialized centers.

Keywords: Chronic pain, pain management center, pain assessment and treatment structures.

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	6
REMERCIEMENTS.....	8
RÉSUMÉ.....	9
INDEX DES ABREVIATIONS UTILISEES.....	16
I- Définitions.....	19
1) La douleur.....	19
a) Douleur aiguë.....	20
b) Douleur chronique.....	20
2) Les mécanismes physiopathologiques de la douleur.....	21
a) Douleur organique.....	22
i) Douleur par excès de nociception.....	22
ii) Douleur neuropathique.....	22
iii) Syndrome douloureux régional complexe.....	23
b) Douleur psychogène.....	24
i) Généralités.....	24
ii) Douleur chronique d'origine psychiatrique selon la DSM-5.....	24
iii) Douleur chronique d'origine psychiatrique selon la CIM-11.....	24
c) Douleur idiopathique.....	24
3) Les différentes composantes de la douleur.....	25
a) La composante sensorielle.....	25
b) La composante affective, émotionnelle.....	25
c) La composante cognitive.....	25
d) La composante comportementale.....	26
4) La composante multidimensionnelle de la douleur.....	26
5) Le syndrome douloureux chronique.....	26
II- Le patient douloureux chronique.....	27
1) Les différents retentissements de la douleur chronique.....	27
a) Aspect sensori-discriminatif du patient douloureux chronique.....	27
b) Aspect affectif et émotionnel du patient douloureux chronique.....	27
c) Aspect cognitif du patient douloureux chronique.....	28
d) Aspect comportemental.....	28
2) Les facteurs prédisposants à la chronicité de la douleur.....	29
a) Facteurs individuels.....	29
b) Antécédents de maltraitance.....	30
c) La notion de comportement-maladie.....	30
3) Rôle des traumatismes dans l'évolution de la chronicité.....	30
4) Dimensions sociales et culturelles de la chronicité.....	31
a) Facteurs sociaux et sociétaux.....	31
b) L'influence de l'environnement familial.....	31
c) L'influence de la société et la culture.....	32
d) Les comorbidités associées.....	32
i) Douleur et dépression.....	32

ii) Douleur et anxiété.....	33
iii) Douleur et trouble de la personnalité.....	33
iv) Douleur et troubles somatoformes.....	33
5) Systèmes de compensation.....	34
i) Rôle des arrêts de travail.....	34
ii) Les bénéfices secondaires.....	34
iii) Le comportement pronostic.....	34
III- Les Structures d'Évaluation et de Traitement de la douleur chronique.....	35
1) Les différentes nomenclatures.....	35
a) Les consultations pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique rebelle.....	36
b) Les unités pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique rebelle.....	36
c) Les centres pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur rebelle.....	36
2) Rôles des structures spécialisées.....	36
3) Les modalités de prise en charge de ces structures.....	37
4) L'organisation des structures depuis des plans gouvernementaux.....	37
a) Structure polyvalente dans le domaine de la douleur.....	38
b) Caractéristiques des SETD.....	38
c) Les consultations d'étude et de traitement de la douleur.....	38
d) Les centres d'étude et de traitement de la douleur.....	39
e) Les techniques spécifiques de prise en charge de la douleur.....	39
5) La géographie des SETD.....	40
IV- Le médecin généraliste et la douleur: enjeux et outils.....	40
1) La prévalence et les généralités de la douleur chronique en médecine générale.....	40
2) La douleur chronique vue par les médecins.....	41
3) La prise en charge de la douleur en France.....	42
a) Les différents plans gouvernementaux.....	42
i) Le premier plan de lutte contre la douleur 1998-2000.....	42
ii) Le deuxième programme de lutte contre la douleur (2002-2005).....	43
iii) Le troisième programme de la prise en charge de la douleur (2006-2010).	44
4) Les outils du médecin généraliste.....	44
a) Le rôle de médecin traitant dans la prise en charge et l'orientation.....	45
b) L'examen du patient douloureux chronique.....	45
i) Interrogatoire et examen clinique.....	45
c) Les outils d'évaluation de la douleur.....	46
i) L'intensité de la douleur.....	46
ii) Les autres dimensions de la douleur.....	47
5) Recommandations pour l'évaluation de la douleur.....	48
a) Le guide d'entretien semi-structuré de l'ANAES.....	48
b) L'évaluation étiologique initiale recommandée par l'ANAES.....	48
6) Recommandations de l'HAS pour l'orientation vers un SETD.....	49
I. Méthodologie de l'enquête.....	52
A. Le choix de la méthode.....	52

1. Enquête qualitative.....	52
2. L'entretien.....	52
3. La méthode de l'entretien semi-dirigé.....	52
4. Le guide d'entretien.....	53
B. Le choix du lieu de l'enquête.....	53
C. Constitution de l'échantillon.....	53
1. Les critères d'inclusion.....	53
2. La taille de l'échantillon.....	53
3. La composition de l'échantillon.....	53
4. La prise de contact.....	54
D. Le déroulement de l'enquête.....	54
1. Les entretiens en face à face.....	54
2. Le lieu des entretiens.....	54
3. L'horaire et la durée des entretiens.....	54
4. L'attitude lors de l'entretien.....	55
5. L'enregistrement auditif.....	55
E. La retranscription.....	55
F. La méthode de l'analyse.....	56
II. L'enquête: Résultats et Analyses.....	56
A. Le médecin généraliste et les patients douloureux chroniques.....	56
1. Une patientèle de patients douloureux chroniques.....	56
a) Existence d'une patientèle de patients douloureux chroniques.....	56
b) Quantification de la patientèle de patients douloureux chroniques.....	56
2. Pathologies à l'origine des douleurs chroniques.....	57
3. Bilan étiologique.....	57
4. L'utilisation des antalgiques.....	58
a) Antalgiques de palier 1.....	59
b) Antalgiques de palier 2.....	59
c) Antalgiques de palier 3.....	59
5. L'utilisation des coantalgiques.....	61
6. La gestion des effets indésirables.....	62
7. Soulager les patients douloureux chroniques.....	62
a) Le soulagement, un objectif difficile à atteindre.....	63
b) Soulager, une constante réévaluation de la stratégie.....	63
c) Les douleurs psychogènes.....	64
8. Les retentissements de la douleur.....	64
9. Les psychothérapies de soutien.....	66
10. Des qualités d'empathie et de la patience.....	67
11. La problématique du temps.....	67
12. Le sentiment d'isolement du soignant.....	69
13. Le sentiment d'échec.....	70
14. L'acceptation de la douleur.....	71
15. Les spécificités de prise en charge.....	72
B. Les Structures d'Évaluation et de Traitement de la Douleur chronique (SETD).....	73

1. Connaissances des SETD autour du lieu d'exercice.....	73
2. Organisation et particularités des SETD.....	74
3. Les pathologies prises en charge par les SETD.....	75
4. Le délai de rendez-vous en SETD.....	76
C. Le recours aux SETD.....	76
1. Expérience passée de recours.....	76
2. L'origine de l'orientation aux SETD.....	77
3. Les pathologies douloureuses prise en charge en SETD.....	78
a) Les douleurs neuropathiques.....	79
b) Les céphalalgies.....	79
c) Les douleurs par excès de nociception.....	79
d) Les douleurs complexes, plurifactorielles.....	79
e) Les douleurs idiopathiques.....	80
4. La satisfaction des recours aux SETD.....	80
5. Les attentes de l'orientation aux SETD.....	82
a) Aide en général.....	82
b) Aide aux traitement médicamenteux.....	82
c) Aide aux traitements non médicamenteux.....	82
d) Prise en charge globale.....	82
e) Une prise en charge conjointe.....	83
f) Le suivi des patients.....	83
6. Le moment du recours aux SETD dans la prise en charge.....	83
7. Communication et transmission des informations.....	84
8. La place des SETD dans la pratique habituelle.....	85
9. Intérêt des SETD.....	86
10. Les motifs de non-recours aux SETD.....	86
11. Les motifs qui favoriseraient le recours aux SETD.....	88
I. Les limites de la méthode utilisée.....	90
A. Les limites liée au type d'enquête.....	90
1. Les perturbations du discours.....	90
2. L'absence de résultats quantifiables.....	90
B. Les limites liées à la constitution de l'échantillon.....	90
1. Un petit nombre de médecins.....	90
2. Biais de sélection des médecins.....	91
C. Les oublis du guide d'entretien de l'enquête.....	91
1. La douleur chronique chez la personne âgées.....	91
2. La douleurs chroniques en pédiatrie.....	91
3. La douleur chronique de la personne vulnérable ou handicapée.....	92
II. Discussion des résultats.....	92
A. Intérêt de l'enquête.....	92
1. Un état des pratiques des médecins généralistes à un instant précis.....	92
2. Le champ de l'enquête.....	93
B. Synthèse des résultats.....	93
1. Réflexion sur les résultats.....	93

a) La réalité d'une patientèle douloureuse.....	93
b) Le profil complexe du patient douloureux chronique.....	93
c) Un risque de difficulté à tout moment dans la prise en charge.....	93
d) Des pratiques variables.....	94
2. Le recours aux SETD en fonction des connaissances de ces structures.....	94
a) Une légitimité d'exister reconnue.....	94
b) Un recours en fonction des capacités des prises en charge ambulatoire.....	94
c) Un recours en fonction des connaissances de l'activité des SETD.....	95
3. Réflexions sur les attentes des médecins généralistes.....	95
4. Réflexions sur les recommandations de pratique clinique.....	95
III. Comparaison avec des enquêtes pré-existantes.....	95
1. L'enquête de la Consultation Pluridisciplinaire de la Douleur de Châteauroux de 2005.....	96
2. L'enquête de la Consultation Pluridisciplinaire de la Douleur de Châteauroux de 2008.....	97
IV. Comparaison avec les publications des autorités scientifiques.....	98
A. Recommandations de l'HAS de 2023 et comparaison avec l'enquête.....	98
1. Bilan initial du patient douloureux chronique.....	98
2. Orientation en SETD.....	99
B. Perspectives de l'enquête en lien avec le dernier plan gouvernemental de 2006-2010. 100	
1. Formation.....	100
V. Perspectives de l'enquête pour l'avenir.....	101
A. Reproduire l'enquête à distance.....	101
B. Enquête quantitative par questionnaire.....	101
C. Aider les médecins généralistes dans leur prise en charge des patients douloureux chronique.....	101
ANNEXE 1.....	107
ANNEXE 2.....	108
ANNEXE 3.....	117
ANNEXE 4.....	118
ANNEXE 5.....	122

GLOSSAIRE

INDEX DES ABREVIATIONS UTILISEES

ARS: Agence Régionale de Santé
ANAES: Agence régionale d'Accréditation d'Évaluation en Santé
ASA: American Society of Anesthesiologists
CETD : Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
CIM 11: Classification Internationale des Maladies, 11e édition
CNGE: Collège Nationale des Généralistes Enseignants
CPD: Consultation Pluridisciplinaire de la Douleur
DGOS: Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS: Direction Générale de la santé
DSM-IV: Manuel Diagnostique de Statistique des Désordres Mentaux
DU: Diplôme Universitaire
EN: Echelle numérique
EVA: Echelle visuelle Analogique
EVS: Echelle Verbale Simple
FMC: Formation Médicale Continue
HAS: Haute Autorité de Santé
ISAP: International Association for the Study of Pain
MPI: Multidimensional Pain Inventory
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
QDSA: Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine
SETD: Structure d'Évaluation et de traitement de la Douleur chronique
SFETD: Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur
TENS: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Neurostimulation Électrique Transcutanée)

INTRODUCTION

En 2023, la Haute Autorité de Santé a publié des recommandations professionnelles concernant le parcours de soins du patient douloureux chronique. Cette décision de préciser l'organisation des soins autour du patient douloureux chronique fait suite à plusieurs considérations des autorités gouvernementales de structurer leur prise en charge au cours de ces dernières décennies. En effet, c'est en 1998, avec la mise en place d'un premier plan gouvernemental que la lutte contre la douleur est devenue une priorité nationale. Il avait notamment pour objectif de financer le développement de structures pluridisciplinaires d'évaluation et de traitement de la douleur chronique rebelle. Cependant, au terme de ce plan, un rapport [38] a révélé une méconnaissance de ces structures par les médecins généralistes.

L'intérêt porté par les autorités gouvernementales concernant la lutte contre la douleur chronique souligne son importance du fait de retentissements économiques et médicaux importants. En effet, la douleur persistante entraîne sur le patient des souffrances physiques mais également psychologiques qui peuvent avoir un retentissement personnel mais également sur son environnement. Ainsi, la douleur chronique est un phénomène complexe et sa prise en charge nécessite une évaluation globale de toutes ses composantes afin d'en identifier ses retentissements. L'approche pluridisciplinaire a été ainsi identifiée comme la plus adaptée à proposer une stratégie thérapeutique adaptée aux différents aspects qui composent le syndrome douloureux chronique. Cette approche suppose donc une communication entre les différents soignants, généralistes, spécialistes d'organes, structures de lutte contre la douleur et paramédicaux, pour assurer une bonne coordination des soins.

Les recommandations professionnelles placent le médecin généraliste au cœur du parcours de soin du patient douloureux chronique. En effet, il est l'interlocuteur privilégié et souvent le premier à "recevoir" cette demande de soulagement de la douleur. Une enquête menée par la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur en 2002 [36] a montré que la prévalence de la douleur chronique et des douleurs aiguës récidivantes était d'environ 20% en médecine générale. Les résultats ont également montré qu'un nombre important de patients reste non soulagé après une prise en charge ambulatoire. L'enquête a montré que les médecins généralistes n'orientaient pas les patients vers les centres de traitement de la douleur et elles montraient des discordances entre les connaissances des généralistes sur ses structures et leur utilisation.

Ainsi, à partir de 2002, deux autres plans gouvernementaux de lutte contre la douleur se sont succédés jusqu'en 2010 pour asseoir les efforts faits en matière de reconnaissance de la douleur, de formation des professionnels de santé et des usagers et d'organisation de la prise en charge de la douleur mais aussi pour pallier aux lacunes du plan précédent. Les objectifs étaient de structurer davantage la prise en charge de la douleur en France et d'améliorer la coordination entre les différents acteurs de la prise en charge de la douleur. Ainsi, ces différents plans ont permis d'élaborer des recommandations professionnelles pour guider les soignants dans le parcours de soin du patient douloureux chronique et ainsi définir les modalités d'orientation vers les Structures d'Étude et de Traitement de la Douleur.

C'est dans ce contexte de nouvelles recommandations faites par la Haute Autorité de Santé en 2023 concernant l'orientation des patients douloureux chroniques que notre enquête se positionne. Il nous a semblé pertinent de dresser un état des lieux de la pratique des médecins généralistes de ville et des relations qu'ils entretiennent avec les Structures d'Étude et de Traitement de la Douleur chronique. Notre démarche visait à déterminer quelles étaient les attentes et représentations des généralistes à l'égard de ces centres. Nous avons choisi de mener une enquête de type qualitative par un entretien semi-directif auprès de vingt médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet de ville en Indre-et-Loire.

Avant d'introduire les résultats de l'enquête, il paraissait nécessaire de rappeler la définition de la douleur chronique, ses différentes composantes, les caractéristiques du patient douloureux chronique. Ensuite, il était important de retracer les étapes du développement de la médecine de la douleur et de la création des structures spécialisées. Puis, il paraissait primordial de détailler les modalités d'évaluation de la douleur et les différents outils à disposition des médecins généralistes pour permettre l'élaboration d'une stratégie thérapeutique de soulagement de la douleur chronique. Enfin pour terminer la contextualisation, il nous a paru essentiel de définir les facteurs d'orientation vers les SETD pour mieux appréhender les attentes des médecins généralistes.

PREMIÈRE PARTIE : LA DOULEUR

I- Définitions

La douleur est une sensation physiologique normale qui participe à la protection et à la survie de l'espèce humaine. Dès la naissance, tout individu découvre que la douleur est un mécanisme efficace pour prévenir les lésions de l'organisme. En effet, la douleur entraînée par un stimulus ou une lésion va conduire à un comportement, la plupart du temps un mouvement de retrait ou de fuite pour protéger les tissus non lésés et limiter les conséquences de l'agression. Dans un deuxième temps, l'individu évitera les agents nocifs et les situations à risque par l'apprentissage des précédentes expériences douloureuses mémorisées.

1) La douleur

Pour commencer, nous allons présenter les définitions de la douleur selon le dictionnaire *Le Petit Robert*, l'IASP (*Association Internationale d'Etude de la douleur/ International Association for the Study of Pain*) et l'OMS (*Organisation mondiale de la santé*).

Définition du dictionnaire de référence *Le Petit Robert*:

Dans l'édition de 2024 du dictionnaire *Le Petit Robert*, on trouve deux définitions de la douleur. La première fait référence à une *“sensation physique pénible en un point ou une région du corps”* et la seconde fait référence à un *“sentiment ou une émotion pénible, résultant d'un manque d'une peine, d'un événement malheureux”*. [1]

Définition de l'IASP et de l'OMS:

Le comité de taxonomie de l'IASP a défini en 1986 et redéfini en 2020 la douleur comme *“une expérience désagréable, à la fois sensorielle et émotionnelle, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou simplement décrit en termes d'un tel dommage”*. [2] L'IASP est considérée comme une société savante internationale à propos de la douleur. L'OMS a également adopté la définition de l'IASP.

L'intérêt de cette définition de l'IASP est qu'elle place sur un même plan la composante sensorielle et affective de la douleur et donc souligne sa dimension subjective. Ainsi, elle donne de la légitimité aux douleurs sans lésion décelable qui ne peuvent se réduire à de simples stimulations des récepteurs sensoriels de la douleur, les nocicepteurs.

a) Douleur aiguë

Pour comprendre ce qui caractérisera une douleur chronique, il faut, dans un premier temps, s'intéresser à ce que peut être la douleur aiguë et ce qui la définit. La douleur aiguë est une douleur d'installation récente, depuis moins de trois mois. C'est avant tout un symptôme, un signal d'alarme qui vise à protéger l'individu, notamment en révélant une affection. Elle pourra être guérie après traitement de la cause de cette douleur.

Elle est généralement perçue comme intense et informe l'individu d'un danger entraînant un comportement de fuite, de retrait et de protection.

Lorsque la douleur se prolonge et qu'elle n'est pas rapidement traitée, elle perd sa fonction utile de signal d'alarme et devient nocive. Elle devient alors chronique.

b) Douleur chronique

Lorsque la douleur est chronique ou de longue durée, comme dans les maladies rhumatismales chroniques par exemple, on ne peut plus considérer la douleur comme un signal d'alarme. En effet, de par sa persistance dans le temps, elle va au-delà du symptôme et va devenir un problème pour l'individu avec des retentissements importants.

La définition de la douleur chronique est variable selon les auteurs.

Définition de l'IASP:

L'IASP n'a pas proposé de définition précise de cette notion de chronicité.

Définition de l'OMS:

L'OMS a défini la douleur chronique comme une *“douleur qui dure longtemps ou qui est permanente ou récurrente [...]est appelée chronique quand elle dure plus de 6 mois”* [3].

Définition de l'HAS:

L'HAS définit en 2008 la douleur chronique est définie comme une *“douleur évoluant depuis plus de 3 mois, susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien être du patient, et qui persiste malgré un traitement étiologique bien conduit”* [4].

Définition de la CIM 11:

La douleur chronique primaire (CIM-11) est définie comme *“une douleur dans une ou plusieurs régions anatomiques qui persiste ou se reproduit pendant plus de 3 mois et est associée à une détresse émotionnelle importante ou un handicap fonctionnel (des activités de la vie quotidienne ou des activités sociales) non liés à une autre maladie chronique”*.

Les syndromes douloureux chroniques secondaires (CIM-11) sont liés à des maladies sous-jacentes pour lesquelles la douleur peut initialement être considérée comme l'un des symptômes.

On note ici que la notion de douleur chronique, dans un premier temps fondée sur la notion de durée d'évolution, comprend donc d'autres dimensions. En effet, la douleur chronique est aussi destructrice et délétère car devenue une maladie à part entière en ayant perdu son rôle d'alerte initiale et va occasionner un retentissement physique et psychologique et évoluer pour son propre compte. La douleur envahit le patient. On peut parler de la douleur chronique comme un *“syndrome douloureux chronique”* composé de plusieurs symptômes, avec des retentissements psychologiques, sociaux et comportementaux qui en font sa gravité.

Définition de l'ASA:

L'American Society of Anesthesiologists propose la définition de *“douleur persistante ou épisodique d'une durée ou d'une intensité qui affecte de façon péjorative le comportement ou le bien être du patient, attribuable à toute cause non maligne”* [5].

La définition de l'ASA se rapproche de celle de l'HAS, mais écarte de sa définition les douleurs chroniques liées aux pathologies cancéreuses. En effet, dans ces maladies, la douleur liée à la progression d'une tumeur cancéreuse se rapproche plus d'une douleur aiguë persistante par opposition aux douleurs chroniques non malignes liées à une pathologie séquellaire, peu ou non évolutive (par exemple une lésion post-traumatique, une lésion nerveuse). Si les éléments d'analyse de cette douleur chronique restent similaires (composante somatique, affective, cognitive et comportementale), les problématiques identifiées ne seront pas identiques et les objectifs de prise en charge seront également différents et adaptés au cas par cas, comme nous le verrons plus loin.

Définition de l'ANAES:

En France, l'Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé a publié en 1999 des recommandations sur l'évaluation et le suivi de la douleur chronique en médecine ambulatoire. La définition de la douleur chronique proposée combine toutes les précédentes proposées en associant la notion de persistance dans le temps et d'impact négatif pour le patient et la notion de douleur sans lésion décelable.

La douleur chronique se définit comme *“une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en terme évoquant telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien être du patient, attribuable à toute cause non maligne”* [6].

2) Les mécanismes physiopathologiques de la douleur

La démarche diagnostique dans la prise en charge de la douleur chronique doit permettre de mettre en évidence la nature du processus pathologique en cause mais aussi de comprendre le mécanisme à l'origine de la douleur. En effet, son traitement symptomatique découle d'une large part de la compréhension de ce mécanisme. On distingue quatre grands types de mécanismes à la douleur chronique: les douleurs par excès de nociception, les douleurs neurogènes, les douleurs psychogènes et les douleurs idiopathiques.

a) Douleur organique

i) *Douleur par excès de nociception*

Ce mécanisme est plus fréquemment retrouvé dans les douleurs aiguës, par exemple dans les pathologies post-traumatiques. Au stade chronique, on le retrouve dans les pathologies lésionnelles persistantes, par exemple les pathologies rhumatismales chroniques. Il correspond à l'activation du système de transmission des messages, le système nociceptif périphérique, par une stimulation excessive des récepteurs périphériques présents dans les tissus lors d'une lésion ou agression tissulaire. Les causes les plus souvent retrouvées sont des situations inflammatoires, traumatiques, ischémiques, ou induites par des stimulations mécaniques importantes. Il s'agit du fonctionnement normal du système sensoriel qui est activé par un excès de messages.

Ce mécanisme de douleur par excès de nociception se caractérise sur le plan sémiologique par un rythme inflammatoire (réveil nocturne par la douleur) ou un rythme mécanique (augmentation de la douleur par l'activité physique). A l'examen clinique, on peut reproduire la douleur avec une manœuvre. Les imageries et la biologie permettent de documenter la lésion en cause.

Sur le plan thérapeutique, on agit sur le processus périphérique lui-même responsable de la création de l'excès de nociception (traitement étiologique) mais aussi en limitant les effets excitateurs avec des antalgiques périphériques ou centraux. On peut aussi suspendre la transmission des messages aux différents étages de sa transmission périphérique ou centrale par des blocs anesthésiques.

ii) *Douleur neuropathique*

La douleur neuropathique ou neurogène est une douleur secondaire à une lésion ou une maladie du système sensoriel. Il en résulte une lésion nerveuse responsable de dysfonctionnements dans les systèmes de transmission ou de contrôle des messages douloureux. Selon la localisation de la lésion nerveuse, on distingue la douleur neuropathique périphérique et la douleur neuropathique centrale [7].

La douleur neuropathique périphérique est liée à une lésion intéressant le tronc nerveux, le ganglion sensitif, le plexus ou la racine nerveuse. Le mécanisme consiste soit en des décharges ectopiques au niveau lésionnel sur les fibres nociceptives soit à une suppression de l'influx inhibiteur périphérique [8].

La douleur neuropathique centrale est liée à une lésion des voies sensitives située au niveau de la moelle épinière ou du cerveau.

La douleur neuropathique se caractérise sur le plan sémiologique par un délai d'apparition de quelques jours à quelques années. La topographie est dans un territoire neuro-anatomique systématisé, soit tronculaire, radiculaire, plexuelle ou cordonale.

La douleur neuropathique peut être continue ou paroxystique, et survenir de façon spontanée et donner un fond douloureux permanent ou être déclenchée par des stimulations habituellement perçues comme non douloureuses. Cette allodynie peut être déclenchée par un frottement ou un stimulus thermique. Parfois la sensation douloureuse paraît exagérée suite à une stimulation douloureuse. Cette hyperalgésie peut, par exemple, correspondre à une douleur intense retrouvée à la pression. La douleur neuropathique donne des sensations de brûlures, de paresthésies ou de décharges électriques. Elle est provoquée par des stimulations non nociceptives. Elle est aggravée par le repos et améliorée par le mouvement et la stimulation sensitive.

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour reconnaître le caractère neuropathique d'une douleur et débiter un traitement antalgique adapté. Les examens complémentaires (imageries et électromyogramme) peuvent, dans un deuxième temps, permettre de faire le bilan étiologique selon que l'on suspecte une origine centrale ou périphérique.

iii) Syndrome douloureux régional complexe

Le syndrome douloureux régional complexe ou algodystrophie est un syndrome qui se développe habituellement après un événement lésionnel des tissus mous ou osseux ou une lésion nerveuse et qui persiste en intensité et en durée dans les proportions démesurées par rapport à la lésion tissulaire initiale.

Il est associé, à des degrés variables, à des troubles vasomoteurs cutanés, une sudation anormale, des troubles moteurs (déficit, dystonie), un oedème, une allodynie, une hyperalgésie ou à des troubles trophiques (atrophie osseuse ou cutanée, perte de cheveux, rétraction articulaire).

La physiopathologie reste mal connue, mais la sensibilisation, tant périphérique que centrale, des nocicepteurs à des neurotransmetteurs aide à entretenir la douleur et l'inflammation. La localisation douloureuse n'est pas limitée à un territoire nerveux périphérique unique.

Le diagnostic est clinique et le traitement comprend essentiellement de la kinésithérapie, des antalgiques, de la psychothérapie et de la neuromodulation [9, 10].

b) Douleur psychogène

i) Généralités

Selon la CIM 11 de l'OMS en 2019 [11], l'origine psychogène de la douleur est difficile à reconnaître: *“ Il peut être difficile d'affirmer l'origine psychologique de ces troubles même quand elle paraît très probable. En l'absence d'arguments en faveur d'une cause psychologique, le diagnostic doit rester provisoire et on doit poursuivre les explorations somatiques et psychologiques”*. Des symptômes d'anxiété et de dépression peuvent s'associer à la douleur chronique et les souffrances psychologiques peuvent s'exprimer par des plaintes corporelles. Ce processus de somatisation se retrouve dans la catégorie diagnostique psychiatrique des troubles somatoformes.

ii) Douleur chronique d'origine psychiatrique selon la DSM-5

Dans la dernière édition, publiée en 2022, de l'Association américaine de psychiatrie dans son manuel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) [12], on définit le trouble à symptomatologie somatique F45.1 comme s'appuyant *“sur l'existence de symptômes somatiques pénibles associés à des pensées, des sensations et des comportements anormaux secondaires à ces symptômes. [...] La caractéristique particulière des nombreuses personnes présentant ces troubles à symptomatologie somatique ne repose pas sur les symptômes somatiques à proprement parler mais plutôt sur la manière dont ils sont présentés et interprétés. La prise en compte des composantes affectives, cognitives et comportementales dans les critères du trouble à symptomatologie somatique reflète le tableau clinique de manière plus logique et plus précise que ne pourrait le faire la seule évaluation des plaintes somatiques”*.

Ainsi dans les troubles de somatisation, la douleur peut être décrite d'une façon plus dramatisée, la clinique peut être plus riche et imprécise dans sa localisation et mobile, systématiquement résistante aux traitements.

iii) Douleur chronique d'origine psychiatrique selon la CIM-11

Dans la Classification Internationale des Maladies, 11e révision (CIM-11) publiée par l'OMS en 2019 [13], utilise des catégories diagnostiques similaires à celles du DSM-5-TR et classe les douleurs chroniques d'origines psychiatriques dans les Troubles à symptomatologie somatique 6C20.

c) Douleur idiopathique

Les douleurs idiopathiques, fonctionnelles ou dysfonctionnelles sont des douleurs sans lésions organiques ni cause psychogène retrouvée. Ces douleurs sont caractérisables sur le plan clinique mais leurs mécanismes sont actuellement inconnus [14]. On regroupe dans cette catégorie les plaintes inclassables dans les autres catégories précédemment citées.

3) Les différentes composantes de la douleur

La douleur est un phénomène subjectif complexe de mécanismes multiples avec des différences interindividuelles, des profils évolutifs variables et une absence de parallélisme anatomo-clinique strict. Il n'y a donc pas de corrélation parfaite entre l'intensité de la douleur et la gravité des lésions causales car de nombreux facteurs neurophysiologiques peuvent modifier sa perception. Les différents facteurs qui participent à l'intégration de la douleur chronique sont sa composante sensorielle, affective ou émotionnelle, cognitive et comportementale [15].

a) La composante sensorielle

La composante sensorielle ou sensori-discriminative correspond aux mécanismes neurophysiologiques de la nociception qui permettent de décoder la qualité de la douleur (torsion, brûlure, décharge électrique, etc...) son intensité, sa durée, sa localisation. Cette composante de décodage des messages nociceptifs est imparfaite pour certains types de douleurs comme les douleurs projetées ou les douleurs viscérales profondes [16, 17].

b) La composante affective, émotionnelle

La composante affective ou émotionnelle de la douleur exprime la connotation désagréable, pénible liée à la perception douloureuse, parfois insupportable. Cette composante est déterminée par la cause de la douleur chronique elle-même mais également par le contexte. Elle peut évoluer jusqu'aux états d'anxiété ou de dépression. Cette évolution psychologique explique la nécessité d'évaluation de l'état d'anxiété et de dépression des patients douloureux [16, 17].

c) La composante cognitive

La composante cognitive de la douleur se réfère à un ensemble des processus mentaux susceptibles de moduler la perception de la douleur et les réactions comportementales qu'elle détermine: signification, interprétations de la douleur, croyances, référence à des expériences passées vécues ou observées, anticipation, processus d'attention et de diversion de l'attention.

De plus, l'histoire personnelle du patient et les facteurs socio-culturels participent à cette composante cognitive. La signification de la douleur sera également différente selon qu'il s'agisse d'une affection curable ou non.

La composante cognitive de la douleur est aussi modulée par le contexte de survenue. Ainsi d'éventuels bénéfices primaires (changement de poste, suppression de tâches pénibles...) ou secondaires (reclassement professionnel, compensation financière...) peuvent influencer l'évolution d'une douleur.

d) La composante comportementale

La composante comportementale de la douleur correspond à l'ensemble des manifestations observables physiologiques neuro-végétatives (sueur, tachycardie, hypertension artérielle, tachypnée,...) et expressions verbales (plaintes, discours élaborés, gémissements, cris,...) ou expressions non verbales (grimaces, agitation, évitement immobilité ou prostration, position antalgique, déplacement précautionneux, contre-stimulation par massage,...) observable chez le patient qui souffre. Ces manifestations peuvent être réactionnelles à la douleur perçue. Elles permettent la communication avec l'entourage. Les réactions de l'entourage peuvent aussi influencer le comportement du patient et contribuer à la persistance, la modération ou l'accentuation de la douleur.

4) La composante multidimensionnelle de la douleur

La douleur est un phénomène multidimensionnel et la description de la symptomatologie douloureuse chronique peut difficilement se réduire à un seul facteur. Le caractère individuel de la douleur justifie une évaluation globale du malade. On parle de modèle bio-psycho-social [18].

Ces différents niveaux d'évaluation complémentaires de la douleur comprennent le diagnostic de la cause de la douleur, son mécanisme, l'intensité de la douleur perçue et son retentissement sur la qualité de vie et les capacités fonctionnelles, ainsi que le contexte psychologique, social et familial autour du patient.

Il est important de prendre en compte ces éléments dans l'analyse de la douleur chronique. En effet, dans la prise en charge de la douleur chronique, bien que l'intensité soit un facteur essentiel pour la décision des traitements symptomatiques, ce n'est pas la seule variable à prendre en compte. La douleur, en temps que signal d'alarme d'une atteinte physique, doit conduire à l'instauration de traitements étiologiques pour la réduire. Cependant, la mise en place de d'autres actions symptomatiques évitera son retentissement négatif sur l'individu. En l'absence de possibilité de traitement radical de la cause, la prise en charge symptomatologique est la seule option, parfois accompagnée d'un renforcement des capacités d'adaptation de la douleur chronique.

Dans une démarche de soin globale, analyser les conséquences psychologiques de la douleur chronique permet d'évaluer son retentissement sur le patient et s'inscrit dans le suivi du patient douloureux chronique en médecine ambulatoire. En effet, de nombreuses conséquences comportementales et cognitives peuvent jouer un rôle dans l'amplification et le maintien de la douleur chronique [18].

5) Le syndrome douloureux chronique

La notion de chronicité renvoie vers une dimension temporelle définie entre 3 à 6 mois selon les auteurs cités ci-dessus. Ce repère temporel prévient, du fait de la persistance dans le temps d'une douleur résistante au traitement, l'évolution vers un syndrome douloureux chronique.

Le syndrome douloureux chronique (d'origine non maligne) est défini comme l'intrication des douleurs persistantes, des causes de la douleur et de ses conséquences. Les douleurs peuvent être de type nociceptif, neuropathique ou être intriquées. Les causes de la chronicisation peuvent être organiques, psychiques ou sociales. Les conséquences sont à la fois somatiques, psychiques et sociales.

II- Le patient douloureux chronique

Du fait de sa persistance dans le temps, une douleur aiguë qui est initialement un simple signal d'alarme d'un problème sous-jacent, peut se modifier et devenir une maladie à part entière qui va occasionner un retentissement plus ou moins marqué sur les capacités physiques et psychologiques. En effet, les plaintes du patient douloureux chronique sont plus polymorphes et globales que celles du patient douloureux aigu. De plus, les caractéristiques initiales de la douleur ont le plus souvent évoluées.

1) Les différents retentissements de la douleur chronique

Le patient douloureux chronique s'évalue selon le modèle multidimensionnel bio-psycho-social de la douleur chronique.

a) Aspect sensori-discriminatif du patient douloureux chronique

La transformation de la douleur aiguë en chronique se fait progressivement. Elle n'est plus forcément permanente mais peut évoluer par pics d'intensité variable, parfois de fréquence rapprochée, si bien que le patient n'arrive plus à en distinguer les variations. Il vit en permanence dans le souvenir de ses accès douloureux passés et dans l'anticipation anxieuse des accès à venir. Les antalgiques initiaux ne sont plus efficaces et ce qui peut conduire à une escalade thérapeutique rapide et une augmentation des consommations thérapeutiques dans une recherche de soulagement.

b) Aspect affectif et émotionnel du patient douloureux chronique

Du fait de la chronicisation de la douleur, le patient douloureux chronique est plus sujet à une anxiété importante et durable, à des états dépressifs et à des somatisations. En effet, par opposition au patient douloureux aigu, chez qui une éventuelle anxiété cesse souvent rapidement avec le traitement de la douleur et la prise en charge étiologique, le patient douloureux chronique a plus de risque de présenter des manifestations anxio-dépressives à plus long terme.

Selon les études menées sur les patients douloureux chroniques, les manifestations anxio-dépressives se retrouvent dans 30 à 80% des cas, en fonction de la pathologie initiale et

de l'ancienneté d'évolution de la douleur chronique [19]. Les préoccupations fréquemment retrouvées gravitent autour de l'angoisse et le désespoir de la persistance de la douleur, mais concernent également l'évolution de la maladie et ses conséquences physiques et sociales néfastes.

Les troubles dépressifs ne sont pas toujours reconnus par le patient. L'humeur dépressive s'exprime le plus souvent sous forme d'une dépression masquée par la douleur physique. Les signes de ces manifestations sont un trouble du sommeil, de l'appétit, un trouble de la concentration, une irritabilité, une perte de libido, une fatigabilité importante [10].

c) Aspect cognitif du patient douloureux chronique

La chronicité de la douleur entraîne régulièrement des modifications cognitives. En effet, la perception et les interprétations de la douleur se modifient au fur et à mesure, conduisant le patient à adopter des mécanismes d'anticipation pour éviter les situations douloureuses. À mesure, l'interprétation de cette douleur devient de plus en plus catastrophiste et la multiplicité des consultations et avis médicaux reflètent le désarroi du patient. Au fil du temps, le patient douloureux chronique estime ne plus avoir de moyen de soulager sa douleur et développe un sentiment de perte d'espoir [19].

La douleur chronique devient la préoccupation principale dans le quotidien du patient. Ainsi, il est à l'écoute des moindres changements de localisation, d'intensité ou de qualité de sa douleur et son comportement va se moduler pour tenter de l'atténuer.

Enfin, pour le patient douloureux chronique, toute douleur ressentie reflète une cause tissulaire, même les douleurs psychogènes. Il a souvent tendance à expliquer tous ses ressentis en terme physique et développe un déni à l'égard des facteurs psychologiques éventuellement impliqués dans le maintien ou l'accentuation de la douleur chronique. C'est une des caractéristiques principales de modulation cognitive du patient douloureux chronique [20,21].

d) Aspect comportemental

La douleur chronique peut entraîner des modifications globales du comportement du patient avec des modifications de ses activités physiques et de ses loisirs. Ainsi, cela peut entraîner une réduction du temps de marche, une augmentation de temps assis ou allongé, des troubles du sommeil, une réduction des activités de loisir, une perte de libido, une interruption du travail,... [19].

L'ensemble des comportements du patient est focalisé sur la recherche du soulagement, avec des demandes de consultation médicale répétées, des prises médicamenteuses et une diminution globale des activités. Ainsi, la reprise de toute activité peut être perçue comme susceptible d'aggraver la douleur.

Dans notre société, de nombreux stéréotypes autour de la douleur donnent des conseils pour le patient douloureux chronique et son entourage. Il est coutumier de dire que le patient douloureux doit se reposer, pour aller mieux et reprendre des forces en évitant toute activité, parfois même professionnelle. L'entourage quant à lui, doit l'aider et lui apporter toute l'attention nécessaire. En effet, l'attention des proches et la compassion sont des facteurs de renforcement positif pour le patient douloureux chronique. Cependant, l'évitement des activités et des situations stressantes sont des facteurs de renforcement négatif de la douleur [19].

Les manifestations verbales et non verbales du patient douloureux chronique sont observables par l'entourage et entraînent souvent des réactions de protection voire d'hyper protection de la part des proches. Lorsque ces interactions persistent dans le temps, elles créent un système d'entretien du comportement douloureux [14].

Ainsi, les mécanismes psychologiques et neurophysiologiques qui modulent le comportement du patient douloureux chronique sont également liés à l'environnement socio-familial du patient. D'une part, le patient pourrait profiter de l'attention de ses proches pour en tirer des bénéfices. D'autre part, la famille pourrait renforcer ce comportement en faisant preuve de trop d'affection et d'hyper protection, pour masquer un sentiment d'impuissance de ne pouvoir faire plus pour aider celui qui souffre.

Enfin, les problématiques autour du travail constituent un déterminant essentiel sur le comportement du patient douloureux chronique. L'interruption du travail est fréquemment la conséquence d'une douleur persistante, rebelle. Il est important d'apprécier l'aptitude du patient à reprendre son travail mais aussi sa motivation qui peut conditionner la prolongation de cette interruption de travail [19].

2) Les facteurs prédisposants à la chronicité de la douleur

a) Facteurs individuels

De nombreux facteurs cognitifs et comportementaux influencent l'existence et la persistance du symptôme chez le patient douloureux chronique.

Les attitudes, les croyances et les attentes des individus modulent l'expression de la douleur, son interprétation, son effet et sa réponse aux traitements. Les conduites d'évitement de toute activité de peur d'avoir mal, les techniques d'anticipation et les doutes de possibilité d'amélioration sont des éléments de mauvais pronostic de chronicité de la plainte. La tendance au catastrophisme de certains individus, qui consiste à imaginer que le pire est encore à venir, est également de mauvais pronostic et renforce le sentiment d'incapacité à modifier la douleur [19].

De plus, des travaux de recherche sur le comportement humain mettent en évidence différents types de conditionnement des individus qui favorisent la chronicité de la douleur [19]. Parmi ces conditionnements, on trouve:

- Le “*conditionnement opérant*” décrit le renforcement d’un comportement par ses conséquences. Par exemple, dans notre contexte, la persistance de la douleur du fait de l’attention apportée par l’entourage.
- Le “*conditionnement appris*” fait référence aux expériences passées. Par exemple, l’évitement d’une activité ou d’un mouvement potentiellement douloureux par crainte de la douleur.

Enfin, les modèles douloureux et le rôle de l’imitation sont reconnus comme des facteurs individuels favorisant la chronicisation d’un trouble. En effet, la présence de personnes souffrantes dans l’environnement immédiat des patients peut amener vers la chronicisation de la douleur du fait de l’attention et des bénéfices perçues chez autrui [19].

b) Antécédents de maltraitance

La prévalence des antécédents de maltraitance chez les patients douloureux chroniques est estimée à un tiers des patients [19]. Un vécu de maltraitance, de manque affectif ou de pertes précoces d’adultes protecteurs sont des facteurs décrits de prédisposition à la douleur chronique [22]. L’apparition d’une expérience douloureuse peut représenter un véritable facteur déclenchant à l’apparition de troubles psychologiques.

c) La notion de comportement-maladie

Chez le patient douloureux chronique, les comportements en lien avec la douleur, telles que l’anticipation et l’interprétation, mais aussi les manifestations verbales et non verbales de la souffrance, vont peu à peu contribuer à renforcer la symptomatologie douloureuse en maintenant en permanence l’attention sur la plainte.

Cette attention permanente va mettre le patient dans le rôle de malade à part entière et la reconnaissance de sa maladie peut légitimer pour le patient une suspension de ses activités professionnelles, personnelles et sociétales du fait de sa douleur et justifier des demandes d’aides comme des consultations médicales. On parle de “*comportement-maladie*”. [23]

Ce comportement-maladie vise à convaincre autrui de l’importance de sa détresse et de la gravité de son symptôme et peut être considéré comme un moyen de faire comprendre la souffrance et le dépassement des ressources personnelles du malade.

3) Rôle des traumatismes dans l’évolution de la chronicité

Chez le patient douloureux chronique, il existe un événement traumatisant clairement identifié qui est à l’origine de la persistance de la douleur. La charge traumatique de cet événement est propre à l’histoire du patient et son impact dans la chronicisation est fréquemment souligné par la répétition de la même histoire dramatique de l’événement en cause. La notion d’un “*avant*” idéalisé et d’un “*après*” cet événement témoignent de l’importance de son ancrage dans le présent [19].

Lors d'un événement de faible répercussion physique objective, il est possible que la gravité subjective du traumatisme soit sous-estimée par les soignants. Ainsi, les sensations rapportées sans base organique peuvent être banalisées, voire niées, majorant la détresse du patient et le sentiment de fatalité de sa situation. Pourtant, tout événement ou accident, même banal, peut être inducteur de souffrance.

Dans d'autres situations, c'est parfois un événement banalisé ou nié par le patient qui peut être identifié par le soignant comme l'événement traumatisant responsable de la chronicisation de la douleur [19].

4) Dimensions sociales et culturelles de la chronicité

Dans un modèle d'évaluation bio-psycho-social du patient douloureux chronique, on doit prendre en compte son environnement social et culturel [26]. Ces éléments sont à considérer comme des modulateurs de la symptomatologie, dans une vision multifactorielle du processus de chronicisation de la douleur.

a) Facteurs sociaux et sociétaux

Il a été mis en évidence qu'un faible niveau de formation professionnelle et qu'un bas niveau socio-éducatif pouvaient être des facteurs de chronicisation de la douleur [25]. Ainsi, un niveau défavorable limiterait les possibilités d'élaboration et de contrôle de la situation en réduisant les stratégies pour surmonter la douleur. De plus, les métiers physiquement difficiles et la pratique de travaux monotones peu valorisants sont des facteurs de chronicisation des douleurs en entraînant des contraintes physiques sur l'individu. Sur le plan psychologique, les conditions de travail défavorables et des relations professionnelles tendues sont également des déterminants majeurs de l'insatisfaction professionnelle. Elles renforcent le mal être et favorisent la persistance des douleurs.

b) L'influence de l'environnement familial

L'environnement familial participe au maintien de la douleur en bouleversant tout l'équilibre des rôles des membres de la famille. En effet, le patient douloureux, par son comportement, va communiquer avec son entourage sa plainte. Ces derniers vont alors lui apporter plus d'attention et le détacher peu à peu de son rôle dans la famille, renforçant ainsi d'adoption d'un "*rôle de malade*". Ainsi les rôles sont redistribués et les proches prennent souvent des fonctions d'aide soignant et/ou de porte parole du patient. Cette situation peut favoriser la chronicité de la douleur pour maintenir ce nouvel équilibre familial dans une logique de dépendance mutuelle.

c) L'influence de la société et la culture

L'individu s'inscrit au sein d'une société à laquelle il appartient. Les représentations et valeurs de la douleur dans un groupe donné vont moduler ses mécanismes psychologiques et neurophysiologiques [24].

La manière d'expliquer la survenue d'une douleur et l'interprétation de cette dernière dans les différentes cultures est déterminée par les croyances et la conception de la santé et de la maladie dans ces différentes cultures [25]. La culture joue donc un rôle important de modulation de l'expérience douloureuse.

d) Les comorbidités associées

La prévalence des pathologies psychiatriques chez les patients douloureux chroniques est plus importante que dans la population générale [11]. Elles favorisent la chronicisation des douleurs et ont des conséquences dans la prise en charge du patient.

i) Douleur et dépression

La dépression est le principal facteur psychologique associé à la douleur chronique. La prévalence de cette comorbidité est estimée à plus de 60% soit cinq fois plus que dans la population générale, et elle concerne plus fréquemment les femmes et les sujets âgés. Chez les patients douloureux chroniques, l'irritabilité et la tristesse sont les principaux symptômes des troubles dépressifs.

De plus, des facteurs comme la vision pessimiste de la maladie, l'absence de soulagement satisfaisant de la douleur et les mécanismes comportementaux d'adaptation à la douleur sont corrélés à la présence d'un état dépressif.

L'ordre chronologique d'apparition des deux entités est controversé. Pour certains auteurs, l'état dépressif précède l'apparition de la douleur et contribue à son installation et sa chronicisation. Pour d'autres, la douleur apparaît en premier et l'état dépressif s'installe par la suite et contribue à sa chronicisation [27]. En effet, il n'est pas difficile d'imaginer que la douleur chronique puisse entraîner un état dépressif de par le retentissement fonctionnel important qu'elle a sur l'individu.

Du fait de similitudes entre une symptomatologie douloureuse et un état dépressif, certains auteurs suggèrent que les douleurs chroniques médicalement inexpliquées pourraient représenter un équivalent de "*dépression masquée*" [28]. Ce terme évoque que la symptomatologie douloureuse chronique masque le problème émotionnel sous-jacent.

Enfin, l'état dépressif modifie l'intensité de la douleur perçue, son seuil et ses caractéristiques du fait de la diminution du sentiment de bien-être personnel. Ainsi, elle abaisse la tolérance à la douleur et augmente le retentissement de la douleur sur l'individu.

ii) Douleur et anxiété

L'anxiété peut contribuer à l'augmentation de l'expression de la douleur, certainement en lien avec les mécanismes de modulation de l'attention et l'anticipation de mouvements douloureux [29]. Cette préoccupation anxieuse de la douleur contribue à la persistance du symptôme.

L'anxiété se retrouve chez les patients douloureux ayant une tendance à l'hypocondrie. En effet, l'absence de réassurance par les explications reçues conduit à une augmentation des consultations médicales spécialisées et la multiplication d'examens complémentaires en quête de réponses. Cette multiplication des avis majorent la conviction du patient d'une atteinte organique grave et lui est délétère.

L'anxiété est associée, chez le patient douloureux chronique, au sentiment de difficultés à faire face à la douleur, à l'angoisse de la dépendance et du retentissement fonctionnel.

iii) Douleur et trouble de la personnalité

La prévalence des troubles de la personnalité chez les patients douloureux chroniques serait plus élevée que dans la population générale. La question de la causalité et de la chronologie est difficile à évaluer [30]. Pour certains, les patients atteints de trouble de la personnalité ont une plus grande difficulté d'adaptation à la douleur et ce phénomène favorise sa chronicité. Pour d'autres, la douleur chronique peut favoriser, de par son envahissement psychologique, l'apparition de troubles de la personnalité.

Le trouble de la personnalité le plus fréquemment mis en évidence chez les patients douloureux chroniques est le trouble paranoïaque, avec une obsession sur les représentations et les caractéristiques de la douleur qui peut conduire à une décompensation d'un état psychotique.

iv) Douleur et troubles somatoformes

La somatisation désigne un processus selon lequel des souffrances psychiques s'expriment préférentiellement par des plaintes corporelles. Ces symptômes médicalement inexpliqués sont attribués par le patient à une maladie physique et entraînent des comportements de recours au soin [30].

Les troubles somatoformes sont classés dans la CIM 11 et dans le DSM-5-TR comme "*Trouble douloureux à symptomatologie somatique*" et sont catégorisés comme troubles psychiatriques [13]. Ils désignent une douleur chronique sans cause organique identifiable ou une douleur dont l'intensité et les répercussions sont disproportionnées par rapport à l'atteinte physiopathologique identifiée.

5) Systèmes de compensation

Les demandes d'arrêts de travail ou de mise en invalidité représentent un sujet important dans la chronicisation de la douleur. Leur prise en compte au cours de l'évaluation est essentielle.

i) Rôle des arrêts de travail

L'impact de l'arrêt de travail sur le comportement douloureux chronique est mal connu [19]. L'intensité de la douleur n'est pas un facteur prédictif suffisant de retour au travail ou de mise en invalidité car subjectif. Un arrêt de travail prolongé peut induire un sentiment d'inutilité, de perte de motivation, de doute sur ses capacités, de détresse psychologique et peut favoriser l'installation d'états dépressifs.

De plus, le changement de rythme des journées, le manque d'activité, la perte des habitudes de travailler, entraînent rapidement une perte des capacités à s'adapter aux contraintes d'un emploi et diminuent la possibilité d'un retour à l'emploi. Ceci explique pourquoi les chances de retour au travail s'épuisent à mesure que les arrêts de travail se prolongent. Cependant les répercussions de cette inactivité professionnelle semblent jouer un rôle dans l'installation d'une exclusion sociale et participent au renforcement du *“rôle de malade”*.

ii) Les bénéfices secondaires

La notion de bénéfice secondaire fait référence à un concept d'adaptation et de compensation inconsciente d'une situation. Cette notion est souvent connotée, dans le sens commun, avec l'idée de *“profiteur”* de la situation.

Il est parfois sous-entendu que des patients puissent exagérer leurs plaintes douloureuses afin d'obtenir des prolongations d'arrêt de travail ou une rente d'invalidité. Il paraît réducteur de considérer que les motivations à demander une compensation financière soit uniquement la recherche d'un bénéfice secondaire financier tant l'impact sur la vie familiale et sociétale est important. La douleur chronique, la détresse émotionnelle liée à cette douleur et la diminution voire disparition du contact social du travail sont des éléments la plupart du temps décrits comme insatisfaisants pour les patients concernés.

Le symptôme douloureux chronique peut, par contre, être un moyen d'attirer l'attention de l'entourage et du corps médical. Ainsi, il peut, sur le plan affectif, modifier les relations sociales en faveur d'aide, d'empathie, d'hyper protection et donc en ces termes on peut parler de bénéfices secondaires de la maladie.

iii) Le comportement pronostic

Plusieurs études ont montré que l'acceptation de la douleur chronique du patient permet une perception diminuée de son intensité et de son retentissement sur ses activités [19]. Ainsi,

cette acceptation est associée à moins de dépression, moins de conduite d'anticipation et donc d'évidement de certaines activités, moins de handicap physique et psychosocial et moins d'anxiété. Une prise en charge active du patient douloureux chronique serait un facteur de meilleurs résultats dans le contrôle de la douleur et de son retentissement fonctionnel.

Ainsi, le patient douloureux chronique, dans un processus d'acceptation de sa douleur, doit poursuivre et augmenter progressivement ses activités quotidiennes, même si la douleur persiste [8]. Le comportement du patient face à sa douleur va dépendre de son niveau de réflexion et de maturation de son processus douloureux chronique. On peut évaluer le niveau de maturation vis à vis de sa douleur chronique avec le questionnaire PSOCQ (Pain Stages of Change Questionnaire). Il permet de montrer le degré d'ouverture face au changement et à la gestion de la douleur après avoir répondu à 30 items qui représentent les 4 stades du changement du modèle transthéorique des changements comportementaux [31]:

- Au stade de précontemplation, le patient douloureux chronique voit sa douleur comme un problème sur lequel il n'a pas de contrôle, il se repose sur son médecin et pense que l'arrêt des activités est nécessaire.
- Au stade de contemplation, le patient a compris qu'il doit être acteur pour améliorer sa douleur mais est encore réticent à abandonner un soutien médical.
- Au stade de participation, il se perçoit comme capable de contrôler sa douleur, ne pense plus que c'est le problème du médecin. Il devient actif au changement.
- Au stade de maintien, il est inscrit dans cette démarche de prise en charge active et a accepté son état.

III- Les Structures d'Évaluation et de Traitement de la douleur chronique

1) Les différentes nomenclatures

La première nomenclature officielle des SETD date de 1998. Elle fait suite à la rédaction de la circulaire DGS/DH n°98/47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle, émanant du Secrétariat d'Etat à la Santé dirigé par M. Bernard Kouchner [32].

Elle définit trois niveaux de structures de prise en charge qui, selon la complexité du service rendu, de la consultation spécialisée pluridisciplinaire au centre anti-douleur présentant un plateau technique complet.

a) Les consultations pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique rebelle

Les consultations pluridisciplinaires de la douleur chronique pouvaient exister au sein des établissements de soins publics ou privés. Elles représentaient l'interlocuteur référent et pluridisciplinaire permettant l'approche globale nécessaire pour prendre en charge le patient douloureux chronique. Leur champ de compétences concernaient la prévention de la douleur persistante, les soins de la douleur, la réinsertion du patient et la prise en compte de son environnement familial, social et professionnel.

b) Les unités pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique rebelle

Les unités pluridisciplinaires devaient avoir la même approche globale que les consultations pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur. Mais elles avaient la possibilité de mettre en place des thérapeutiques nécessitant l'accès à un plateau technique et/ou des places d'hospitalisation.

c) Les centres pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur rebelle

Ces structures de références exerçaient dans certains Centre Hospitalo-Universitaires et avaient pour mission l'enseignement et la recherche scientifique sur la douleur.

2) Rôles des structures spécialisées

La première définition des rôles de ces structures spécialisées, ainsi que les principes de prise en charge de la douleur chronique, sont énoncés dans la circulaire du 7 janvier 1994. Cette circulaire permet de préciser les différents types d'activités qu'elles exercent et définit les objectifs de prise en charge de la douleur chronique.

Quatre types d'activités sont distingués dans les structures spécialisées :

- l'évaluation et l'orientation thérapeutique suite à l'adressage par le médecin traitant pour avis diagnostique et thérapeutique ;
- le traitement et le suivi à long terme avec la collaboration du médecin traitant et des services de soins et d'hospitalisation à domicile ;
- l'enseignement auprès des autres services et des médecins ;
- la recherche fondamentale et appliquée.

En ce qui concerne la prise en charge du patient souffrant d'une douleur chronique, elle doit s'intégrer dans une démarche de qualité des soins permettant la prise en compte de multiples facteurs. La structure spécialisée a ainsi pour rôle :

- d'assurer une approche pluridisciplinaire, faisant intervenir plusieurs professionnels de disciplines différentes, pour appréhender « *les diverses composantes du syndrome*

douloureux chronique et proposer une combinaison des techniques pharmacologiques, physiques, psychologiques et chirurgicales » ;

- de décider d'une thérapie adaptée après bilan complet du patient. En suivant les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, un bilan complet comprend la réévaluation du diagnostic initial, un bilan somatique et psychopathologique, et si nécessaire, un bilan socio-environnemental ;
- de pratiquer régulièrement une réunion interdisciplinaire afin d'évaluer le travail accompli par l'équipe, de participer à la recherche et à l'enseignement ;
- d'informer le patient sur le traitement entrepris, d'obtenir sa coopération avec l'équipe soignante et, dans le cas où la diminution de la douleur et l'amélioration de la qualité de vie ne seraient pas totalement satisfaisantes, de lui apprendre à vivre avec sa douleur ;
- de prendre en compte l'environnement professionnel, familial, culturel et social du patient.

Afin de prendre en charge au mieux le patient douloureux chronique, les structures spécialisées doivent intervenir de façon transversale dans les établissements de santé et se rapprocher de l'ensemble des acteurs impliqués, en particulier du médecin traitant qui joue un rôle très important. En effet, il est, en général, le premier confronté à l'expression de la douleur du patient et permet d'assurer son suivi.

3) Les modalités de prise en charge de ces structures

Afin de réduire les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, l'HAS a émis de nouvelles recommandations en 2023 sur les modalités d'adressage vers les Structures d'Évaluation et de Traitement de la Douleur [33].

Les modalités d'adressage doivent répondre à certaines exigences:

- Les patients doivent être adressés par le médecin traitant ou le spécialiste.
- Le médecin doit utiliser le formulaire de demande d'avis ou d'une consultation en SETD auquel il peut associer une lettre de liaison. Il est présent dans l'annexe 4.
- Sauf exception, les nouveaux patients doivent avoir bénéficié d'une première évaluation en ville et avoir rempli l'auto-questionnaire d'évaluation de la douleur.

Il est par ailleurs recommandé d'accompagner la demande de consultation des examens complémentaires déjà réalisés et les traitements antérieurs pris par le patient dans le cadre de sa douleur.

4) L'organisation des structures depuis des plans gouvernementaux

La prise en charge de la douleur constitue une priorité nationale de santé publique depuis 1998 avec la mise en place de trois plans successifs de lutte contre la douleur. Ces plans gouvernementaux ont permis l'intégration et le développement de ces structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique.

À l'issue du troisième plan gouvernemental (2006-2010), la circulaire DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011, publiée par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé définissait la nouvelle nomenclature, l'organisation et les rôles des Structures d'Évaluation et de Traitement de la Douleur chronique (SETD).

a) Structure polyvalente dans le domaine de la douleur

La circulaire préconise que toutes les SETD soient polyvalentes. De plus, certaines peuvent avoir en plus une expertise spécifique (en termes d'acte technique ou de prise en charge complexe) ou avoir une orientation populationnelle (pédiatrique par exemple).

b) Caractéristiques des SETD

Selon la circulaire en vigueur, les caractéristiques les plus importantes qui définissent les SETD correspondent à des critères relatifs au personnel, à l'activité et à l'organisation et à la prise en charge.

Les critères relatifs au personnel comprennent la présence d'un médecin responsable de la structure, l'existence d'un temps d'activité médicale minimal, c'est-à-dire de consultation, et la formation des personnels non médicaux à la douleur.

Le critère relatif à l'activité fixe un objectif d'au moins 500 consultations externes par an.

Les critères relatifs à l'organisation prévoient l'existence d'une permanence téléphonique pour prévoir les rendez-vous et organiser le suivi des patients. De plus, la structure doit avoir pour mission de collaborer avec les médecins généralistes et spécialistes.

Les critères relatifs à la prise en charge prévoient une prise en charge pluridisciplinaire et élabore un projet thérapeutique personnalisé au cours de réunions de synthèse pluri-professionnelles.

c) Les consultations d'étude et de traitement de la douleur

Sous réserves du respect des critères évoqués plus haut, les consultations d'étude et de traitement de la douleur assurent une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur de proximité.

Leurs missions sont les suivantes:

- organiser l'accueil en consultation du patient adressé à la structure;
- réaliser une évaluation bio-psycho-sociale du syndrome douleur chronique;
- définir un projet thérapeutique personnalisé, le proposer au patient et le diffuser aux professionnels de santé impliqué dans son suivi;
- mettre en place une prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée, après réunion de synthèse si nécessaire, et établir des liens avec l'environnement du patient, dont le médecin traitant;

- informer les autres professionnels de santé et informer les usagers.

d) Les centres d'étude et de traitement de la douleur

Les centres assurent une prise en charge pluridisciplinaire (plusieurs spécialités médicales différentes sont représentées dans la structure) et ont accès à un plateau technique et des lits d'hospitalisation.

Leurs missions sont les suivantes:

- assurer toutes les missions d'une consultation ;
- inclure un accès à des explorations fonctionnelles neurophysiologiques, de la radiologie interventionnelle ou un bloc opératoire pour effectuer des gestes à visée antalgique;
- apporter un appui aux consultations spécialisées pour les situations complexes;
- proposer des traitements spécifiques;
- être en mesure d'organiser une prise en charge en hospitalisation;
- former les usagers;
- promouvoir la recherche clinique/fondamentale;
- contribuer à l'enseignement universitaire.

e) Les techniques spécifiques de prise en charge de la douleur

Les techniques thérapeutiques spécifiques des consultations et les centres sont les suivantes:

- la pharmacologie parentérale de 2e intention;
- l'injection de toxine botulique;
- l'analgésie loco-régionale ;
- les thérapeutiques physiques: kinésithérapie, médecine manuelle: ostéopathie;
- les thérapeutiques dites alternatives: acupuncture, mésothérapie;
- l'éducation thérapeutique;
- la stimulation non chirurgicale du système nerveux : neurostimulation transcutanée, stimulation magnétique transcrânienne;
- la chirurgie de la douleur : stimulation médullaire, stimulation cérébrale profonde...
- les thérapeutiques non pharmacologiques: thérapie de soutien ou psychothérapie, sophrologie, relaxation,...
- La réadaptation multidisciplinaire à la douleur chronique.

Ainsi, à l'issue de la circulaire d'évaluation du dernier plan gouvernemental de lutte contre la douleur en 2011, les structures spécifiques de lutte contre la douleur ont vu leurs nomenclatures et leurs missions se redéfinir pour mieux organiser la prise en charge de la douleur.

5) La géographie des SETD

Selon le dernier recensement effectué par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), il est dénombré fin 2018 un total de 275 structures de prise en charge de la douleur chronique en France, globalement dispersées sur tout le territoire.

Ce total se décompose en 63 centres, 180 consultations et 32 consultations avancées (réalisées par des médecins issus d'une SETD, dans une structure tierce). La file active totale était en 2018 de 241 000 patients soit environ 1000 patients par SETD.

La géographie des structures est variable du fait de leur fonctionnement "*personne-dépendante*". En effet, le départ d'un médecin peut entraîner la fermeture de la structure, faute de remplaçant, du fait du non-respect des différents critères requis pour continuer d'exister.

Ainsi, nous avons pu mettre en évidence une volonté gouvernementale dans les dernières décennies de réorganisation des structures de prise en charge de la douleur et d'en simplifier les définitions. De ce fait, leurs missions ont été redéfinies pour mieux répondre aux attentes des usagers et des professionnels de santé.

IV- Le médecin généraliste et la douleur: enjeux et outils

Pour comprendre les pratiques du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur chronique, il faut replacer le praticien dans la réalité épidémiologique de la douleur et le contexte organisationnel de sa prise en charge dictée par les instances gouvernementales.

1) La prévalence et les généralités de la douleur chronique en médecine générale

L'évaluation de la prévalence de la douleur chronique dans la population générale semble difficile à évaluer de façon précise. En effet, selon les définitions utilisées, les échantillons étudiés et les méthodes de recueil des données, la prévalence de la douleur chronique en médecine générale varie entre 10 à 55% en population générale selon les études françaises et internationales [34].

En France, l'enquête STOPNEP [35], réalisée en 2004, a estimé à 31,7% la prévalence de la douleur chronique et des douleurs neuropathiques en population générale. La douleur est plus élevée chez les femmes (35 %) que chez les hommes (28,2 %). La prévalence augmente avec l'âge, surtout au-delà de 65 ans. La douleur est deux fois plus élevée chez les ouvriers et les agriculteurs que chez les cadres.

Dans le rapport de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) de l'IRDES de 2011, la prévalence de la douleur chronique sévère définie par une douleur très fréquente et intense, est évaluée à 11 % chez l'adulte et 8 % chez l'enfant.

L'enquête menée par la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) en collaboration avec le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) confirme également la forte prévalence de la douleur comme motif de consultation avec 43% des cas de consultation pour une plainte douloureuse. Les douleurs chroniques représentent 24% de ces plaintes [36]. Selon les premiers résultats, un patient douloureux chronique consulte son médecin généraliste environ 10 fois par an et 4 fois son médecin spécialiste devant l'insuffisance de soulagement [37]. Ainsi, cette proportion importante laisse apercevoir l'importance de ce motif de consultation dans leur pratique et donc l'enjeu primordial de sa prise en charge.

Le livre blanc de la douleur de 2017 [34] décrit que les professionnels de santé majoritairement consultés pour des douleurs chroniques sont les médecins généralistes dans 65% des cas, contre 35% pour les médecins spécialistes libéraux, 23% pour les médecins spécialistes hospitaliers et 14% pour le service des urgences. Ceci confirme donc la place de premier recours de la médecine générale dans la prise en charge de la douleur chronique.

2) La douleur chronique vue par les médecins

La douleur chronique concerne une part significative de la population générale en France, faisant supposer que l'activité médicale liée soit conséquente.

Selon le livre blanc de la douleur en 2017, 81% des praticiens connaissent l'existence d'une structure de prise en charge de la douleur chronique à proximité de leur lieu d'exercice et déclarent y adresser le plus souvent leur patient douloureux chronique pour avis. L'orientation vers le médecin spécialiste est mentionnée en deuxième position.

Les médecins interrogés rapportent rencontrer plusieurs difficultés [34]: 63% des généralistes expriment leur souhait de formations complémentaires à leur cursus universitaire. En effet, même si depuis 2006, un module de formation de l'enseignement de la douleur chronique a été ajouté à l'Examen Classant National, les médecins précédemment diplômés rapportent un manque de formation initiale dans 80% des cas. Par la suite, leur formation peut être complétée, pour ceux qui le souhaitent, par un diplôme universitaire pour se spécialiser en Médecine de la douleur-Médecine palliative (anciennement DESC, désormais Formation Spécialisée Transversale (FST). Pour de nombreux médecins généralistes, l'amélioration de leurs compétences passe par le perfectionnement de leur pratique grâce à des séances de formation continue sur le thème de la douleur :

- 74% déclarent avoir suivi un enseignement post universitaire;
- 24% déclarent avoir participé à des séminaires organisés par des laboratoires pharmaceutiques;
- 16% déclarent avoir suivi une formation diplômante au cours de leurs études;
- 34% déclarent avoir suivi au moins deux types de formation.

Parmi ceux qui ont participé à une formation continue, plus de 70% des répondants estiment que la formation suivie est adaptée à leur exercice.

Par l'intermédiaire des différentes enquêtes présentées ci-dessus, nous pouvons donc constater la place importante de la douleur chronique dans la population et dans les motifs de consultation de médecine générale. La demande de soulagement, évoquée par les patients, témoigne d'une nécessité de plus d'efforts pour une prise en charge cohérente entre les différents professionnels de santé libéraux et hospitaliers.

3) La prise en charge de la douleur en France

La prise en charge de la douleur fait partie des priorités de santé publique en France depuis 1998 avec la mise en place de plusieurs plans de lutte contre la douleur.

En 1999, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a publié les premières recommandations sur l'évaluation et le suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. En 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré des recommandations pour les professionnels de santé pour reconnaître le syndrome douloureux chronique, évaluer et orienter le patient. Enfin, en 2023, l'HAS a mis à jour ses recommandations en précisant le parcours du patient douloureux chronique.

a) Les différents plans gouvernementaux

i) Le premier plan de lutte contre la douleur 1998-2000

En 1998, afin d'améliorer la reconnaissance de la douleur et son soulagement, un premier programme gouvernemental de lutte contre la douleur a vu le jour sous le gouvernement du secrétaire d'Etat à la santé M. Bernard Kouchner. Ce programme s'organisait autour de plusieurs grands axes:

- le reconnaissance de la douleur du patient;
- le développement de la lutte contre la douleur avec la création de structures de santé dédiées;
- l'information et la formation des professionnels de santé pour mieux évaluer et traiter la douleur.

Ainsi, pour lutter contre la douleur, plusieurs actions ont été mises en place [32]:

- L'information de la reconnaissance de la douleur aux patients: avec la distribution de brochure aux patients hospitalisés intitulée "*La douleur n'est pas une fatalité*" et information sur les possibilités de prise en charge.
- Des recommandations de bonnes pratiques cliniques à l'usage des professionnels de santé sur la prise en charge de la douleur ont été publiées par l'ANAES
- L'amélioration de la formation médicale avec des enseignements théoriques sur la douleur et les soins palliatifs dans le cursus universitaires des étudiants en médecine et le développement de formation continue sur la douleur pour les médecins déjà diplômés.
- Des réglettes de mesure de l'intensité de la douleur ont été distribuées.
- La durée de prescription des morphiniques a été allongée de 7 à 28 jours.

Bien que ce premier plan de lutte contre la douleur ait montré une prise de conscience autant des usagers que des professionnels de santé, les dysfonctionnements et des difficultés persistent. Ce sont les résultats de l'évaluation faite par la Société Française de Santé Publique (SFSP) en 2001 [38].

Elle a montré que :

- les structures de prise en charge de la douleur chronique étaient mal connues;
- la formation des professionnels de santé était encore insuffisante;
- les indications des médicaments opioïdes dans la douleur n'étaient pas maîtrisées;
- les thérapeutiques de soulagement de la douleur ne prenaient pas en compte la prise en charge psychologique et les techniques non médicamenteuses.

En réponse à ce constat et pour encourager les premiers efforts réalisés avec le premier plan gouvernemental, M. Bernard Kouchner, devenu Ministre de la Santé, a décidé de proposer un nouveau programme de lutte contre la douleur.

ii) Le deuxième programme de lutte contre la douleur (2002-2005)

Ce nouveau plan de lutte contre la douleur avait pour objectifs d'améliorer la prise en charge des douleurs secondaires au soin ou à la chirurgie, des spécificités des douleurs pédiatriques et le soulagement des migraines. Ses priorités s'articulaient autour des objectifs suivants [39] :

- améliorer l'accès aux structures de prise en charge de la douleur, en augmentant leurs effectifs et intégrant des professionnels paramédicaux;
- améliorer la formation des professionnels de santé sur l'évaluation de la douleur et ses traitements;
- intégrer la lutte contre la douleur dans les projets d'établissement des hôpitaux;
- améliorer l'information les usagers sur la douleur;
- renforcer le rôle de l'infirmier dans le dépistage de la douleur et la prise en charge de la douleur provoquée par les soins.

En 2006, le rapport de l'évaluation [40] de ce deuxième plan a montré une amélioration de la prise en charge de la douleur mais également la persistance de difficultés rencontrées par les structures spécialisées de la douleur. En effet, du fait d'une augmentation de la demande, ces structures sont arrivées aux limites de leurs capacités, aussi bien en termes de locaux trop étroits que de manque de personnels et d'une organisation des soins à redéfinir devant l'accroissement de la demande.

Ainsi, en réponse à ces difficultés rencontrées, un troisième plan gouvernemental de lutte contre la douleur a vu le jour en 2006, présenté par M. Xavier Bertrand, le Ministre de la Santé et des Solidarités.

iii) Le troisième programme de la prise en charge de la douleur (2006-2010)

Ce troisième plan de lutte contre la douleur avait plusieurs objectifs [41]:

- l'amélioration de la prise en charge de la douleur des personnes vulnérables (enfants, personnes âgées, polyhandicapés);
- une meilleure utilisation des traitements antalgiques et non médicamenteux;
- le renforcement de la formation des professionnels de santé, avec la création d'un diplôme universitaire spécialisé dans l'étude et le traitement de la douleur et des soins palliatifs; mieux former les futurs médecins généralistes à la douleur et renforcer la présence de ce thème dans la formation médicale continue des médecins généralistes;
- l'amélioration de la structuration de la filière de soins douleur.

L'évaluation publiée en 2011 [42] par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a retenu la persistance de certaines problématiques et a énoncé des recommandations qui pourraient servir de base pour l'élaboration d'un prochain programme gouvernemental de lutte contre la douleur. Les recommandations concernent:

- la consolidation des avancées des 3 précédents programmes, leur approfondissement et le comblement de leurs lacunes;
- la sortie d'une prise en charge hospitalo-centrée pour une offre et une organisation de qualité à l'hôpital et en ville, avec une meilleure structuration de l'offre de soins, notamment en ville;
- l'amélioration de la prise en charge des personnes dys-communicantes : nouveaux nés et jeunes enfants, malades en réanimation, malades atteints de pathologies psychiatriques, polyhandicapés et malades atteints de pathologies démentielles.

Ainsi, au terme de ces 3 grands programmes gouvernementaux, de grandes avancées ont été faites en matière de reconnaissance de la douleur comme symptôme, d'évaluation de cette douleur, de formation des usagers et des personnels soignants, d'amélioration de prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse, de création de structures dédiées à la prise en charge de la douleur et de définition du rôle du médecin généraliste dans la lutte contre la douleur chronique.

4) Les outils du médecin généraliste

Au cours de ces différents programmes gouvernementaux successifs de lutte contre la douleur, les médecins généralistes ont vu leur rôle se définir et se préciser dans cette reconnaissance de la douleur et de sa prise en charge. Pour cela, des outils ont été définis pour aider les médecins généralistes à évaluer la douleur et ses retentissements.

a) Le rôle de médecin traitant dans la prise en charge et l'orientation

La douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, est le premier motif de consultation en médecine générale et le médecin généraliste le premier interlocuteur. Ainsi, le médecin généraliste doit être à même de tenter de résoudre le problème. Selon les besoins, il peut orienter le patient vers les interlocuteurs de deuxième intention pour l'aider dans la prise en charge.

L'HAS, en 2023, redéfinit le parcours du patient douloureux chronique [33]. L'orientation dans un SETD nécessite la réalisation d'un bilan clinique initial, ainsi que la réalisation des examens complémentaires nécessaires et que des avis spécialisés aient été pris selon les indications. La demande d'orientation en SETD se fait à l'aide d'un formulaire dédié et doit être accompagnée d'un questionnaire d'évaluation de la douleur préalablement rempli. Il est recommandé d'accompagner cette demande des résultats des examens complémentaires et les comptes rendus des autres spécialistes

b) L'examen du patient douloureux chronique

L'évaluation initiale du patient douloureux chronique demande du temps et peut se répartir sur plusieurs consultations. En effet, elle implique un interrogatoire du patient très précis pour caractériser la douleur, réaliser l'examen clinique, prescrire et attendre les résultats d'examens complémentaires pour faire le bilan étiologique diagnostique [43].

i) *Interrogatoire et examen clinique*

La qualité de l'interrogatoire conditionne tout le bilan étiologique de recherche diagnostique et donc la prise en charge thérapeutique de la douleur chronique.

Les recommandations de l'ANAES [6] et les recommandations de l'American Society of Anesthesiology (ASA) [5] révèlent un consensus scientifique concernant l'importance du bilan étiologique initial qui comprend l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires.

L'ANAES définit un guide d'entretien semi-structuré qui peut servir de support pour la réalisation de l'interrogatoire

L'interrogatoire doit permettre de définir les caractéristiques de la douleur et de son apparition. Il recherche le mécanisme de la douleur et évalue les facteurs associés qui peuvent influencer ce syndrome douloureux.

L'examen clinique complet du patient douloureux chronique est complémentaire de cette interrogatoire et conditionne également la suite du bilan étiologique diagnostique.

Le but de cette évaluation initiale est de tenter de déterminer le mécanisme à l'origine de la douleur chronique, d'évaluer l'intensité de la douleur et d'évaluer l'importance du handicap fonctionnel.

c) Les outils d'évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur doit prendre en compte son intensité, mais aussi son retentissement sur la qualité de vie et les capacités fonctionnelles. Ainsi l'évaluation doit être somatique et psychologique.

i) L'intensité de la douleur

L'évaluation de l'intensité de la douleur repose sur des outils d'auto-évaluation ou d'hétéro-évaluation.

Les outils d'auto-évaluation de l'intensité de la douleur sont:

- **L'échelle visuelle analogique, ou EVA**, qui se présente sous forme d'une règlette avec une ligne horizontale représentant la douleur. Sur l'une des extrémités de la règlette est inscrit "*aucune douleur*" et sur l'autre extrémité "*douleur maximale imaginable*". Le patient doit déplacer le curseur sur la ligne horizontale pour évaluer l'intensité de sa douleur. L'outil est présent annexe 2.

Cette échelle d'évaluation de l'intensité de la douleur est simple à expliquer et rapide à mettre en œuvre.

- **Les échelles numériques, ou EN**, existent sous plusieurs formes, le plus souvent une règlette également, numérotée de 0 à 10, 0 correspondant à "*aucune douleur*" et 10 la "*douleur maximale imaginable*". L'outil est présent annexe 2.

L'évaluation de l'intensité de la douleur est également facile à mettre en œuvre et permet de comparer plus aisément l'évaluation de la douleur dans le temps, ce qui la rend plus fiable.

- **Les échelles verbales simples, EVS** permettent d'évaluer l'intensité de la douleur à l'aide d'un adjectif.
Ces échelles s'utilisent pour les personnes qui ne parviennent pas à utiliser les échelles précédentes. L'outil est présent annexe 2.

Ces différentes échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur ne permettent pas de comparaison inter-individuelle et ne donnent pas d'informations sur la nature physiopathologique de la douleur et son retentissement. Cependant, elles représentent un outil validé intéressant pour l'évaluation de l'intensité de la douleur et permettent une comparaison intra individuelle lors de la réévaluation de l'efficacité de soulagement de thérapeutiques.

À noter l'existence d'échelle d'hétéro-évaluation de l'intensité de la douleur, mais qu'aucune n'est validée dans la prise en charge de la douleur chronique ambulatoire.

i) Les autres dimensions de la douleur

L'évaluation globale de la douleur comprend également l'étude de ses composantes. Ainsi, plusieurs outils validés permettent d'évaluer les composantes physique, psychologique, sociale, comportementale et cognitive de la douleur.

- La **topographie de la douleur**, elle s'évalue avec le schéma des zones douloureuses qui représente un corps humain, de face et de dos, sur lequel le patient doit indiquer les zones douloureuses.

Ce schéma peut s'utiliser chez l'enfant en âge de comprendre la consigne, il ne nécessite pas d'apprentissage particulier. Ce schéma est reproduit annexe 2.

- La **description verbale de la douleur** repose sur deux outils validés et leurs versions courtes:
 - Le *McGill Pain Questionnaire* (MPQ) et sa version courte le MPQ-SF
 - Le questionnaire de douleur de Saint-Antoine (QDSA) et sa version courte le QDSA abrégé.

Le McGill Pain Questionnaire est un questionnaire de 78 mots/adjectifs répartis en 20 sous-catégories pouvant être complété en 10 min, pour qualifier la douleur. C'est le premier outil développé pour l'évaluation multidimensionnelle de la douleur. Le questionnaire est reproduit annexe 2.

Le questionnaire de douleur de Saint-Antoine est en fait la traduction et l'adaptation française du questionnaire précédent et comprend 61 mots, pour qualifier la douleur.

Le vocabulaire pour qualifier la douleur a une certaine valeur d'orientation diagnostique et permet d'apprécier le retentissement émotionnel et affectif de la douleur. Cependant, ces deux questionnaires validés sont difficilement réalisables en consultation du fait de leur longueur. On peut alors utiliser leur version courte, plus facile à utiliser en ambulatoire.

- Les **échelles multidimensionnelles de la douleur**

Ce sont des outils d'évaluation de la douleur qui permettent une évaluation des composantes sensorielles et psychologiques de la douleur chronique.

Bref Pain Inventory, est le questionnaire le plus utilisé pour l'évaluation de la douleur chronique. Il explore les dimensions principales de la douleur, à savoir l'intensité, le soulagement, l'incapacité fonctionnelle, le retentissement social, la vie relationnelle, la détresse psychologique. Sa traduction française correspond au Questionnaire Concis sur les Douleurs (QCD). Le questionnaire est reproduit annexe 2.

- L'**évaluation de la détresse psychologique** passe par l'évaluation de l'anxiété et de la dépression: Le score HAD, pour Hospital Anxiety and Depression scale

Ainsi, il existe de nombreuses échelles validées pour l'évaluation des caractéristiques de la douleur et ses composantes. Elles peuvent être utiles à l'évaluation multidimensionnelle de la douleur au cours du bilan étiologique initial. Certaines échelles sont faciles à utiliser en médecine générale, d'autres plus longues sont plus difficiles à utiliser en pratique mais pourraient éventuellement être réalisées de manière autonome par le patient et les conclusions seraient par la suite réévaluées en consultation.

A l'issue de ce bilan étiologique et de l'évaluation multidimensionnelle réalisés, les médecins généralistes peuvent élaborer la stratégie thérapeutique qui semble la plus appropriée. Cette stratégie peut comprendre des traitements médicamenteux, mais aussi non médicamenteux avec des séances de kinésithérapie ou la mise en place d'une psychothérapie.

5) Recommandations pour l'évaluation de la douleur

En 1999, les recommandations de l'ANAES [6] ont été définies pour codifier l'évaluation initiale des patients douloureux chroniques, hors SIDA et cancer, pour permettre une meilleure prise en charge. Ainsi, ces recommandations rappellent que la douleur chronique présente une composante multidimensionnelle aussi importante à prendre en considération que la douleur elle-même dans son évaluation. Les outils proposés pour l'évaluation initiale de la douleur comportent un guide d'entretien semi-structuré destiné au médecin pour évaluer la douleur et un document d'auto-évaluation destiné au patient explorant l'aspect multidimensionnel de la douleur.

a) Le guide d'entretien semi-structuré de l'ANAES

Ce guide d'entretien semi-structuré est fortement recommandé pour réaliser l'interrogatoire du patient douloureux chronique pour ne pas omettre de questionner certains aspects de la douleur. Il peut se réaliser sur plusieurs consultations. Le guide se trouve dans l'annexe 3. Il regroupe les notions suivantes:

- l'ancienneté de la douleur
- le mode de début
- le profil évolutif du syndrome douloureux chronique
- les traitements effectués et actuels
- les antécédents et pathologies associées
- la description de la douleur actuelle
- le contexte familial, psycho-social et les incidences
- les facteurs cognitifs
- les facteurs comportementaux
- l'analyse de la demande

b) L'évaluation étiologique initiale recommandée par l'ANAES

L'ANAES recommande, dans l'évaluation initiale de la pathologie douloureuse, l'utilisation de plusieurs d'outils validés dans la douleur chronique. Parmi ces outils on retient:

- Le schéma de la topographie des zones douloureuses;
- La mesure de l'intensité de la douleur par échelle visuelle analogique (EVA) ou échelle numérique (EN) ou une échelle verbale simple (EVS);
- La description verbale de la douleur avec la liste d'adjectifs sensoriels et affectifs descriptifs de la douleur : MPQ, MPQ-SF, QDSA, QDSA abrégé;
- L'évaluation de l'anxiété et la dépression avec l'échelle HAS;
- L'évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement avec le Questionnaire Concis sur les douleurs.

Tous ces outils ou échelles d'auto-évaluation doivent être complétés par le patient, sans influence extérieure, et doivent avoir été expliqués au préalable. Ils sont complémentaires de la consultation et permettent l'évaluation de la composante multidimensionnelle de la douleur. Ainsi, grâce à ce bilan initial d'évaluation de la douleur, la douleur est mieux objectivée et on peut penser que cela va concourir à une meilleure prise en charge thérapeutique du patient. Ces informations, couplées à la réalisation d'examens complémentaires, vont permettre de définir la stratégie thérapeutique et éventuellement le recours à l'avis de spécialistes ou d'orientation vers des Structures d'Étude et de Traitement de la Douleur.

6) Recommandations de l'HAS pour l'orientation vers un SETD

En 2023, l'HAS a actualisé ses recommandations concernant le parcours du patient douloureux chronique [33]. Il est gradué en trois niveaux, mobilisant des ressources de plus en plus complexes pour une plus grande efficacité:

Le premier niveau, en ambulatoire, prend en charge le plus grand nombre de patients douloureux chroniques. Il s'appuie sur les médecins généralistes, les médecins spécialistes, mais également les autres professionnels paramédicaux qui peuvent intervenir auprès du patient douloureux chronique. Ensemble, ils assurent l'essentiel du parcours de santé, coordonné par le médecin généraliste.

Le deuxième niveau comprend les Structures d'Évaluation et de Traitement de la Douleur Chronique de proximité. Elles proposent des services de formation, de soutien et d'expertise aux médecins généralistes mais également aux autres professionnels de santé.

Le troisième niveau est constitué de SETD qui disposent de compétences et proposent des expertises non disponibles en niveau deux et peuvent prendre le relais à ce niveau.

Ainsi, ces trois niveaux peuvent proposer un exercice coordonné des soins pluriprofessionnels et pluridisciplinaires. Le patient peut passer d'un niveau à un autre et dans les deux sens, selon l'évolution de sa douleur et de ses retentissements.

Selon cette représentation nivelée du parcours de soin du patient douloureux chronique, le médecin généraliste, à la suite du bilan initial d'évaluation de la douleur, définit la stratégie de prise en charge de premier niveau. Il s'entoure éventuellement des avis de confrères spécialistes. Ils définissent, avec l'accord et l'adhésion du patient, une stratégie thérapeutique médicamenteuse et s'accompagnent éventuellement de professionnels paramédicaux comme

des psychologues ou des kinésithérapeutes pour une prise en charge non médicamenteuse. Le médecin généraliste coordonne la prise en charge de premier niveau du parcours de soins du patient douloureux chronique. Dans certains cas, souvent en cas de faillite de la stratégie thérapeutique de soulagement de la douleur, le médecin généraliste envisage l'orientation du patient vers le deuxième niveau du parcours, à savoir les SETD.

L'HAS classe en deux catégories les types de douleurs relevant d'une prise en charge en SETD de niveau deux:

- Les douleurs rebelles chroniques ou persistantes en voie de chronicisation, qui ne répondent pas aux traitements habituels bien conduits.
- les douleurs chroniques nécessitant une prise en charge urgente ne pouvant être réalisées que dans les SETD.

Ainsi, les douleurs chroniques prises en charge dans les SETD en niveau deux correspondent à diverses situations cliniques:

- les traitements accessibles en ville ne permettent pas un soulagement satisfaisant et durable de la douleur;
- une multiplicité d'évaluations et de prises en charge se succèdent sans résultats probant;
- un mésusage des traitements à visée antalgiques survient, ou une conduite addictive, avec un sevrage difficile à mettre en place en ville;
- des comorbidités ou complications importantes existantes, en particuliers une pathologie psychiatrique ou une addiction;
- un traitement antalgique de palier 3 est envisagé au long cours pour une douleur chronique non cancéreuse, pour lequel la mise en place en ville ne semble pas souhaitable;
- il existe des retentissement familiaux, professionnels ou scolaires importants, prévisibles ou présents;
- Il existe des situations sociales complexes (arrêt de travail prolongé, litiges professionnels...);
- les patients sont vulnérables ou dyscommunicants et ne peuvent être évalués ou pris en charge facilement en niveau un;
- la douleur ne peut pas être évaluée ou prise en charge en ambulatoire par manque de ressources professionnelles ou d'organisation en ville;
- le type de douleur chronique nécessite le recours à une thérapeutique non disponible en ville.

Que le motif de recours aux SETD soit une douleur chronique persistante qui ne répond pas aux traitements habituels ou bien une douleur chronique nécessitant une prise en charge urgente, les modalités d'adressage vers les SETD ont été redéfinies dans les dernières recommandations de l'HAS. En effet, afin d'améliorer la fluidité du parcours et l'adapter au mieux au patient, les modalités d'adressage doivent répondre à certaines exigences:

- Les patients doivent être adressés par le médecin traitant ou le spécialiste.
- Le médecin doit utiliser le formulaire de demande d'avis ou d'une consultation en SETD auquel il peut associer une lettre de liaison. Il se trouve en annexe 4.

- Sauf exception, les nouveaux patients doivent avoir bénéficié d'une première évaluation en ville (grille d'évaluation de la douleur annexe 3) et avoir rempli l'auto-questionnaire d'évaluation de la douleur.

Les patients douloureux chroniques adressés à la SETD relèvent de trois modes de recours:

- La sollicitation urgente: En cas de situation qui rentre dans le cadre d'un dispositif "*coupe-file*" avec des plages de rendez-vous dédiés à une prise en charge plus rapide avec évaluation médicale si le patient n'est pas connu de la structure, et une prise en charge de soins spécifiques urgente.
- La demande de prise en charge spécifique : Elle doit être argumentée via le formulaire de demande d'avis complété, une évaluation médicale est également réalisée avant de mettre en place une prise en charge spécifique de la douleur.
- La demande de prise en charge globale pluridisciplinaire.

Dans certaines situations difficiles ou complexes, les médecins des SETD de niveau deux peuvent solliciter un centre de niveau trois, pour une évaluation et une prise en charge spécifique et/ou demander la tenue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, éventuellement en distanciel, avec invitation du médecin généraliste référent du parcours douleur en ville.

Dans tous les cas, une prise en charge du patient douloureux chronique en SETD n'interrompt pas celle réalisée en premier recours par les soignants du premier niveau de ce parcours de soins mais elle va la compléter. Les recommandations de l'HAS proposent que la coordination de cette prise en charge s'organise au travers de temps et d'outils d'échange, de partage et de concertation pluridisciplinaire avec invitation du médecin généraliste.

C'est au terme de ces réflexions sur les définitions de la douleur chronique et ses mécanismes, de sa composante multidimensionnelle avec des retentissements multiples que se caractérise le patient douloureux chronique. Une prise de conscience, récente à l'échelle de la médecine, mais réelle avec de nombreux efforts de la part des autorités gouvernementales accompagnées de recommandations scientifiques a permis d'améliorer les prises en charge des patients douloureux chroniques, autant en médecine ambulatoire qu'en structures spécialisées de prise en charge de la douleur. Ainsi, un véritable parcours de soins pour la mise en place de stratégies thérapeutiques de soulagement de la douleur chronique a vu le jour et le médecin généraliste est le premier acteur. C'est dans ce contexte que l'enquête menée s'est déroulée pour analyser les pratiques des médecins généralistes dans ce parcours de soin du patient douloureux chronique et tenter d'identifier leurs besoins et leurs attentes dans ce maillage spécialisé qui constitue la prise en charge de la douleur chronique en France.

DEUXIÈME PARTIE: L'ENQUÊTE

I. Méthodologie de l'enquête

A. Le choix de la méthode

1. Enquête qualitative

Nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative car elle permet de restituer les propos des médecins généralistes de façon plus approfondie. Son intérêt est qu'elle offre la possibilité d'observer et de comprendre les manières de penser et d'agir des personnes interrogées. Elle permet de se rendre compte de la complexité de la réalité, que bien souvent, les études quantitatives par questionnaire ont tendance à simplifier.

2. L'entretien

Notre enquête qualitative se déroule sous forme d'entretien. Cet outil a été choisi pour cette investigation car il présente une méthodologie de recherche intéressante pour s'intéresser à une population particulière sur un sujet donné. Ainsi, il nous permet d'avoir accès au ressenti des médecins généralistes interrogés et à leur expérience afin de mieux se rendre compte de leurs pratiques.

3. La méthode de l'entretien semi-dirigé

Il existe différentes manières de mener des entretiens. Parmi elles, la méthode l'entretien semi-dirigé ou semi-directif nous a paru la plus appropriée pour notre enquête. En effet, avec cette technique, nous avons pu définir des domaines de réflexion et obtenir des médecins généralistes interrogés qu'ils approfondissent certains thèmes en favorisant l'exploration de leur pensée tout en suivant un projet prédéfini pour obtenir des informations sur des thèmes définis à l'avance.

Ainsi, nous avons donc posé des questions à partir de thématiques précises, déterminées au préalable, pour guider la personne interrogée sur l'ensemble des sujets prédéfinis tout en la laissant construire son propre discours au fil du déroulement de sa pensée. Si certains sujets n'étaient pas spontanément évoqués par le médecin interrogé, l'enquêteur l'invitait à en parler ou lui suggérait des pistes de réflexion.

4. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien sert de feuille de route pour définir l'orientation générale de l'enquête, avec les différentes questions prédéfinies à aborder au cours de l'entretien semi-dirigé. Le guide n'a pas toujours été suivi de manière rigoureuse, l'ordre des questions prédéfinies a parfois été remanié selon la dynamique propre de chaque entretien. Cependant, au cours de chaque entretien, toutes les questions du guide ont été abordées avant la fin de l'entretien afin de permettre une analyse comparative.

B. Le choix du lieu de l'enquête

L'enquête porte sur les attentes et représentations des médecins généralistes du département d'Indre-et-loire à l'égard des Structures d'Etudes et de Traitement de la Douleur chronique. Ainsi, les médecins généralistes ayant participé à l'enquête devaient exercer dans ce département, sans limite de distance géographique entre leur cabinet et le SETD le plus proche pour traduire la réalité de la démographie médicale existante.

C. Constitution de l'échantillon

1. Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion ont été les suivants:

- être médecins généralistes exerçant en cabinet de ville ;
- être installé dans le département Indre-et-loire ;
- être installé depuis au moins 1 an ; pour avoir une chance de connaître l'existence des SETD présents sur le secteur.

2. La taille de l'échantillon

De manière générale, la taille de l'échantillon nécessaire à la réalisation d'une enquête par entretien est plus réduite que celle par questionnaire. En effet, pour définir la taille de l'échantillon de cette étude qualitative, nous avons appliqué le principe de saturation théorique. La saturation théorique se définit comme le nombre d'entretiens à partir duquel les informations recueillies semblent redondantes et ne semblent plus rien apporter de nouveau. Ainsi, l'enquêteur est tenté d'arrêter son recueil de données une fois parvenu à ce point.

Selon ces critères, le nombre d'entretiens nécessaires dans notre enquête a été de 20.

3. La composition de l'échantillon

Le groupe de médecins généralistes interrogés est composé de 11 femmes et 9 hommes, qui exercent à une distance entre 5 à 50 km d'un SETD. L'échantillon n'est pas

représentatif de la population étudiée mais diversifié, pour permettre d'accroître la diversité des réponses.

4. La prise de contact

Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone, à partir des coordonnées disponibles en ligne des médecins du département Indre-et-loire. Au téléphone, on leur a demandé s'ils souhaitaient participer à une enquête concernant les attentes et représentations des médecins généralistes à l'égard des centres de la douleur chronique dans le cadre d'une thèse de médecine générale. On leur a également précisé que les entretiens se dérouleraient en face à face, à leur cabinet, au moment qui leur conviendrait le mieux et que les entretiens dureraient approximativement trente minutes. En cas de réponse positive du candidat, on leur a demandé s'il était en activité depuis au moins un an afin de correspondre aux critères d'inclusion.

D. Le déroulement de l'enquête

1. Les entretiens en face à face

Dans les enquêtes en face à face, les entretiens peuvent se dérouler soit par téléphone, soit par vidéoconférence, soit en face à face. C'est cette dernière méthode qui a été choisie car elle est jugée comme la plus satisfaisante. En effet, l'enquêteur peut motiver la personne interrogée en sollicitant sa participation tout au long de l'entretien, en répétant ou reformulant plus aisément en cas de difficultés. De plus, il peut observer directement les réactions et la gestuelle qui accompagnent les réponses verbales. Cependant, ce mode d'enquête s'avère plus long et demande plus d'organisation, en ce qui concerne les déplacements géographiques.

2. Le lieu des entretiens

Le choix du lieu des entretiens a été préalablement pensé. En effet, il convenait à la fois de trouver un lieu calme, permettant de bonnes conditions d'enregistrement et limitant le risque d'interruption mais également un lieu où les médecins interrogés se sentent à l'aise. Leur bureau dans leur cabinet paraissait donc être le lieu le plus adéquat pour un échange professionnel sur leurs pratiques.

3. L'horaire et la durée des entretiens

Afin de favoriser le dialogue et de garantir un bon déroulement de l'entretien, le choix de l'horaire de l'entretien a été laissé à l'appréciation du médecin interrogé. L'horaire choisi était variable, en fonction des habitudes de travail de chacun, parfois le matin avant les consultations, parfois le midi, parfois en fin de journée. Les entretiens étaient tous programmés à l'avance pour que chacun puisse s'organiser et réserver trente minutes dans son agenda pour sa réalisation.

Il est difficile de prévoir à l'avance la durée d'un entretien. Elle dépend du temps nécessaire pour aborder toutes les questions du guide prédéfinies, tout en fixant une limite de durée acceptable pour l'obtention d'un rendez-vous.

Dans notre enquête, la durée moyenne des entretiens est de 28 minutes. L'entretien le plus court dure 19 minutes et le plus long 33 minutes.

4. L'attitude lors de l'entretien

Les trois attitudes adoptées lors de l'entretien pour permettre son bon déroulement sont l'empathie, la congruence et la neutralité.

L'empathie désigne la capacité de comprendre ce que ressent autrui. Elle représente l'aptitude à se mettre mentalement à la place de quelqu'un sans projection ou identification.

L'attitude d'une personne est dite congruente lorsqu'il y a un accord entre ce qu'elle pense et ressent d'une part, et ce qu'elle dit et ce qu'elle montre d'autre part. Ainsi, l'enquêteur est en accord avec ce qu'il dit lors de l'entretien.

La neutralité de l'entretien traduit l'écoute du discours du médecin interrogé, sans jugement ni évaluation. Ainsi, cette attitude souligne la bienveillance et l'impartialité de l'enquêteur pour faciliter la parole de son interlocuteur.

5. L'enregistrement auditif

Les médecins généralistes, lors de la proposition de participer à l'enquête, ont été informés que les entretiens seraient enregistrés à des fins pratiques pour l'analyse de l'enquête. Il a été bien précisé que l'enquête serait anonyme.

Tous les médecins participants ont donné leur accord préalable au rendez-vous puis le jour même pour que la conversation soit enregistrée.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique posé bien en évidence sur le bureau entre le médecin interrogé et l'enquêteur.

E. La retranscription

Afin de réaliser une analyse des entretiens enregistrés, une retranscription intégrale du contenu des enregistrements a été effectuée.

Les questions ont été reprises dans leur intégralité et les réponses ont été retranscrites de manière littérale, en respectant les répétitions et le langage oral. Cependant une petite liberté de ponctuation a été prise lors de la retranscription afin de rendre le texte lisible.

F. La méthode de l'analyse

L'analyse de cette enquête a été effectuée sur le corpus c'est-à-dire, les textes écrits de la retranscription complète et littérale des entretiens, et non pas sur les enregistrements eux-mêmes.

Le type d'analyse réalisé est une analyse thématique. Elle réalise un découpage du corpus produit en plusieurs thèmes, correspondant à des fragments de l'entretien. Chaque thème a été défini selon le guide de l'entretien préalablement défini.

L'analyse thématique a déconstruit la cohérence de chaque entretien pour découper transversalement les passages se référant aux mêmes thèmes et ainsi rechercher une cohérence thématique inter-entretiens.

II. L'enquête: Résultats et Analyses

A. Le médecin généraliste et les patients douloureux chroniques

1. Une patientèle de patients douloureux chroniques

a) Existence d'une patientèle de patients douloureux chroniques

Tous les médecins généralistes interrogés confirment prendre en charge des patients douloureux chroniques. Leur présence dans leur patientèle est considérée comme inévitable: *"on finit toujours par en avoir"*. Certains pensent qu'ils en ont de plus en plus: *"leur nombre a augmenté ces dernières années"*.

b) Quantification de la patientèle de patients douloureux chroniques

Les médecins interrogés ont tous donné une indication concernant le nombre de patients douloureux chroniques dans leur patientèle. On constate une disparité en fonction des praticiens. Les termes employés pour désigner leur présence varie de : *"quelques-uns"*, *"une dizaine"*, *"j'en ai plein"*.

2. Pathologies à l'origine des douleurs chroniques

Les différentes pathologies douloureuses chroniques, dont souffrent leurs patients, évoquées par les médecins généralistes interrogés sont les suivantes:

- *“Douleurs neuropathiques” : “lombosciatalgies” ; “radiculalgies” ; “névralgie du trijumeau” ; “douleur post zostérienne”*
- Douleur par excès de nociception : *“ arthrite et polyarthrite” ; “ tendinite” ; “ douleur ostéo-articulaire” ; “ arthrose” ; “ lombalgie” ; “dorsalgie” ; “douleur rhumatismale” ; “spondylarthrite ankylosante”.*
- Céphalalgies : *“céphalée” ; “migraine” ; “algie de la face”.*
- Douleurs mixtes : *“ douleur post traumatique “ ; “ douleur post chirurgicale” ; “douleur du cancer”.*
- Autres types de douleurs : *“ fibromyalgie” ; “troubles fonctionnels intestinaux” ; “syndrome des jambes sans repos”.*
- *“Douleur psychogène”.*

Les mécanismes à l'origine des douleurs chroniques les plus cités sont les douleurs par excès de nociception. Parmi les plus fréquemment cités, on trouve *“l'arthrose”*. Les médecins interrogés la qualifie comme *“l'essentielle”* ou *“la majorité”* des causes de douleur chronique. Les *“douleurs tendineuses”* sont également citées par plus de la moitié des médecins interrogés, qui qualifient *“de plus en plus nombreuses”*.

Les douleurs neuropathiques sont citées par 14 médecins interrogés et en particulier les *“lombosciatalgies”* sont qualifiées comme *“très fréquentes”*. Et également les *“douleurs post zostériennes”* qui sont décrites comme *“ très rares”*.

Les *“migraines”* sont rapportées par 9 médecins interrogés et les douleurs post opératoires sans en préciser le mécanisme douloureux sont évoqués par 7 médecins, qui notent le caractère *“invalidant”*.

Pour terminer, parmi les étiologies douloureuses chroniques citées par la moitié des médecins interrogés, on retrouve les *“douleurs psychogènes”* et les *“douleurs non étiquetées”*. Ces dernières témoignent de la difficulté des soignants à établir un diagnostic étiologique, par *“incertitude concernant le mécanisme de cette douleur”* et *“échec des explorations complémentaires”*. Les *“douleurs psychogènes”* sont décrites comme *“ de plus en plus fréquentes”* mais également *“difficile à diagnostiquer”* du fait de *“ l'association entre le psychique et le somatique soit imbriquée”*.

3. Bilan étiologique

Les médecins généralistes interrogés reconnaissent que déterminer le diagnostic étiologique de la douleur chronique ou son mécanisme peuvent se révéler *“problématiques”*. En effet, parmi les difficultés rencontrées, ils rapportent souvent :

- Un *“symptôme compliqué à caractériser et localiser”*, comme pour les *“douleurs neuropathiques”* où le caractère parfois *“diffus décrit par les patients”* et les *“examens complémentaires n’arrivent pas à étiqueter”*.
- Les *“douleurs d’étiologies multiples”* sont décrites comme *“problématiques”* car la *“multiplication des examens étiologiques ne permet pas forcément de poser un diagnostic précis qui correspond aux symptômes décrits”*.
- Certaines douleurs chroniques rapportées mettent en difficulté des médecins interrogés de par *“l’absence d’examen complémentaire pour confirmer l’étiologie”*, ils citent en exemple les *“douleurs de migraine ou d’algie de la face”*.
- Les *“douleurs psychogènes”* sont difficiles à étiqueter car mêlent le psychique au somatique.

Les médecins expliquent recourir à *“l’avis d’un spécialiste en cas de difficultés de poser un diagnostic étiologique”* en cas de douleur qui se chronicisent et certains se justifient en expliquant *“refuser de reconnaître le caractère idiopathique d’une douleur chronique”* et s’efforcent de chercher une étiologie organique.

D’autres médecins soulignent cependant la possibilité d’évoquer une douleur psychogène lorsque la symptomatologie des douleurs chroniques est *“disproportionnée, un peu trop diffuse et variable dans le temps”* et notent que c’est *“rare mais cela arrive”*.

De manière générale, devant l’absence d’explication somatique à des douleurs chroniques, ils évoquent une origine psychogène : *“Si on ne comprend pas l’origine des douleurs, on peut se demander s’il n’y a pas une dépression sous-jacente”*. Certains décrivent même que c’est *“de plus en plus le cas”* surtout lorsque des antécédents médicaux psychiatriques sont présents *“on a du mal à cerner les douleurs somatiques ou psychogènes”*.

Tous s’accordent à dire que poser le diagnostic d’une origine psychogène aux douleurs requiert de la précaution et une stratégie d’élimination pour *“écarter toutes les causes physiques possibles avant d’évoquer une origine psychosomatique même si j’ai ça en tête depuis un moment”*. Un médecin raconte un témoignage : *“ Deux fois dans ma carrière j’ai rencontré des difficultés avec un patient en évoquant une origine psychosomatique, la première fois on m’a répondu que je ne voulais pas écouter et comprendre les douleurs et une autres fois on m’a dit que c’était moi qui avait un problème psy”*. Ce témoignage traduit encore la détresse des médecins quant à la reconnaissance du caractère psychosomatique par les patients tout en faisant preuve de grandes précautions et d’attention pour évoquer ce diagnostic.

Une fois l’étiologie et le diagnostic de la douleur chronique évoqués, le médecin généraliste va débiter une prise en charge thérapeutique. Il dispose de plusieurs thérapeutiques à sa disposition, en particuliers les médicaments antalgiques.

4. L’utilisation des antalgiques

Parmi les médecins interrogés, la plupart affirme *“ne pas avoir de difficultés à utiliser les antalgiques, quelques soient leur palier”*. Par ailleurs, un petit nombre reconnaît ne pas être aussi à l’aise pour prescrire les antalgiques de palier 3 : *“pour les morphiniques c’est plus*

compliqués, à mon époque c'était réservé à l'hôpital et moins courant, maintenant beaucoup en prescrivent" témoigne un des médecins. Soulignant ainsi la différence de pratique en fonction de la formation médicale initiale.

Les difficultés rapportées quant à la prescription des antalgiques sont variables en fonction des paliers des médicaments antalgiques.

a) Antalgiques de palier 1

Tous les médecins interrogés affirment prescrire quotidiennement des antalgiques de palier 1 : *"C'est la prescription la plus courante que je fais"*. Cependant, les difficultés rencontrés ne sont pas liées à leur prescription mais plutôt à l'observance du traitement : *"beaucoup de patients avouent ne pas prendre leur traitement correctement faute d'oubli du fait de la fréquence de prise 3 ou 4 fois par jour"* ; *"certains patients disent que ça ne fait rien donc n'essayent pas"*.

On voit ainsi que l'utilisation des palier 1 n'est pas un problème pour les prescripteurs mais plutôt pour les patients concernant leur observance et leurs attentes en matière de prise en charge antalgique.

b) Antalgiques de palier 2

Beaucoup s'accordent à dire que dans les douleurs chroniques, le recours aux antalgiques de palier 2 est *"très fréquent"* en cas d'insuffisance de soulagement avec les antalgiques de palier 1 : *"quand le palier 1 ne suffit pas, on change de catégorie"*.

Par ailleurs, même si les différentes molécules ne semblent pas poser de problème pour leur prescription, plusieurs partagent leur réflexion personnelle sur certains médicaments : *"j'ai très souvent un mauvais retour concernant le Tramadol® prescrit par mes confrères et ses effets secondaires sont très souvent rapportés, alors je n'en prescris jamais, je préfère la Codéine ou la Lamaline® souvent mieux tolérés"* ; *"j'ai certains patients très sensibles à tous les paliers 2, avec systématiquement des effets secondaires malgré des traitements préventifs associés"*.

Ainsi, on peut constater que la prescription des antalgiques de palier 2 ne semble pas poser de problème également, mais que leurs effets indésirables sont parfois une limite à leur utilisation ou observance.

c) Antalgiques de palier 3

Tous les médecins reconnaissent avoir déjà prescrit des antalgiques de palier 3 et certains reconnaissent leur aisance à leur utilisation. Cependant, il persiste encore quelques hésitations ou craintes à leur utilisation pour d'autres.

Les difficultés rencontrées les plus évoquées sont :

- Déterminer la posologie initiale à prescrire, pour espérer un soulagement des symptômes douloureux sans *“trop d’effets secondaires”* : *“J’ai l’impression qu’il faut mettre d’emblée de forte dose de morphine pour être plus efficace que les paliers 2”*.
- Le manque d’habitude de maniement des morphiniques : *“je fais rarement de prescription initiale, mais plutôt des renouvellements de mes confrères”*.
- L’inconvénient des ordonnances sécurisées : *“ça oblige à faire des ordonnances à la main alors qu’on a déjà tellement de paperasse à faire”*.
- La limite de durée des traitements est, pour certains, un inconvénient. *“Pour les patients qui en prennent longtemps et sans changement de posologie, il faut refaire les ordonnances très régulièrement et c’est chronophage”*. Pour d’autres, c’est un avantage : *“je trouve que la limite de durée de prescription sert d’excuse pour obliger le patient à revenir rapidement pour réévaluer le traitement, en particulier en cas d’initiation et de détermination du dosage nécessaire”*.
- La peur de l’effet *“dealer”* lié à la récurrence des demandes de prescription de morphiniques. Un médecin souligne le fait que *“ce sont des drogues sur ordonnance”*

Ainsi, les hésitations ou difficultés retrouvées dans la prescription des morphiniques sont essentiellement liées à leurs contraintes de prescription mais ce sentiment ne fait pas l’unanimité. Concernant l’image de la famille des morphiniques, anciennement perçue comme une *“drogue”*, elle tend à disparaître en lien avec le développement des formations médicales.

Des différences de niveau de formation médicale en lien avec l’utilisation des morphiniques sont mises en évidence au cours des échanges et semblent dépendre, essentiellement de l’âge du médecin. Trois modes de formation sont décrits :

- La formation médicale initiale avec les enseignements de l’université pour les plus jeunes : *“j’ai eu plein de cours à la fac sur les mécanismes de la douleur et ses traitements”*.
- Les formations médicales continues (FMC) : Nombreux évoquent avoir fait des formations sur la douleur, pour *“apprendre à identifier les mécanismes de la douleur pour faire le diagnostic”* et *“mieux savoir les traiter”*.
- L’apprentissage par les confrères : *“J’ai appris à manier plus facilement les morphiniques avec les étudiants en médecine en stage avec moi ou à l’aide des courriers de mes confrères spécialistes”*.

Grâce à ces évolutions de formations et la démocratisation de l’utilisation des morphiniques en médecine de ville, les pratiques des médecins interrogées sont plus libres et se sentent plus à même d’initier un traitement morphinique et de le réévaluer afin d’organiser une stratégie médicamenteuse : *“j’explique aux patients douloureux qu’il existe plusieurs niveaux d’intensité de traitements pour la douleur, 1; 2; 3; , et qu’on va augmenter progressivement de manière croissante en fonction de leur soulagement, si nécessaire et que ça n’est pas un problème”*.

Désormais, l’utilisation des morphiniques est bien répandue dans le traitement des douleurs mais selon leur nature, l’ajout de d’autres thérapeutiques médicamenteuses peut être

nécessaire. Les coantalgiques peuvent être un complément de traitement possible pour soulager certaines douleurs.

5. L'utilisation des coantalgiques

Les coantalgiques, comme certains antiépileptiques ou antidépresseurs ont démontré une efficacité intéressante dans la prise en charge des douleurs chroniques neurogènes. Tous les médecins interrogés annoncent connaître leurs propriétés et leurs indications, mais certains reconnaissent rencontrer peu de situations où ils envisagent de les prescrire : *“On ne les prescrit pas tous les jours”*.

Certains évoquent des réticences à les utiliser en lien avec leur efficacité : *“je sais comment les utiliser mais je ne trouve pas qu'ils soient très efficaces comme coantalgiques”*. D'autres évoquent une nouvelle fois les effets indésirables comme un argument qui limite leur fréquence de prescription : *“les antiépileptiques seraient moins utilisés si on regardait la liste des effets indésirables”*.

Leur fréquence de prescription est variable d'un praticien à un autre. Certains médecins interrogés affirment les prescrire *“occasionnellement”* et d'autres préfèrent ne pas les prescrire : *“je laisse les spécialistes prescrire ce genre de traitements”*.

Parmi les médecins qui prescrivent des coantalgiques, les utilisations sont variables d'une classe pharmaceutique à une autre. Les antidépresseurs sont cités dans de nombreux témoignages : *“Pour les antidépresseurs, pas de problème je sais les manier pour la douleur”*. *“J'utilise souvent le Laroxyl®”*.

Cependant, il semble que l'utilisation des antiépileptiques soit plus nuancée et dépend de la molécule : *“Pour les antiépileptiques, je n'instaure pas le traitement par moi-même, je demande l'avis du spécialiste”*. Certains évoquent des freins à leur utilisation en lien avec les modalités de prescription, la surveillance à faire ou en lien avec des doutes d'efficacité.

Enfin, la crainte d'une mauvaise tolérance du médicament est également une limite à son utilisation car il y a un risque augmenté d'inobservance : *“Il existe parfois des problèmes de tolérance qui font que le patient arrête rapidement le traitement après quelques prises”*.

Ainsi, l'usage des coantalgiques est encore hétérogène auprès des médecins généralistes. Certaines molécules sont plus familières et plus courantes dans la pratique de certains médecins, plus que d'autres. Leurs indications dans la prise en charge antalgique des douleurs neurogènes chroniques sont bien connues mais pour autant les modalités de prescription ou de surveillance et la tolérance de la molécule restent une limite, pour certains, à leurs utilisations.

Comme évoqué à plusieurs reprises précédemment, les effets indésirables des antalgiques sont à prendre en compte dans la stratégie thérapeutique individuelle du patient douloureux chronique.

6. La gestion des effets indésirables

Nous avons pu constater précédemment une utilisation fréquente voir systématique d'antalgiques, peu importe leur classe pharmacologique, par tous les médecins interrogés pour les patients douloureux chroniques. Cependant, leur utilisation fréquente peut parfois avoir tendance à négliger leur tolérance et les effets indésirables secondaires à leur utilisation. Ainsi, la gestion ou l'anticipation de ces effets indésirables représente un enjeu important dans la prise en charge du patient douloureux chronique.

Tous les médecins généralistes interrogés soulignent l'existence de possibles *“effets secondaires”* des antalgiques, en particulier cités pour les paliers 2 et 3 et les coantalgiques antiépileptiques : *“les patients ont parfois du mal à le comprendre, aucun médicament n'est sans risque”*. Les effets indésirables sont un facteur d'inobservance et d'arrêt prématuré du traitement sans avoir le temps de voir s'il est efficace pour diminuer les douleurs.

Pour anticiper cette problématique d'échec thérapeutique, certains médecins optent pour des stratégies de prescription à dose progressive : *“Il faut commencer par une petite dose et augmenter progressivement jusqu'à dose efficace”*; propose un médecin concernant la prescription des morphiniques. Ainsi, on limite la mauvaise tolérance immédiate d'un dosage important. D'autres médecins proposent, à l'initiation du traitement antalgique, des prescriptions anticipées ou préventives pour limiter l'apparition ou soulager les effets indésirables : *“Je fais des prescriptions si besoin, en même temps que les antalgiques”*.

Cette stratégie d'anticipation des effets indésirables des médicaments fait partie intégrante de la stratégie de soulagement de la douleur en favorisant l'observance thérapeutique : *“Si le médicament est bien toléré, l'observance sera meilleure”*.

Après avoir abordé les différents antalgiques et coantalgiques disponibles pour mener cette stratégie de soulagement de la douleur, il paraît justement nécessaire de questionner le sentiment de réussir à soulager les patients douloureux chroniques.

7. Soulager les patients douloureux chroniques

La notion de soulagement des patients douloureux chroniques est une question primordiale tout au long de leur prise en charge. C'est vers ce but que tout converge, depuis le bilan pour essayer de faire le diagnostic étiologique, avec la réalisation d'exams complémentaires, jusqu'à la mise en place de thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses et éventuellement de la sollicitation d'avis spécialisé à n'importe quel moment de la prise en charge. Ainsi, le soulagement du patient, qu'il soit total, partiel ou absent définit l'orientation de la stratégie thérapeutique.

a) Le soulagement, un objectif difficile à atteindre

Une petite partie des médecins interrogés déclarent ne pas se sentir en difficulté pour prendre en charge les patients douloureux chroniques et ne pas avoir de difficulté à les traiter : *“C’est rare que je me sente en échec”* ; *“Il y a toujours quelque chose à essayer, à proposer”*. Parmi les éléments mis en évidence pour favoriser le soulagement des douleurs on note :

- L’adhésion du patient à la stratégie thérapeutique : *“C’est important que le patient adhère au projet et s’investisse”*.
- La conscience de la complexité du soulagement des douleurs : *“À partir du moment où ils comprennent qu’il n’y a pas de solution miracle et que cela demande du temps et un investissement, on peut avancer”*.

Cependant, le reste des médecins interrogés fait part d’un objectif plus périlleux, plus difficile à atteindre avec de nombreux témoignages en ce sens : *“Il y a des patients pour lesquels rien ne marchent”* ; *“J’ai des patients qui prennent plein d’antalgiques et malgré ça ils sont toujours autant douloureux”* ; *“Certains ont des doses de cheval et n’ont qu’un soulagement partiel de leur douleur”*. Plusieurs évoquent un sentiment d’incapacité dans le soulagement de leurs patients douloureux : *“Je n’ai pas trouvé la bonne solution”*. D’autres complètent en précisant la situation d’impasse thérapeutique dans laquelle ils peuvent se trouver : *“Parfois on a tout essayé, on a fait le tour et rien ne soulage suffisamment”*. Parmi les éléments mis en évidence pour expliquer ces difficultés de soulagement on note :

- La persistance de la douleur dans le temps est connue pour entraver la stratégie thérapeutique : *“La chronicisation de la douleur va créer une sorte de mémoire douloureuse qui va être plus difficile à soulager”*.
- Le manque de participation du patient dans la prise en charge de sa douleur : *“Il faut une participation active du patient pour essayer d’atteindre un soulagement, sinon on n’y arrive pas”*.
- La complexité de la douleur chronique : *“Pour certains patients, il y a plein d’autres choses qui entretiennent la douleur et rendent difficile le soulagement”*.
- Le profil des patients : *“Il y a des patients qui mettent tout en échec, ça fait partie de leur stratégie inconsciente pour faire exister leur douleur”*.

b) Soulager, une constante réévaluation de la stratégie

Face à l’inefficacité des thérapeutiques entreprises, il est nécessaire de réévaluer et de modifier la stratégie thérapeutique en place. Cependant, la réévaluation peut parfois être source d’incompréhension et de remise en question de toute la situation : *“Parfois, on a utilisé toutes les thérapeutiques qui normalement devraient fonctionner et ça ne fonctionne pas, et on ne sait pas pourquoi”*. *“Le plus dur c’est de tout reprendre pour essayer de réagencer toute la stratégie et comprendre ce qu’on a pu rater”*. Pour certains c’est à ce moment que l’avis d’un confrère spécialiste est sollicité, pour tenter de se sortir d’une impasse : *“Si je n’ai pas réussi à soulager la douleur avec ma stratégie thérapeutique alors je prends un avis spécialisé, ça ne me gêne pas, j’ai essayé”*. Pour d’autres, le recours à l’avis d’un spécialiste est également une manière d’avoir un autre regard pour s’assurer de ne pas *“être passé à côté de quelque chose”*. Malgré cet avis spécialisé, certains témoignages soulignent que les difficultés dans le soulagement de

la douleur peuvent persister après ces avis : *“Parfois, le mécanisme douloureux est tellement complexe qu’il n’est pas facile de trouver une solution définitive au problème”*.

Enfin, devant la persistance durable et inchangée de la douleur chronique, l’échec des thérapeutiques entreprises, on peut se poser la question d’une origine psychogène.

c) Les douleurs psychogènes

Lorsqu’une douleur chronique résiste aux différents traitements antalgiques entrepris, le médecin généraliste peut émettre l’hypothèse d’une douleur psychogène. Dans cette situation, il convient de revoir complètement la stratégie thérapeutique et il est nécessaire que le patient accepte l’origine psychologique à sa douleur. Des médecins témoignent des difficultés rencontrées face à cette hypothèse : *“ Souvent quand je leur dis que c’est le corps qui crée cette douleur pour leur dire que l’esprit va mal, je fais face à une incompréhension immédiate”*. La plupart du temps, les patients écartent l’hypothèse d’une origine psychologique et *“émettent des arguments cliniques discutables”* pour essayer de trouver d’autres explications. Pourtant, cette étape de reconnaissance du caractère psychogène de cette douleur est une étape nécessaire et indispensable pour avancer et entreprendre une tout autre stratégie thérapeutique : *“Si l’origine est une souffrance psychologique, il faut l’accepter pour la soigner”*.

Concernant le traitement des douleurs psychogènes, les médecins s’accordent à dire que de connaître leurs patients est une grande aide : *“Je pense qu’on accepte plus facilement de reconnaître l’origine psychogène si l’hypothèse vient de son médecin traitant qui connaît ses patients”*. La stratégie thérapeutique est variable d’un médecin à un autre. Beaucoup reconnaissent prescrire un traitement antidépresseur comme traitement d’épreuve, *“une sorte de test pour voir une amélioration des douleurs”*, mais aussi pour aider au cheminement d’une origine psychogène. Certains adressent les patients vers des psychologues : *“je fais parfois face à des réticences pour un soutien psychologique”*. D’autres les orientent dans des cas trop complexes vers des confrères psychiatres : *“Parfois le profil du patient est beaucoup plus complexe qu’une simple dépression et on a besoin d’aide pour une prise en charge plus globale”*.

Ainsi la problématique du soulagement de la douleur chronique est un objectif parfois difficilement atteignable car il implique également d’autres facteurs qui peuvent influencer la persistance ou l’intensité ressentie des douleurs comme le retentissement sur la vie quotidienne, sur la vie professionnelle, la vie affective ou le psychisme.

8. Les retentissements de la douleur

Prendre en charge un patient douloureux chronique nécessite de s’intéresser également à ses retentissements éventuels. En effet, la douleur chronique peut être une source de handicap. Il est fréquent de retrouver, associé à cette douleur, des troubles de l’humeur ou du

comportement. Il n'est pas rare qu'il existe un retentissement sur la vie sociale, la vie familiale ou la vie professionnelle entraînant ainsi un retentissement global sur la personne douloureuse chronique.

Ces notions de retentissement de la douleur sont bien décrites par les médecins qui reconnaissent cette possibilité, en particulier avec le temps : *“ Je comprends que la douleur chronique puisse avoir un retentissement sur plusieurs aspects de la vie, en particulier la capacité à travailler et le moral”*.

Plusieurs s'accordent à dire que l'impact principal rapporté est souvent professionnel : *“ Il n'est pas rare de voir des arrêts de travail à répétition”*. En ce sens, certains craignent que la chronicisation des manifestations douloureuses ait pour objectif l'obtention de bénéfices secondaires : *“ J'en ai certains qui reviennent régulièrement pour des prolongations d'arrêt de travail, et parfois je doute de la réalité de ces douleurs et de leur retentissement”*.

Malgré cette possibilité, il reste important d'essayer de comprendre tous les retentissements individuels éventuels associés aux douleurs chroniques : *“J'explore toujours tous les retentissements des douleurs chroniques”*. L'apparition de retentissement crée de la complexité à la prise en charge des douleurs chroniques et à leur soulagement : *“Le retentissement moral sur les douleurs fait que les patients ne sont pas très simples à soigner”*.

Ainsi, dans la stratégie de prise en charge de la douleur chronique, il est nécessaire de les prendre en compte et de les réévaluer : *“S'il y a un retentissement, alors je l'intègre dans ma prise en charge de la douleur sinon ça ne sera pas suffisant”*. Les médecins ne rapportent pas de difficulté à identifier les retentissements de part leur formation et leurs habitudes de pratique : *“Je pense savoir repérer les retentissements les plus fréquents, on les voit venir, on a l'habitude et on connaît nos patients”*.

Concernant la prise en charge de ces retentissements, les médecins interrogés abordent leurs intégrations dans leur stratégie thérapeutique de différentes manières.

- Certains se fixent comme objectif principal de soulager la douleur chronique, pour permettre un soulagement des retentissements : *“ J'essaie de soulager la douleur pour que la thymie s'améliore [...] en général ça suffit pour faire disparaître les retentissements et la situation s'améliore”*.
- D'autres proposent un accompagnement psychologique : *“J'essaie de faire du soutien psychologique à chaque consultation, mais ça demande du temps alors je préfère l'envoyer vers une psychologue qui en a plus”*.
- Enfin, certains proposent un soutien médicamenteux pour réduire le retentissement sur la thymie : *“Manier les antidépresseurs et les anxiolytiques, c'est notre quotidien”*.

Par ailleurs, la prise en compte, par le corps médical, des retentissements ne constitue pas le seul facteur pour permettre leur soulagement. En effet, des facteurs concernant l'attitude du patient douloureux chronique vont favoriser le succès de leur prise en charge :

- La qualité de la relation entre le patient et son médecin : *“En cas de bon contact, ça marchera mieux, sinon se retrouve souvent dans une impasse”*.

- La capacité de résilience du patient : *“Cela dépend des patients, certains vont être prêts à se prendre en main et à avancer, d’autres seront trop enfermés dans leur douleur et tous ses retentissements”*.
- La conviction du patient d’une possibilité d’amélioration de son état: *“Quand on arrive à trouver un peu de volonté dans leur discours, il faut sauter sur l’occasion pour leur proposer les antidépresseurs pour leur montrer que l’amélioration est en effet possible”*.

Le retentissement psychologique de la douleur chronique peut parfois être majeur et ralentir voire bloquer la stratégie de soulagement de la douleur. Il paraît donc intéressant d’explorer la prise en charge psychologique.

9. Les psychothérapies de soutien

Les stratégies thérapeutiques adoptées pour prendre en charge les patients douloureux chroniques utilisent en premier lieu, des traitements médicamenteux. Cependant, l’élargissement à d’autres formes de thérapeutiques non médicamenteuses peut être complémentaire pour les soulager. La prise en charge psychologique est un des moyens essentiels à l’amélioration de la vie des patients douloureux chroniques.

Les médecins généralistes sont conscients de la complexité de la prise en charge du patient douloureux chronique et de l’existence de nombreux retentissements possibles de la douleur. Ainsi, ils reconnaissent la nécessité de faire appel à d’autres thérapeutiques : *“Souvent la prise de médicaments ne suffit pas, il faut utiliser d’autres outils”*. Ils recommandent souvent la prise en charge psychologique : *“ J’évoque régulièrement une prise en charge psychologique en compléments des antalgiques”*.

L’utilisation d’une approche psychologique peut se faire à différents niveaux. D’une part, certains médecins reconnaissent faire du soutien psychologique lors de leur consultation de suivi de patients douloureux chronique : *“J’aborde la question du moral et de son retentissement à chaque consultation des [patients] douloureux chroniques”*. D’autre part, d’autres utilisent des méthodes plus codifiées : *“ J’ai une formation d’hypnose et de psychothérapie cognitivo-comportementale alors j’utilise ces outils là de temps en temps sur mes patients”*.

Cependant, les médecins admettent que la mise place de ce soutien psychologique est plus difficile à mettre en place en ville: *“Ce sont des consultations qui sont souvent très longues, répétées et je ne maîtrise pas les techniques de psychothérapie à proprement parler”*. Ils s’accordent à dire que l’écoute du patient est importante mais que, notamment par manque de temps, ils ne peuvent pas toujours se passer d’une aide supplémentaire : *“J’essaie quand même de les écouter mais c’est chronophage”*. Lorsque la situation est trop complexe ou lorsqu’ils ne souhaitent pas faire de soutien psychologique, ils sollicitent les psychologues ou psychiatres : *“ On a besoin de l’aide des psy pour faire évoluer le patient”*.

Ainsi, les médecins généralistes partagent la conviction que la prise en compte des retentissements et la réalisation d'une forme plus ou moins implicite de soutien psychologique nécessite un engagement psychologique du soignant également en faisant preuve d'empathie et de patience.

10. Des qualités d'empathie et de la patience

Tous les médecins généralistes interrogés abordent les réactions psychologiques du soignant face aux plaintes douloureuses répétées des patients douloureux chroniques. Leurs réactions sont variables. Certains n'évoquent pas forcément de difficulté : *“Je suis très patiente, je fais preuve de beaucoup d'écoute”*. D'autres ne partagent pas le même sentiment et font part d'une certaine pénibilité : *“La prise en charge des douloureux chroniques peut être dure au bout d'un moment, épuisante même”*. Elle peut mettre à l'épreuve l'empathie du médecin : *“Rien que de voir le nom d'un patient douloureux chronique qui m'épuise sur mon agenda peut me déprimer pour toute la journée tellement que son échec de soulagement m'atteint”*.

Pour certains, le facteur principal d'épuisement mental du médecin semble être l'échec de soulagement du patient après multiples stratégies entreprises : *“Il y a des situations où les patients mettent tout en échec et plus le temps passe, plus les retentissements se développent et plus la douleur s'enlise et plus le médecin peut arriver au bout de sa patience”*. Pour d'autres, l'existence d'une incompréhension du mécanisme ou l'étiologie de la douleur peut favoriser l'épuisement mental du soignant : *“Quand on n'arrive pas à comprendre, on peut perdre son empathie et sa patience”*. Il existe également des facteurs individuels qui peuvent influencer la capacité d'empathie et la patience du médecin. En effet, son humeur du jour, son moral, ses problèmes personnels ou professionnels peuvent rendre l'approche de ces patients plus périlleuses : *“ Tout dépend de mon humeur, moi aussi je suis humain et j'ai mes problèmes alors parfois c'est difficile de les écouter [les patients] ”*.

La qualité de la relation entre le médecin généraliste et son patient douloureux chronique est également un facteur important dans l'établissement et le maintien de l'empathie. En effet, si le patient fait preuve d'engagement et de confiance, il est plus facile de garder sa patience et son empathie au cours de toute la prise en charge : *“ Quand il est motivé pour aller mieux [le patient douloureux chronique], qu'il accepte d'essayer et de laisser une chance aux stratégies proposées c'est quand même plus simple de rester empathique alors que quand ils reviennent au bout de quelques jours en disant que rien ne marche on est moins patient”*.

Lors de la prise en charge des patients douloureux chroniques, la patience du soignant et sa capacité d'empathie sont des qualités importantes à tenir dans la durée pour maintenir la stratégie thérapeutique de soulagement entreprise.

11. La problématique du temps

Les douleurs chroniques, par définition, persistent dans le temps et peuvent avoir des retentissements multiples. Pour prendre en charge les patients douloureux chroniques, l'écoute est essentielle pour comprendre et aborder les différents aspects de leur maladie et les

retentissements multiples sur leur vie. Pour cela, avoir du temps est nécessaire à chaque consultation.

Dans un premier temps, les médecins généralistes s'accordent à dire que ces patients douloureux chroniques ont besoin d'une attention prolongée : *"Les patients ont besoin qu'on les écoute et on ne prend pas toujours le temps de le faire"*. Ainsi, la durée des consultations de ces patients est essentielle mais également un facteur limitant : *"On ne peut pas tout faire en quinze-vingt minutes"*. Certains médecins témoignent volontairement augmenter au cas par cas le temps de leur consultation pour certains patients : *"Quand je vois certains noms dans mon agenda, je bloque une pause après pour avoir plus de temps pour eux"*. Un autre médecin fait part de la difficulté de prévoir à l'avance une consultation plus longue pour certains profils de patients : *"J'avais essayé de proposer des RDV en ligne de trente minutes de consultation pour des consultations plus complexes, mais les patients n'ont pas joué le jeu et beaucoup ont pris ce créneau plus long pour simplement avoir une consultation plus longue pour traiter plus de motifs en même temps. J'ai donc renoncé à cette idée"*.

Dans un deuxième temps, les médecins généralistes s'attristaient que ce temps nécessaire soit un obstacle dans leur exercice quotidien : *"Malheureusement on sait que ces patients sont chronophages et qu'il leur faut du temps et beaucoup de consultations de suivi régulières"*. Cependant, ils s'accordent à penser ne pas en avoir assez ou ne pas pouvoir prendre le temps d'en avoir : *"On manque souvent de temps dans la pratique"*. Ainsi, il n'est pas rare de voir certains médecins refuser de prendre en charge des patients douloureux chroniques par souci de temps : *"Je me suis déjà vu éluder des plaintes douloureuses chroniques récidivantes parce que je n'ai pas le temps nécessaire pour ces suivis longs et sans fins"*.

Dans un troisième temps et dans une autre mesure, d'autres médecins reconnaissent tenter de s'adapter à ces contraintes particulières et d'accepter les inconvénients liés à cette attention particulière : *"Je prends le temps nécessaire et je m'adapte au patient. Il a le droit d'avoir la même attention que celui qui vient pour un motif plus rapide"*. Cependant, offrir plus de temps que le créneau de consultation initialement réservé n'est pas sans conséquences : *"J'ai ensuite parfois plus d'une heure de retard sur la journée et ça râle en salle d'attente sur la secrétaire"* ; *"J'ai parfois des remarques cassantes des patients sur mon retard et ça m'épuise de devoir me justifier d'avoir eu une consultation plus complexe précédemment"*. Mais certains témoignent d'une forme de reconnaissance de leurs patients qui s'oppose à ces conséquences négatives : *"Je suis souvent en retard et passe la journée à m'excuser, mais j'ai rarement des commentaires négatifs, ils savent [mes patients] que je prends le temps nécessaire et s'adaptent dans leur propre agenda"* : *"J'ai parfois un remerciement pour le temps supplémentaire accordé"*.

Ainsi, la problématique du temps est omniprésente au cours de la prise en charge des patients douloureux chroniques et pour mieux appréhender ces situations complexes, les médecins ont pour solution de reconvoquer les patients : *"Quand la situation est trop complexe, on ne peut pas tout gérer en quinze minutes, il faut reprogrammer un rendez-vous"*. Certains précisent régulièrement avoir recours à ce procédé pour explorer les retentissements de la douleur chronique : *"Quand le psychologique me semble à explorer, je propose aux patients de revenir faire le point et nous fixons le rendez-vous en partant [...] ; cela permet d'arrêter la consultation dans un temps acceptable et de revoir plus tard"*. De plus, la question de l'argent a

été deux fois citées. En effet, il n'existe pas, à ce jour, de rétribution spécifique de la consultation de médecine générale conventionnée au prorata du temps accordé à la consultation ou d'une spécificité particulière dans l'indication d'un patient douloureux chronique. Ainsi, dans une stratégie de soulagement de la douleur et de ses retentissements divers associés, il paraît nécessaire de pouvoir offrir le temps nécessaire au patient pour aborder toute la complexité de sa prise en charge et donc de le reconvoquer pour organiser au mieux son suivi.

Enfin, la problématique du temps n'est pas seulement un facteur de complexité de la prise en charge de la douleur chronique pour le soignant et de mise en place de stratégies nécessaires pour y remédier, elle est également source de sensation d'isolement et d'échec avec remise en question de ses capacités.

12. Le sentiment d'isolement du soignant

Lorsque le soulagement du patient douloureux chronique, même partiel, n'est pas atteint et que les retentissements sont trop importants, le médecin généraliste peut se sentir démuni ou limité dans ces capacités pour poursuivre seul la stratégie de prise en charge. Dans cette situation, l'une des solutions envisageables est le recours à un confrère.

Les médecins expliquent avoir en tête une petite liste de confrères spécialistes dans différents domaines, acquise avec le temps et l'expérience, vers qui se tourner pour adresser un patient pour un avis extérieur. Les plus jeunes médecins avouent adresser en priorité aux praticiens du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) n'ayant pas encore de correspondants spécialistes de ville de référence : *"Quand j'ai besoin d'un avis, j'adresse souvent au CHU le temps de me faire un réseau de correspondants en ville"*. Dans l'ensemble, les médecins généralistes ne se sentent pas isolés et ont le sentiment d'avoir une aide extérieure possible : *"En général, on n'est pas seul, j'ai le sentiment d'avoir toujours autre chose à proposer"*.

Cependant, cette possibilité de recours à un avis spécialisé n'est pas toujours évidente. En effet, parfois ce sont les comportements des patients qui ne permettent pas cet avis extérieur : *"Certains patients refusent de se déplacer sur plusieurs dizaines de kilomètres pour voir le spécialiste ou de faire des téléconsultations"*. Ainsi, on se retrouve parfois avec des médecins généralistes qui prennent des avis pour leurs patients auprès de spécialistes, avec leur accord, sans consultation : *"Le développement de la possibilité d'avis ponctuel spécialisé sur des situations qui nous posent problème a vraiment amélioré notre pratique [...] on peut souvent avoir un nouveau regard ou une nouvelle stratégie à proposer sans forcément toujours attendre une consultation avec le spécialiste"*. Le développement de ces possibilités d'avis ponctuel de spécialistes au cours de ces dernières années est très apprécié et plébiscité par les médecins généralistes pour lutter contre le sentiment d'isolement dans la prise en charge et limiter les sensations d'échec thérapeutique.

13. Le sentiment d'échec

Les douleurs chroniques sont des douleurs, la plupart du temps, complexes à prendre en charge sur plusieurs facteurs. Leur complexité peut se retrouver dès le début du bilan étiologique, avec des mécanismes douloureux difficiles à caractériser et à appréhender. Puis, elle peut apparaître, par la suite, lors des tentatives de prise en charge thérapeutique de la douleur avec la mise en place de différents traitements médicamenteux ou non. Enfin, la complexité du soulagement des douleurs chroniques peut résider dans la persistance et l'intensité des retentissements associés.

Les difficultés rencontrées en lien avec la persistance des douleurs chroniques concernant aussi bien le patient que le médecin généraliste: *“Lorsque les douleurs persistent malgré les traitements entrepris, les patients vivent ça comme un échec et s'enferment de plus en plus dans un sentiment de perte d'espoir de soulagement [...] c'est une situation qui nous met en difficulté car on ne trouve pas de solution”*. Ainsi, au fur et à mesure, des sentiments d'échec de soulagement peuvent apparaître chez le médecin généraliste, il peut se sentir démuni et remettre en question ses connaissances. La persistance d'une douleur peut remettre en question la stratégie diagnostique ou la stratégie de soulagement : *“Quand la douleur persiste, je me demande si je n'ai pas raté quelque chose ou si j'ai vraiment tout essayé”*.

L'échec désigne un sentiment de ne pas réussir à atteindre un objectif. Concernant la prise en charge de la douleur chronique, l'objectif pouvant être multiple, le niveau sur lequel on place l'échec est variable. Pour certains médecins, l'échec se situe *“quand on n'a plus rien à proposer pour soulager”*; pour d'autres, l'échec réside dans le fait de *“passer la main à un confrère plus compétent”*. Enfin, certains médecins s'interrogent de façon plus optimiste et préfèrent utiliser l'expression de *“limites”* de leur compétence pour une situation donnée sans pour autant généraliser : *“Je ne veux jamais me reconnaître en position d'échec, je me dis juste que parfois je peux atteindre les limites de mes compétences et de mon expérience, mais que quelqu'un d'autre pourrait prendre la main pour aller plus loin”*. Par ailleurs, certains médecins rapportent ne jamais avoir vécu de sentiment d'échec : *“Je n'ai jamais eu l'occasion de ressentir ce sentiment [l'échec]”*.

Qu'ils aient ou non déjà expérimenté le sentiment d'échec ou de limitation de leur compétences, les médecins généralistes se disent *“chanceux d'avoir des confrères spécialistes à solliciter en cas de besoin”*. Cette idée du rôle de *“premier maillon”* du soin semble correspondre à l'idée générale de ce que peut être le parcours de soin du patient douloureux chronique: *“L'échec ne peut exister car il y a toujours quelqu'un à qui passer la main et partager la réflexion pour avancer”*. En réfléchissant sur le positionnement du médecin généraliste, dans cette prise en charge, certains vont plus loin et évoquent leur stratégie de détachement et de protection face au sentiment d'échec: *“Je n'en fais pas une affaire personnelle, si ça marche et bien tant mieux, si ça ne marche pas on va essayer autre chose”*. Dans une réflexion plus philosophique, un médecin va plus loin encore en évoquant la complexité de la maladie : *“Nous ne pouvons pas guérir ou soulager tout le monde, nous ne sommes pas Dieu, une fois qu'on se dit ça on relativise”*.

Bien que certains médecins n'aient jamais rencontré de situation les mettant en échec, beaucoup ont avoué avoir déjà ressenti un sentiment d'impuissance face à certaines situations:

“C’est évident qu’on peut se sentir impuissant à un moment donné avec ce type de patients”. Ce sentiment d’échec, d’impuissance, n’est parfois pas sans conséquence pour le vécu du médecin: “Il y en a certains qui prennent tout un cocktail de médicaments et ils reviennent en disant qu’ils ont toujours mal, c’est toujours les mêmes plaintes récurrentes, là c’est vraiment déstabilisant” ; “Arriver au bout de ses limites n’est vraiment pas agréable pour un médecin”. Ainsi, l’acceptation et le retentissement de l’échec ne sont pas faciles.

En effet, accepter l’échec, c’est reconnaître la faillite de la stratégie de soulagement mise en place mais ce n’est pas forcément un échec personnel du médecin. En ce sens, ils s’interrogent sur les causes possibles de l’échec. Certains évoquent la présence d’une pathologie psychique associée : *“Quand un syndrome dépressif est associé, on est souvent dans l’échec”*. D’autres expliquent la présence de l’échec en lien avec la personnalité du patient: *“il y en a qui nous mettent systématiquement en échec, c’est à se demander si ce n’est pas pathologique”*

Quoiqu’il en soit, l’existence d’un sentiment d’échec ou de limite de capacités, qu’il soit celui du médecin ou celui du patient, doit conduire à une réaction et redéfinir la stratégie de prise en charge. Dans ce sens, le médecin peut, d’une part, réadresser le patient vers un autre confrère spécialiste: *“C’est dans ce genre de situation qu’on peut demander l’avis d’une centre anti-douleur ou un autre spécialiste et parfois il y a de nouvelles idées”*. D’autre part, le médecin généraliste peut tenter de faire accepter la douleur. En effet, il arrive qu’il n’y ait pas toujours de solution et le fait de faire accepter de vivre avec la douleur permet parfois de l’atténuer en acceptant certaines contraintes liées à la pathologie: *“Accepter la douleur, permet souvent de rediriger les pensées sur autre chose et finalement d’atténuer les retentissements”*.

Il semble donc exister un lien entre l’incapacité à soulager la douleur chronique et le fait d’intégrer l’acceptation de la douleur dans la stratégie de prise en charge.

14. L’acceptation de la douleur

Pour certains médecins, l’acceptation de la douleur fait partie intégrante de la stratégie de prise en charge de la douleur chronique. En effet, lorsqu’il n’y a pas de soulagement total de la douleur, par définition, elle persiste dans le temps et la nécessité d’inciter le patient à accepter cette douleur est la stratégie ultime de lutte contre la douleur et ses retentissements. La démarche thérapeutique d’acceptation de la douleur se fait en plusieurs étapes.

D’abord, il convient d’expliquer qu’il n’y a pas de solution médicamenteuse pour faire disparaître la douleur et que le patient vivra avec une douleur persistante toute sa vie : *“Il faut leur dire qu’il n’y a pas de médicaments pour faire disparaître la douleur, c’est souvent mal vécu”*.

En effet, l’annonce peut avoir l’effet d’un choc pour le patient douloureux chronique, qui avait peut-être espoir de guérir un jour et de revenir à l’état antérieur sans douleur. Il convient donc de respecter le temps nécessaire pour comprendre qu’il va falloir apprendre à vivre avec les douleurs.

Ensuite, les médecins généralistes interrogés insistent sur le fait que les patients vont devoir faire des efforts : *“Il faut qu’ils modifient leur approche de la douleur pour pouvoir l’accepter”*.

Enfin, il convient de redéfinir les objectifs avec les patients. Les patients doivent consentir à vivre avec leur douleur et aller à l’encontre de leurs croyances qu’ils ne peuvent pas vivre ainsi et des limites qu’ils se fixent : *“L’objectif n’est pas de faire disparaître la douleur, mais de leur faire accepter la situation pour qu’elle [la douleur] ne les empêche pas de vivre”*.

Par conséquent, le processus d’acceptation de la douleur chronique a sa place dans la stratégie de prise en charge du patient douloureux chronique. Il apparaît souvent plus tardivement, après la mise en échec de plusieurs stratégies médicamenteuses pour un soulagement total de la douleur. L’acceptation de la douleur chronique est un élément de la prise en charge spécifique du patient douloureux chronique.

15. Les spécificités de prise en charge

Les médecins généralistes reconnaissent l’existence de certaines spécificités dans les situations de prise en charge des patients douloureux chroniques. Tous s’accordent à dire que leur suivi est une situation *“complexe”* et on retrouve dans leur stratégie les éléments suivants:

D’abord, la stratégie de prise en charge s’articule autour d’une prise en charge antalgique : *“médicaments antalgiques”, “coantalgiques”, “infiltrations”, “stimulation percutanée”* etc...

Puis, régulièrement, la persistance de la douleur favorise l’orientation vers un confrère spécialiste. Les médecins interrogés citent *“les neurologues”, “les neurochirurgiens”, “les rhumatologues”, “les chirurgiens orthopédistes”, “les gynécologues”* et *“les centres anti-douleurs”*. L’orientation vers le spécialiste a pour plusieurs objectifs, parfois demander un avis thérapeutique ou parfois déléguer la prise en charge.

Dans tous les cas, les médecins reconnaissent devoir intégrer à leur prise en charge de la douleur, les divers retentissements parfois généralisables, parfois propres à chacun : *“il faut adopter une approche globale, essayer de soigner la douleur et ses retentissements”*.

Parmi les éléments essentiels, on rappelle *“l’importance du temps”*. Le temps nécessaire lors de chaque consultation, pour que le patient puisse verbaliser ses difficultés, aient le sentiment d’être écouté. Cette attention particulière demande un investissement du soignant dans le temps. Le temps comme déterminant dans la durée des consultations, mais également du temps dans l’agenda pour reconvoquer et suivre les patients dans la durée : *“On sait que la prise en charge va prendre du temps”*. De plus, comme la prise en charge s’inscrit dans la durée et que souvent les prises en charge thérapeutiques se multiplient faute de succès dans le soulagement, les médecins généralistes doivent faire preuve de patience et maintenir leur attention particulière de manière répétée : *“Il faut être patients avec les [patients] douloureux chroniques”*.

Le recours aux SETD pour les médecins généralistes s'incorpore à la stratégie de prise en charge de la douleur à différents moments. Quelques médecins y ont recours pour un avis sur le traitement médicamenteux: *"Quand je n'arrive pas suffisamment soulager, j'adresse au centre anti-douleur"*, parfois même précocement : *"Assez rapidement il faut se poser la question de les adresser au centre anti-douleur après échec de quelques lignes thérapeutiques pour en pas se retrouver en échec"*. D'autres ont une approche différente des SETD et y adressent des patients avec un profil particulier : *"Si la douleur chronique semble psychogène alors je l'adresse [le patient] au centre anti-douleur"*. Pour beaucoup, le recours aux SETD doit se faire assez tardivement dans la stratégie thérapeutique, après plusieurs tentatives infructueuses de soulagement de la maladie douloureuse : *"j'envoie au centre anti-douleur quand je n'ai plus d'autres solutions et qu'ils doivent accepter leur douleur"*. Pour certains médecins généralistes, une prise en charge spécifique ne serait à mettre en place que pour *"les situations les plus difficiles et complexes"*.

Ainsi, les modalités de recours aux SETD ne font pas l'objet d'un consensus parmi les médecins généralistes. En ce sens, il paraît intéressant de faire état des connaissances des médecins généralistes sur ces structures.

B. Les Structures d'Évaluation et de Traitement de la Douleur chronique (SETD)

1. Connaissances des SETD autour du lieu d'exercice

Dans le département Indre-et-Loire, il existe trois structures: un centre au CHU Bretonneau à Tours pour les adultes, une structure de consultation exclusivement pédiatrique au CHU Clocheville à Tours et une structure de consultation adulte au Centre hospitalier de Chinon.

Tous les médecins généralistes interrogés connaissent l'existence de ces structures, sauf pour certains, l'existence de la structure dédiée pour les douleurs chroniques pédiatriques. Ils expliquent cette méconnaissance du fait de n'avoir jamais eu l'occasion d'y avoir recours pour le moment. Ils les connaissent et les situent géographiquement, certains pour y avoir eu recours à plusieurs reprises : *"J'ai déjà adressé plusieurs patients au centre-antidouleur"*. D'autres pour avoir des patients dans leur patientèle qui y étaient précédemment suivis: *"J'ai des patients récents qui y sont suivis depuis longtemps"*. D'autres encore, connaissent ces structures via d'autres médecins: *"Un confrère m'avait parlé de l'existence de ce genre de centre il y a longtemps"*.

Devant le faible nombre de structures du département, il est aisé de connaître les structures de référence de la douleur. Demander un avis ou adresser pour un suivi spécialisé se conçoit mieux lorsqu'on connaît les structures de proximité mais également lorsqu'on connaît leur organisation.

2. Organisation et particularités des SEDT

Pour les médecins généralistes, les SEDT fonctionnent sur un mode de consultation, mais des consultations *“plus longues qu’une consultation classique”* pour appréhender la complexité des difficultés de la douleurs chroniques. Certains détaillent les différentes étapes de cette consultation spécialisée: *“Au début il y a un schéma pour localiser les douleurs, ensuite des questions sur les caractéristiques de la douleur, ses horaires, il y a des échelles utilisées pour évaluer l’intensité et des critères de retentissements [...] puis il y a une partie examen clinique pour redéfinir les douleurs”*. D’autres ne détaillent pas autant le présumé déroulement de ces consultations, ils évoquent juste un système d’évaluation des douleurs par questionnaire en précisant qu’ils *“n’ont pas le temps de faire ça en consultation classique”*. Les médecins généralistes évoquent également une organisation pluridisciplinaire : *“Il y a plusieurs intervenants qui travaillent en équipe pour une prise en charge globale”*.

Concernant les formations des médecins présents dans les SETD, une partie des médecins généralistes supposent que ce sont des médecins anesthésistes de formation, qui ont fait des formations spécifiques pour le traitement de la douleur chronique: *“ Il y a longtemps c’était des anesthésistes spécialisés dans la douleur chronique”*. D’autres pensent que cet attrait pour la prise en charge de la douleur n’est pas réservé qu’aux anesthésistes *“ Il y a des médecins rhumatologues, neurologues, psychiatres ou même généralistes qui ont fait un DU sur la douleur”*. Tous s’accordent à dire que ce sont des *“spécialistes de la douleur”* formés à la prise en charge globale des patients douloureux chroniques.

Les médecins généralistes supposent également que les équipes soignantes des SEDT comprennent également des professionnels paramédicaux. Ils évoquent plusieurs corps de métiers. Ceux qui prennent en charge le corps : *“Des kinésithérapeutes”, “des ergothérapeutes”, “des psychomotriciens”*; mais également l’esprit : *“Il y a sûrement des psychologues”*. La présence de ces différents intervenants permet, dans l’esprit des médecins généralistes, une prise en charge globale du patient: *“Ils ont le personnel et les moyens pour être pluridisciplinaires”*.

En ce qui concernant les soins dispensés dans les SETD, médecins généralistes imaginent les soins suivants:

- L’électrostimulation : *“les centres antidouleurs peuvent proposer d’autres soins non médicamenteux comme l’électrostimulation”*;
- Des interventions techniques comme des *“infiltrations”*;
- Une approche plus psychologique avec *“des psychothérapies, de l’hypnose, de la relaxation; des choses qu’on ne peut pas proposer aussi facilement en ville”*;
- Une approche plus physique avec des *“massages”, “des séances de kinésithérapie plus spécifiques qu’en ville”*;
- Une approche thérapeutique médicamenteuse spécialisée : *“Ils osent plus facilement utiliser des antiépileptiques”*;
- Le suivi des patients : *“Ils organisent un programme de prise en charge personnalisé et convoquent les patients pour des consultations de suivi”*.

Sur le plan de l'organisation des soins, les médecins généralistes imaginent plusieurs modes de fonctionnement: un système *"d'avis ponctuel"* ou bien un *"parcours de prise en charge dans la durée"*; *"je pense que les deux peuvent être utiles en fonction des cas"*.

Enfin pour terminer, certains médecins généralistes ont avoué ne pas avoir d'idées ni sur la composition du personnel soignant des SETD, ni sur leur organisation, ni sur leurs types d'activités exercées: *"Aucune idée"*; *"Je ne sais pas trop"*. Cette méconnaissance de l'organisation des SETD s'explique par le manque d'information, de communication de leurs activités :*"Il faudrait qu'ils se présentent et qu'on sache mieux ce qu'ils ont à proposer"*.

Ainsi, l'étude des connaissances des médecins généralistes sur l'organisation des SETD révèle une grande disparité. Certains praticiens connaissent et détaillent leur mode de fonctionnement, leur composition pluridisciplinaire, leurs différentes activités thérapeutiques. D'autres, font de vagues suppositions de ce qu'ils imaginent être l'organisation et les soins thérapeutiques proposés. Et enfin, une petite partie des médecins généralistes ignorent toutes ces informations. Cependant, l'idée sur la formation du personnel médical qui y travaille est assez unanime, tous imaginent des médecins, sans consensus sur leurs spécialités, ayant une formation supplémentaire sur la douleur faisant d'eux des spécialistes du traitement de la douleur chronique. Les connaissances hétérogènes des médecins généralistes sur l'organisation et les activités thérapeutiques des SETD ne permettent pas toujours d'identifier quelques stratégies thérapeutiques ils peuvent en attendre et donc rendent difficile de définir quels patients y adresser.

3. Les pathologies prises en charge par les SETD

Les médecins généralistes interrogés pensent que les SETD peuvent prendre en charge tous les patients douloureux chroniques et donc toutes les pathologies douloureuses chroniques :*"Ils sont spécialisés dans le traitement de la douleur donc on peut leur adresser n'importe quel patient douloureux chronique"*.

Aucun médecin ne détaille un profil de patient douloureux chronique qui peut être adressé, bien au contraire, ils estiment que plus les retentissements de la douleur chronique sont présents, plus ils adressent aux SETD: *" Je pense que les centres anti-douleur peuvent prendre en charge tous les patients et toutes les douleurs"*.

Certains évoquent la possibilité d'une prise en charge psychologique des patients douloureux chroniques au sein des SETD et c'est pour cette indication qu'ils adressent certains patients en priorité :*"Toutes les douleurs psychogènes je les adresse au centre anti-douleur"*. À l'inverse, certains ignorent qu'ils puissent bénéficier de ce genre de stratégie thérapeutique: *"Je ne savais pas qu'il pouvait y avoir une prise en charge psychologique, je pensais que c'était surtout des traitements plus spécifiques des centre anti-douleur comme l'électrostimulation ou des gestes techniques"*.

Ainsi, les pathologies et plus précisément les profils de patients douloureux chroniques prise en charge aux SETD sont encore insuffisamment connus des médecins généralistes, ce qui complique les demandes de prise en charge adaptée.

4. Le délai de rendez-vous en SETD

Les idées divergent de quelques mois à plus d'un an en fonction des médecins. Certains n'ont pas d'idée du délai de rendez-vous : *"Je ne sais pas"*. D'autres estiment une fourchette de quelques mois : *"Je pense environ 3-6 mois comme beaucoup de spécialistes"*. D'autres pensent que les délais de rendez-vous sont plus longs : *"Aux dernières nouvelles il y a un an d'attente, c'est pour ça que j'adresse rapidement, comme ça ils ont leur rendez-vous à l'avance"*.

Certains médecins généralistes font part de leurs difficultés concernant l'organisation des prises de rendez-vous : *"C'est compliqué, avant il suffisait de faire un simple courrier d'adressage et les gens prenaient leur rendez-vous. Maintenant il faut faire tout un dossier détaillé et le patient doit attendre d'être rappelé. Même avec ça, ils n'ont pas de rendez-vous avant un an"*. La complexité de cette démarche de prise de rendez-vous et les délais d'attente assez longs sont de véritables motifs pouvant inciter les médecins généralistes à éviter ce genre de recours : *"Le problème des centres anti-douleur ce sont les délais de rendez-vous, ça me paraît difficile d'envisager un relai avec ces centres"*.

Aucun médecin n'évoque spontanément d'hypothèse pouvant expliquer la raison de ces délais de prise en charge considérés comme longs. Certains supposent une forte demande et des moyens insuffisants : *"Il y a tellement de patients douloureux chroniques, ils [les SETD] doivent être débordés"*.

Nous avons donc exploré les représentations des médecins généralistes sur l'organisation, sur les stratégies thérapeutiques, les pathologies prises en charge et sur les modalités administratives des SETD. Ces différents éléments modulent probablement le recours à ces structures. Ainsi, il paraît désormais intéressant d'explorer la place des SETD dans la pratique des médecins généralistes.

C. Le recours aux SETD

1. Expérience passée de recours

Les pratiques de recours aux SETD sont modulées en fonction de l'expérience du médecin généraliste avec ces structures. Les modalités de recours sont variables d'un médecin à un autre. Certains n'ont jamais eu recours aux SETD : *"Je n'ai jamais eu l'occasion d'orienter un patient au centre anti-douleur"*. D'autres y ont adressé plusieurs patients dans leur carrière : *"Cela m'est arrivé quelques fois quand c'était vraiment compliqué"*. Et enfin, certains y ont recours régulièrement : *"J'adresse plusieurs patients au centre anti-douleur tous les ans, j'ai beaucoup de [patients] douloureux chroniques dans ma patientèle et j'ai une bonne expérience"*

de retour de prise en charge". Parmi les médecins généralistes, certains signalent une orientation de leur patient aux SETD par un confrère spécialiste : *"J'ai des patients qui y sont allés, adressés par le rhumatologue"*.

Ainsi, les pratiques concernant l'orientation vers les SETD sont très variables d'un médecin à un autre et parfois l'orientation se fait également entre spécialistes. Ces constatations nous amènent à détailler qui est à l'origine du recours aux SETD.

2. L'origine de l'orientation aux SETD

Souvent, la demande d'orientation émane du médecin généraliste dans la majorité des cas : *"Dans plus de la moitié des cas, c'est moi qui fait le courrier d'adressage"*.

Parfois, la demande vient d'un confrère spécialiste qui fait le courrier d'adressage: *"J'ai des patients qui ont été envoyés au centre anti-douleur par leur neurologue, d'autres par leur rhumatologue"*. Ainsi on distingue, un maillage de plusieurs médecins qui interviennent autour du patient douloureux chronique qui se sollicitent entre eux pour une prise en charge personnalisée. Parfois le médecin spécialiste évoque au patient une orientation en SETD et ensuite le médecin généraliste peut, dans une décision conjointe, faire le courrier d'adressage.

Dans certains cas, un mélange de ces deux situations voit le jour. La demande de recours peut parfois être le fruit d'une décision conjointe du médecin généraliste, du médecin spécialiste et du patient devant l'évolution de la situation.

En effet, dans certaines situations, le patient exprime spontanément le souhait d'une prise en charge en SETD: *"J'ai beaucoup de patients qui me demandent de les adresser en centre anti-douleur"*. Les requêtes des patients sont souvent motivées par le sentiment que la stratégie thérapeutique en place ne suffit pas pour soulager les douleurs. Certains médecins avouent n'y avoir pas pensé spontanément mais que la proposition du patient paraît intéressante : *"Une fois on m'a demandé un courrier pour le centre anti-douleur et en fait je n'avais même pas pensé à le proposer alors que c'était effectivement une très bonne idée"*.

Les médecins généralistes évoquent des patients de plus en plus informés de l'existence des SETD et donc de plus en plus de demandes de prise en charge viennent d'eux. Les hypothèses de l'origine des informations sur les SETD sont multiples : le retour d'expérience d'une personne qui y est suivi, le conseil d'un proche soucieux d'essayer ces structures, des recherches personnelles de solution pour soulager la douleur : *"Les centres anti-douleur commencent à se faire connaître, les patients en parlent autour d'eux, s'intéressent à leur santé et cherchent des solutions pour ne plus souffrir"* ; *"C'est vrai que le nom est attrayant "anti-douleur" ça donne envie quand on souffre"*.

Certains médecins généralistes se félicitent de l'investissement des patients pour leur santé et le soulagement des douleurs chroniques et pensent que les patients demandeurs ont un bon profil pour évoluer dans ce genre de structure: *"S'ils sont motivés pour y aller ça va marcher"*. Par opposition, d'autres ont un sentiment plus pessimiste avec une demande de prise en charge en SETD trop précoce dans la stratégie thérapeutique, créant ainsi de la *"frustration"*

chez les patients demandeurs qui s'offusquent qu'on leur interdise de ne plus souffrir". Les médecins généralistes doivent ainsi décider, en fonction de leur stratégie de prise en charge, de la situation et du patient, s'ils accèdent ou non à cette demande d'adressage. Ainsi, certains médecins vont dans le sens du patient demandeur : "En général, s'ils demandent j'accepte de faire le courrier"; d'autres s'autorisent à ne pas accéder à la demande : "C'est souvent que les patients demandent un courrier pour le centre anti-douleur, mais je refuse la plupart du temps parce que c'est trop tôt, qu'il y a d'autres choses à essayer avant et je leur explique".

En cas de refus du médecin généraliste d'accéder à la demande du patient, les réactions sont variables. Certains médecins témoignent une négociation intense de la part du patient : *"J'ai déjà eu des réactions intenses de patients qui disaient que je ne voulais pas les soigner"*; d'autres rapportent des patients traversés de sentiment fataliste sur leur avenir : *"Un jour on m'a dit "Je vais souffrir toute ma vie à cause de vous" ça m'a désemparé et j'ai fini par faire le courrier"*. D'autres médecins font part de réactions plus paisibles de ce refus d'adressage : *"Il suffit de trouver les mots, je peux refuser mais j'explique que ce n'est pas le bon moment, que j'ai d'autres propositions à lui faire et que, selon l'évolution il ira peut être un jour au centre de la douleur chronique [...]. En laissant la porte ouverte à l'idée, ça se passe toujours bien"*.

Un médecin fait une analyse personnelle sémantique sur le terme "centre anti-douleur" : *"Ce qui nous complique les choses avec les patients c'est le terme couramment utilisé pour désigner ces structures, "anti douleur" c'est difficile à expliquer au patient qu'ils n'ont pas de baguette magique pour faire disparaître leur douleur, qu'ils ont accès aux mêmes médicaments que moi et que là-bas, l'objectif ne peut être de guérir la douleur mais plutôt d'apprendre à l'accepter. C'est pour ça que moi, personnellement, je ne dis jamais centre anti-douleur, mais plutôt centre d'accompagnement de la douleur, et je corrige les patients pour éviter le malentendu"*. Cette réflexion laisse transparaître un décalage entre les attentes des patients demandeurs de prise en charge dans les SETD et les soignants qui mènent une stratégie de prise en charge globale qui tend vers une acceptation de la douleur chronique en cas de persistance des symptômes.

Après avoir exploré les différentes personnes à l'origine de l'orientation aux SETD, il convient de s'intéresser aux pathologies douloureuses qui y sont prises en charge.

3. Les pathologies douloureuses prise en charge en SETD

Il semble nécessaire de réaliser un aperçu des différentes pathologies douloureuses citées par les médecins généralistes pour lesquelles ils orientent les patients vers les SETD. Pour cela, on va organiser les pathologies par mécanisme de la douleur, comme évoqué précédemment.

a) Les douleurs neuropathiques

Les plus couramment cités sont les radiculalgies qui ont souvent déjà été opérées mais dont les douleurs persistent ou bien avec des douleurs récidivantes : *“une sciatique qui a déjà été opérée mais qui récidive”*; *“une névralgie cervico-brachiale qui persiste malgré une prise en charge bien menée”*.

D'autres étiologies de douleurs neuropathiques citées sont:

- les douleurs iatrogènes : *“Je pense aux douleurs neuropathiques post-chimiothérapies”*
- le zona : *“J'ai une patiente qui a des douleurs zostériennes chroniques que rien ne soulage”*
- les *“douleurs neuropathiques non étiquetées”*.

b) Les céphalalgies

Cette catégorie regroupe:

- les migraines et céphalées : *“les migraineux connaissent bien les centres anti-douleur car leur neurologue en a parlé”*
- les *“algies de la face”*
- les douleurs ORL : *“j'ai un patient avec un cancer des sinus qui y est suivi”*.

c) Les douleurs par excès de nociception

Ces douleurs peuvent avoir différentes origines: articulaire, inflammatoire, rhumatologique: *“J'ai adressé un patient atteint de polyarthrite rhumatoïde sur conseil du rhumatologue”*; *“Les douleurs articulaires multiples du sujet âgé sont très difficile à soigner, je les adresse pour avoir des pistes thérapeutiques”*.

d) Les douleurs complexes, plurifactorielles

Des médecins généralistes évoquent un profil de patient douloureux chronique qui présentent des douleurs multiples, complexes, avec plusieurs mécanismes pour lesquelles on peut solliciter les SETD. Ces patients peuvent présenter des profils psychologiques ou des retentissements importants, favorisant la persistance des symptômes: *“une patiente fibromyalgique, avec de très nombreux retentissements, un syndrome dépressif majeur associé; je ne savais plus comment m'en sortir, depuis qu'elle va au centre anti-douleur, elle semble aller un peu mieux”* ; *“Un patient multi opéré du dos, qui présentent toujours des douleurs, avec un terrain dépressif préexistant et des retentissements importants, dont on a plus rien à proposer”*.

e) Les douleurs idiopathiques

Dans cette dernière catégorie, on regroupe les douleurs inexplicables, dont on ne trouve pas l'étiologie du mécanisme douloureux: *“J’ai déjà adressé un patient douloureux sans aucun diagnostic, même après multiples bilans et avis spécialisés”*.

Bien qu’une liste de pathologies douloureuses chroniques adressées aux SETD puissent tenter de se redresser ici. Les médecins généralistes précisent qu’ils n’adressent pas systématiquement tous les patients atteints de douleurs chroniques. On retrouve dans les témoignages des éléments récurrents dans les situations douloureuses adressées:

- la notion de complexité de la situation et des difficultés rencontrées : *“ Une situation très complexe”; “On était vraiment en échec thérapeutique avec ce patient”, “On avait tout essayé avant”* ;
- les retentissements importants: *“Quand on a un patient qui ne vit plus et que tout tourne autour de la douleur, il faut l’adresser au centre anti-douleur”*;
- un profil psychologique particulier: *“ une patiente qui avait un fond dépressif, avec des douleurs très complexes”*;
- une douleur d’intensité inhabituelle : *“une endométriose très symptomatique avec une patiente en arrêt pendant des mois”*.

Ainsi, nous pouvons constater une grande diversité de pathologies et de mécanismes douloureux chez les patients douloureux chroniques adressés par les médecins généralistes, avec des profils ou des situations parfois très complexes, pour lesquelles ils reconnaissent se sentir en difficultés et demander de l’aide pour redéfinir une stratégie de prise en charge personnalisée. Face à ces demandes d’avis ou de suivi de plus en plus fréquentes, il semble nécessaire de s’interroger sur le degré de satisfaction des recours faits par les médecins généralistes aux SETD.

4. La satisfaction des recours aux SETD

Le degré de satisfaction des recours aux SETD résulte de leurs expériences passées et influe également sur les recours éventuels à venir. Les avis des médecins généralistes sur ce sujet sont divergents.

Certains se disent satisfaits de la prise en charge des SETD. La satisfaction peut être totale: *“En général, ils répondent aux attentes des patients”*, ou bien plus spécifique : *“La dernière fois que j’ai adressé un patient pour un suivi, j’étais très content des propositions et de l’évolution”*.

D’autres éprouvent des sentiments plus mitigés : *“Je suis plutôt déçu dans l’ensemble, il n’y a pas de suivi pour tous les patients que j’adresse”* ; *“J’ai eu des mauvaises expériences de propositions thérapeutiques non compatibles avec le profil de mon patient”* ; *“Les solutions ne sont pas à la hauteur de mes attentes”*

Certains ont des avis plus fluctuants, plus nuancés avec des expériences variables : *“J’ai des patients pour lesquels je suis très satisfait et pour d’autres ou je me dis que ça ne servait à*

rien car le patient revient vers moi". Dans de rares cas, les médecins généralistes n'ont pas eu de retour des patients qui y ont été et donc n'ont pas d'opinion sur la prise en charge.

Les motifs de satisfactions des médecins généralistes concernent avant tout le soulagement de la douleur:

- l'efficacité du traitement mis en place : *"Dès le début du traitement, les patients étaient soulagés"*
- l'utilisation de thérapeutiques ou de techniques spécifiques : *"J'ai des patients avec des TENS, c'est génial, ça marche bien et je ne pouvais pas leur proposer"; "J'ai un patient qui revit de son zona soulagé par des patchs de Qtenza"*
- le suivi est organisé: *"les patients sortent avec leur rendez-vous de suivi, les traitements sont réévalués, c'est bien organisé"*.

La satisfaction concerne également les autres bénéfices pour les patients:

- l'effet sur l'humeur : *"aller au centre anti-douleur est bénéfique sur le moral des patient";*
- le suivi par un centre spécialisé : *"Ils sont contents être prise en charge par des professionnels de la douleur chronique";*
- le suivi pluridisciplinaire: *"Les patients semblent apprécier la multiplicité de l'offre de soin"*.

Les motifs d'insatisfaction des médecins généralistes concernent essentiellement les traitements entrepris. Parfois le traitement entrepris est peu efficace : *"j'ai des patients à qui on a prescrit les mêmes médicaments que le neurologue avait déjà essayé"*. Dans d'autres situations, les médecins sont surpris de la prise en charge ne soit pas plus innovante : *"J'ai un patient avec des radiculalgies qui est ressorti avec du Rivotril®, c'est pas très original, je pensais qu'ils avaient plus de moyens, des techniques spécifiques"*. Certains pensent même que leur légitimité en tant que soignant est remise en question : *"À l'hôpital, ils reprennent tout depuis le début, comme si ce qu'on avait fait ou essayé ne comptait pas comme si on avait mal fait, donc évidemment on tourne en rond et on recommence avec les mêmes traitements qui ne fonctionnent pas"*.

Ces constatations concernant les motifs d'insatisfaction peuvent faire naître dans la tête des médecins généralistes, l'idée que les SETD ne peuvent pas faire plus et cela pourrait impacter leur recours à l'avenir.

Ainsi, on a pu dresser une opinion variable concernant les expériences de prises en charge des médecins généralistes de leurs patients au SETD. Globalement, la satisfaction est le sentiment le plus partagé, avec certains points de déception mis en évidence pour des situations précises, peut être lié à un défaut de communication ou une attente inatteignable. Éprouver une satisfaction ou une déception implique préalablement d'avoir des attentes et des idées précises de ce que pourrait faire les SETD pour leurs patients.

5. Les attentes de l'orientation aux SETD

Les demandes d'avis sont toujours motivées par une demande, une attente d'action ou une proposition. Ces attentes sont multiples et des disparités sont mises en évidence entre les médecins généralistes interrogés.

a) Aide en général

Pour certains médecins généralistes, le recours aux SETD représente le dernier atout de leur stratégie de prise en charge de la douleur. Ils n'ont pas forcément d'attente précise, mais demandent une aide générale pour la suite de la prise en charge de leur patient douloureux chronique, après faillite des stratégies précédentes. L'aide attendue n'est alors pas complètement déterminée : *"Mes attentes au centre anti-douleur sont qu'ils m'aident à soulager mon patient"*. La motivation du recours n'est pas spécifique mais plutôt l'expression de la difficulté rencontrée : *"je ne sais plus comment prendre en charge"*. Le recours peut être également un moyen pour le médecin généraliste de ne plus prendre en charge un patient : *"ça m'est arrivé d'en envoyer au centre anti-douleur pour me décharger de situation complexe"*.

b) Aide aux traitement médicamenteux

Les SETD sont des structures de référence en matière de traitement de la douleur. De ce fait, les demandes d'avis thérapeutique sur des situations précises sont fréquentes. Parfois les attentes sont plus générales et liées à l'utilisation de traitements antalgiques moins bien maîtrisés par le médecin généraliste : *"Il y a des traitements coantalgiques que j'ai rarement l'occasion d'utiliser alors je préfère avoir l'avis d'un spécialiste dans ce domaine"*. Dans d'autres cas, la demande est précise pour une situation clinique et pour un patient précis : *"J'avais un patient chez qui on augmentait les doses de morphine de plus en plus pour réussir à le soulager, à un moment je l'ai adressé pour qu'ils refassent le point sur les traitements parce que je pensais qu'il y avait peut être autre chose"*.

c) Aide aux traitements non médicamenteux

Les SETD sont des structures qui peuvent proposer une multitude de thérapeutiques non médicamenteuses pour soulager les douleurs. Certaines sont spécifiques de ces structures et les médecins généralistes, en y orientant les patients, attendent qu'on leur propose des nouvelles techniques pour soulager leurs patients : *"Ils ont le TENS, la magnétothérapie, des analgésiques locaux et probablement d'autres traitement spécifiques, c'est pour cela que j'envoie les patients, les médicaments on sait gérer"*.

d) Prise en charge globale

Les médecins généralistes peuvent avoir des attentes de prise en charge pluridisciplinaire de leur patient douloureux chronique, autant sur le plan physique, que

psychologique et social. Ainsi, derrière une demande de prise en charge de douleur chronique, se cache parfois plusieurs autres problématiques associées à la douleur ou étant la résultante de la douleur que le médecin généraliste ne parvient pas à décortiquer seul et pour lesquelles il aimerait l'aide d'une équipe pluridisciplinaire pour une prise en charge globale: *"À l'hôpital, ils travaillent en équipe, ils ont les bons intervenants sur place, ensemble on peut prendre en charge le patient dans sa globalité"*.

e) Une prise en charge conjointe

Une notion importante est évoquée ici, le souhait non pas de déléguer la prise en charge du patient douloureux chronique, mais plutôt de travailler conjointement dans l'élaboration d'une stratégie thérapeutique et d'organiser un suivi lié entre les soignants de ville et ceux de l'hôpital : *"J'ai parfois l'impression d'une relation unisens, qu'on pense que je veux me débarrasser du patient en l'envoyant au centre anti-douleur. Bien au contraire, j'aimerais qu'on travaille ensemble. Je pense qu'on pourrait échanger davantage sur le suivi pour une meilleure coordination des soins"*.

Certains médecins généralistes évoquent l'idée de *"participer à des réunions pluridisciplinaires concernant leurs patients"*, que cela *"valoriserait leur position"*. En pratique, ils reconnaissent que cette idée est peu réalisable du fait des contraintes organisationnelles, mais que ponctuellement et à l'avance, elle pourrait s'envisager : *"Avec la visio, et en s'y prenant à l'avance pour bloquer un créneau dans l'agenda, on peut tout à fait imaginer qu'un généraliste participe à distance à une réunion pluridisciplinaire à propos de son patient"*.

Une autre attente serait celle d'une meilleure communication entre les médecins, toujours dans l'idée d'une prise en charge plus coordonnée avec l'utilisation, une fois encore, de moyens technologiques : *" Avec le téléphone, ou encore le mail, c'est facile de se parler, de solliciter un avis, de poser une question. Avec le mail c'est encore mieux, on n'a plus de contrainte de temps, on répond quand on veut sans perturber nos consultations respectives"*.

f) Le suivi des patients

Même si certains évoquent l'intérêt de développer davantage un système d'avis ponctuel auprès des SETD, d'autres attendent des SETD une prise en charge dans la durée avec un suivi sur le long terme : *"J'espère un suivi en collaboration"*.

6. Le moment du recours aux SETD dans la prise en charge

Pour explorer davantage les raisons du recours aux SETD, il est important de s'interroger sur le moment au cours de la prise en charge des patients douloureux chroniques où les médecins généralistes jugent nécessaire de solliciter leur aide.

D'une part, les médecins généralistes sont d'accord pour dire qu'en cas de difficultés pour soulager la douleur, *"après échec de plusieurs traitements bien conduits"*, alors la douleur

va persister et avoir des répercussions pour le patient. Ainsi, au moment où il va falloir faire accepter le fait de vivre avec la douleur, ils orientent aux SETD pour *“apprendre au patient à vivre autrement avec ses douleurs”*.

D'autre part, l'origine psychogène est un élément qui va influencer le souhait de recourir à une SETD : *“J'envisage les centres anti-douleur pour des douleurs chroniques avec une composante psychologique probable, assez tôt dans la prise en charge”*.

Dans une autre mesure, les médecins généralistes estiment que lorsque l'étiologie ou le mécanisme de la douleur n'a pas été totalement déterminés par les bilans précédents, il y a également un motif de recours aux SETD : *“ça m'est déjà arrivé d'envoyer un patient pour lequel on était dans une impasse diagnostique, mais avec tous les comptes rendus des spécialistes et des examens”*. Ainsi, certains considèrent qu'une aide au diagnostic de l'étiologie douloureuse est également un motif de recours.

Enfin, il est important de réfléchir à la place des SETD dans le parcours de soins du patient douloureux chronique. Tous sont unanimes sur le sujet, les SETD ne peuvent être une solution précoce. Ils décrivent le parcours de soin du patient douloureux chronique de manière assez similaire : *“les médecins généralistes sont les premiers recours, ils réalisent le bilan étiologique”* ; *“systématiquement, j'adresse au spécialiste soit pour une proposition thérapeutique spécifique, chirurgie, infiltration, soit pour une aide au bilan étiologique”* ; *“après plusieurs tentatives infructueuses de soulagement, j'envoie au spécialiste pour savoir si on va dans la bonne direction et s'il peut apporter autre chose”*. L'avis du spécialiste paraît, pour certains essentiels : *“On a besoin d'eux”*. Ce n'est qu'après plusieurs mois ou années, d'échec de soulagement de la douleur que les SETD sont sollicités : *“Il faut avoir fait des bilans avant et pris l'avis de spécialistes, avant d'envoyer aux SETD, sinon on leur fait perdre leur temps”*.

Ainsi, les médecins généralistes ne parviennent pas à définir un moment précis où il faut adresser ou non aux SETD : *“Il n'y a pas de moment précis, c'est le moment quand on juge que c'est le moment”*. Lorsqu'ils atteignent ce moment de l'avis auprès des spécialistes de la prise en charge de la douleur, les médecins généralistes attendent des propositions thérapeutiques, qui se font le plus souvent par le biais de courriers.

7. Communication et transmission des informations

La volonté des médecins généralistes d'être intégrés à la stratégie thérapeutique de prise en charge de la douleur a déjà été évoquée plus haut. En effet, même si sur le plan organisationnel cette idée nécessite une certaine anticipation, les médecins ne sont pas fermés à l'idée d'améliorer leurs échanges et de se coordonner davantage. Pour cela, plusieurs moyens de transmission peuvent se mettre en place entre les médecins généralistes et les SETD: courrier, appel téléphonique, mail, ont déjà été évoqués.

Quasiment tous les médecins généralistes disent avoir reçu un compte rendu après avoir adressé un patient: *“J'ai reçu un compte rendu très détaillé de l'évaluation de la douleur, avec une synthèse des précédentes stratégies thérapeutiques, et des propositions thérapeutiques et de suivi en conclusion”*. Un des médecins révèle un intérêt certain à ce

compte rendu détaillé pour comprendre *“la nouvelle stratégie”*. Dans certains cas, le retour de cette consultation spécialisée fait par le patient : *“En général, il me raconte ce qu’ils ont proposé et me montre les ordonnances”*.

En effet, la transmission de l’information par courrier n’est pas toujours un gage de bonne communication. Certains déplorent des délais de réception du courrier de plusieurs semaines voir plusieurs mois : *“J’ai souvent un résumé de la consultation fait par le patient avant de recevoir le courrier”* ; *“Il faudrait que le patient reparte avec un courrier ou qu’on le reçoive la semaine suivante parce qu’en général il faut un mois et on a déjà revu le patient”*. Certains déplorent une transmission trop stéréotypée et longue : *“Le courrier fait plus de 5 pages, ils détaillent toutes les évaluations de la douleur faite en consultation, il reprend toute l’histoire et l’examen clinique. C’est trop long, je passe directement à la conclusion et aux propositions thérapeutiques. Toutefois, d’autres sont satisfaits de la qualité de la transmission, apprécient lire la démarche d’évaluation et la synthèse de la situation qui débouche sur une nouvelle stratégie de prise en charge : “J’aime comprendre la démarche, lire l’analyse effectuée de la douleur, ça m’aide à me former pour les prochains patients, surtout sur la partie évaluation de la douleur et des retentissements”*.

Ainsi, une volonté d’améliorer la communication et de collaborer davantage a été mise en évidence. Les médecins généralistes apprécient le fait d’avoir, la plupart du temps, un courrier de retour de transmissions et évoquent le souhait de pouvoir, à l’avenir, pour des situations précises, être également à l’initiative d’une correspondance vers les SETD. En effet, la raison évoquée est la fréquence des consultations de suivi des SETD souvent bi annuelle, qui rend l’évaluation et l’adaptabilité des nouvelles stratégies thérapeutiques plus compliquées. Un échange par mail ou par téléphone, succinct mais orienté du médecin généraliste, suite une évaluation plus récente en consultation, pourrait permettre d’ajuster la stratégie thérapeutique plus rapidement. *“Je ne suis pas fermée à l’idée d’envoyer des mails pour qu’on se coordonne dans les traitements, surtout pour adapter des traitements que je ne maîtrise pas comme l’utilisation du TENS”*.

8. La place des SETD dans la pratique habituelle

Au fur et à mesure de son expérience, le médecin généraliste développe un réseau de correspondants, souvent des spécialistes et des professionnels paramédicaux qui deviennent leurs interlocuteurs privilégiés pour adresser leurs patients. Ce réseau est constamment en évolution, du fait des retours d’expériences, de l’installation de nouveaux soignants, du départ de d’autres. Tout ceci s’intègre dans la pratique habituelle du médecin généraliste. Les médecins généralistes sont divisés lorsqu’on leur demande si les SETD font partie de leur pratique habituelle.

Plusieurs médecins affirment que les SETD ne font pas partie de leur pratique habituelle. Ils expliquent cela dans le fait de ne pas ressentir le besoin de les solliciter et d’avoir d’autres pratiques : *“Je prends en charge les patients douloureux chroniques avec les spécialistes d’organes”*. La méconnaissance de leur organisation et de leurs pratiques sont également une explication : *“Je trouve qu’on n’est pas informé sur ce qu’ils ont à nous proposer”*.

A l'inverse, d'autres médecins généralistes estiment que les SETD font partie de leur pratique habituelle: *"J'y pense toujours quand ça devient trop compliqué"*.

Cependant, parmi les médecins qui ont déjà eu recours au SETD, certains ne parviennent pas à définir s'ils font partie de leur pratique habituelle : *"Quand on envoie à l'hôpital c'est que c'est très compliqué et donc ça doit rester exceptionnel"*.

Ainsi, la place des SETD dans la pratique habituelle des médecins généralistes est difficile à définir. Pour certains, ces structures leur sont tellement méconnues qu'ils ne perçoivent pas comment les intégrer dans leur pratique. Pour d'autres, le rôle du médecin spécialiste de la douleur est bien définie et ils le voient comme un interlocuteur privilégié pour certaines situations de douleurs chroniques.

9. Intérêt des SETD

Comme évoqué précédemment, certains médecins généralistes ont déclaré avoir déjà eu recours aux SETD après plusieurs situations d'échec de tentative de soulagement de la douleur de leur part ou de celles des autres spécialistes. Ainsi, on peut se permettre de se demander si les médecins généralistes considèrent les SETD comme utiles.

La plupart des médecins généralistes considèrent les SETD comme utiles, autant pour les patients que pour eux-même : *"Je considère qu'ils sont une grande aide pour les patients"; "Oui ils sont très utiles"*. Ils ont un rôle de formation par l'imitation : *"ils me permettent de m'améliorer [...] je maîtrise mieux l'évaluation de la douleur grâce à leur expertise"*. Les médecins généralistes reconnaissent qu'ils ont des compétences supplémentaires : *"Ils ont des connaissances que je n'ai pas"*.

Pour ceux qui n'y ont pas fréquemment recours, leur utilité est présupposée: *"C'est bien qu'ils existent, même si je n'en ai pas vraiment besoin, ils doivent être utiles pour d'autres"*. *"Je n'ai pas vraiment vu d'efficacité de leurs propositions, mais ça ne veut pas dire qu'ils doivent disparaître"*.

Les SETD semblent donc utiles aux yeux des médecins généralistes, pour eux ou pour les patients. Pour autant, leur recours dans la pratique habituelle des médecins généralistes ne fait pas l'objet d'un consensus. Ainsi, il convient de s'intéresser aux motifs de non-recours aux SETD.

10. Les motifs de non-recours aux SETD

Les motifs de non-recours aux SETD peuvent être multiples et ne résultent pas uniquement de la pratique des médecins généralistes.

En effet, les médecins évoquent en première cause de profil du patient douloureux chronique. Comme évoqué précédemment, ce ne sont pas tous les patients douloureux chroniques qui sont orientés vers les SETD, ce sont ceux dont la stratégie de prise en charge

de la douleur actuelle fait défaut. Ainsi, cela concerne finalement qu'une petite partie des patients douloureux chroniques : *"les douleurs chroniques qui nécessitent un centre anti-douleur non sont pas si fréquentes"*. De plus, un médecin rappelle la temporalité de la persistance de la douleur : *"Peut être que pour l'instant on n'y a pas recours, mais peut être que plus tard on en aura besoin"*.

Parfois ce sont les patients qui refusent le recours aux SETD, soit parce qu'ils ne ressentent pas le besoin ou l'envie : *"Il y en a qui ont marre de voir plein de spécialistes, [...] il faut qu'ils adhèrent à la prise en charge sinon ça ne sert à rien"* ; soit parce qu'ils n'estiment pas en avoir le droit : *"il y a des patients qui pensent qu'il faut être en extrême souffrance pour aller à l'hôpital"*.

Les problématiques autour de la mobilité et du déplacement du patient douloureux chroniques peuvent être à l'origine d'hésitation pour y recourir : *"Il y a des patients qui ont beaucoup de mal à se déplacer, qui ne peuvent pas conduire, ou qui n'ont pas de famille pour les accompagner"*; *"le centre anti-douleur est trop loin pour certains donc autant ne pas leur en parler"*.

Les délais d'attente occupent une place prépondérante dans les motifs de non-recours : *"Les délais d'attente sont parfois de un an, ce qui décourage les patients et aggrave les retentissements"*.

Les modalités de rendez-vous sont décrites comme une possible limite de recours : *"La rédaction du courrier d'adressage est fastidieuse, il faut tout reprendre et tout décrire, [...] cela prend du temps alors on a tendance à reporter le recours"*

La méconnaissance de l'organisation des SETD ou leurs pratiques thérapeutiques sont une raison de leur non-recours. Certains médecins qui ne connaissent pas leur organisation: *"J'ai le sentiment que l'on est pas assez informé de leur fonctionnement"*. D'autres ne connaissent pas assez bien les offres de soins: *"Je ne savais pas qu'il pouvait y avoir une prise en charge psychologique dans les centres anti-douleur"*.

Le manque d'efficacité de certaines propositions de prise en charge des SETD est un motif de non-recours pour la suite de leur pratique. En effet, certains éprouvent un sentiment d'insatisfaction sur les traitements entrepris soit parce qu'ils sont peu efficaces: *"J'ai des patients à qui on a prescrit les mêmes médicaments que le neurologue avait déjà essayé"*; soit parce qu'ils sont peu innovants : *"J'ai un patient avec des radiculalgies qui est ressorti avec du Rivotril®, c'est pas très original, je pensais qu'ils avaient plus de moyens, des techniques spécifiques"*.

Enfin, lorsque les médecins généralistes comparent leur capacité de prise en charge à celles des SETD, ils ne s'estiment pas moins compétents : *"J'attendais qu'une centre anti-douleur fasse mieux que moi, si c'est pour prescrire les mêmes médicaments c'est pas la peine"*.

Ainsi, on arrive à mettre en évidence plusieurs motifs expliquant le non-recours aux SETD, d'une part lié au patient et à ses limitations fonctionnelles rendant le déplacement

périlleux, d'autre part lié aux modalités d'accès géographique et de prise de rendez-vous et enfin, lié au médecin avec son expérience et sa pratique des SETD.

11. Les motifs qui favoriseraient le recours aux SETD

Parmi les axes d'amélioration, les médecins généralistes mettent en avant le manque d'informations des SETD. La localisation géographique des structures de références est connue de tous et ne fait pas débat dans le département Indre-et-loire. Cependant, la composition de l'équipe pluridisciplinaire et ainsi l'offre de soins qui peut être proposée sont mal connus des médecins généralistes. De ce fait, ils ont parfois du mal à concevoir une prise en charge avec les SETD et aimeraient plus de communications sur ce sujet : *"Il faudrait avoir plus d'informations sur leurs pratiques"*. Ils proposent un *"support auquel se référer"*, en papier ou éventuellement numérisé, réunissant *"les coordonnées"*, la présentation de *"l'équipe soignante, l'offre de soins et les modalités d'accès"*.

Un autre axe abordé est celui des délais de rendez-vous plus courts : *"Il faudrait des délais de rendez-vous plus courts, surtout pour les demandes d'avis sur une thérapeutique"*. Les médecins généralistes proposent plusieurs idées pour répondre à leurs besoins:

- un système d'avis ponctuel par mail ou via une plateforme d'avis en ligne : *"je pense qu'un système d'avis rapide pour la douleur chronique pourrait s'envisager, mais par mail ou Omnidoc plutôt que par téléphone sinon c'est trop contraignant"*
- un bilan global en une seule fois pour leurs patients les plus fragiles avec un handicap fonctionnel : *"Cela serait bien s'ils pouvaient faire toute l'évaluation en une fois, surtout pour les personnes âgées, ils verraient le médecin, l'assistante sociale, la psychologue et on aurait une stratégie pour la prise en charge des douleurs gériatriques"*
- un accès plus rapide à une thérapeutique spécifique : *"J'aimerais qu'on puisse leur envoyer des patients sans forcément faire tout un bilan d'évaluation, juste pour faire de l'électrostimulation ou une prescription de TENS"*.

Parmi ceux qui ont l'expérience des SETD, ils évoquent la volonté de prise en compte des thérapeutiques déjà entreprises et inefficaces pour favoriser l'accès à des stratégies plus innovantes et spécifiques plus rapidement : *"Il faudrait qu'ils prennent en compte ce qui a déjà été essayé"*; *"pour tout de suite passer à des thérapeutiques qu'on ne peut pas mettre en place"*.

Enfin, comme axe d'amélioration des recours, les médecins généralistes évoquent l'importance de connaître ses interlocuteurs, de créer du lien avec les médecins des SETD: *"J'aimerais avoir un bon interlocuteur, qui sait comment on fonctionne en ville"*. Pour que cette relation existe et perdure, cela implique que la communication entre les deux parties soit possible et aisée, par mail ou par téléphone, comme déjà évoqué; tout ceci dans un objectif d'améliorer la coopération et la coordination pour une meilleure prise en charge du patient.

Ainsi, les grands axes proposés par les médecins généralistes pour améliorer le recours aux SETD sont des informations supplémentaires sur les SETD et plus précisément leurs offres de soins, une meilleure accessibilité avec des modalités de prise en charge plus rapide selon la

problématique, des soins plus spécifiques et enfin une amélioration de la coopération entre les soignants.

C'est sur cette notion de coopération entre les soignants que se termine notre analyse. Elle semble être la réponse à la majorité des attentes et des difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes face aux patients douloureux chroniques. Ainsi, en améliorant cette coopération entre les soignants, on peut imaginer répondre aux attentes des médecins généralistes concernant les Structures d'Évaluation et de Traitement de la Douleur.

TROISIEME PARTIE: DISCUSSION

I. Les limites de la méthode utilisée

A. Les limites liée au type d'enquête

1. Les perturbations du discours

On attend de l'utilisation de la technique de l'entretien que la personne interrogée soit honnête dans ses réponses, qu'elle puisse éventuellement se livrer, laisser libre cours à sa pensée parfois même aller jusqu'à faire des projections. Cependant, elle peut également répondre ce qu'elle pense être la réponse attendue par l'enquêteur pour tenter de paraître agréable ou bienveillant. La technique de l'entretien peut ainsi favoriser la mise en scène de soi dans un but de renvoyer une image positive. Ainsi, la technique de l'entretien peut créer un biais "*de désirabilité*", qui désigne la tendance à se présenter de la manière la plus avantageuse possible auprès de l'enquêteur. De ce fait, il peut y avoir une certaine discordance dans le discours et donc fausser la représentation des pratiques médicales analysées.

2. L'absence de résultats quantifiables

L'enquête qualitative par entretiens semi-directifs ne permet pas de faire de comparaison par quantification des pratiques des médecins généralistes. Nous ne pouvons pas définir, parmi les témoignages enregistrés, les pratiques les plus fréquentes ou les plus rares.

B. Les limites liées à la constitution de l'échantillon

1. Un petit nombre de médecins

Vingt entretiens ont été réalisés dans cette enquête. Le choix de limiter l'enquête à vingt entretiens a été déterminé par l'apparition de redondance dans les réponses. Cependant, on ne peut savoir avec certitude si on a suffisamment diversifiés les médecins interrogés pour atteindre un seuil de saturation acceptable pour avoir une idée des pratiques des médecins généralistes. En effet, ce sont des contraintes organisationnelles qui ont déterminé la taille de l'échantillon. D'abord, des contraintes géographiques de l'enquête sous forme d'entretien en face à face dans le département Indre-et-Loire avec de multiples déplacements sur le territoire pour se rendre dans les cabinets des médecins enquêtés. Ensuite, des contraintes temporelles

liée au choix de la méthode de l'enquête par entretien, ainsi la retranscription de tout le corpus et enfin l'analyse thématique n'ont pas permis de multiplier davantage le nombre d'entretiens.

2. Biais de sélection des médecins

Lors de la constitution de l'échantillon, on a défini les critères d'inclusion suivants: être médecins généralistes exerçant en cabinet de ville, installé depuis au moins un an, dans le département Indre-et-Loire.

Les médecins généralistes contactés ont été sélectionnés, par hasard à partir de l'annuaire en ligne des praticiens. Cependant, l'obtention de rendez-vous pour la réalisation des entretiens a été périlleuse avec de nombreux refus, pour certains justifiés par la contrainte organisationnelle d'un entretien pendant environ trente minutes. Ainsi, on peut se demander si les médecins qui ont accepté de participer à l'enquête ne l'ont pas fait car ils connaissaient bien le sujet de la douleur chronique ou de leurs structures de prise en charge. Dans ce cas, on parle ainsi de biais de distorsion des réponses.

C. Les oublis du guide d'entretien de l'enquête

Les entretiens se sont déroulés en suivant un guide d'entretien qui présentait les grands thèmes sur lesquels nous voulions interroger les médecins généralistes. Des sous-thèmes ont été associés pour faire préciser les propos et mieux appréhender les connaissances sur la douleur chronique, les patients douloureux chroniques et les Structures d'Étude et de Traitement de la Douleur chronique. Des profils de patients ou des situations bien particulières ont été écartés du guide, afin de ne pas s'attarder sur un profil de patient bien particulier ce qui aurait pu s'écarter des grands thèmes des patients douloureux chroniques de manière plus générale.

1. La douleur chronique chez la personne âgées

Aucun développement de la prise en charge de la complexité de la douleur chronique chez la personne âgée n'a été demandé au cours des entretiens. Certains médecins ont spontanément évoqué la difficulté de déplacements de cette partie de la population et ainsi ont proposé cette justification comme motifs de non-recours aux SETD pour ce profil de patient.

2. La douleurs chroniques en pédiatrie

De la même manière, aucun développement sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'enfant n'a été demandé. Cependant, aucune limite d'âge des patients douloureux chroniques n'a été définie. Si bien que, si l'un des médecins interrogés avait voulu témoigner de l'évaluation ou du traitement de la douleur chronique en pédiatrie il n'aurait pas été interrompu. Cependant, aucun médecin interrogé n'a évoqué la population pédiatrique.

3. La douleur chronique de la personne vulnérable ou handicapée

Selon la même logique, aucun éclaircissement sur les pratiques des médecins généralistes sur les patients vulnérables n'a été formulé, également du fait de certaines spécificités en lien avec leurs capacités de communication ou de déplacement qui ne permettent pas la généralisation au profil du patient douloureux chronique. En effet, du fait du temps limité pour la réalisation des entretiens, nous avons choisi de ne pas orienter la discussion vers certains profils de patients ou certaines situations pour ne pas s'éloigner du patient douloureux chronique au sens strict.

II. Discussion des résultats

A. Intérêt de l'enquête

En France, la prise en charge de la douleur chronique a fait l'objet d'une priorité nationale et de santé publique depuis 1998 avec la création du premier plan de lutte contre la douleur. Au terme de ce plan, les conclusions montraient une prise de conscience au niveau des professionnels de santé mais également de la population ainsi que des changements notables concernant la prise en charge thérapeutique de la douleur. Cependant, malgré ces changements, des difficultés ont persisté et deux nouveaux plans gouvernementaux se sont succédés en 2002 puis en 2006 pour soutenir les efforts engagés en matière d'évaluation et de traitement de la douleur et renforcer la visibilité des structures de prise en charge de la douleur. Plus récemment, la Haute Autorité de Santé a publié un guide sur le parcours du patient douloureux chronique, en janvier 2023. C'est dans ce contexte, celui d'une prise de conscience de la réalité de l'existence de la douleur chronique que se place notre enquête.

1. Un état des pratiques des médecins généralistes à un instant précis

L'enquête s'est déroulée quatorze ans après la fin du dernier plan gouvernemental qui structurait la prise en charge de la douleur chronique et les modalités de coordination et presque un an après la publication du guide sur le parcours du patient douloureux chronique de l'HAS. Dans ce contexte, faire un état des lieux des pratiques des médecins généralistes sur ce sujet constituait un moment idéal. Le médecin généraliste est au centre de la prise en charge des patients douloureux chroniques et plans gouvernementaux successifs ont rappelé leur rôle essentiel et leur place au cœur des stratégies de prise en charge. Les résultats de notre enquête au sein de notre département, font donc la photographie des pratiques des médecins généralistes concernant leurs recours aux SETD et les questionnent sur leurs attentes à leur égard.

2. Le champ de l'enquête

Pour répondre à la question des attentes et des représentations des médecins généralistes à l'égard des SETD, il fallait donc s'intéresser à leurs pratiques.

Les pratiques des médecins généralistes concernant la prise en charge de la douleur chronique résultent de leurs connaissances théoriques sur la douleur, mais également les spécificités du patient douloureux chronique, et enfin de l'existence des SETD et de leurs pratiques et des stratégies thérapeutiques qu'elles peuvent mettre en place. Pour comprendre les attentes des médecins généralistes à l'égard des SETD, il fallait dans un premier temps étudier leurs pratiques dans le domaine de la douleur chronique, dans la prise en charge des patients douloureux chroniques, les interroger sur leurs connaissances concernant les SETD et enfin mettre en lumière leur relation de collaboration avec ces structures.

B. Synthèse des résultats

1. Réflexion sur les résultats

a) La réalité d'une patientèle douloureuse

Pour commencer, ce qui ressort des entretiens de manière inéluctable c'est l'existence de patients douloureux chroniques. Cette réalité confirme la pertinence de mener l'enquête auprès des médecins généralistes et de mener une réflexion sur leurs pratiques.

b) Le profil complexe du patient douloureux chronique

Le profil complexe des patients douloureux chroniques dont s'occupent les médecins généralistes résultent de la grande diversité de pathologies douloureuses chroniques et des différents mécanismes de la douleur susceptibles d'être rencontrés: douleurs neuropathiques, par excès de nociception, psychogènes ou idiopathiques. Cette diversité de pathologies et de mécanismes est un élément qui rend la prise en charge complexe, parfois dès le bilan étiologique. On comprend ainsi parfois la difficulté de poser le diagnostic, en particulier lorsqu'une origine psychogène est suspectée.

c) Un risque de difficulté à tout moment dans la prise en charge

Notre enquête nous a permis de mettre en évidence les différentes étapes qui composent la stratégie thérapeutique du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur chronique. Dans un premier temps, elle passe par l'utilisation de médicaments, par la pratique de psychothérapie et par la prise en charge des retentissements de la douleur. Chacune de ses étapes a été l'occasion de mettre en évidence des difficultés, en particulier des réticences quant à l'utilisation des co-antalgiques faute d'habitudes de certaines molécules et par craintes d'effets indésirables.

Dans un deuxième temps, la stratégie thérapeutique intègre le recours aux médecins spécialistes, aux psychothérapeutes, aux kinésithérapeutes, ou à tout autres professionnels paramédicaux. Nombreux ont été les témoignages d'échec de soulagement de la douleur ou d'impasse thérapeutique dans lesquels ils se sont retrouvés avec certains patients.

La contrainte du temps nécessaire pour chaque consultation et de temps pour les consultations à répétition augmentent également leurs difficultés de prise en charge. La nécessité de souvent faire preuve de patience et rester empathique à mesure que la douleur persiste et que les retentissements s'ajoutent aux douleurs va augmenter les difficultés. À partir de tous ces éléments, un sentiment d'échec peut se faire ressentir. Il est le résultat de l'accumulation de plusieurs tentatives de soulagement infructueuses que les généralistes et spécialistes d'organes n'arrivent pas toujours à résoudre définitivement.

d) Des pratiques variables

L'enquête met en évidence une expérience hétérogène des pratiques des médecins généralistes lors des différents moments de la prise en charge. Nous avons vu qu'il existait une divergence d'aisance et de pratique lors du bilan étiologique. Cette étape n'est pas toujours perçue comme source de difficulté. Cela peut sembler surprenant tant la caractérisation du mécanisme de la douleur peut être compliquée à identifier et à décrire pour les patients. D'autres disparités sont mises en évidence concernant l'aisance à la prescription des co-antalgiques et de la gestion des effets indésirables.

Cette disparité des pratiques est visible à toutes les étapes de la prise en charge et tout au long de l'enquête. Ceci laisse donc entrevoir la persistance d'une hétérogénéité dans la pratique des médecins généralistes malgré les différents plans gouvernementaux pour tenter d'unifier les pratiques. Cette variabilité peut s'expliquer par le phénomène d'apprentissage par l'expérience, qui traduit le fait que certains ont acquis des connaissances avec le temps. Cette variabilité peut également résulter de formation spécialisée supplémentaire, par l'intermédiaire de DU douleur ou de FMC sur le sujet.

2. Le recours aux SETD en fonction des connaissances de ces structures.

a) Une légitimité d'exister reconnue

Du fait de la complexité de prise en charge de certaines situations chroniques douloureuses que les médecins généralistes rencontrent, l'existence des SETD est nécessaire. Le besoin de leur expertise s'est globalement fait ressentir tout au long de l'enquête.

b) Un recours en fonction des capacités des prises en charge ambulatoire

La nécessité de recours ou de non-recours des SETD par les médecins généralistes va dépendre des capacités de prise en charge ambulatoire du médecin lui-même mais également de ses correspondants spécialistes et paramédicaux. Ainsi, les demandes de recours sont

parfois tardives car les médecins généralistes estiment effectuer une prise en charge efficace et avoir établi une stratégie thérapeutique solide avec l'aide de leur réseau.

c) Un recours en fonction des connaissances de l'activité des SETD

Les médecins généralistes manifestent le besoin de connaître l'organisation des SETD de leur territoire, d'en connaître les interlocuteurs et les activités thérapeutiques qui peuvent y être mises en place. En effet, cette méconnaissance a été mise en avant comme limite à leur sollicitation. Là encore, on note une forte disparité entre les médecins interrogés en ce qui concerne la connaissance des SETD. On comprend ainsi qu'il ne peut exister des attentes partagées étant donné les disparités de connaissance des pratiques de ces structures.

3. Réflexions sur les attentes des médecins généralistes

Bien que de nombreuses différences soient mises en évidence dans le discours des médecins généralistes, l'enquête met cependant en évidence une certaine constance et logique. En effet, les attentes des médecins généralistes, le sentiment de satisfaction ou d'insatisfaction à l'égard des SETD sont liés aux motifs de recours ou de non-recours à ces structures. De ces trois idées ressortent la même récurrence:

- L'information: La demande d'information ou le défaut d'information sont très souvent évoqués autour des pratiques des SETD. Leur connaissance aura des conséquences directes sur leur recours et donc sur la création d'attente de la part des médecins généralistes.
- Des thérapeutiques spécifiques: Cette notion est systématiquement abordée, soit en parlant des attentes de propositions thérapeutiques, soit concernant des mauvaises expériences; c'est un élément central de recours.
- Le besoin d'aide: Qu'il soit ressenti ou non, il est un moteur essentiel de recours. Dernière lui se cache des attentes, celle d'une aide spécifique dans une situation complexe, celle d'une proposition thérapeutique de soulagement de la douleur.

4. Réflexions sur les recommandations de pratique clinique

Au cours de l'enquête, aucun médecin interrogé n'a fait référence à des publications. Personne n'a mentionné la recommandation récente de l'HAS de janvier 2023 sur le parcours du patient douloureux chronique ou toute autre publication antérieure. Cette absence de référence est difficile à interpréter: est-ce par manque d'attrait pour le sujet de la douleur chronique? Est-ce par manque de temps pour se tenir informé? Est-ce par la récurrence de nouvelles recommandations et la multiplication des sources d'information? Ces réflexions nous amènent à la problématique du moyen le plus efficace pour faire passer une information aux médecins.

III. Comparaison avec des enquêtes pré-existantes

Nous avons sélectionné deux enquêtes quantitatives dont les thèmes se rapprochent de notre enquête, mais avec une autre méthodologie. Ainsi, elles explorent les attentes et les satisfactions des médecins généralistes à l'égard des structures de prise en charge de la douleur chronique dans l'Indre. Du fait de thèmes communs concernant les attentes et l'utilité des SETD, il nous paraissait intéressant de comparer les résultats.

1. L'enquête de la Consultation Pluridisciplinaire de la Douleur de Châteauroux de 2005

En 2005, le centre hospitalier de Châteauroux dans l'Indre, a ouvert la première et unique structure de prise en charge de la douleur du département. De ce fait, une étude quantitative [44] a été menée pour évaluer les attentes des médecins généralistes à l'égard de la création de cette structure afin d'en modifier les pratiques en fonction de leurs besoins.

Bien que les modalités de l'enquête soient différentes, les thèmes abordés correspondent aux champs d'exploration de notre enquête.

Dans l'enquête du SETD de l'Indre, les médecins généralistes rapportaient un souhait de délais de prise en charge relativement courts de l'ordre de 2 à 4 semaines, avec éventuellement une filière encore plus rapide pour certaines situations urgentes. Dans notre enquête, nous avons pu mettre en évidence que les délais de rendez-vous étaient perçus comme un facteur rendant plus difficile l'organisation du recours et pour certains, ce motif était même un facteur de non-recours au profit d'une autre proposition thérapeutique.

L'enquête du SETD de l'Indre a montré que tous les médecins généralistes souhaitaient une bonne communication avec les intervenants de la structure et ils considéraient qu'un retour de chaque consultation par courrier était le bon moyen pour être informé du suivi du patient, sans différence entre le moment de réception du courrier. Dans notre enquête, nous avons pu faire apparaître un désir de communication entre les médecins généralistes et les SETD encore plus important. En effet, les médecins généralistes ont manifesté un souhait de participer à des réunions pluridisciplinaires avec l'équipe du SETD pour discuter de certains de leurs patients. Ceux qui l'ont évoqué, ont reconnu une certaine anticipation dans leur organisation, mais envisagent un recours à l'utilisation d'une visioconférence pour limiter la contrainte géographique. De plus, les médecins généralistes ont également fait part de leur volonté d'une meilleure communication avec les soignants du SETD, par le biais de courrier plus rapidement reçu, parfois même remis en même propre à la fin de la consultation.

Enfin, l'enquête du SETD de l'Indre a montré une volonté des médecins généralistes de recevoir des informations et des formations sur les techniques d'antalgie, les facteurs de chronicisation de la douleur et leurs retentissements. De plus, elle mettait en évidence un souhait de formation par des réunions sur ces thèmes. Tout au long de notre enquête, nous avons pu mettre en avant une demande d'information de la part des SETD. Certains ont pu profiter de cette introspection pour mettre en évidence des points sur lesquels ils souhaiteraient

améliorer leur formation, via la participation à des journées de formations médicales continues. La plupart ont insisté sur le fait de recevoir plutôt des informations concernant ces structures et plus exactement leurs pratiques, afin de mieux appréhender ce qu'ils peuvent en attendre et ainsi favoriser leur recours.

Ainsi, l'enquête réalisée à l'ouverture de la Consultation Pluridisciplinaire de la Douleur de l'Indre confirme certains de nos résultats sur des thèmes communs comme les délais de rendez-vous, l'importance de la communication et la volonté d'informations.

2. L'enquête de la Consultation Pluridisciplinaire de la Douleur de Châteauroux de 2008

Dans une certaine logique, cette deuxième enquête fait finalement suite à la première. En effet, trois ans après la création de la Consultation Pluridisciplinaire de la Douleur dans l'Indre, soit en 2008, ils ont réalisé une deuxième enquête quantitative, pour évaluer la satisfaction des médecins généralistes à l'égard de leur collaboration avec cette structure [45].

L'enquête de la SETD de l'Indre a indiqué que, trois ans après son ouverture, la structure bénéficiait d'une importante notoriété car seulement un médecin interrogé ne connaissait pas son existence. Ils ont également pu mettre en évidence que 90% des médecins interrogés avaient des patients en commun avec la structure; ce qui peut bien sûr laisser supposer un intérêt important pour le sujet chez les répondants. Notre enquête, quant à elle, a montré que tous les médecins connaissaient l'existence des SETD de notre département, qu'ils y aient recours ou non; avec une nuance sur la spécialisation pédiatrique d'une antenne dans l'hôpital pédiatrique de Tours.

Concernant la satisfaction des médecins généralistes à l'égard de la structure de l'Indre, les résultats de leur enquête montrent une satisfaction globale importante évaluée à 8/10 en moyenne. Les principaux motifs de satisfaction déterminés portent sur l'utilisation d'approches spécifiques, l'approche psychologique, la pluridisciplinarité, le niveau d'expertise et la qualité des courriers médicaux. Ces critères ont également été mentionnés dans notre enquête concernant la satisfaction des recours antérieurs mais sans possibilité de quantifier du fait de la méthode. D'autre part, en ce qui concerne les points d'insatisfaction, l'enquête de la SETD de l'Indre rejoint notre analyse et met en évidence la problématique des délais de rendez-vous pour la prise en charge. Ainsi les modalités d'accessibilité ont été perçus, dans les deux enquêtes, comme un axe possible d'amélioration.

Les conclusions de cette enquête quantitative sur l'évaluation de la satisfaction des médecins généralistes à l'égard de la Consultation Pluridisciplinaire de la Douleur de Châteauroux semble moins en accord avec nos résultats. En effet, bien qu'une comparaison quantifiable ne puisse être réalisée du fait d'une méthode différente, on peut se permettre d'extrapoler, de part les réponses très diverses concernant la satisfaction, des résultats moins élevés. En effet, l'enquête quantitative de la structure de Châteauroux a montré une satisfaction globale moyenne importante des recours à la structure. Et notre enquête qualitative, quant à elle, a montré certains motifs de satisfaction concernant les recours aux SETD, mais également

un certain nombre de motifs d'insatisfaction, sources de non-recours ou de retard d'orientation. Toutefois, il est possible que cette différence de résultats, soit liés à un biais de recrutement des médecins répondants dans l'enquête de la structure de Châteauroux, qui sont pour beaucoup habitués à collaborer avec la structure.

IV. Comparaison avec les publications des autorités scientifiques

Il semble pertinent, pour compléter notre réflexion, d'appréhender les résultats de notre enquête en les comparant aux publications des autorités scientifiques. Ainsi, nous allons tenter de déterminer si les pratiques des médecins généralistes correspondent aux recommandations de l'HAS de 2023.

A. Recommandations de l'HAS de 2023 et comparaison avec l'enquête

1. Bilan initial du patient douloureux chronique

Selon les recommandations de bonnes pratiques cliniques, l'orientation en structure spécialisée d'évaluation et de traitement de la douleur nécessite que les conditions suivantes soient respectées:

- le bilan clinique initial, ainsi que les examens complémentaires à visée diagnostique, ainsi que les avis spécialisés ont été réalisés;
- des stratégies de prise en charge en ambulatoire, médicamenteuses ou non médicamenteuses ont été envisagées;
- le médecin qui oriente dans ces structures spécialisées a informé du caractère pluridisciplinaire de l'évaluation de la douleur;
- la demande de recours doit s'accompagner du formulaire d'une demande d'avis ou d'une consultation en SETD, auquel peut être associée une lettre de liaison, envoyée par courrier ou via la messagerie sécurisée. Il est présenté à l'annexe 4.
- sauf exception, les nouveaux patients devraient avoir bénéficié d'une première évaluation en ville (grille d'évaluation d'une douleur chronique en soins primaires) et devraient remplir un auto-questionnaire d'évaluation d'une personne douloureuse chronique en soins primaires.

En ce qui concerne le bilan étiologique initial, nous avons déterminé que les médecins généralistes adressent tardivement les patients aux SETD, en tout cas rarement de façon précoce. De ce fait, les médecins traitants ont déjà réalisé l'analyse du mécanisme douloureux et ont déjà réalisé de multiples explorations étiologiques. Souvent, ils ont également déjà pris l'avis de confrères spécialistes d'organes. Et systématiquement, ils ont tenté des thérapeutiques pour soulager la douleur. Ainsi, il semble que les recommandations concernant le parcours du patient douloureux chronique soient respectées.

Cependant, les précisions récentes concernant la demande de recours avec un formulaire type et une évaluation initiale par grille ou questionnaire n'ont que très peu été mentionnées par les médecins généralistes. Beaucoup font référence à la rédaction d'un courrier d'adressage détaillant l'étiologie douloureuse, les bilans réalisés et les thérapeutiques entreprises. Cette différence de connaissances des modalités d'adressage vient probablement d'expérience de pratiques antérieures à la mise en place de ces recommandations.

2. Orientation en SETD

Les recommandations de l'HAS précisent concernant l'orientation d'un patient vers un SETD :

- La demande de consultation de suivi doit répondre à des objectifs déjà discutés avec le patient.
- La sollicitation des SETD pour une prise en charge ne signifie pas un abandon de la prise en charge ambulatoire.

Dans notre enquête, nous avons mis en évidence de multiples motifs de recours des SETD. Certains allaient dans le sens de ces recommandations, en exprimant une demande d'aide face à l'incapacité d'une prise en charge ambulatoire seule et la faillite de la stratégie thérapeutique actuelle. Cette demande d'aide, pour les médecins généralistes qui connaissent le fonctionnement des SETD, s'accompagnent également d'attentes et d'objectifs concernant la prise en charge qui peut être proposée. Cependant, notre enquête ne met pas en lumière cette notion de définition d'objectifs préalables avec le patient, concernant ses attentes à l'égard de la prise en charge. Pourtant, formuler avec le patient ses objectifs et en particulier l'aider à définir des objectifs atteignables fait partie du travail réalisable en amont de l'orientation vers les SETD pour savoir quelle stratégie thérapeutique de soulagement de la douleur mettre en place.

D'autres motifs de recours aux SETD exprimés dans notre enquête ne vont pas dans le sens de ces recommandations. En effet, certains médecins généralistes ont exprimé le souhait de se décharger dans la prise en charge de leur patient douloureux en orientant vers les SETD. Ce besoin de prendre de la distance, traduit le sentiment d'épuisement possible des médecins généralistes face à la complexité de la prise en charge de ces patients autant en matière de temps qu'en matière de retentissement psychologique pour le médecin. Les qualités de patience et d'empathie des soignants ont été citées comme facteur important de lien pour le suivi de leurs patients, mais également facteur source d'épuisement.

L'HAS précise l'existence de plusieurs parcours cliniques au sein des SETD :

- La sollicitation urgente: Une situation qui rentre dans le cadre d'un dispositif "*coupe-file*" avec des plages de rendez-vous dédiés à une prise en charge plus rapide avec évaluation médicale si le patient n'est pas connu de la structure, et une prise en charge de soins spécifiques urgente.
- La demande de prise en charge spécifique : Elle doit être argumentée via le formulaire de demande d'avis complété, une évaluation médicale est également réalisée avant de mettre en place une prise en charge spécifique de la douleur.

- La demande de prise en charge globale pluridisciplinaire.

Ces précisions de l'HAS font écho avec certains motifs d'insatisfaction mis en évidence dans notre enquête. En effet, la demande d'une prise en charge plus rapide pour des situations jugées comme urgentes a été plusieurs fois émise et était paradoxalement un facteur de non-recours faute de disponibilité d'accès des rendez-vous. De plus, des demandes d'accès privilégiés pour la prise en place de thérapeutiques spécifiques se sont fait ressentir, avec une volonté de pouvoir bénéficier, via le SETD, de thérapeutiques qu'ils connaissent disponibles dans ces structures mais qu'ils ne peuvent prescrire ou mettre en place en médecine de ville. L'existence d'un parcours de demande de prise en charge spécifique nécessite la connaissance, par tous les médecins généralistes, de l'offre de soins des SETD. Or, le manque d'information sur les pratiques des SETD a été régulièrement cité dans notre enquête.

B. Perspectives de l'enquête en lien avec le dernier plan gouvernemental de 2006-2010

1. Formation

En conclusion du troisième plan gouvernemental de 2006-2010 de la prise en charge de la douleur, plusieurs priorités ont été définies dans le but d'améliorer la prise en charge de la douleur chronique. De ces priorités sont nés l'amélioration de la formation médicale initiale, avec la dispensation au cours du cursus universitaire des étudiants en médecine, de cours sur les différents mécanismes de la douleur, sur son évaluation et ses thérapeutiques médicales et non médicales. De plus, les formations médicales continues sur les mêmes thèmes ont vu le jour, pour les médecins déjà diplômés.

Concernant notre enquête, nous avons pu mettre en évidence que ces priorités en matière de formation semblent avoir porté leur fruit, les médecins généralistes se sentant, pour la plupart, à l'aise sur les connaissances dans les thématiques de la douleur, de ses mécanismes et de ses traitements. Ils connaissent l'existence de ces formations médicales continues sur la douleur et beaucoup en ont déjà réalisées. Pour certains, l'enquête a révélé le besoin d'éclaircir des connaissances et de probablement participer à une prochaine session de formation.

2. Structuration de la filière de soins de la douleur

L'autre priorité retenue au décours du troisième plan gouvernemental est la nécessité de structuration de la filière de soins de prise en charge des douleurs chroniques. Les conclusions montraient un besoin d'améliorer la qualité de la prise en charge et la visibilité des structures auprès des autres professionnels de santé. Notre enquête a montré des points à améliorer sur ces sujets. Concernant la visibilité des structures, les médecins généralistes connaissent l'existence et la localisation des structures; mais n'en connaissent pas toujours la composition et les offres de soins, créant des motifs de non-recours par manque d'information. C'est dans ce sens que la qualité de la prise en charge des patients douloureux chroniques peut être améliorée.

V. Perspectives de l'enquête pour l'avenir

A. Reproduire l'enquête à distance

L'enquête qualitative réalisée fait l'état des lieux des pratiques des médecins généralistes à un instant précis, environ un an après la publication de recommandations scientifiques de l'HAS sur le parcours de soin du patient douloureux chronique et à distance du dernier plan gouvernemental de prise en charge de la douleur de 2006-2010. Il semble ainsi envisageable de reproduire l'enquête à l'issue d'un quatrième plan gouvernemental sur la prise en charge de la douleur pour faire état de l'évolution des pratiques des médecins généralistes. Pour le moment, aucun plan gouvernemental sur la douleur est en cours et la prise en charge de la douleur ne fait pas partie de l'actuel projet du gouvernement en matière de santé.

B. Enquête quantitative par questionnaire

Notre enquête qualitative par entretien semi-directif a permis d'explorer de grands aspects autour de la prise en charge de la douleur et les recours des médecins généralistes aux SETD. Ces différents aspects évoquent le diagnostic étiologique de la pathologie douloureuse, les mécanismes de la douleur, les traitements médicamenteux, les retentissements de la douleur chronique, les liens avec les SETD, la satisfaction des médecins. Cependant, notre enquête ne permet aucune quantification des pratiques et donc de définir des axes en priorité à améliorer. Ainsi, on pourrait imaginer reproduire une enquête quantitative, ayant pour objectif l'évaluation des pratiques des médecins généralistes concernant l'orientation des patients douloureux chroniques, en reprenant les grands thèmes de notre guide d'entretien.

C. Aider les médecins généralistes dans leur prise en charge des patients douloureux chronique

Notre enquête a permis de mettre en évidence que les médecins généralistes rapportent encore des difficultés de coopération efficace avec les SETD. En effet, les difficultés viennent essentiellement d'un manque d'information. Il semble donc indispensable pour favoriser une meilleure coordination et une meilleure organisation de la prise en charge de la douleur, que les SETD fassent une diffusion d'information auprès des médecins généralistes de leur secteur. Les informations pertinentes dont les médecins généralistes semblent avoir besoin sont essentiellement la présentation de l'équipe pluridisciplinaire intervenante, afin de connaître ses interlocuteurs et la présentation de soins qui peuvent être proposés avec des indications thérapeutiques globales.

Le support de cette diffusion d'information peut être variable, un feuillet imprimé distribué à tous les médecins ou bien, par souci écologique et économique, un feuillet en version numérique,

envoyé sur les messageries de tous les médecins du département. Cette information diffusée aurait également pour but de rappeler l'existence du guide de l'HAS de 2023 sur le parcours du patient douloureux chronique, en insistant sur le fait qu'il est important de lutter contre la réalité que représente la douleur chronique et ses retentissements, et que les médecins généralistes ne sont pas isolés.

Un autre élément que l'enquête a mis en évidence est la volonté des médecins généralistes de créer un lien et de favoriser les échanges entre eux et les médecins de ces structures. Les médecins généralistes sont demandeurs d'une collaboration avec les SETD. Cette collaboration peut se faire à différents niveaux:

D'une part, par le biais d'échanges de mail par messagerie sécurisée, pour limiter les contraintes de disponibilité immédiate ou par téléphone le cas échéant pour améliorer le suivi d'un patient entre le généraliste et l'équipe du SETD. En effet, le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié du patient douloureux chronique et le reçoit en consultation plus facilement et régulièrement que les praticiens de la structure. Ainsi, les échanges entre les médecins pourraient permettre d'améliorer le suivi, d'ajuster une thérapeutique en place, voire même de favoriser une nouvelle direction dans la stratégie thérapeutique actuelle plus rapidement que la fréquence d'un suivi de SETD.

D'autre part, certains médecins généralistes ont souligné le souhait d'une collaboration plus marquée, par exemple en participant à des réunions pluridisciplinaires avec l'équipe du SETD à propos de la prise en charge de leurs patients en commun. Les contraintes organisationnelles de la participation à ces réunions peuvent être limitées par le recours à la vidéoconférence du médecin généraliste qui pourrait y participer depuis son cabinet médical, sur un créneau de rendez-vous dédié. Soulignons que cette demande ne peut s'envisager que pour des situations précises et exceptionnelles et ne pourra pas rentrer dans la pratique courante des médecins généralistes à l'heure actuelle du fait de contrainte de temps.

Enfin, un autre élément qui permettrait d'aider les médecins généralistes dans le suivi de leurs patients douloureux chroniques c'est l'amélioration de la transmission des consultations des SETD. Ce n'est pas la qualité du compte rendu de consultation du SETD qui est pointé du doigt mais plutôt le délai de réception. Les médecins généralistes sont globalement satisfaits concernant la qualité du compte rendu, qui détaillent les différentes étapes de la démarche allant de l'analyse de la douleur, aux bilans et au diagnostic; qui reprend les thérapeutiques entreprises et leurs résultats, pour se terminer par des propositions thérapeutiques ou des adaptations thérapeutiques en cas de suivi. Cependant, on ose imaginer le temps nécessaire à la rédaction d'un tel courrier qui met ainsi parfois plusieurs semaines voire mois avant d'être communiqué au médecin généraliste; qui a parfois déjà revu en consultation le patient sans savoir les conclusions et les propositions faites. Pour répondre à cette problématique, on peut se permettre d'imaginer l'édition d'une version temporaire et beaucoup plus succincte du courrier, reprenant les grands points comme le diagnostic étiologique et les propositions thérapeutiques. Il peut être envoyé par mail au médecin dans les jours suivants la consultation ou remis en main propre au patient à la fin de la consultation.

CONCLUSION

Notre enquête et son analyse thématique nous ont permis de découvrir que les pratiques des médecins généralistes du département Indre-et-Loire concernant la prise en charge des patients douloureux chroniques sont multiples et hétérogènes. Certains se sentent aptes à les traiter et les accompagner et d'autres ont exprimé des difficultés et un souhait de prise en charge conjointe avec d'autres interlocuteurs pour les aider. Ainsi, les besoins et les attentes des médecins généralistes divergent et leur représentation de l'organisation et des offres de soins des Structures d'Évaluation et de Traitement de la Douleur chronique est disparate. Cette méconnaissance des thérapeutiques spécifiques proposées est source de non orientation de patients vers ces structures, et entraîne un risque de persistance de la douleur et de majoration de ses retentissements. L'enquête a mis en évidence une volonté de mieux connaître les SETD pour favoriser leur recours. Ainsi, l'amélioration de la communication entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes des SETD est un objectif majeur de cette enquête. Elle consiste en une meilleure transmission de l'information entre les praticiens qui prennent en charge le patient douloureux chronique et dans le développement d'une collaboration interdisciplinaire plus durable.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dictionnaire Le Petit Robert, 2024.
2. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP), définition de la douleur, 1986.
3. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), définition de la douleur 1992
4. HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Recommandations pour la pratique clinique - Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire*, 1999.
5. AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA), *Practices guidelines for chronic pain management*, 1997, 86, p. 995-1004.
6. AGENCE NATIONAL D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE) (ANAES) , *Recommandations sur l'évaluation et le suivi de la douleur chronique en médecine ambulatoire*, février 1999. 124p.
7. QUENEAU. , OSTERMANN G., *Le médecin, le malade et la douleur*, Paris: Masson, 2004.
8. McCracken L.M., Vowles K.E, Eccleston C., Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method, *Pain*, 2004, 107, 1-2, P. 59-66.
9. Pharmacologie de la douleur, sous la dir. de BEAULIEU P. , Montréal : Les presses de l'Université de Montréal, 2005.
10. SERRIE A., THUREL C., *La douleur en pratique quotidienne : Diagnostic et traitement*, Rueil-Malmaison: éditions Arnette, 2002.
11. Organisation Mondiale de la Santé WHO, CIM11 : Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, Paris: Masson, 2019
12. JAMES C. Watson, Clinic college of Medecine and Science, *définition du syndrome douloureux régional complexe*, mars 2022.
13. DSM-5-TR *Douleur psychogène/trouble à symptomatologie somatique (F45.1)* 300.88, page 403.
14. BRASSEUR L., CHAUVIN M., GUILBAUD G., *Douleurs, bases fondamentales, pharmacologies, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques*, Paris: Maloine, 1997.
15. TURK D., MEICHENBAUM D., GENEST M., *Pain and behavioral medecine: a cognitive-behavioral perspective*, New York: Guilford, 1983.
16. BOUREAU F., *Contrôler votre douleur: apprendre à faire face à une douleur rebelle*, Paris: Rivages et payot, 2004.
17. BOUREAU F. , *Pratiques du traitement de la douleur*, Paris: Doin, 1988.
18. Organisation Mondiale de la Santé WHO, CIM11 : *Trouble à symptomatologie somatique* 6C20. Paris: Masson, 2019.
19. ALLAZ A. F., *Le messenger boiteux : une approche pratique des douleurs chroniques rebelles*, Genève: éditions Medecine et Hygiène, 2007.
20. PILOWSKI I., SPENCE N.D., *Pain ans illness behaviour : a comparative study*, J. psychosom Res., 1976
21. PILOWSKI I., SPENCE N.D., *Illness behaviour syndromes associated with intractable pain*, *Pain*, 1976
22. Danet S (dir). *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011*

23. ENGEL G.L., Psychogenic pain and the pain-prone patient, *Am. J. Med.*, 1959, 26, p. 899-918.
24. BATES M. S., EDWARDS W. T. ANDERSON K. O., Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception, *Pain*, 1953.
25. BATES M.S., RANKIN-HILL L., SANCHEZ-AYENDEZ M. The effect of the cultural context of health care on treatment of response to chronic pain and illness, *Sci. Med.*, 1997.
26. BOUREAU F., *Le modèle multidimensionnel bio-psycho-social de la douleur chronique, Douleur et Souffrances*, Le bouscat, Esprit du temps n°19, 2000.
27. FISHBAIN D. A., CUTLER R. B., ROSOMOFF R. S., ROSOMOFF H. L., *The problem-oriented psychiatric examination of the chronic pain patient and its application to the litigation consultation*, *Clin. J. Pain*, 1994.
28. GATCHEL R. J., *Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook*, New York, Guilford, 1996.
29. GAMSÄ A., *The role of psychological factors in chronic pain*, *Pain*, 1995, p. 93-99.
30. Marchand S., Saravane D., Gaumont I., *Santé mentale et douleur*, Springer-Verlag France Paris, 2013.
31. Jane C Carr, Jennyfer A Klaber Moffett, Donald M. Sharp, *Is the pain stages of change questionnaire (PSOCQ) a useful tool predicting participation in a self-management programme?* , J. BACK Musculoskeletal disord, 2006.
32. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DES SOLIDARITÉS, *Circulaire DGS/DH N°98/586 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés*, Paris, 1998.
33. HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Recommandation de bonnes pratiques: Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique*, Janvier 2023
34. SFETD, *Livre blanc de la Douleur* 2017.
35. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C., STOPNET, *Study of Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population*. *Pain* 2008 ; 136(3):380-7
36. TAJFEL P., GERCHE S., HUAS D., La douleur en médecine générale. Point de vue du médecin de la douleur, *Douleur et analgésie*, 2002. P71-79.
37. MAUBERT J.P., SILVERA L., OUAHNON P. Prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Ile-de-France, *Rev. Prat, Med, Gen*, 2005, 712-713, P. 1372-1376.
38. SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE, *Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur 1998-2000: résultats principaux du rapport réalisé à la demande de la direction générale de la santé*, Ministère de la santé, de l'Emploi et des solidarités, 2001.
39. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SANTÉ, *Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005*
40. Développement Innovation Evaluation Santé (DIES) *Etude relative au programme national de lutte contre la douleur 2002-2005, rapport final, étude réalisée à la demande du ministère de la Santé et des Solidarités*, Juin 2006.
41. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010*
42. HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, *Evaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010*, Paris, mars 2011.
43. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, *Circulaire DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahiers des charge*

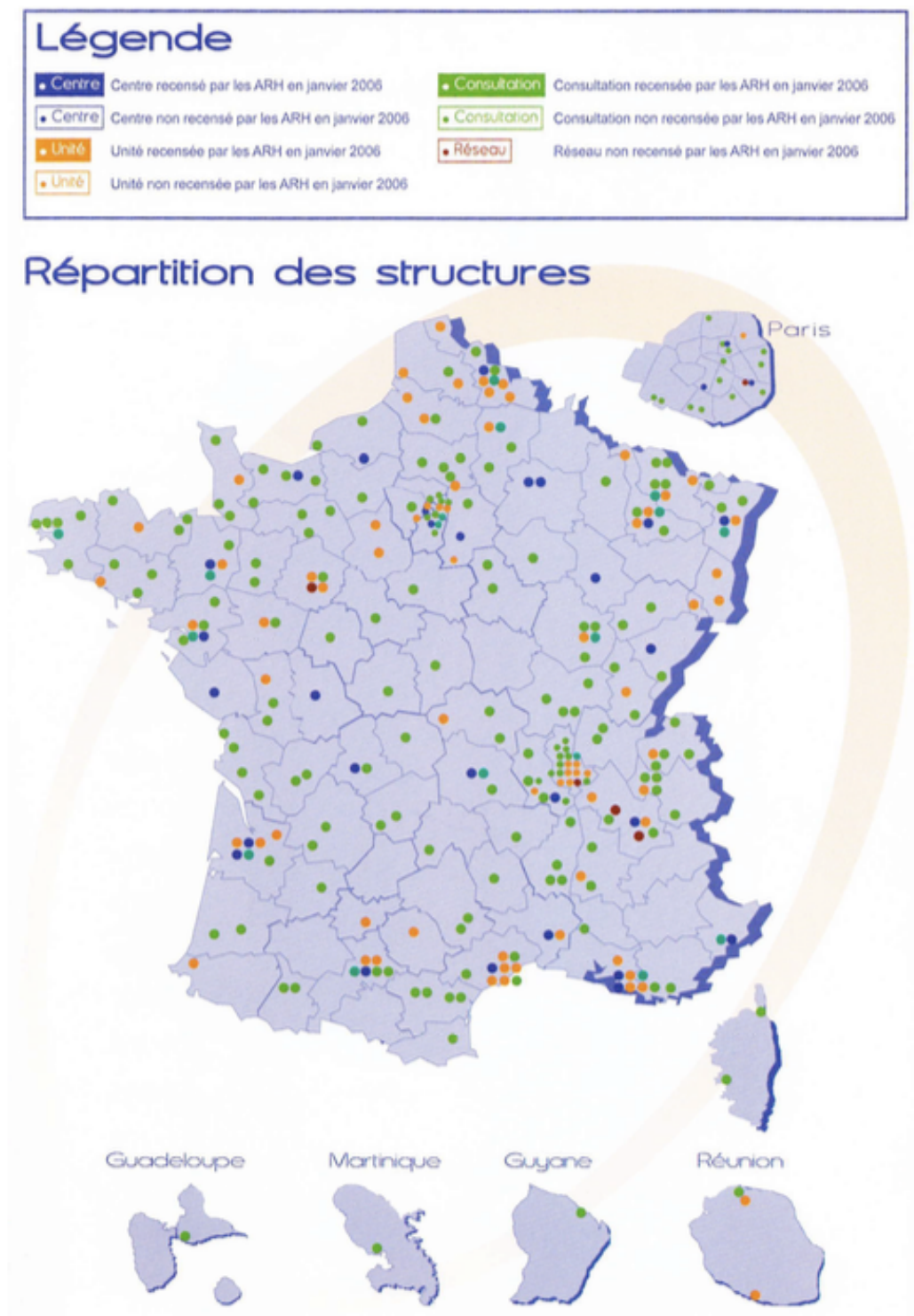
des structures d'études et de traitement de la douleur chronique, Bulletin officiel Santé Protection sociale Solidarité, 2011.

44. CLERE F., HENRY F., PERRIOT M, HUMBERT T, MONJAUZE H., CHRISTIANN F., Qu'attendent les médecins généralistes de l'indre de l'ouverture d'une consultation pluridisciplinaire de la douleur dans leur département? Poster, 6e congrès de la SFETD 2006, Douleurs, 2006, 7, hors série n°2.
45. CLERE F., HENRY F., PERRIOT M, HUMBERT T, MONJAUZE H., CHRISTIANN F., les médecins généralistes de l'Indre sont-ils satisfaits de leur collaboration avec la consultation pluridisciplinaire de la douleur dans leur département?, Poster, 9e congrès de la SFETD, 2009, Douleurs, 2009, 10, A79.

ANNEXES

ANNEXE 1

Cartes des SETD en France en 2007, annuaire de la SFETD



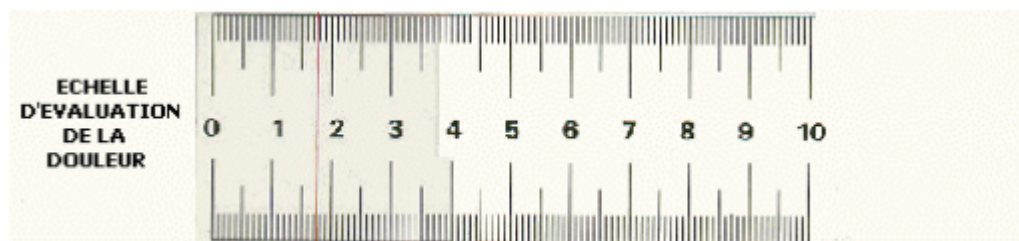
ANNEXE 2

Outils d'évaluation de la douleur:

Echelle visuelle analogique



Echelle numérique



Echelle verbale simple

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

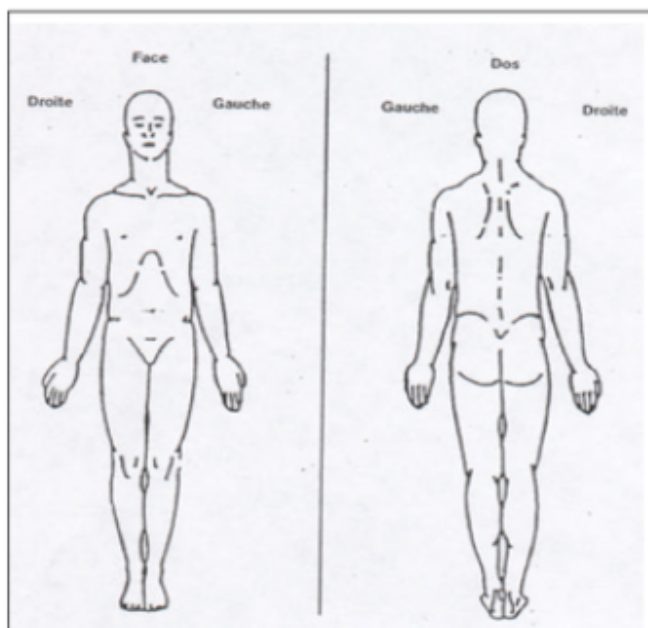
Douleur au moment présent :	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense

Schéma des zones douloureuses

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.

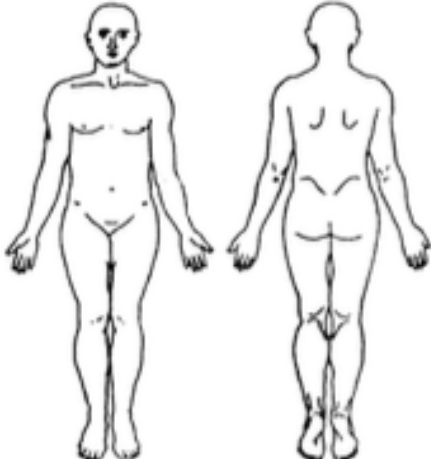


Le questionnaire de la douleur de Saint-Antoine forme abrégée

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	0 absent	1 faible	2 modéré	3 fort	4 extrêmement fort
	non	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
Élancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

VÉRIFIEZ QUE VOUS AVEZ RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS !

McGill Pain Questionnaire												
Patient's Name _____		Date _____ Time _____ am/pm										
PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____		(1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)										
1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNDING 2 JUMPING FLASHING SHOOTING 3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING 4 SHARP CUTTING LACERATING 5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING 6 TUGGING PULLING WRENCHING 7 HOT BURNING SCALDING SEARING 8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING 9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY 10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING	11 TIRING EXHAUSTING 12 SICKENING SUFFOCATING 13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING 14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING 15 WRETCHED BLINDING 16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE 17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING 18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING 19 COOL COLD FREEZING 20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING PPI 0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">BRIEF</td> <td style="padding: 2px;">RHYTHMIC</td> <td style="padding: 2px;">CONTINUOUS</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">MOMENTARY</td> <td style="padding: 2px;">PERIODIC</td> <td style="padding: 2px;">STEADY</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">TRANSIENT</td> <td style="padding: 2px;">INTERMITTENT</td> <td style="padding: 2px;">CONSTANT</td> </tr> </table>  E = EXTERNAL I = INTERNAL <u>COMMENTS:</u>		BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS	MOMENTARY	PERIODIC	STEADY	TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT
BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS										
MOMENTARY	PERIODIC	STEADY										
TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT										

Les Échelles multidimensionnelles de la douleur:

Le Briel Pain Inventory (BPI) qui correspond en français au **Questionnaire Concis sur les Douleurs**

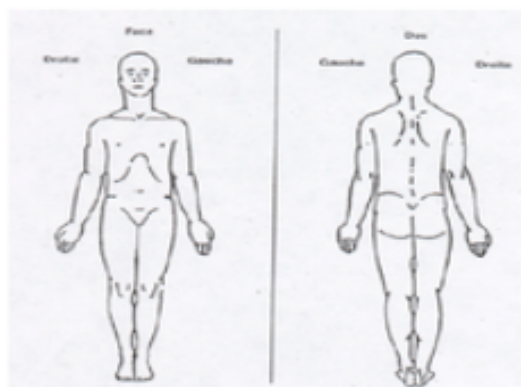
1. Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents) : au cours des huit derniers jours avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » ?

1. oui

2. non

Si vous avez répondu « non » à la dernière question, il n'est pas utile de répondre aux questions suivantes. Merci de votre participation.

2. Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez aussi un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



3. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus intense que vous avez ressentie la semaine dernière.

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

4. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous avez ressentie la semaine dernière.

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

5. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur en général.

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

6. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur en ce moment.

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

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

8. La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

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

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

A) Activité générale

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

B) Humeur

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

C) Capacité à marcher

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

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

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

E) Relations avec les autres

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

F) Sommeil

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

G) Goût de vivre

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

Evaluation de la détresse psychologique

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Traduction française : P. Pichot

Nom : Prénom : Date :

Sexe : Âge :

Instructions :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

A	Je ne me sens pas triste.	0
	Je me sens cafardeux ou triste.	1
	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas en sortir.	2
	Je suis si triste et si malheureux, que je ne peux pas le supporter.	3
B	Je ne suis pas particulièrement découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3
C	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme mes enfants).	3
D	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
	Je suis mécontent de tout.	3
E	Je ne me sens pas coupable.	0
	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
	Je me sens coupable.	2
	Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	3
F	Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
	Je suis déçu par moi-même.	1
	Je me dégoûte moi-même.	2
	Je me hais.	3
G	Je ne pense pas à me faire du mal.	0
	Je pense que la mort me libérerait.	1
	J'ai des plans précis pour me suicider.	2
	Si je le pouvais, je me tuerais.	3
H	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
	Maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
	J'ai perdu tout l'intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
I	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
J	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux.	2
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3

K	Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
L	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
	Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
M	Mon appétit est toujours aussi bon.	0
	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
	Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire.

Lisez chaque série de questions et soulignez 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 :
	3	la plupart du temps
	2	souvent
	1	de temps en temps
	0	jamais
		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
0		oui, tout autant
1		pas autant
2		un peu seulement
3		presque plus
		J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
	3	oui, très nettement
	2	oui, mais ce n'est pas grave
	1	un peu, mais cela ne m'inquiète pas
	0	pas du tout
		Je ris facilement et vois le bon côté des choses :
0		autant que par le passé
1		plus autant qu'avant
2		vraiment moins qu'avant
3		plus du tout
		Je me fais du souci :
	3	très souvent
	2	assez souvent
	1	occasionnellement
	0	très occasionnellement
		Je suis de bonne humeur :
3		jamais
2		rarement
1		assez souvent
0		la plupart du temps

			Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :
	0		oui, quoi qu'il arrive
	1		oui, en général
	2		rarement
	3		jamais
3			J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
2			presque toujours
1			très souvent
0			parfois
			jamais

		0	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
		1	jamais
		2	parfois
		3	assez souvent
			très souvent
3			Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
2			plus du tout
1			je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
0			il se peut que je n'y fasse plus autant attention
			j'y prête autant d'attention que par le passé
		3	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
		2	oui, c'est tout à fait le cas
		1	un peu
		0	pas tellement
			pas du tout
0			Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
1			autant qu'auparavant
2			un peu moins qu'avant
3			bien moins qu'avant
			presque jamais
		3	J'éprouve des sensations soudaines de panique :
		2	vraiment très souvent
		1	assez souvent
		0	pas très souvent
			jamais
0			Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :
1			souvent
2			parfois
3			rarement
			très rarement
D	A		

ANNEXE 3

Grille d'entretien semi-structuré avec le patient douloureux chronique établie par L'ANAES

Ancienneté de la douleur

Mode de début

- circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail...)
- description de la douleur initiale
- modalités de prise en charge immédiate
- événements de vie concomitants
- diagnostic initial, explications données
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

Profil évolutif du syndrome douloureux

- comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale
- profil évolutif : (douleur permanente, récurrente, intermittente...)
- degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

Traitements effectués et actuels

- traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels
- modes d'administration des médicaments, doses, durées
- effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon
- attitudes vis-à-vis des traitements

Antécédents et pathologies associées

- familiaux
- personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité
- expériences douloureuses antérieures

Description de la douleur actuelle

- topographie
- type de sensation (brûlure, décharge électrique...)
- intensité
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)
- facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences

- situation familiale
- situation sociale
- statut professionnel et satisfaction au travail
- indemnités perçues, attendues ; implications financières
- procédures

Facteurs cognitifs

- représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive...)
- interprétation des avis médicaux

Facteurs comportementaux

- attitude vis-à-vis de la maladie (passivité...)
- modalités de prise des médicaments
- observance des prescriptions

Analyse de la demande

- attentes du patient (faisabilité, reformulation)
 - objectifs partagés entre le patient et le médecin
-

ANNEXE 4

Le formulaire de demande de l'HAS de 2023.

Formulaire de demande pour un avis ou une consultation en structure douleur chronique d'un adulte présentant une douleur chronique

Date de remplissage :

Patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Médecin adresseur

Nom et prénom :

Spécialité :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Médecin traitant (coordonnées, si différentes de l'adresseur) :

Évaluation préalable réalisée en ambulatoire (documents à joindre) :

- ☐ Compte-rendu de l'évaluation médicale initiale réalisée avec l'aide de la grille d'évaluation médicale
- ☐ Auto-questionnaire d'un adulte présentant une douleur chronique
- ☐ Traitements en cours (copie de l'ordonnance)
- ☐ Autres documents ou questionnaires (à préciser) :

LES ATTENTES DU MÉDECIN ADRESSEUR

Modalités d'intervention de la structure douleur chronique (SDC) souhaitées

- ☐ Avis téléphonique
- ☐ Réunion de synthèse ou réunion de concertation sur dossier
- ☐ Téléexpertise (avec le médecin)
- ☐ Téléconsultation (avec le patient)
- ☐ Consultation du patient en présentiel en SDC
- ☐ Autre (à préciser) :

Types d'interventions de la SDC souhaitées (plusieurs choix possibles)

- ☐ Avis diagnostique
- ☐ Avis thérapeutique
- ☐ Évaluation et, au besoin, prise en charge spécialisée en SDC
- ☐ Accès à une technique spécifique (à préciser) :
- ☐ Aide à la coordination du parcours de santé
- ☐ Autre (à préciser) :

Commentaires éventuels

Demande en urgence (somatique, sociale ou autre) ☐ oui ☐ non

Si oui, justification, en particulier du recours au dispositif coupe-file (obligatoire) :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA DOULEUR

Aggravation récente du syndrome douloureux (selon le médecin adresseur) ☐ oui ☐ non

Date d'apparition initiale de la douleur motivant la demande :

Diagnostic étiologique de la douleur

☐ Connu (à préciser) :

☐ Inconnu (le cas échéant, hypothèse du médecin adresseur) :

Situation déjà évaluée par un (des) spécialiste(s) de la douleur ? ☐ oui ☐ non

Si oui, le(s)quel(s) et quand ?

Douleur déjà évaluée par un service hospitalier de spécialité ? ☐ oui ☐ non

Si oui, le(s)quel(s) et quand ?

Comorbidités principales (dont psychiatriques, avec si possible dates de début)

Situation ou risque d'addiction ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser la(es)quelle(s) :

INFORMATIONS SOCIALES, FAMILIALES ET PROFESSIONNELLES OU SCOLAIRES

(mise à jour des informations du compte-rendu de l'évaluation médicale initiale)

Situation professionnelle

- ☐ Arrêt de travail (préciser la date) :
- ☐ Invalidité (date de début) : ☐ totale ☐ partielle
- ☐ Poste de travail aménagé ☐ Temps de travail partiel (%) :
- ☐ RQTH* (date de début) :
- ☐ Chômage (date de début) :
- ☐ Retraite (date de début) :

Situation scolaire pour le jeune adulte (à préciser)

- ☐ Enseignement et classe :
- ☐ Retentissements sur la scolarisation :

Si oui, lesquels :

Situation socio-familiale (à préciser si possible) :

Quelles sont selon vous les attentes principales du patient vis-à-vis d'une consultation spécialisée en SDC ?

* RQTH : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

RÉPONSE DU MÉDECIN DE LA SDC

Consultation en urgence (coupe-file) ☐ oui ☐ non

Modalités d'intervention proposées

- ☐ Avis téléphonique
- ☐ Réunion de synthèse ☐ Réunion de concertation sur dossier
- ☐ Téléconsultation (avec le patient et toujours en présence d'un soignant)
- ☐ Téléexpertise (avec le médecin)
- ☐ Consultation du patient en présentiel en SDC
- ☐ Autre (à préciser) :

- ☐ Rendez-vous (consultation en présentiel ou de téléconsultation) proposé au patient

Date et heure :

Modalités :

- ☐ Contact en distanciel (hotline, téléexpertise) proposé au médecin demandeur

Date et heure :

Modalités :

Commentaires éventuels

Les délais de prise en charge par la SDC

Date de réception de la demande du médecin adresseur :

Date de réponse du médecin de la SDC :

Délais d'attente pour une première évaluation de la situation en SDC (le cas échéant), quelle qu'en soit la modalité :
.....

ANNEXE 5

Le guide d'entretien

- 1) **Avez vous déjà orienté un patient dans une Structure d'évaluation et de traitement de la douleur chronique (SETD)? Si non, pour quelles raisons ne l'avez-vous pas fait?**
- 2) **Quelles sont les plaintes douloureuses chroniques/pathologies que vous pourriez adresser aux SETD?**

Si pas de réponse ou peu de réponse, proposer à la place:

Adressez-vous un patient vers un centre d'évaluation et de traitement de la douleur chronique dans les situations suivantes:

- a) qui souffre d'une lombalgie chronique?
- b) qui souffre d'une dorsalgie chronique?
- c) qui souffre d'une cervicalgie chronique?
- d) qui souffre d'une fibromyalgie?
- e) qui souffre de douleurs rhumatismales?
- f) qui souffre d'un syndrome du canal carpien?
- g) qui souffre de migraine?
- h) qui souffre de céphalées chroniques
- i) qui souffre de névralgies faciales?
- j) qui souffre d'algie vasculaire de la face?
- k) qui souffre d'une algoneurodystrophie?
- l) qui souffre d'une pathologie douloureuse viscérale?
- m) qui souffre de douleurs neuropathiques?
- n) qui souffre de douleurs cancéreuses?
- o) qui souffre de douleurs d'un membre fantôme?
- p) qui souffre de douleurs post chirurgicales?
- q) qui souffre de douleurs multiples?
- r) qui souffre de douleurs sans diagnostic établi?

- 3) **Quels sont les motifs d'orientation d'un patient douloureux chronique vers une SETD?**

Idées:

- Pour avoir un avis diagnostique complémentaire concernant l'étiologie de la douleur? concernant la physiopathologie de la douleur?
- concernant une aide pour l'analyse de la composante multidimensionnelle de la douleur?
- concernant une problématique sur les thérapeutiques médicamenteuses à proposer?
- concernant une problématique sur les thérapeutiques non médicamenteuses à proposer?
- Si le patient présente des troubles sévères pour communiquer ou une pathologie psychiatriques préexistantes?
- Si le patient présente des répercussions psychologiques de sa douleur chronique
- Si la douleur chronique entraîne une répercussion disproportionnée sur sa vie professionnelle ou personnelle?

- Pour obtenir un avis thérapeutique?
- Quand le patient est insuffisamment soulagé par les thérapeutiques actuelles?
- Pour obtenir un avis sur la pertinence de la prise en charge actuelle?
- Quand vous vous sentez en échec pour aider le patient?
- Pour obtenir une aide à la prise en charge au long cours en lien avec le médecin traitant?
- Pour déléguer la prise en charge au long cours de la douleur chronique?
- Pour obtenir de l'aide dans l'acceptation de la douleur par le patient?

4) Pour quelles raisons n'orientez-vous pas un patient douloureux chronique vers un centre d'évaluation et traitement de la douleur ?

- a) Vous préférez les prendre en charge par vous même?
- b) Vous auriez le sentiment d'être évincé de la prise en charge de votre patient?
- c) Vous n'avez pas eu de problématique nécessitant leur recours?
- d) Cela ne fait pas partie de vos pratiques médicales habituelles?
- e) Vous ne trouvez pas les centres d'évaluation et de traitement de la douleur utiles?
- f) Pour des difficultés d'accès géographiques?
- g) Pour des délais de rendez-vous trop longs?
- h) Pour un confrère algologue non joignable?
- i) Suite à un mauvais retour d'expérience lors d'un précédent recours?

5) Qu'est ce qui vous semble problématique dans la prise en charge d'un patient douloureux chronique?

Si pas ou peu de réponse proposer:

- a) Trouver une étiologie à la douleur?
- b) Trouver une thérapeutique efficace?
- c) Le temps nécessaire pour la prise en charge de ces patients?
- d) L'échec répété de trouver une solution pour soulager ces patients?
- e) La difficulté de soutien psychologique et de patience sur le long terme?
- f) L'incapacité de prendre en charge tous les aspects du retentissement de la douleur chronique?
- g) La méconnaissance des stratégies thérapeutiques nécessaires?
- h) Définir des objectifs réalistes concernant l'amélioration des douleurs chroniques?
- i) Différencier une plainte douloureuse persistante d'un bénéfice secondaire résultant?

6) Quelles sont vos attentes concernant les structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique?

Si peu de réponse, proposer:

- a) un avis ponctuel du patient douloureux chronique sur la prise en charge actuelle?
- b) une prise en charge au long cours de la douleur chronique?

- c) une prise en charge conjointe du centre avec le médecin traitant?
- d) Discuter d'un patient en réunion de concertation pluridisciplinaire?
- e) Une prise en charge uniquement à visée psychologique?
- f) Une intervention thérapeutique telle qu'une infiltration, un bloc anesthésique?
- g) Une prescription spécialisée telle qu'un TENS?
- h) Définir des objectifs réalistes d'amélioration de la douleur chronique du patient adressé?
- i) Avoir un avis téléphonique avec un médecin algologue?
 - i) En cas d'urgence?
 - ii) Avant d'adresser le patient?
- j) Recevoir une aide à la formation pour l'évaluation et le traitement de la douleur chronique?
- k) Que pourraient faire les centres d'évaluation et de prise en charge de la douleur pour vous inciter à collaborer avec eux dans la prise en charge des patients?

7) Connaissez-vous le centre d'évaluation et de traitement de la douleur chronique de votre secteur géographique?

- a) Composition de l'équipe de professionnels?
- b) Prises en charge thérapeutique proposées ?

8) Que souhaiteriez-vous que les SETD fassent pour vous inciter à collaborer avec eux?

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in dark ink, consisting of a stylized 'W' or 'V' shape followed by a long horizontal stroke.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

POIRRIER Mélanie

127 pages

Résumé :

En France, la douleur chronique est un des motifs fréquents de consultation en médecine générale de ville. Depuis 1998, trois plans nationaux de lutte contre la douleur chronique se sont succédés, permettant la création de plus de 250 Structures d'Étude et de Traitement de la Douleur Chronique ainsi que la sensibilisation et formation des professionnels de santé pour améliorer la prise en charge de la douleur. Pourtant, la prise en charge des personnes douloureuses chroniques ne répond pas encore à leurs besoins et l'orientation vers les structures spécialisées se fait après plusieurs années d'évolution ce qui rend les prises en charge plus complexes. Il nous a semblé pertinent de faire un état des lieux de la pratique des médecins généralistes de ville et des relations qu'ils entretiennent avec les Structures d'Étude et de Traitement de la Douleur chronique. Notre démarche visait à déterminer quelles étaient les attentes et représentations des généralistes à l'égard de ces centres. Nous avons choisi de mener une enquête de type qualitative par un entretien semi-directif auprès de vingt médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet de ville en Indre-et-Loire. Notre travail nous a permis de mettre en évidence des pratiques diverses concernant la prise en charge des patients douloureux chroniques et concernant les relations que les médecins généralistes entretiennent avec les Structures d'Étude et de Traitement de la Douleur chronique. Nous avons pu également constater que les pratiques étaient très dépendantes de l'expérience que les médecins généralistes avaient avec ces structures et de leur accessibilité. Ainsi, il semble nécessaire que des efforts de coordination et d'organisation soient entrepris pour améliorer les échanges entre la médecine de ville et ces structures.

Mots clés : Douleur chronique, centre anti-douleur, structures d'évaluation et de traitement de la douleur, attentes, médecin généraliste.

Jury :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Directeur de thèse : Docteur Agnès HELIE

Membres du Jury : Docteur Alain AUMARECHAL

Docteur Dominique GERBAULT

Date de soutenance : 13 Mars 2025