

Année : 2012

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX ET PRISE EN CHARGE DE  
LA DOULEUR CHRONIQUE DE L'ADULTE**

*Enquête transversale menée auprès des Médecins généralistes libéraux,  
Pharmaciens d'officine et Infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat de la  
circonscription de Cambrai. Elaboration d'un projet de soins.*

**Présentée et soutenue publiquement le 17 avril 2012  
Par Julie MARCUS**

**Jury**

**Président : Monsieur le Professeur Blond**

**Assesseurs : Monsieur le Doyen Dubreuil  
Monsieur le Professeur Hebbar  
Monsieur le Professeur Lefebvre**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Lévêque**

## TABLE DES MATIERES

<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>1</b>
<b>1 INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Définition.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Epidémiologie.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3 Différents types de douleur.....</b>	<b>4</b>
1.3.1 Les douleurs par excès de nociception.....	5
1.3.2 Les douleurs neuropathiques.....	5
1.3.3 Les douleurs médiées par le système végétatif.....	5
1.3.4 Les douleurs psychogènes.....	5
1.3.5 Les douleurs mixtes.....	6
1.3.6 Cas particuliers des douleurs chroniques en oncologie.....	6
<b>1.4 Les structures spécialisées.....</b>	<b>7</b>
<b>2 ASPECTS LEGISLATIFS ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Premier plan d'action triennal de lutte contre la douleur.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 Deuxième plan de lutte contre la douleur.....</b>	<b>8</b>
<b>2.3 Troisième plan quinquennal pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur.....</b>	<b>9</b>
<b>2.4 Evaluation du troisième plan de lutte contre la douleur par le HCSP.....</b>	<b>9</b>
<b>2.5 Recommandations de l'HAS.....</b>	<b>10</b>
<b>2.6 Projets de l'ARS Nord Pas de Calais.....</b>	<b>11</b>
2.6.1 Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Troisième génération.....	11
2.6.2 Bilan du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Troisième génération. Elaboration du SROS-PRS.....	12
2.6.3 Douleur et oncologie.....	13
<b>3 METHODOLOGIE.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Type d'étude.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Population cible.....</b>	<b>14</b>
<b>3.3 Choix du questionnaire.....</b>	<b>14</b>
<b>3.4 Questionnaire.....</b>	<b>15</b>
3.4.1 Elaboration du questionnaire.....	15
3.4.2 Thèmes abordés.....	15
<b>3.5 Recueil des données.....</b>	<b>19</b>

3.6	Traitement des données.....	19
<b>4</b>	<b>RESULTATS.</b> .....	<b>20</b>
4.1	Population d'étude.....	20
4.1.1	Répartition en fonction de l'âge.....	21
4.1.2	Répartition homme / femme.....	22
4.1.3	Durée d'installation. ....	23
4.2	Pertinence de l'évaluation de la douleur. ....	24
4.3	Utilisation des échelles de la douleur. ....	25
4.4	Difficultés face aux différents types de douleur.....	28
4.5	Etiologies des douleurs en oncologie. ....	30
4.6	Intérêt des opioïdes en première intention en oncologie. ....	32
4.7	Les traitements combinés.....	33
4.8	Traitement combiné et oncologie. ....	35
4.9	Education thérapeutique et douleur chronique. ....	36
4.10	Education thérapeutique et douleur chronique en oncologie.....	37
4.11	Rôle en éducation thérapeutique.....	38
4.12	Communication avec la consultation de la douleur.....	40
4.13	Participation à une consultation de la douleur. ....	42
4.14	Voies d'amélioration de la communication.....	43
4.15	Connaissances et prise en charge de la douleur chronique. ....	45
4.16	Formations antérieures. ....	46
4.17	Souhait de formation.....	47
4.18	Formateur ?.....	48
4.19	Fréquence de formation.....	49
4.20	Sujets de formation.....	50
<b>5</b>	<b>DISCUSSION.</b> .....	<b>51</b>
5.1	Synthèse des résultats.....	51
5.1.1	Population des enquêtés. ....	51
5.1.2	Relations à la douleur.....	51
5.1.3	Cas particulier de la douleur chronique en oncologie.....	52
5.1.4	Place de l'éducation thérapeutique.....	53
5.1.5	Relation avec la consultation de la douleur.....	55
5.1.6	Formation des Professionnels de santé.....	55
5.1.7	Synthèse globale.....	56
5.2	Limites du travail. Biais. ....	57
5.3	Perspectives. ....	57
5.3.1	Amélioration de la formation. ....	57

5.3.2 Amélioration de la communication.....	59
5.3.3 Elaboration d'un réseau de santé.....	61
<b>6 CONCLUSION.....</b>	<b>64</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXE 1 : cartographie du Cambrésis.....</b>	<b>69</b>
<b>ANNEXE 2 : questionnaire définitif. ....</b>	<b>70</b>
<b>ANNEXE 3 : Prise en charge de la douleur chronique dans le Nord Pas de Calais.....</b>	<b>74</b>
<b>(30 septembre 2004 / ARS).....</b>	<b>74</b>
<b>ANNEXE 4 : Extrait du bilan du SROS III par l'ARS.....</b>	<b>75</b>

## ABREVIATIONS

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARS	Agence Régionale de la Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPNEM	Commission Pédagogique Nationale des Etudes Médicales
DCEM	Deuxième Cycle des Etudes Médicales
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DPC	Développement Professionnel Continu
ECN	Epreuves Classantes Nationales
EN	Echelle Numérique
ETP	Education Thérapeutique du Patient
EVA	Echelle Visuelle Analogique
EVS	Echelle Verbale Simple
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de la Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
IDE	Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat
PRS	Projet Régional de Santé
SFETD	Société Française d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

## 1 INTRODUCTION.

La douleur chronique est reconnue problème de santé publique. Ce travail a pris pour postulat de départ qu'en premier recours, les patients avaient trois interlocuteurs privilégiés : leur Médecin Généraliste, leur Pharmacien et leur IDE.

Afin d'améliorer la prise en charge de ces douleurs chroniques, quelle que soit leur origine, l'enquête menée auprès de ces professionnels de santé doit permettre d'élaborer des pistes de développement d'un réseau de santé sur le secteur cambrésien.

Le Cambrésis comportait, en 2008, 159.562 habitants pour une superficie de 901,6 km<sup>2</sup>. (annexe 1 – données du Conseil Général du Nord).

André Malraux disait : « *La mort n'est pas une chose si sérieuse ; la douleur, oui.* ». [1]

Aujourd'hui, en France comme ailleurs, on considère qu'il n'est plus possible de souffrir. Or, la douleur chronique est toujours présente. Depuis quelques années les programmes tendant à développer les prises en charge de ces douleurs se multiplient mais malgré tout la douleur chronique demeure un réel problème de santé publique.

En 2010, la Déclaration de Montréal [2] considère « comme une atteinte aux droits de l'homme » le non respect de l'obligation d' « une offre de prise en charge de la douleur attentive et adaptée » des professionnels de santé envers leurs patients douloureux. [3]

## **1.1 Définition.**

Il existe plusieurs définitions de la douleur. Celle la plus utilisée, reste celle énoncée en 1979 par l'*International Association for the Study of Pain* et qui décrit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ». Cette définition est le parfait reflet de la difficulté à évaluer la douleur.

En 2008, la Haute Autorité de Santé énonce un complément de définition : la douleur est donc « ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est ». [4]

A cette date, la douleur chronique ou « syndrome douloureux chronique » devient « un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient ». [4]

Toute douleur qui persiste trois mois au delà d'un délai raisonnable de guérison est considérée comme douleur chronique. [4, 5]

## **1.2 Epidémiologie.**

Il est difficile d'évaluer la prévalence de la douleur chronique en France dans la mesure où, selon les études, les définitions de la douleur chronique sont variables.

En 2008, l'enquête Handicap-Santé [6] estimait à 30 % les personnes de plus de 16 ans souffrant de douleurs physiques d'intensité modérée à très grande. Les femmes semblaient plus touchées que les hommes et la prévalence avait tendance à augmenter avec l'âge.

On retrouve des conclusions similaires dans l'étude STOPNET [7] menée en 2008 également.

Dans le Rapport 2011 du Ministère de la Santé concernant l'état de santé de la population en France [8], il est montré que la prévalence des personnes souffrant de douleur « d'intensité élevée » était restée stable depuis 1998. Par contre, la prescription des antalgiques (tous paliers confondus) a augmenté entre 2002 et 2009.

### **1.3 Différents types de douleur.**

Sur un plan neurophysiologique, il existe différents types de douleurs. En médecine, elles font désormais partie de l'enseignement depuis les années 2000 – 2001, où la CPNEM a mis en place le nouveau programme d'enseignement du DCEM (DCEM 2 à 4) dans le cadre des ECN. On retrouve la douleur dans le module 6 : douleur – soins palliatifs – accompagnement et plus particulièrement dans la question n°65 : bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique.

### **1.3.1 Les douleurs par excès de nociception.**

Elles sont liées à l'excitation des récepteurs périphériques par des facteurs physiques, chimiques et thermiques. En règle générale, ces douleurs sont bien systématisées et décrites comme telles par le patient.

### **1.3.2 Les douleurs neuropathiques.**

Anciennement appelées douleurs de « désafférentation », elles sont liées à des lésions du système nerveux central ou périphérique.

### **1.3.3 Les douleurs médiées par le système végétatif.**

Encore appelées Syndrome Dououreux Régional Complexe, elles répondent à différentes anomalies vaso-motrices avec aspect pseudo-inflammatoire.

### **1.3.4 Les douleurs psychogènes.**

Ces douleurs n'ont pas de réelle reconnaissance en tant que telles. Elles font partie d'un diagnostic d'exclusion quand toute origine organique a été exclue.

Toute douleur a une composante psychogène dès lors qu'elle présente un retentissement sur la vie du patient qui souffre.

### **1.3.5 Les douleurs mixtes.**

Dans nombreux cas de patients douloureux chroniques, on peut retrouver différents types de douleur associés.

### **1.3.6 Cas particuliers des douleurs chroniques en oncologie.**

Tout patient souffrant d'une pathologie cancéreuse ne présente pas systématiquement une douleur. De plus, une douleur dans le cadre d'une pathologie cancéreuse peut avoir plusieurs origines sans forcément de lien direct avec celle-ci.

On trouve une classification des douleurs cancéreuses proposée par le *Memorial Cancer Center de New York* qui distingue :

- les douleurs chroniques liées au cancer en rapport avec la progression du cancer
- les douleurs chroniques liées au cancer en rapport avec le traitement étiologique (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie)
- les douleurs chroniques préexistantes et liées au cancer
- les antécédents de dépendance aux stupéfiants et une douleur liée au cancer
- la phase terminale avec douleur liée au cancer

(N'ont pas été citées ici mais faisant partie de la classification les douleurs aiguës).

#### **1.4 Les structures spécialisées.**

On trouve [9] les consultations de la douleur qui, comme leur nom l'indique, sont des centres de consultations pluridisciplinaires.

A un stade supérieur, on trouvait les Unités d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (UETD) qui en plus de l'activité « consultations » possédaient des lits d'hospitalisation et l'accès à un plateau technique lorsque cela était nécessaire. Ces UETD ont été supprimées en 2011 par les groupes de travail pilotés par la DGOS en association avec des représentants de la SFETD et de l'ARS, en accord avec l'HAS.

Enfin, les Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD), unités situées uniquement dans les CHRU. Ils ont une activité de recherche et d'enseignement supplémentaires.

## **2 ASPECTS LEGISLATIFS ET RECOMMANDATIONS.**

Depuis 1991, la douleur et sa prise en charge font partie intégrante des préoccupations ministérielles. [10]

En 1994, tous les médecins sont reconnus comme étant « pour beaucoup un médecin de la douleur » dans les textes de loi où il est également rappelé la mission « d'offrir aux malades douloureux des possibilités élargies d'accès au traitement et au soulagement de leur douleur ». [11]

En 2002, « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ». [12]

Le Code de la Santé Publique rappelle à tous les établissements de soins leur obligation à prendre en charge la douleur. [13, 14, 15]

Enfin, en 2007, la douleur chronique est reconnue comme maladie chronique. [16]

Ces lois entérinent des démarches entreprises à des échelons locaux par des professionnels de santé et qui se poursuivent toujours à l'heure actuelle.

## **2.1 Premier plan d'action triennal de lutte contre la douleur.**

Organisé de 1998 à 2000 [17], il visait à améliorer la prise en compte de la plainte du patient, l'amélioration de la prise en charge de la douleur dans les établissements de soins avec le financement de la mise en place de structures pluridisciplinaires et la formation des professionnels de santé.

## **2.2 Deuxième plan de lutte contre la douleur.**

Organisé de 2002 à 2005 [18], il visait à renforcer les points abordés dans le premier plan notamment avec la création de structures spécialisées (comme les Comités de Lutte contre la Douleur ou CLUD) et l'amélioration des pratiques (avec propositions de recommandations) tout en développant trois

nouveaux axes d'étude : douleur de l'enfant, douleur provoquée par les soins et la chirurgie et prise en charge de la douleur chronique.

### **2.3 Troisième plan quinquennal pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur.**

Organisé de 2006 à 2010 [19], il reposait sur quatre principaux axes de travail : l'amélioration de la prise en charge des populations les plus vulnérables (âges extrêmes, polyhandicapés, fin de vie), une meilleure utilisation des traitements médicamenteux ou non, la formation initiale et continue des professionnels de santé et la structuration de la filière de soins de la douleur (en particulier de la douleur chronique).

### **2.4 Evaluation du troisième plan de lutte contre la douleur par le HCSP.**

Le HCSP a été saisi par le Ministère de la Santé en mai 2010 afin d'évaluer le travail effectué de 2006 à 2010. [20]

Il apparaît que l'impact de ce plan (en continuité des précédents) prédomine sur le milieu hospitalier avec une amélioration de la prise en charge de la douleur en 10 ans.

Malheureusement, il est déploré la persistance d'une grande hétérogénéité entre les régions, voire les départements, en terme de pratiques et d'organisation de soins notamment par l'intermédiaire des réseaux.

Pour le HCSP, le problème principal est un manque de prise en compte de nombreuses contraintes comme les systèmes de rémunération, l'organisation de l'Hôpital Public mais aussi « le relatif isolement de la médecine libérale ».

Le HCSP propose l'élaboration d'un quatrième plan dont un des principes proposés consiste en « changer de paradigme (d'une prise en charge et d'un savoir hospitalo-centrés vers une organisation des soins en ville) : une offre de qualité à l'hôpital et en ville. Le but étant de restructurer les propositions de soins et de les uniformiser sur l'ensemble du territoire. »

La publication du quatrième plan devrait avoir lieu fin mars 2012.

## **2.5 Recommandations de l'HAS.**

En 2007, l'HAS a été saisie par la SFETD afin de proposer des recommandations de bonne pratique quant à l'organisation de la prise en charge des patients douloureux.

A l'issue des études menées par l'HAS, a été élaboré un guide permettant l'évaluation, le traitement et l'orientation devant une douleur chronique en 2008 [4]. Puis en 2009, a été dressé l'état des lieux des structures de soins de la douleur et leur organisation [21].

L'objectif principal recommandé par l'HAS est surtout de renforcer les liens entre les différents intervenants, d'une part les structures spécialisées et d'autre part les professionnels de santé libéraux.

## **2.6 Projets de l'ARS Nord Pas de Calais.**

### **2.6.1 Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Troisième génération.**

Initialement élaboré par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Nord Pas de Calais, il a été arrêté le 29 mars 2006 [22]. Il fait suite au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Deuxième génération qui s'est tenu de 1999 à 2004 où la douleur était intégrée au volet oncologie.

Fin 2004 [23], on comptait un CETD (CHRU Lille), deux UETD (Berck et Lens) et quatre consultations de la douleur (Centre Oscar Lambret Lille, Valenciennes, Roubaix et Béthune). A cette date, seules ces sept structures étaient reconnues par l'ARH auxquelles s'associaient vingt autres structures non labellisées (dix huit consultations et deux unités). (annexe 2)

Ce troisième plan, tenu de 2006 à 2011, s'articule autour de six axes stratégiques [23,24] où apparaît la douleur :

- L'axe 1 : élargissement des propositions de prise en charge et de soins à tous les patients du territoire
- L'axe 2 : prévention, dont le troisième objectif est de développer l'éducation thérapeutique dans les maladies chroniques.
- L'axe 3 : rééquilibrage de l'offre de soins sur le territoire et coordonner les professionnels de santé de tous secteurs d'exercice.
- L'axe 4 : intégration de la « ville » dans les filières de soins et les réseaux, notamment dans la prise en charge de la douleur.

- L'axe 5 : amélioration et évaluation des pratiques cliniques, notamment pour la douleur et amélioration de la prise en charge de la douleur tant sur le plan soins palliatifs-douleur que dans les autres domaines tels que chirurgie et pédiatrie.
- L'axe 6 : développement des formes nouvelles d'organisation dans le secteur ambulatoire et les relations villes-hôpital (réseau).

Suite aux modifications successives apportées par la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire) en 2009 [25] et ses aménagements apportés par la loi Fourcade en 2011 [26], les Agences Régionales d'Hospitalisation ont disparu au profit de la création des Agences Régionales de Santé.

Concernant les actions territoriales, on voit se développer les Projets Régionaux de Santé (acceptés par les ARS Nord Pas de Calais et Poitou-Charentes en décembre 2011). Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Troisième génération du Nord Pas de Calais a été abrogé le 31 décembre 2011 [27] et est désormais intégré au PRS au titre de Schéma Régional d'Organisation de Soins (SROS-PRS).

### **2.6.2 Bilan du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Troisième génération. Elaboration du SROS-PRS.**

Le bilan est plutôt positif en terme de sensibilisation et formation des professionnels de santé. Le point négatif reste l'évaluation des centres spécialisés labellisés ou non, d'une part il n'y a pas eu de nouvelles structures reconnues et d'autre part certaines structures se déclarent labellisées alors qu'elles ne le sont pas. [28] (annexe 3)

Le SROS-PRS ne peut pas reprendre les axes du SROS III en tant que tels. Toutefois, le bilan du SROS III va servir de base à l'élaboration des axes de travail du SROS-PSR.[29]

On voit apparaître de nouveaux axes comme la prise en compte de la filière ambulatoire qui implique que les décisions devront être prises avec les « acteurs de terrain », ou encore l'amélioration de l'accès, de la qualité et de la sécurité des soins pour toute personne souffrant de maladie chronique en développant, entre autres, des programmes d'éducation thérapeutique. [28, 29]

L'ARS a également ajouté plusieurs annexes au développement du SROS-PSR dont le développement des réseaux de santé, le développement de l'éducation thérapeutique et le rôle des pharmaciens dans le premier recours et dans les réseaux de santé.

### **2.6.3 Douleur et oncologie.**

Il n'existe pas à l'heure actuelle de législation dans ce cadre strict. Il s'agit de liens transversaux entre le plan de lutte contre la douleur d'une part et le plan cancer d'autre part. [30]

### **3 METHODOLOGIE.**

#### **3.1 Type d'étude.**

Il s'agit d'une enquête à la fois transversale et qualitative.

#### **3.2 Population cible.**

La population cible est représentée par l'ensemble des Médecins généralistes d'exercice libéral, des Pharmaciens d'officine et des IDE de l'ancienne circonscription CPAM de Cambrai. La CPAM du Hainaut a fourni la liste des communes dépendant de Cambrai.

Il n'a pas été possible d'obtenir les listes des professionnels de santé. Cette liste a donc été constituée à l'aide du site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) et des pages jaunes.

En croisant ces deux sources, la population cible se constitue de 145 Médecins généralistes, 70 Pharmaciens et 215 IDE.

#### **3.3 Choix du questionnaire.**

Le choix d'un questionnaire commun s'est fait en raison du grand nombre de personnes interrogées. En effet, il ne paraissait pas envisageable de réaliser des entretiens individuels ou même des focus groupes. Toutefois les questions ont été construites de façon à ce que chacun puisse répondre en fonction de ses connaissances et préciser en commentaire les spécificités propres à son exercice professionnel.

### **3.4 Questionnaire.**

#### **3.4.1 Elaboration du questionnaire.**

Ce questionnaire a été élaboré par deux personnes, et relu, commenté et testé auprès de trois Médecins, trois Pharmaciens et trois IDE hors secteur d'étude, puis validé après modifications par un troisième intervenant. Le but de construire et valider le questionnaire de manière collective était de l'enrichir et de l'améliorer tout en vérifiant sa clarté et sa compréhension. (Annexe 1)

#### **3.4.2 Thèmes abordés.**

La première partie du questionnaire permet de faire l'état des lieux sur la démographie des professionnels de santé dans le Cambrésis.

La deuxième partie du questionnaire concernant l'évaluation de la douleur chronique permet de faire le point sur les connaissances, le vécu et les croyances des professionnels de santé dans le cadre général de la douleur chronique et aussi le cas particulier de la douleur chronique en oncologie.

##### **3.4.2.1 Evaluation de la douleur.**

Il a été demandé aux différents professionnels leur manière d'évaluer la douleur évoquée par le patient. Pour assurer une prise en charge efficace, il est nécessaire de prendre en compte ce qui est décrit

par le patient. Le but de la question 5 était de savoir comment les professionnels de santé se situaient par rapport à l'évaluation donnée par le patient de sa douleur.

Il existe, à l'heure actuelle, de nombreuses échelles d'évaluation de la douleur du patient. La question 6 permet d'évaluer leurs utilisations en pratique et de montrer les plus couramment employées.

#### **3.4.2.2 Types de douleur.**

Comme rappelé dans l'introduction, il existe de nombreux types de douleurs. Afin d'en améliorer les prises en charge, il convient de faire le point sur les liens qu'entretiennent les professionnels de santé avec ces douleurs.

La question 7 fait le point sur les types de douleur qui semblent poser le plus de problèmes aux professionnels en terme de prise en charge.

Dans le cas des douleurs chroniques en oncologie, il existe encore quelques idées reçues quant à l'origine des douleurs. De la pathologie en elle-même, en passant par les différents traitements, l'évolution de la maladie et l'impact psychologique, tout peut être source de douleur. La question 8, quant à elle, s'attarde sur les étiologies possibles des douleurs chroniques.

#### **3.4.2.3 Douleur et thérapeutique.**

A l'heure actuelle, devant une douleur chronique en oncologie, les antalgiques de palier III peuvent être prescrits en première intention. Toutefois il semble que certains patients ne bénéficient pas

immédiatement de ces traitements (hors contre-indications et effets secondaires). La question 9 cherche à mettre en évidence les freins et les croyances des professionnels de santé quant à la prescription des antalgiques de palier III en première intention en oncologie.

Dans la prise en charge de la douleur on peut également employer des traitements combinés qui consistent en des moyens thérapeutiques, médicamenteux ou non, associés aux antalgiques afin d'améliorer et d'affiner la prise en charge de la douleur chronique. La question 10/A permet de faire le point sur les connaissances des professionnels de santé en matière de traitement combiné.

La question 10/B a pour but de faire le point sur les croyances des professionnels de santé quant à la douleur chronique en oncologie par rapport à la douleur chronique hors oncologie.

Concernant la prise en charge des maladies chroniques, parmi lesquelles on peut inclure la douleur chronique, on voit se développer des programmes d'éducation thérapeutique. Les questions 11 A, B et C interrogent les professionnels de santé sur leur situation par rapport à ces programmes et la place qu'ils souhaiteraient pouvoir tenir.

#### **3.4.2.4 Relations avec la consultation de la douleur.**

Avant de pouvoir travailler tous ensemble, il apparaît nécessaire d'évaluer le ressenti des professionnels de santé libéraux en terme de communication existante avec la consultation de la douleur de leur secteur. (Question 12)

Afin d'éviter toute méprise sur le rôle que chacun peut avoir à jouer dans la prise en charge des patients douloureux, il pourrait être envisagé de permettre aux professionnels de santé libéraux de venir

assister à une (voire plusieurs si cela reste réalisable) consultation de la douleur. Cela pourrait tout à fait s'intégrer dans la formation professionnelle. (Question 13)

Afin d'améliorer cet aspect de la prise en charge, il a été demandé aux professionnels (question 14) par quels moyens ils verraient s'améliorer la communication avec la consultation de la douleur.

#### **3.4.2.5 Formation.**

Afin de pouvoir étudier la faisabilité d'un travail en collaboration, il convient d'évaluer où chacun se situe par rapport à ses connaissances pour prendre en charge une douleur chronique et si les professionnels de santé souhaitent bénéficier de formations adaptées. En effet, plusieurs formations seront nécessaires pour mener à bien ce projet. C'est l'objet des questions 15 à 17.

Afin de favoriser le travail en collaboration entre les professionnels de santé et la consultation de la douleur, il leur a été demandé s'ils souhaitaient que ces formations soient dispensées par l'équipe de la consultation de la douleur de leur secteur. (Question 18)

Enfin, de façon à pouvoir démarrer le projet de façon efficace, il a été demandé aux professionnels de santé les thèmes qu'ils souhaiteraient voir abordés lors de ces formations.

### **3.5 Recueil des données.**

Les questionnaires ont été envoyés par courrier postal auquel était jointe une enveloppe timbrée pour le retour.

Les courriers ont été envoyés mi-novembre 2011 avec une réponse souhaitée pour début décembre 2011. Une relance téléphonique a été faite mi-décembre.

### **3.6 Traitement des données.**

Les réponses ont été traitées à l'aide du logiciel Microsoft Excel® version Mac 2011.

## 4 RESULTATS.

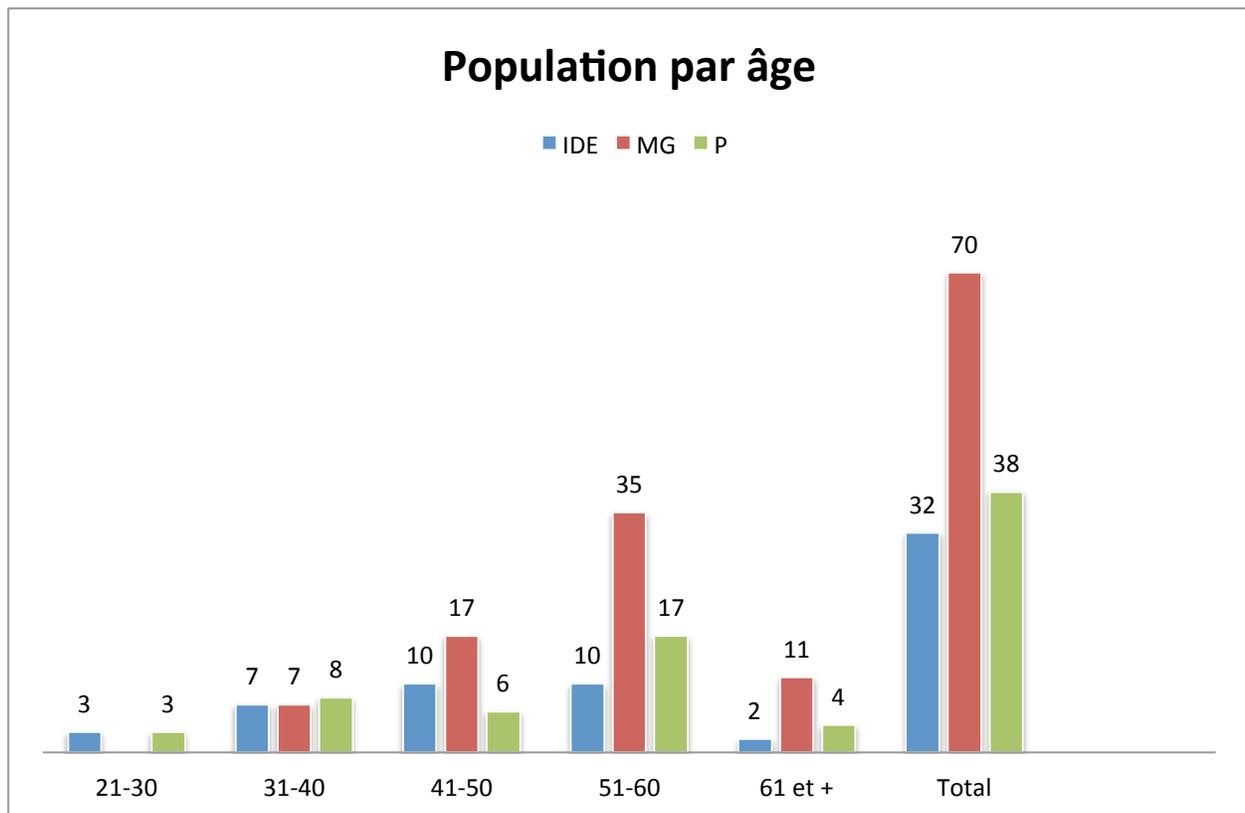
### 4.1 Population d'étude.

L'intégration des réponses s'est arrêtée le 6 janvier 2012. A cette date, 140 réponses (sur 430 questionnaires envoyés) (soit 32,56 %) dont 70 Médecins, 38 Pharmaciens et 32 IDE avaient été retournées.

Parmi les réponses, 2 IDE ont renvoyé le questionnaire non rempli en précisant être à la retraite.

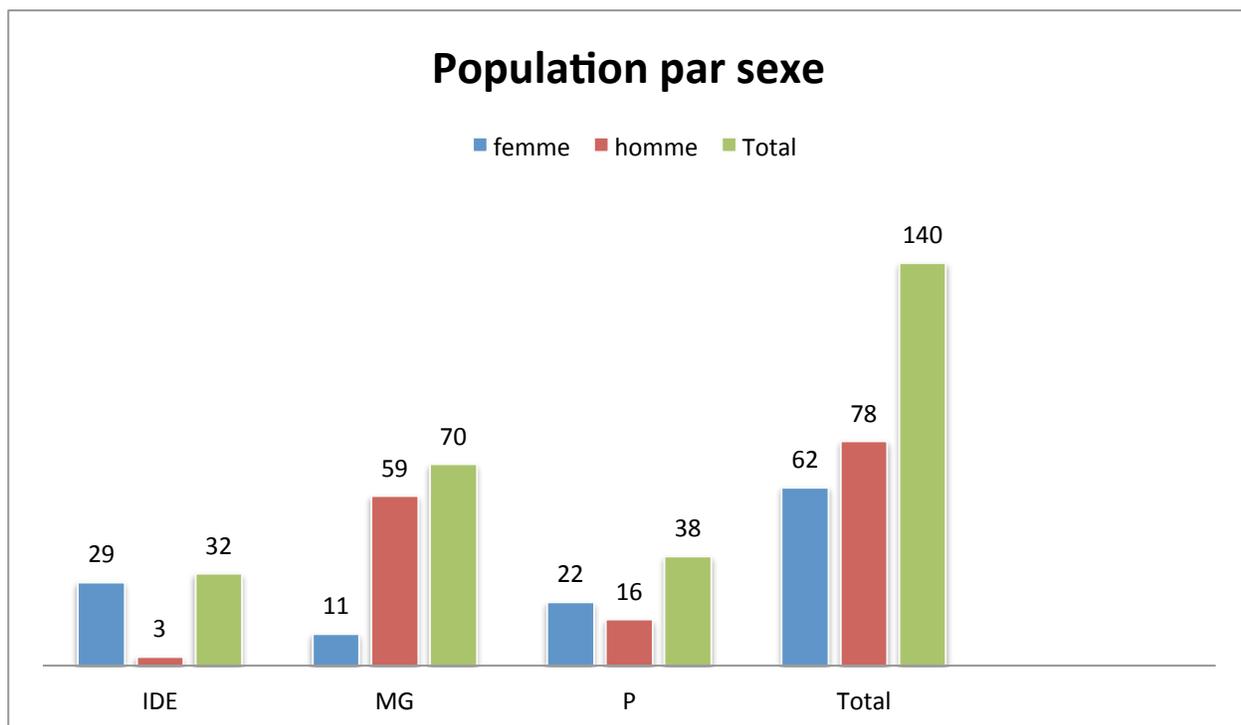
Deux questionnaires de MG ont été retournés en février et en mars. Ils n'ont pas été traités.

#### 4.1.1 Répartition en fonction de l'âge.



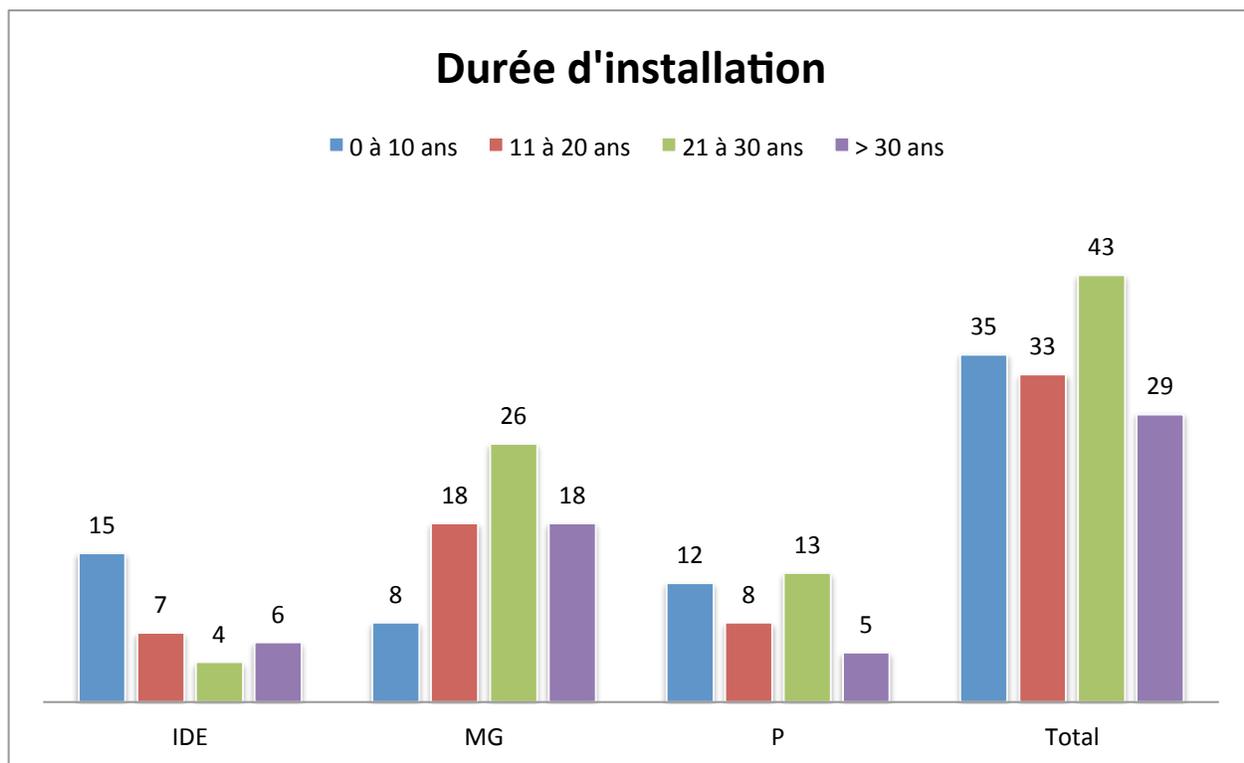
La majeure partie des répondants se situe entre 41 et 60 ans.

#### 4.1.2 Répartition homme / femme.



Dans la population globale, on note 62 femmes pour 78 hommes. Parmi les Médecins généralistes, on note une prédominance masculine, à l'inverse des IDE. La répartition étant un peu plus équilibrée parmi les Pharmaciens.

### 4.1.3 Durée d'installation.

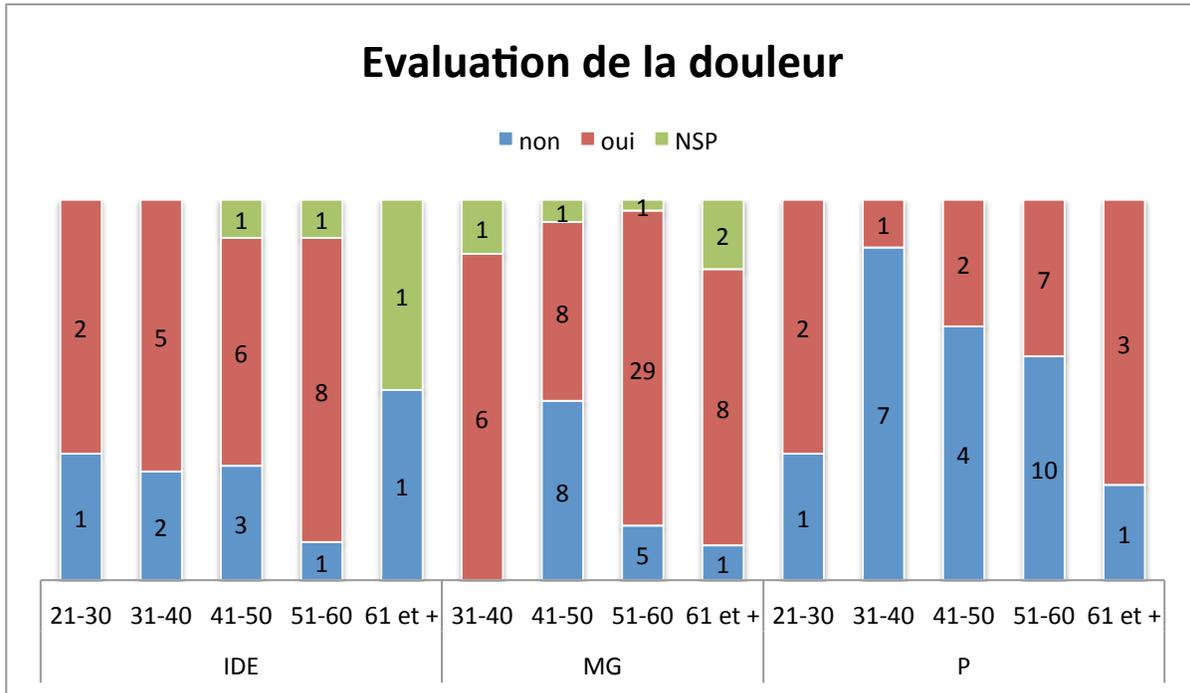


Les professionnels de santé ont été classés en quatre catégories selon leur durée d'installation (en années) : de 0 à 10 ans, de 11 à 20 ans, de 21 à 30 ans et depuis plus de 30 ans.

On constate un bon nombre d'installations récentes d'IDE. La répartition des Pharmaciens est semblable à la répartition globale.

Chez les Médecins Généralistes, on peut penser que le reflet des installations correspond au problème démographique à venir avec un nombre d'installations décroissant.

## 4.2 Pertinence de l'évaluation de la douleur.

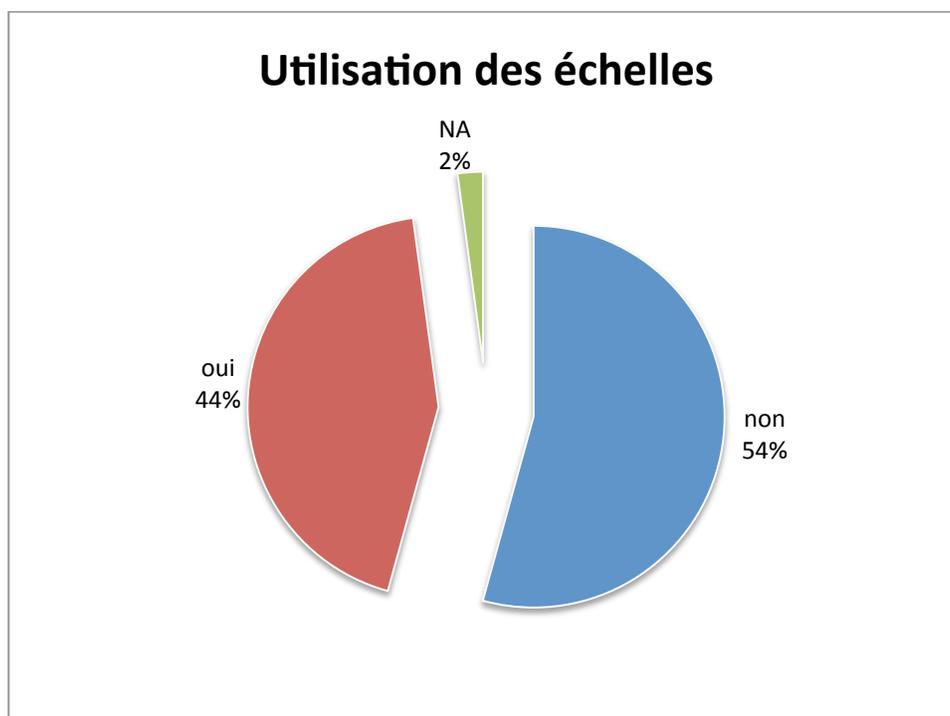


Cette question a été traitée en fonction de l'âge des différents professionnels.

Il semble que l'expérience des années permet aux professionnels de santé de se sentir plus à l'aise face à l'évaluation de la douleur.

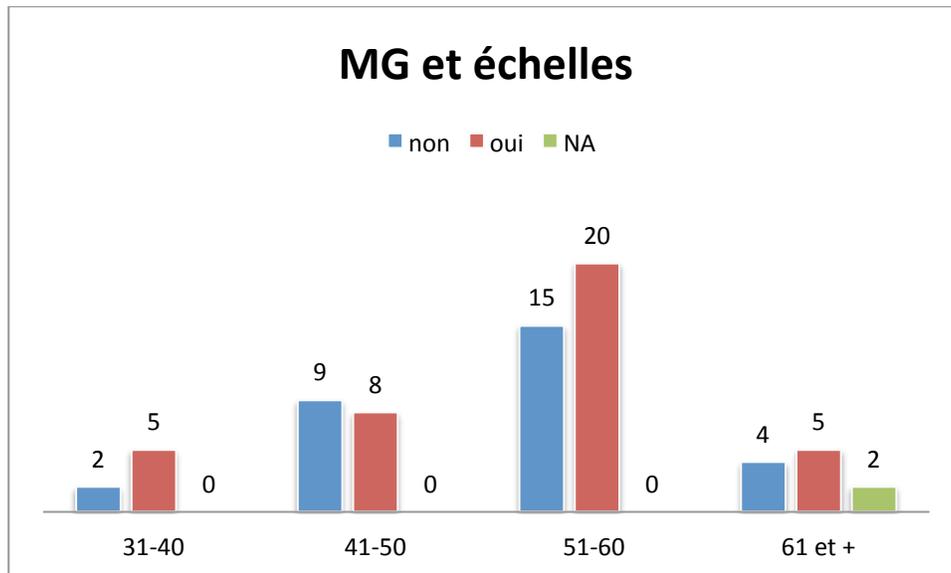
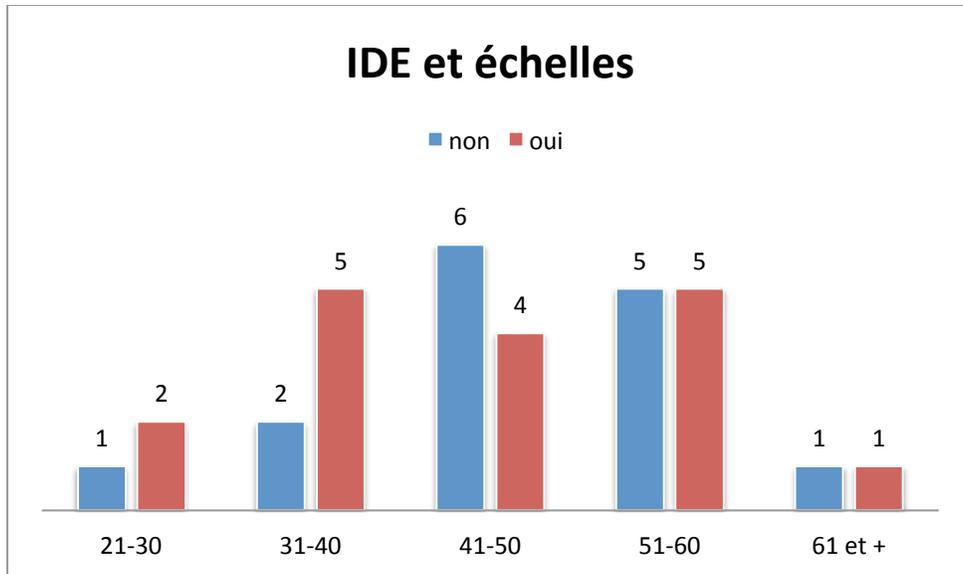
Pour les jeunes installés, bien que leur nombre soit plus faible, on peut supposer que la douleur est plus traitée qu'auparavant au cours de leur formation initiale.

### 4.3 Utilisation des échelles de la douleur.

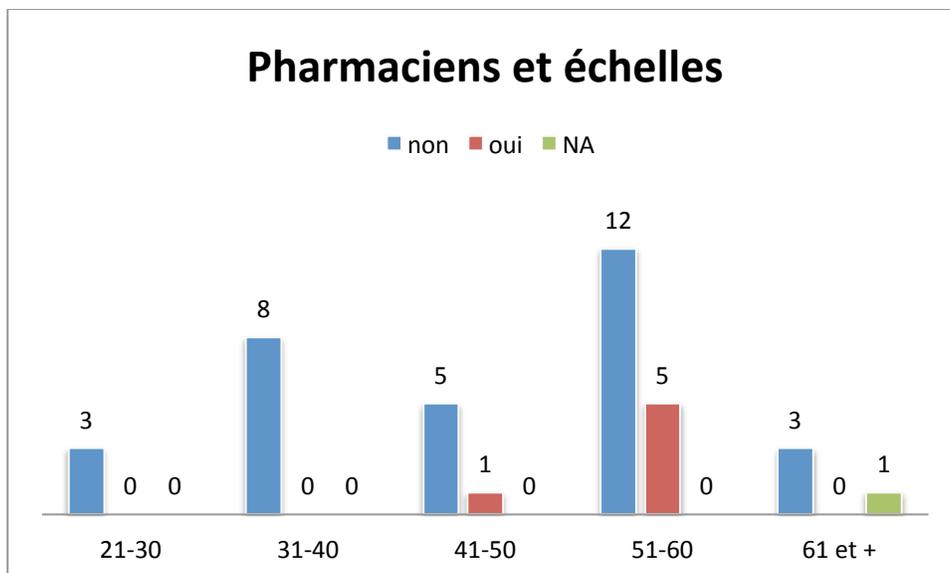


Sur les 140 répondants, deux Médecins généralistes et un Pharmacien n'ont pas répondu.

Encore une fois, la première partie de la question a été traitée en fonction de l'âge des praticiens.



Les échelles sont principalement utilisées par les IDE et les Médecins Généralistes bien que leur utilisation ne soit pas systématique par tous.

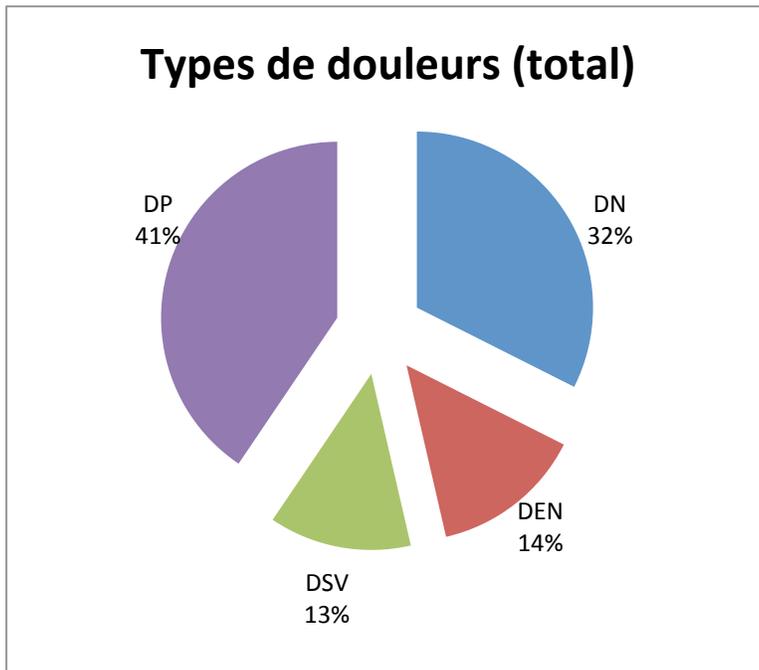


Nombre de Pharmaciens précisent en commentaire libre qu'ils ne les connaissent pas ou qu'il ne leur est pas toujours possible de les adapter à leur exercice.

Concernant les échelles utilisées, certains n'ont pas indiqué leurs échelles de référence. Sur les réponses obtenues : (84 soit 50 %) c'est l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) qui est la plus citée, majoritairement par les Médecins Généralistes et les IDE. Ensuite on retrouve l'Echelle Numérique (EN) citée à 23,8 % notamment par quasi tous les Pharmaciens répondants.

Ont également été cités : le DN4 pour les douleurs neuropathiques, l'échelle comportementale (ECPA) et l'échelle Doloplus (échelle comportementale spécifique aux sujets âgés).

#### 4.4 Difficultés face aux différents types de douleur.



DN : douleur neuropathique

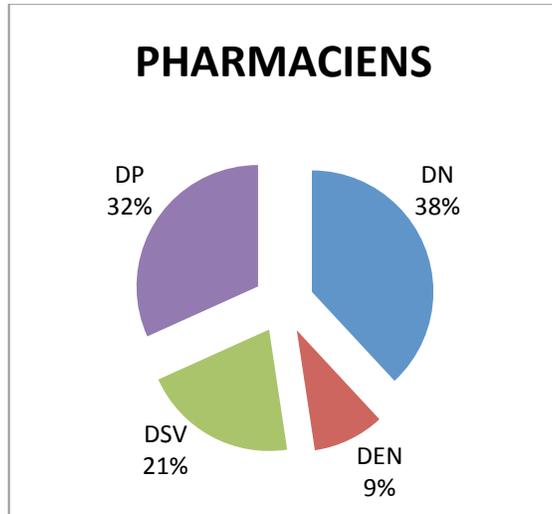
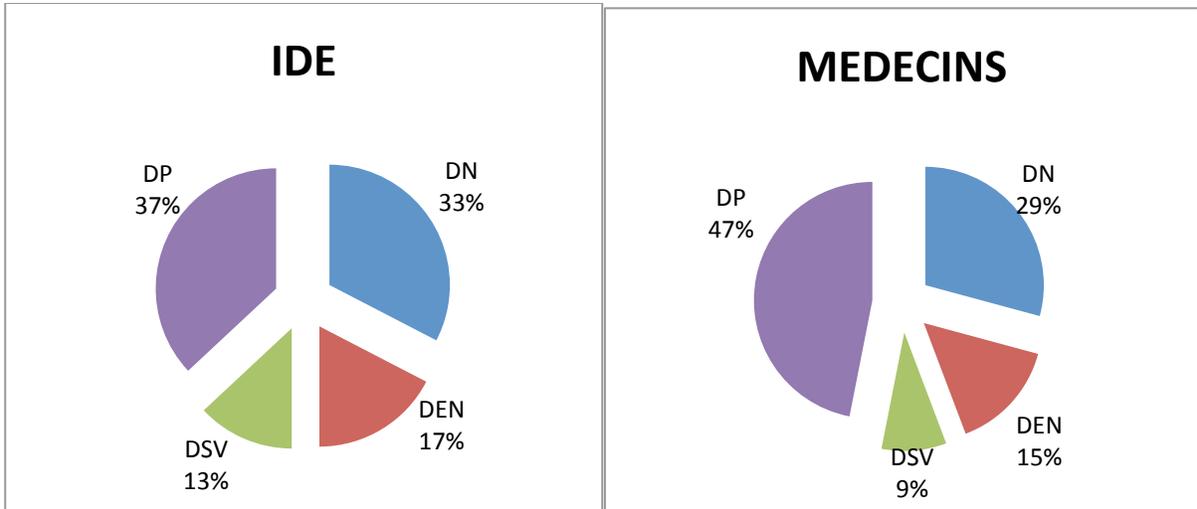
DEN : douleur par excès de nociception

DSV : douleur médiée par le système végétatif

DP : douleur psychogène

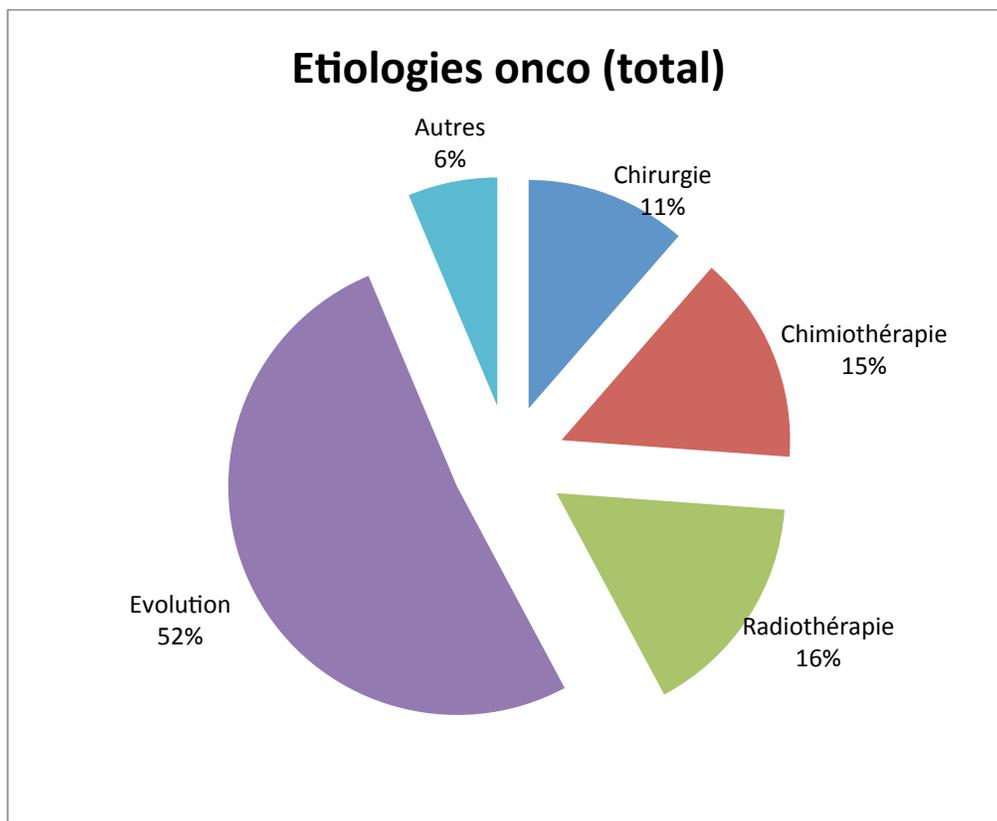
Les réponses à cette question pouvaient être multiples. Les douleurs psychogènes devancent de peu les douleurs neuropathiques. Les douleurs par excès de nociception et les douleurs médiées par le système végétatif viennent en dernières positions à parts à peu près égales.

Huit interrogés n'ont pas répondu à cette question, six d'entre eux (quatre IDE et deux Pharmaciens) ont précisé ne pas savoir quoi répondre.



Les trois professions suivent la tendance générale.

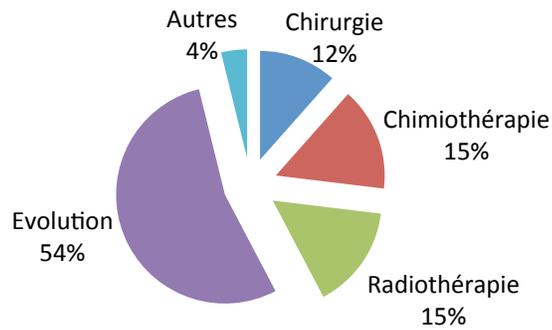
#### 4.5 Etiologies des douleurs en oncologie.



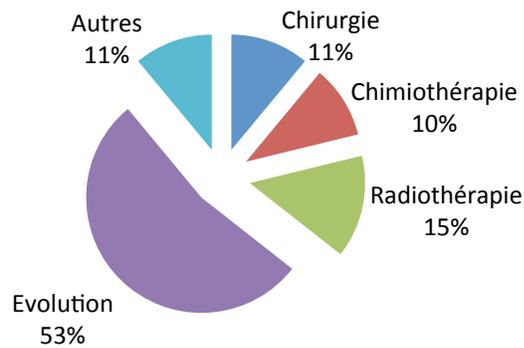
On aurait pu s'attendre à une répartition équivalente des différentes propositions mais on retrouve une nette prédominance de l'évolution de la maladie cancéreuse.

La répartition par professionnels de santé reste assez superposable à la moyenne générale. Seuls les Pharmaciens laissent un peu plus la place aux douleurs liées à la radiothérapie et à la chimiothérapie.

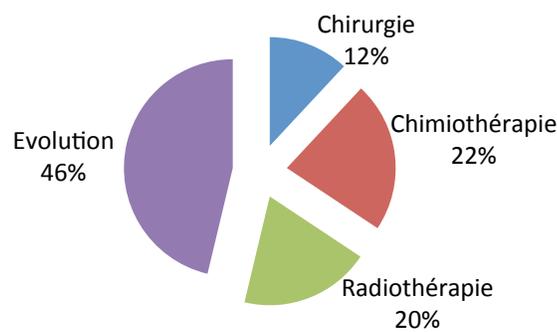
### Etiologies onco (IDE)



### Etiologies onco (MG)

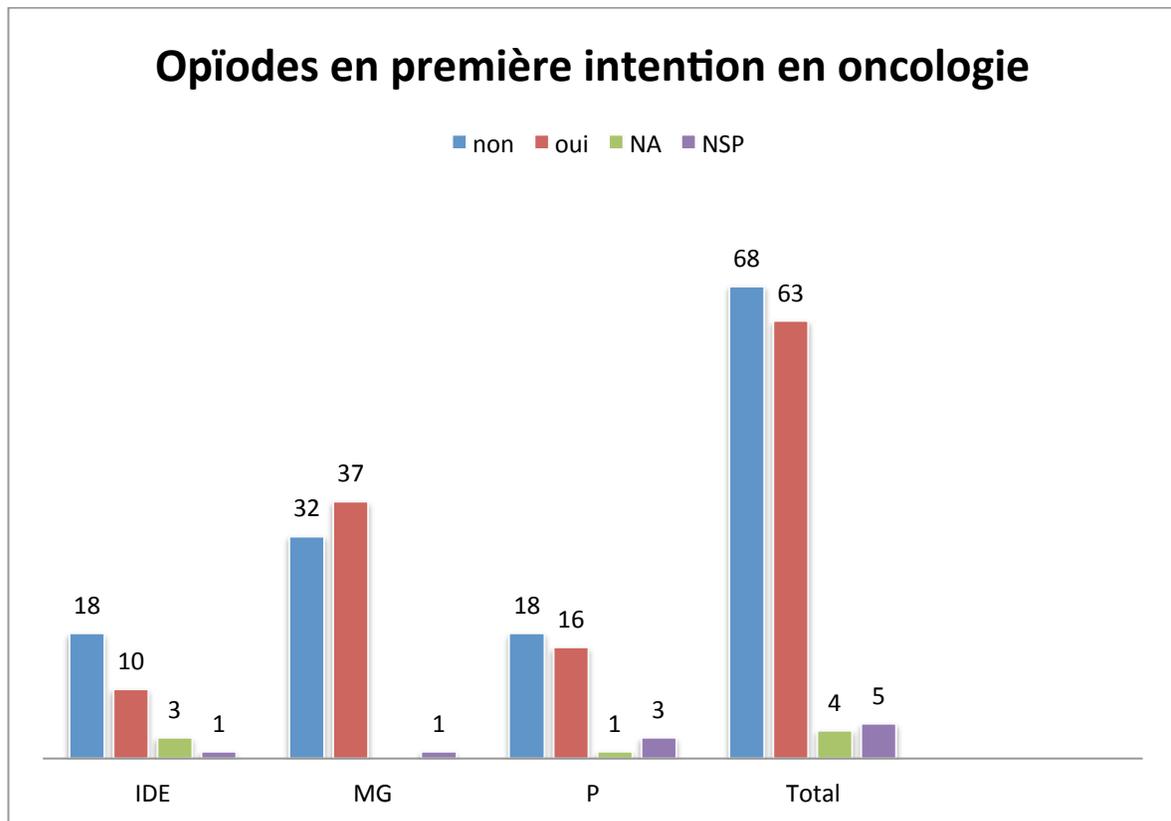


### Etiologies onco (Pharmaciens)



Concernant les professionnels ayant fait d'autres propositions de réponse, on retrouve dans 100 % des cas l'aspect psychologique de la douleur.

#### 4.6 Intérêt des opioïdes en première intention en oncologie.



Parmi les cent quarante répondants, cinq ont déclaré ne pas savoir répondre (un Médecin, trois Pharmaciens et un IDE) et quatre n'ont pas répondu sans justifier.

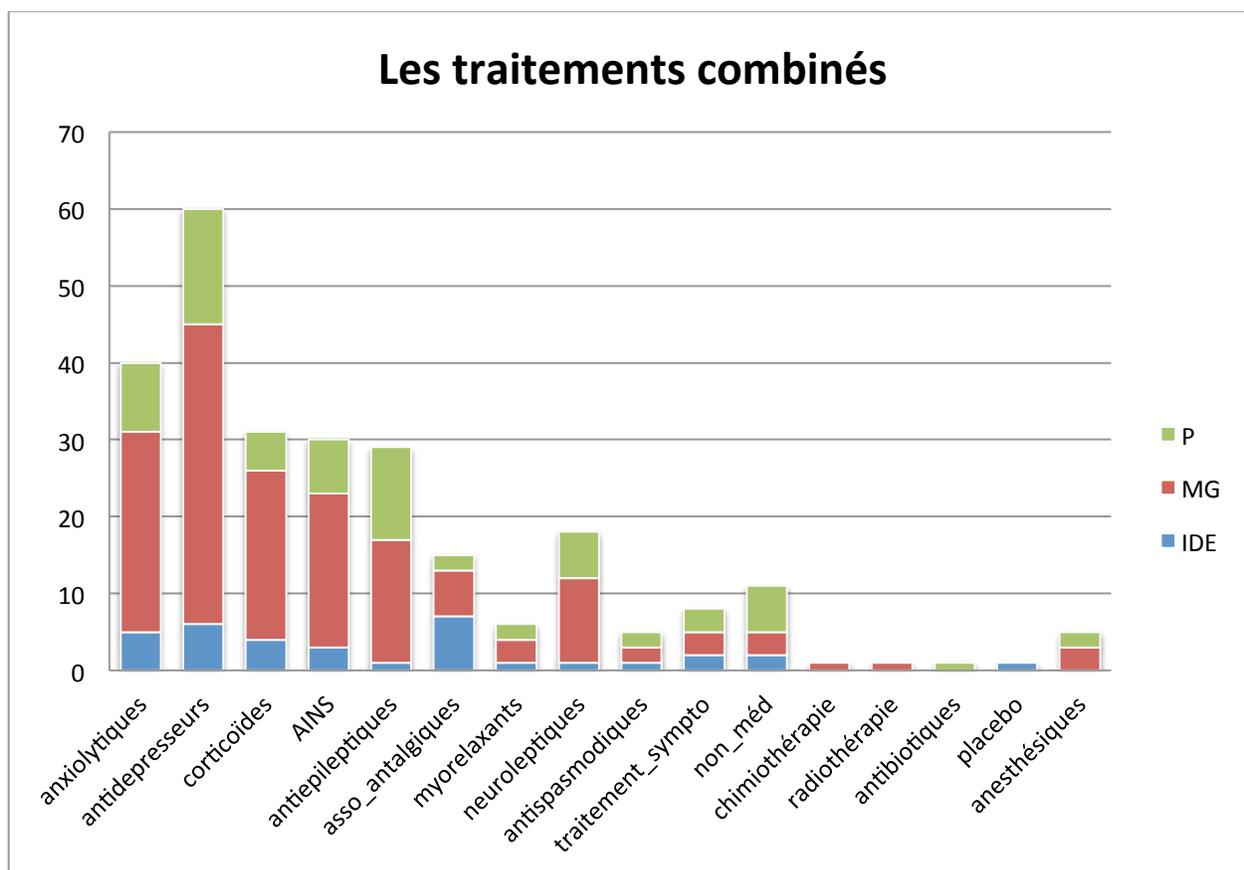
On constate que les avis sont partagés dans les trois corps de métier. Seuls les Médecins semblent trouver un intérêt à utiliser les paliers III en première intention.

Pour les personnes ayant répondu « oui » et ayant justifié leur réponse, tous mettent en avant « l'inutilité de perdre du temps ». Trois précisent « l'intérêt de l'impact psychologique quand les douleurs disparaissent rapidement » et trois Pharmaciens mettent en avant les « nombreuses possibilités galéniques ».

Un médecin a également ajouté qu'« il est anormal qu'un patient puisse décéder avant d'avoir été soulagé ».

Parmi les réponses « non » expliquées, on retrouve à 82 % « le respect de l'ordre des trois paliers d'antalgiques » suivi à 23,2 % « les effets secondaires et la mauvaise tolérance ».

#### 4.7 Les traitements combinés.



Les antidépresseurs et les anxiolytiques sont les molécules les plus citées de façon générale. Ils sont suivis par les corticoïdes, les AINS et les antiépileptiques.

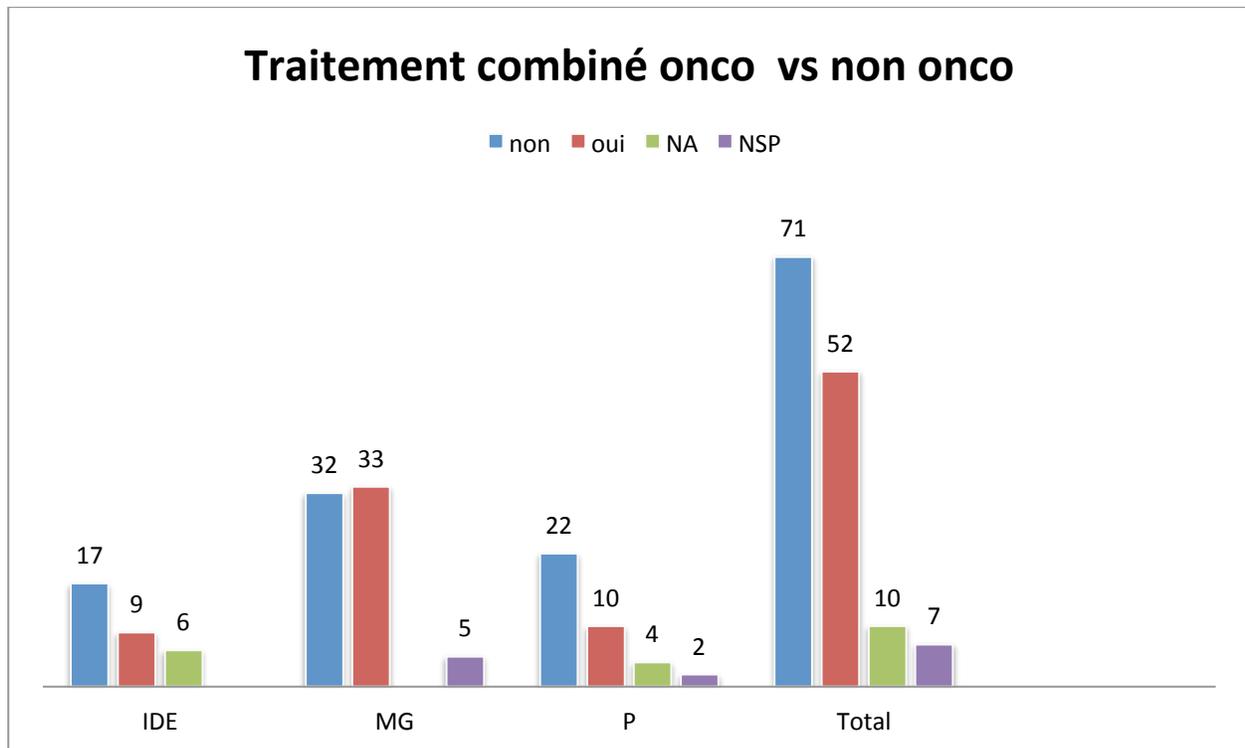
Les associations d'antalgiques citées sont {palier I + palier II} et {palier I + palier III}.

Les méthodes non médicamenteuses, essentiellement citées (kinésithérapie, psychothérapie, hypnose, phytothérapie et homéopathie), sont évoquées par les trois professions avec une petite prédominance chez les Pharmaciens.

Les traitements symptomatiques concernent la prise en charge des effets secondaires.

Sur les cent quarante répondants, dix-sept n'ont pas répondu et onze (six IDE, deux Médecins et trois Pharmaciens) ont déclaré ne pas savoir ce qu'est un traitement combiné. La répartition par âge des non répondants est homogène dans toutes les tranches d'âge et ce, dans les trois professions.

#### 4.8 Traitement combiné et oncologie.

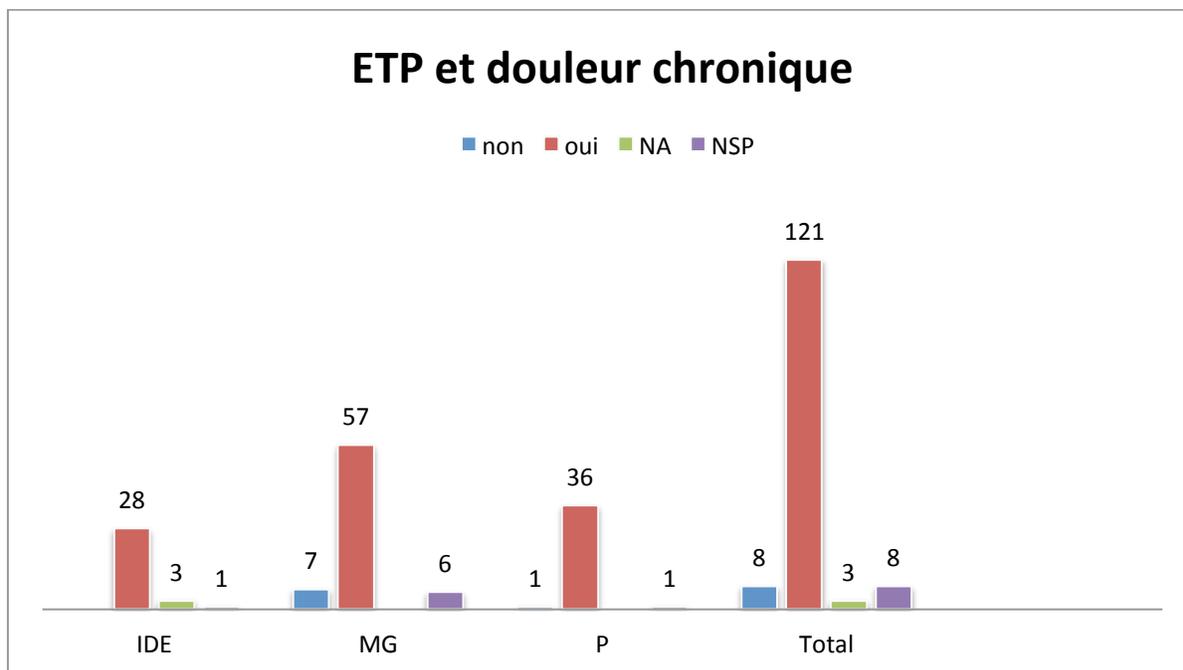


Dans l'ensemble, les professionnels de santé s'accordent à dire qu'il n'y a pas de différence de prise en charge de la douleur chronique selon son origine. Un enquêté écrit : « Toute douleur chronique doit être traitée de la même façon quelle que soit son étiologie ».

Pour ceux qui ont répondu « oui » à la question, c'est l'aspect psychologique de la douleur chronique en oncologie qui rend plus pertinent le traitement combiné. « la douleur chronique est souvent perçue comme une évolution fatale de la maladie », « l'anxiété réactionnelle est souvent plus précoce et passe au premier plan ».

Dix n'ont pas répondu et sept ont déclaré ne pas savoir répondre ou ne pas avoir compris.

#### 4.9 Education thérapeutique et douleur chronique.



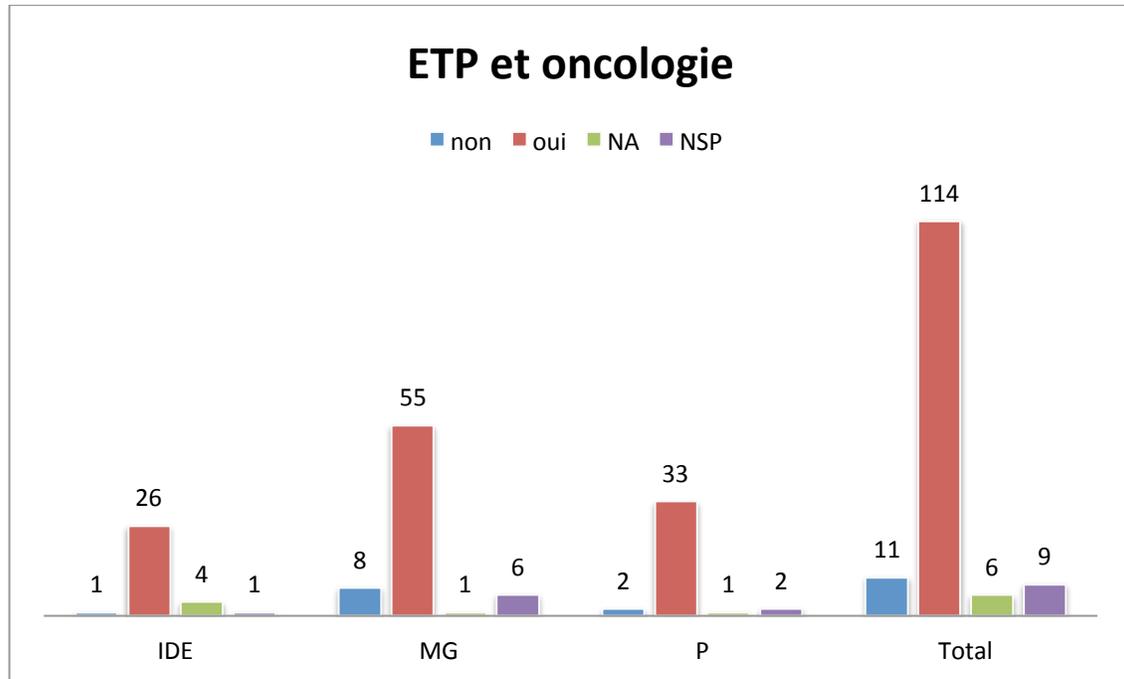
Il semble que certains praticiens se méprennent sur la notion d'éducation thérapeutique et justifient en partie leur réponse en terme de formation professionnelle. Toutefois, les commentaires associés concernent les patients. Toutes les réponses ont donc été prises en compte.

Majoritairement la réponse est positive. Le principal objectif évoqué est de faire devenir le patient acteur de sa maladie – douleur chronique et donc « d'améliorer sa prise en charge » et « son autonomie ».

Les huit réponses « non » n'ont pour la moitié pas été justifiées. Pour les autres, l'éducation thérapeutique « est une question de mode » et « le découpage du patient entre plusieurs intervenants est néfaste ».

Trois IDE n'ont pas répondu à la question, une IDE, six Médecins et un Pharmacien ont déclaré ne pas connaître les principes de l'éducation thérapeutique.

#### 4.10 Education thérapeutique et douleur chronique en oncologie.



On aurait pu s'attendre à avoir une répartition similaire des réponses à la question précédente mais les non répondants sont un peu plus nombreux. Ceux n'ayant pas répondu à cette question alors qu'ils avaient répondu à la précédente ne se sont pas justifiés.

Concernant les réponses, la tendance est positive, pour les mêmes motifs qu'à la question précédente. (patient acteur, amélioration prise en charge)

Les professionnels de santé ayant répondu « non » sont également un peu plus nombreux. Encore une fois, les explications à ces « non » sont les mêmes.

Pour les trois réponses « non » ayant répondu « oui » à la question précédente, on retrouve un membre de chaque profession. Ceux-ci mettent en avant le caractère « souvent non maîtrisable » de

l'évolution de la pathologie et les prises en charge déjà nombreuses de ces patients comme facteurs délétères à un processus d'éducation thérapeutique.

#### **4.11 Rôle en éducation thérapeutique.**

Sur les cent quarante répondants, trente n'ont pas répondu à cette question soit 21,4 % des répondants. (quinze Médecins, quatre Pharmaciens, onze IDE).

10,7 % se sont déclarés non concernés dont cinq Médecins. Parmi les six Pharmaciens non concernés, l'un d'eux déclare manquer de possibilités d'action. Enfin, trois IDE sur quatre non concernées estiment qu'il faudrait « commencer par améliorer les relations inter – professionnelles. »

24,3 % des répondants souhaitent participer activement comme « intervenant », « maillon de chaîne ». Le travail en équipe semble tenir une place prépondérante. (Treize Médecins, douze Pharmaciens, neuf IDE).

13,6 % souhaitent tenir un rôle de coordination de soins, être « référent ». (Quinze Médecins, deux Pharmaciens et deux IDE).

Concernant les réponses plus « spécifiques » à chaque discipline, on retrouve :

- chez les Médecins : un rôle de prescripteur (26% des Médecins). Un Médecin dit vouloir être « le chef ».
- chez les Pharmaciens : un rôle d'écoute (31,25%), un rôle dans la dispensation et l'explication des thérapeutiques. (62,5%)

- chez les IDE : un lien avec l'entourage du patient. (11,8%)

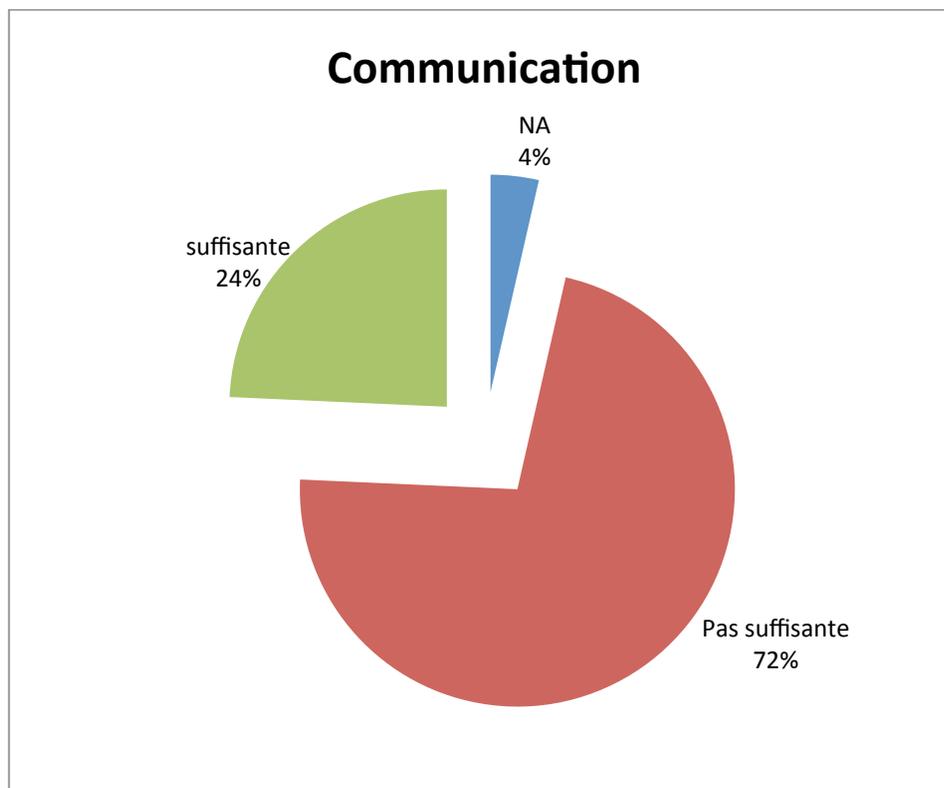
Une majorité des répondants (62%) se dit prête à suivre une formation adaptée à l'éducation thérapeutique.

Certains semblent penser que l'éducation thérapeutique ne concerne pas que le patient mais aussi les soignants et manifestement y cherchent un moyen de formation continue. L'éducation thérapeutique et ses enjeux ne paraissent pas comme ayant une place prépondérante, la situation en pratique semble moins claire qu'il n'y paraît. (« la médecine générale n'a rien à apprendre des centres de la douleur », « éducation thérapeutique pour qui, le patient ou les soignants ? », « je n'ai pas besoin d'aide, je gère mes patients seul »).

A plusieurs reprises, a également été abordé le problème de la rémunération.

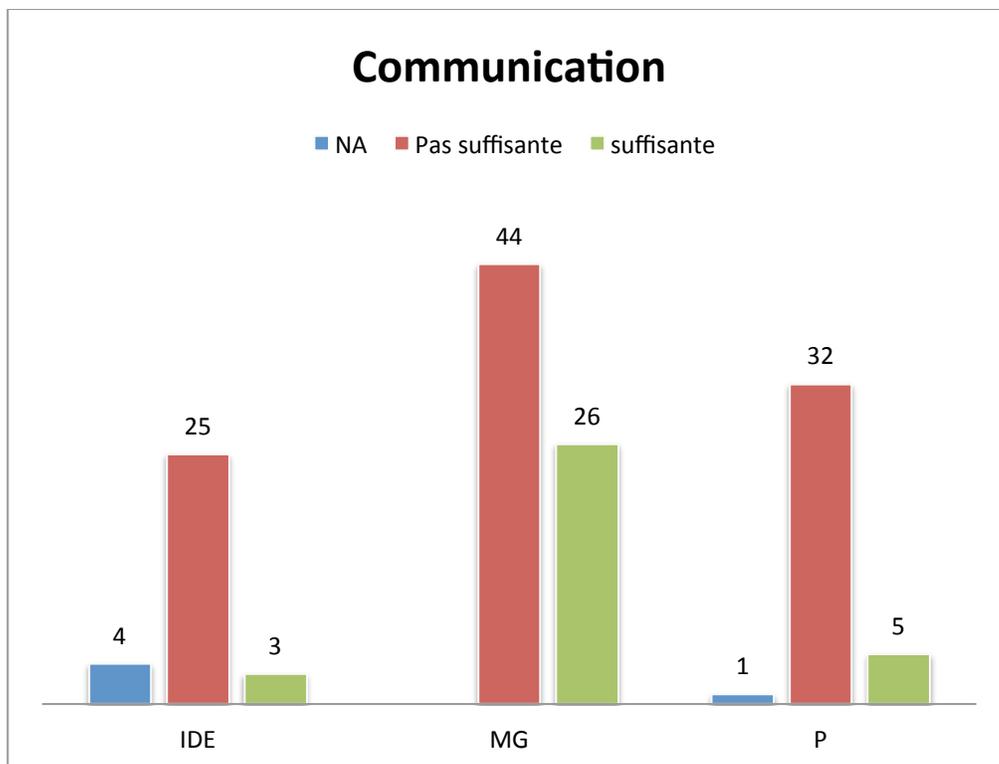
Le facteur limitant mis en avant dans ces réponses semble être le temps.

#### 4.12 Communication avec la consultation de la douleur.



Majoritairement, la communication avec la consultation de la douleur est jugée insuffisante et ceci quelle que soit la catégorie professionnelle.

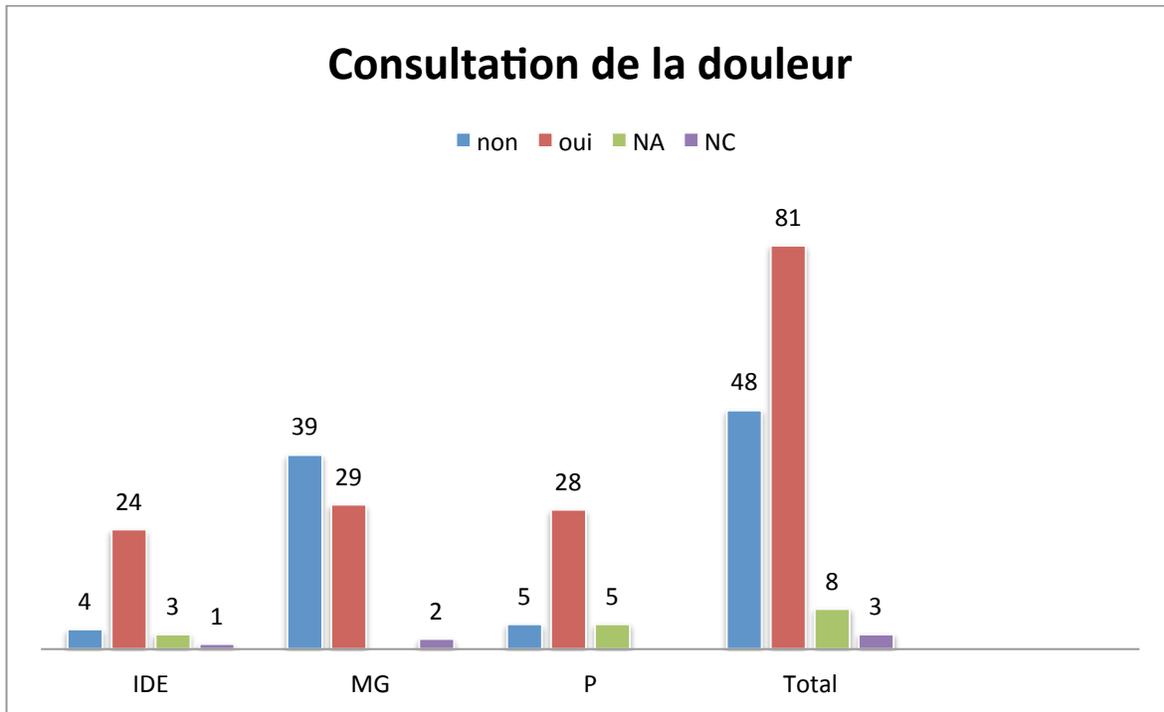
Cinq professionnels n'ont pas répondu (quatre IDE et un Pharmacien)



Concernant la part qui estime qu'elle est suffisante, elle est composée à 76,5 % de Médecins.

Bien que l'ensemble des professionnels de santé semble s'accorder sur le manque de communication entre eux et les consultations de la douleur, ce sont surtout les IDE et les Pharmaciens qui s'en plaignent le plus.

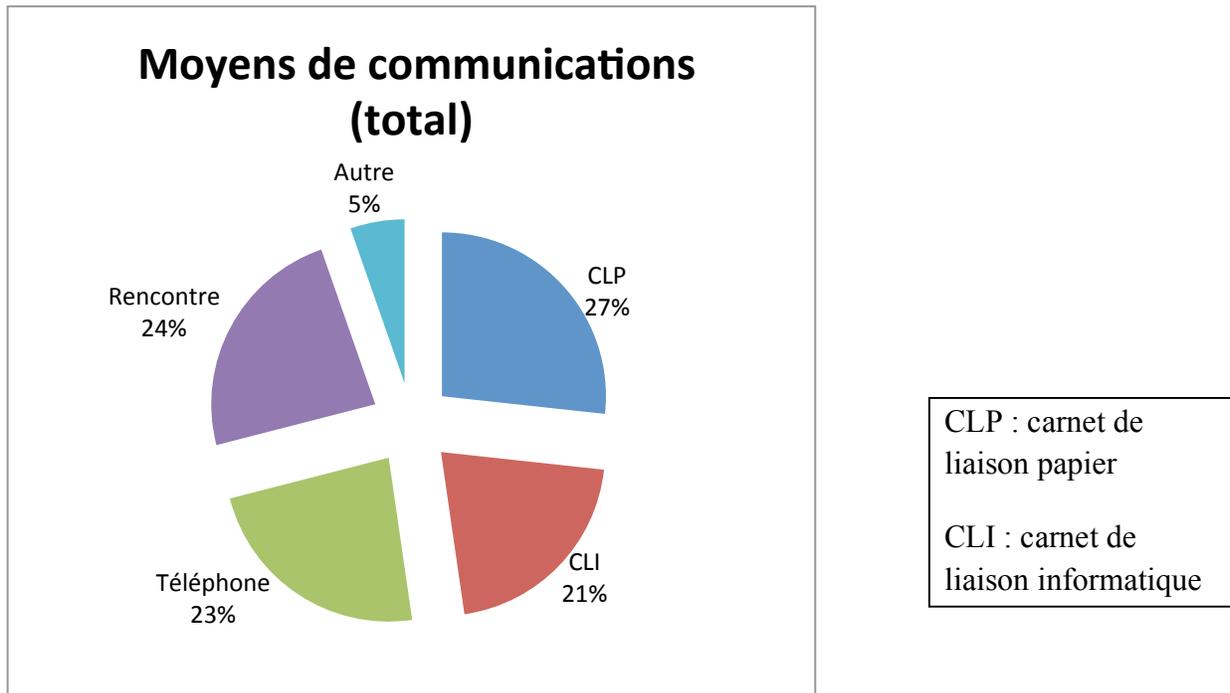
#### 4.13 Participation à une consultation de la douleur.



On constate une tendance globale plutôt positive face à cette possibilité. Surtout vraie chez les IDE et les Pharmaciens. Parmi les Médecins ayant répondu « non », certains ont ajouté en marge que « c'est par manque de temps plus que par manque d'envie ».

A cette question, huit n'ont pas répondu dont un(e) IDE titulaire du DIU de la douleur et deux Médecins qui ont eu l'occasion d'assister voire de mener ce type de consultation. (Exercice salarié en clinique pour l'un et quelques mois en consultation de la douleur pour l'autre).

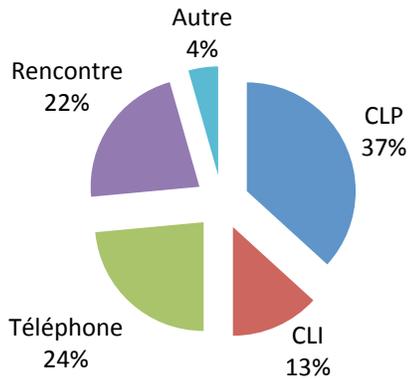
#### 4.14 Voies d'amélioration de la communication.



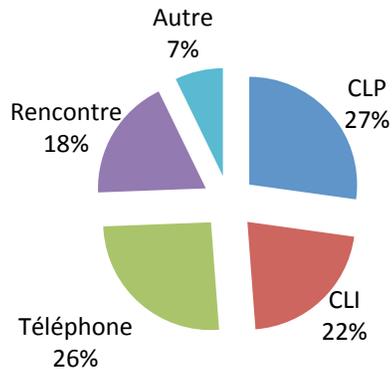
La globalité des cent trente-cinq réponses obtenues à cette question ne met pas en avant une méthode ou une autre. De nombreux commentaires libres tendaient vers le même objectif : peu importe le moyen « pourvu que cela soit efficace ! ». Petite préférence toutefois pour le carnet de liaison papier « à condition qu'il soit rempli ».

Les Médecins suivent la tendance globale. Les IDE penchent plutôt vers le carnet de liaison papier, quant aux Pharmaciens ils s'orientent plus vers les rencontres interdisciplinaires et le carnet de liaison informatique. Les Pharmaciens proposent également l'utilisation du « DP » (Dossier Pharmaceutique ou Dossier Patient ?) via la carte vitale.

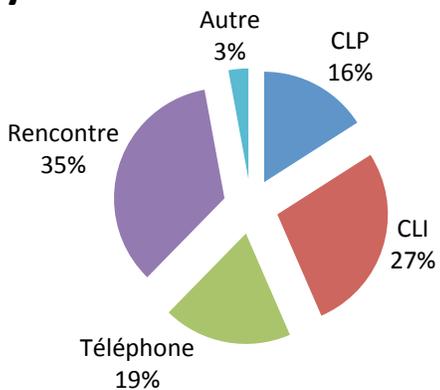
## Moyens de communication (IDE)



## Moyens de communication (MG)

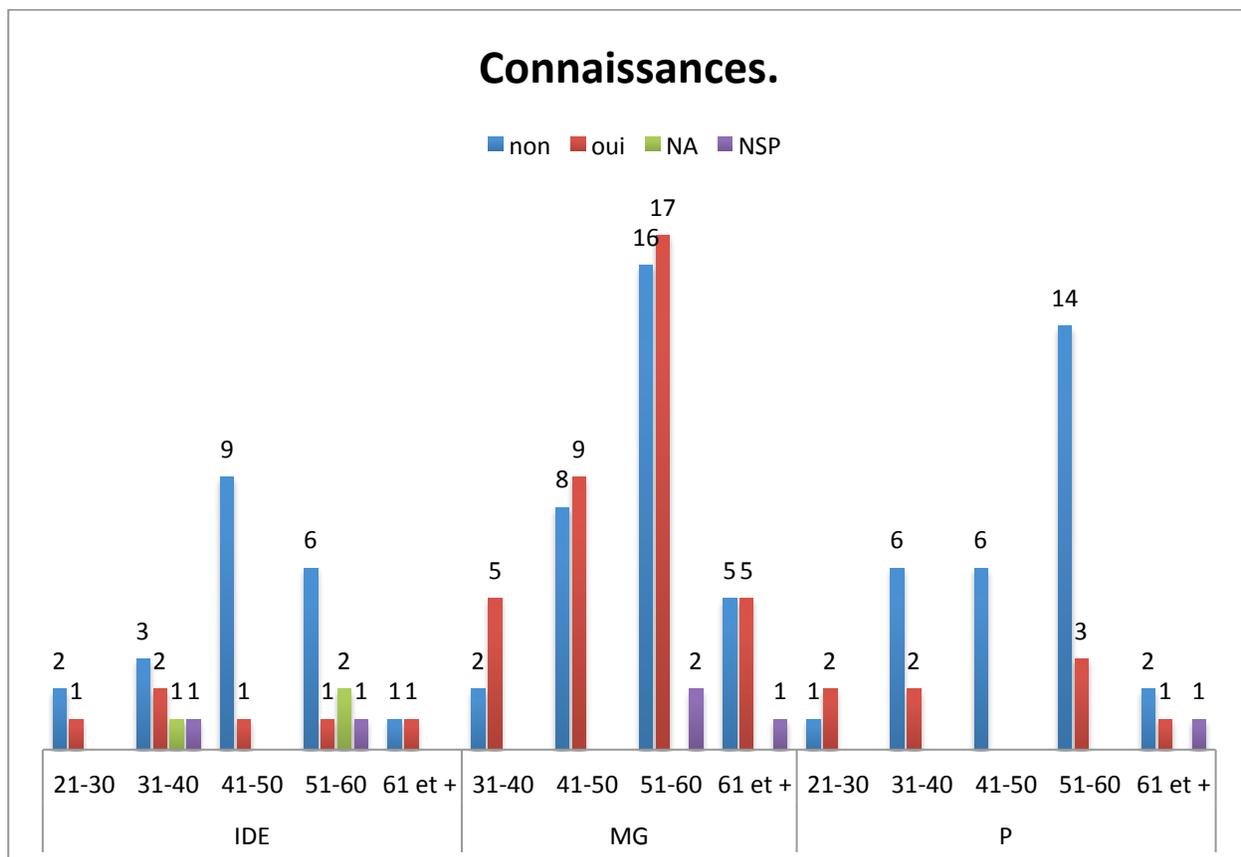


## Moyens de communication (Ph)



Les Médecins réclament des « courriers plus réguliers » et « plus rapides ». Ont été également évoqués de façon générale : une boîte mail dédiée, des visioconférences via internet, un « référent coordinateur » par patient et une équipe mobile de la douleur.

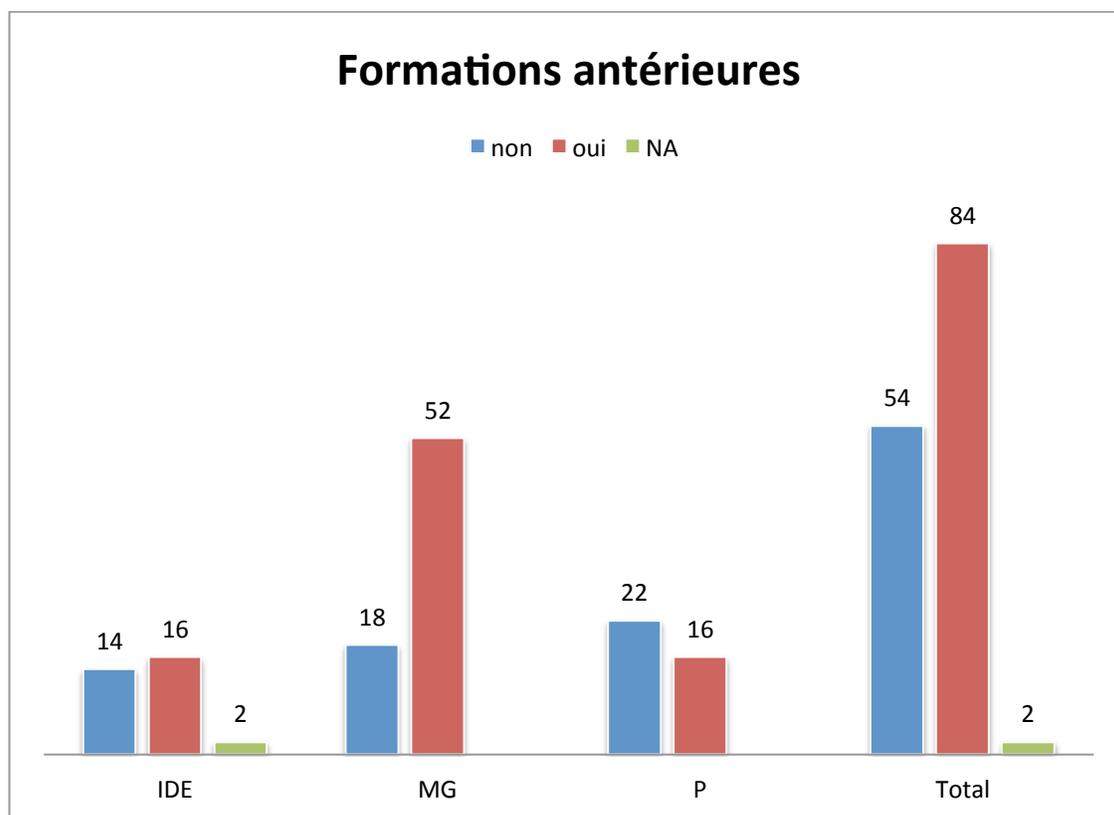
#### 4.15 Connaissances et prise en charge de la douleur chronique.



Les IDE et les Pharmaciens sont dans l'ensemble moins partagés et s'accordent pour s'estimer insuffisamment formés.

Trois IDE n'ont pas répondu. Six n'ont pas tranché et ont coché les deux réponses.

#### 4.16 Formations antérieures.

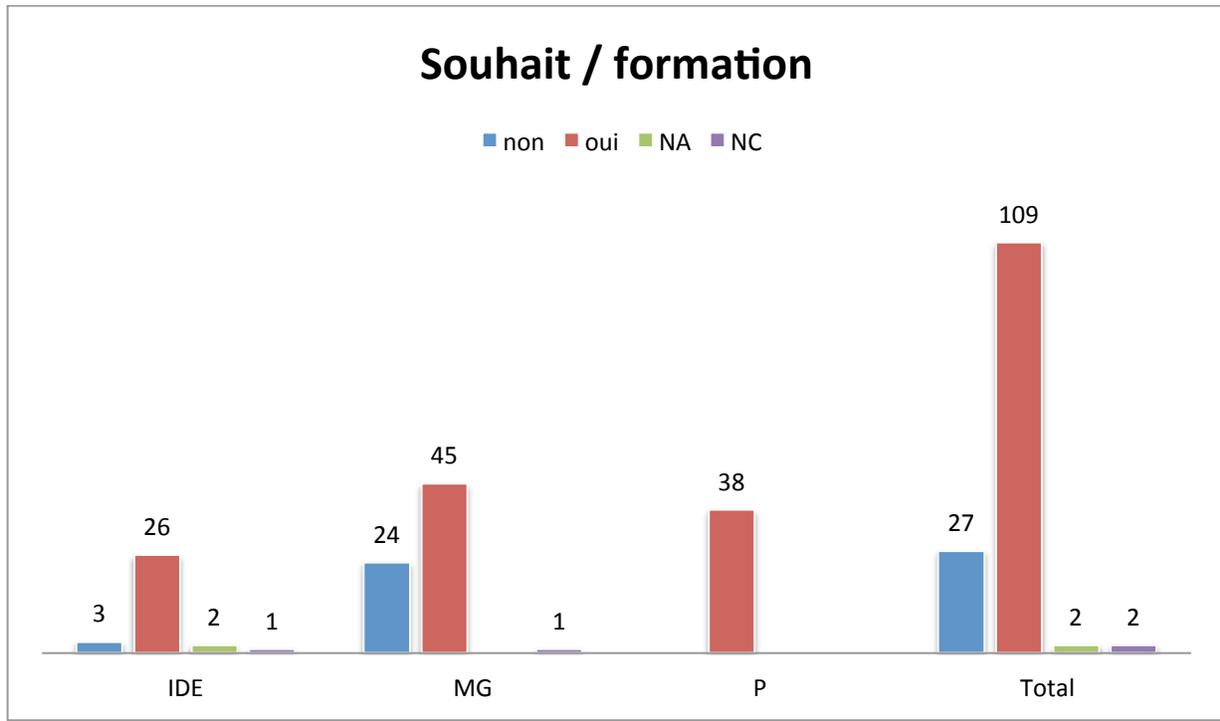


Les Médecins semblent plus bénéficier de formations. D'autant plus pour les plus jeunes pour qui la prise en charge de la douleur fait désormais partie de l'enseignement.

Parmi les IDE ayant répondu oui, deux sont titulaires du DIU « Formation des Professionnels de Santé à la prise en charge de la Douleur »

Deux IDE n'ont pas répondu.

#### 4.17 Souhait de formation.

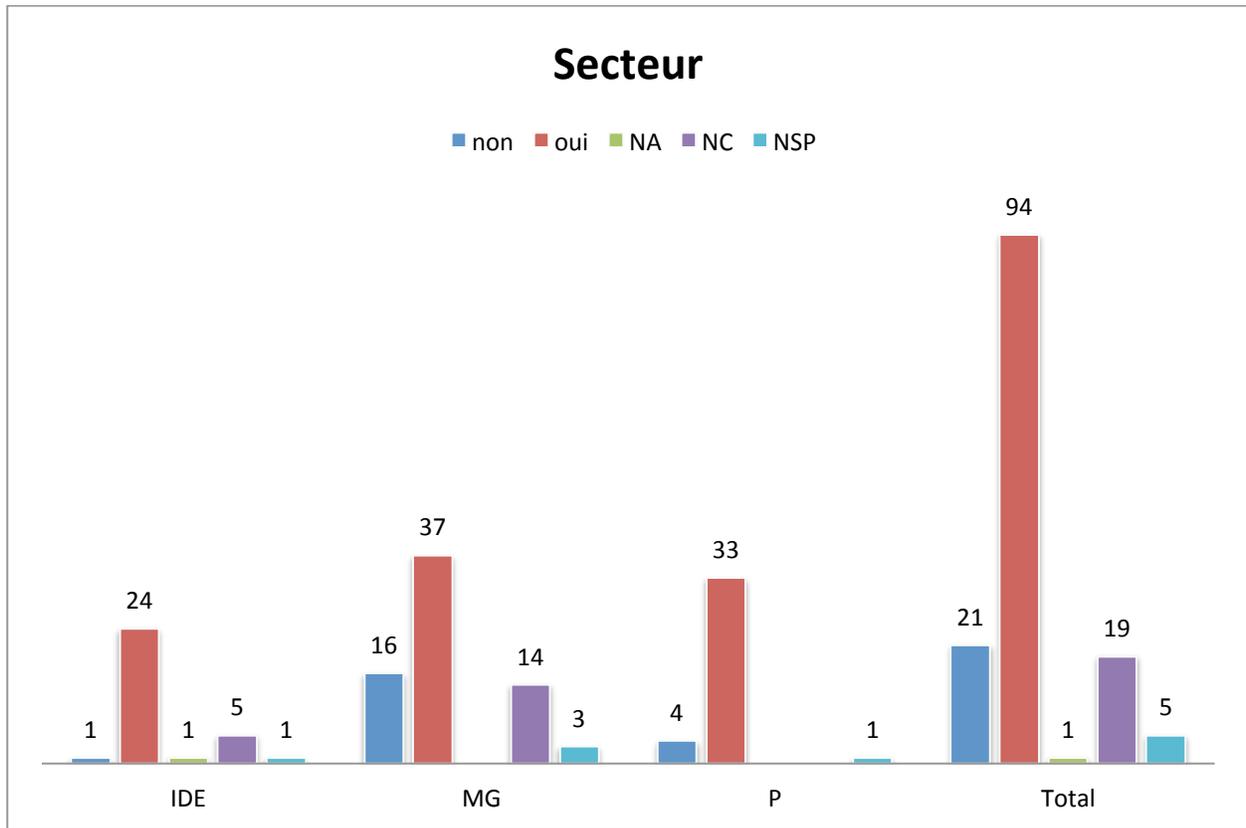


Les Pharmaciens sont à 100 % demandeurs de formation. Concernant les IDE ayant répondu « non », elles mettent en avant le manque de temps.

Pour les Médecins, les avis semblent partagés, toutefois quelques commentaires libres signalent des « rappels labo suffisants ».

L'IDE et le Médecin non concernés prennent leur retraite courant 2012 et ont arrêté là le questionnaire. Les deux IDE n'ayant pas répondu sont celles titulaires du DIU.

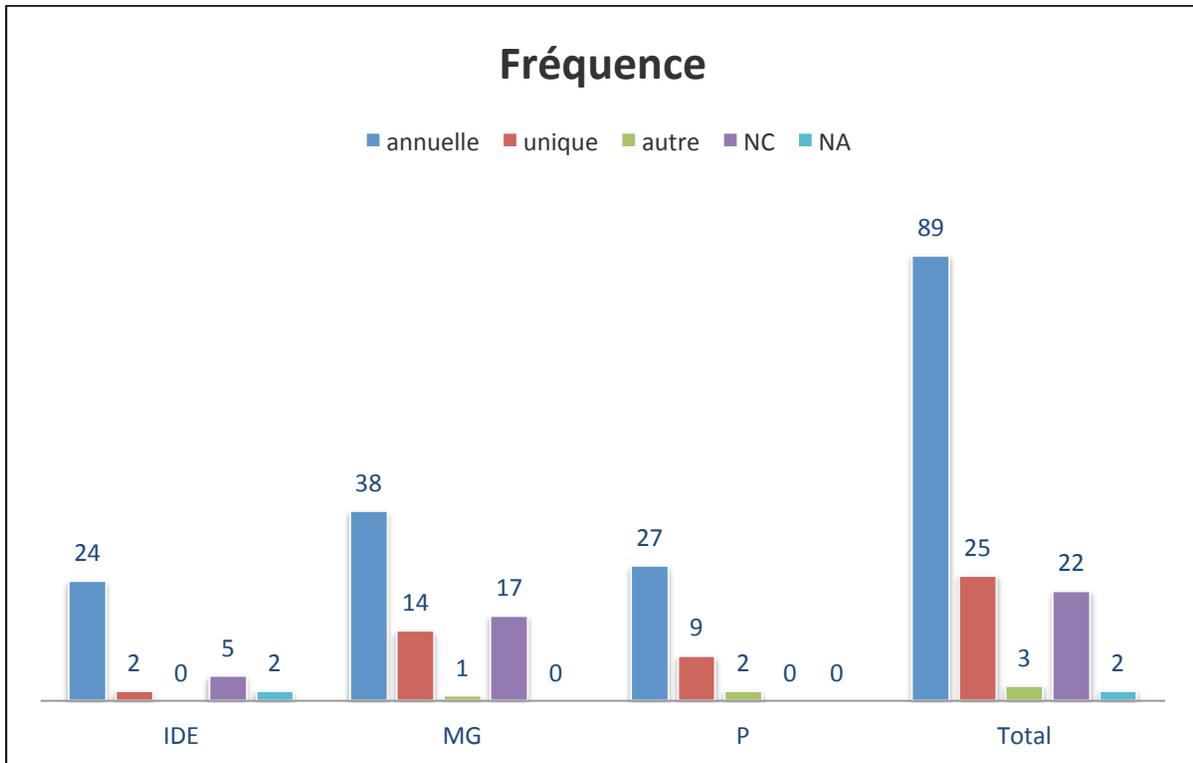
#### 4.18 Formateur ?



Majoritairement les répondants optent pour une formation par la consultation de la douleur de leur secteur. Deux Médecins ayant répondu « non » ont ajouté en commentaire libre vouloir « l'arrêt de l'hospitalo-centrisme. »

Le nombre de professionnels non concernés ne correspond pas à celui des professionnels ne souhaitant pas de formation. En effet, certains d'entre eux ont malgré tout répondu à la question.

#### 4.19 Fréquence de formation.



Encore une fois le nombre de « non concernés » ne correspond pas aux deux questions précédentes, certains n'ayant pas répondu à l'ensemble de la question.

La tendance est plutôt à la session annuelle avec suivi pour « se tenir informé des dernières nouveautés ».

Dans les autres réponses proposées, on retrouve les séminaires, le travail de groupe (« éviter les formations descendantes type universitaires »), et surtout les sessions semestrielles.

#### **4.20 Sujets de formation.**

24,1 % non concernés (dix-sept Médecins et quatre IDE). 23,6 % n'ont pas répondu (dix-neuf Médecins, six Pharmaciens et six IDE).

Trois grands thèmes se détachent :

- les différents types de douleur et les cas particuliers (personnes âgées, oncologie, patients déments etc.) : 32,2 %
- les traitements connus et à venir, leur utilisation, les effets secondaires : 28,7 %
- l'aspect psychologique de la prise en charge : 19,5 %.

On retrouve ensuite les méthodes non médicamenteuses (12,6%).

Parmi les sujets les moins proposés, on retrouve : la prise en charge de l'entourage et des aidants, la prise en charge extrahospitalière de la douleur, le sevrage des antalgiques, des cas pratiques, la place des paramédicaux et la prise en charge des soignants.

## **5 DISCUSSION.**

### **5.1 Synthèse des résultats.**

#### **5.1.1 Population des enquêtés.**

32,56 % des enquêtés ont répondu avec une répartition géographique assez large sur l'ensemble du territoire. Si on regarde par profession, ce sont les Pharmaciens qui ont le plus participé (54,28 % des Pharmaciens interrogés) puis les Médecins (48,27 % des Médecins interrogés) suivis de très loin par les IDE (14,88 % des IDE interrogés) qui malgré les promesses faites lors des relances téléphoniques n'ont que peu participé à l'enquête.

Sur l'échantillon obtenu, seuls 20 % des professionnels de santé ont moins de 40 ans contre 56,43 % qui ont plus de 50 ans. De même, on note peu d'installations récentes surtout chez les Médecins. Ces résultats peuvent être le reflet des problèmes de démographie, notamment médicale, qui s'annoncent et deviennent réalité.

#### **5.1.2 Relations à la douleur.**

L'évaluation de la douleur semble disparate entre les différents professionnels, conséquence probable des différences de formation selon la profession mais aussi selon l'époque à laquelle a été suivie la formation.

Une étude a montré que l'hétéro-évaluation de la douleur par le Médecin était souvent erronée et proportionnellement inversée à la douleur rapportée par le patient. [31] Malheureusement, il n'existe pas de moyen pour étayer cette hétéro-évaluation. [32]

L'utilisation des échelles reste faible alors qu'elles ont fait l'objet de recommandations d'usage en 1999 par l'ANAES [32]. Il est donc recommandé d'utiliser en premier lieu l'EVA ou l'EN ou éventuellement l'EVS selon les capacités de compréhension du patient. Ces trois échelles sont simples et rapides d'utilisation et ont surtout l'avantage d'être reproductible chez un même patient.

L'ANAES préconise également l'évaluation du retentissement de la douleur chronique dans la vie quotidienne du patient. [32]

### **5.1.3 Cas particulier de la douleur chronique en oncologie.**

Il semble persister de nombreuses croyances vécues par les professionnels de santé comme un challenge supplémentaire ou à l'opposé comme un frein dans la prise en charge de la douleur. Pour certains « la mort est trop présente », pour d'autres c'est l'aspect « multifactoriel » de la douleur qui complique la prise en charge.

Toutefois, il n'apparaît pas évident pour les professionnels de santé que les étiologies des douleurs en oncologie puissent être si nombreuses. Certains Pharmaciens expliquent que des patients décrivent leurs douleurs liées aux séances de chimiothérapie ; à l'opposé certains Médecins ont écrit que « seule l'évolution est responsable de douleur ».

Il serait intéressant d'étudier les représentations que se font les professionnels de santé de la pathologie cancéreuse quand elle s'associe à un syndrome douloureux.

Les causes de douleur en oncologie sont donc multiples et ne sont pas toujours synonymes d'évolution de la maladie. Il existe un guide élaboré par le Réseau de Lutte Contre la Douleur (Réseau LCD) ville – hôpital qui permet aux patients cancéreux de se réapproprier leur douleur sans la dramatiser [33].

Concernant la prescription d'opioïdes en première intention, là encore, les professionnels de santé restent en retrait. Pourtant il est désormais admis qu'ils ont leur place tout en respectant les règles d'usage de prescription et en prévenant leurs effets secondaires. [33, 34, 35] De plus, les nombreuses formes galéniques existantes en permettent une maniabilité accrue et souvent mise en avant par les Pharmaciens. Toutefois, « la prescription de Morphine ne doit pas être une solution de facilité, éventuel synonyme de démission de la part du thérapeute. » et, « dans tous les cas, ce ne peut être qu'un contrat thérapeutique personnalisé clairement établi le plus souvent dans un contexte pluridisciplinaire. ».[35]

Enfin, la notion de traitement combiné ne semble pas être assimilée en tant que telle, bien que les associations soient utilisées en pratique.

#### **5.1.4 Place de l'éducation thérapeutique.**

La notion d'éducation thérapeutique n'a pas toujours été comprise, on constate un amalgame entre formation professionnelle et éducation du patient.

Pour l’OMS, l’ETP a pour objectif d’« aider le patient et sa famille à comprendre sa maladie, coopérer avec les soignants, à vivre plus sainement et maintenir ou améliorer sa qualité de vie. » [36]

L’ETP fait désormais partie de la prise en charge d’un patient atteint d’une maladie chronique en lui permettant d’acquérir une certaine autonomie dans sa propre prise en charge et fait l’objet de recommandations de l’HAS [37] et de cadres réglementaires fixés par le Ministère de la Santé [25, 38, 39, 40].

L’exemple de la mise en place de l’ETP au sein du réseau LCD (agrément ARS obtenu en mars 2011) précise l’importance du moment où le projet est présenté au patient afin de le sensibiliser au mieux et de favoriser sa participation et son adhésion. [41] De plus, leur projet est d’élargir l’ETP hors du réseau avec implication des professionnels de santé libéraux notamment pour le diagnostic éducatif. [41]

Mais l’ETP ne concerne pas que les Médecins libéraux et les centres spécialisés, tous les professionnels [42] peuvent et doivent, s’ils le souhaitent, participer aux programmes d’ETP selon leurs possibilités après avoir suivi une formation spécialisée. [25, 37, 39]. Il semble que les professionnels de santé du Cambrésis sont plutôt pour l’instauration d’un programme d’ETP pour la douleur chronique et semblent prêts à s’investir.

Enfin, un programme d’ETP ne peut voir le jour sans répondre à un cahier des charges précis et faire l’objet d’une reconnaissance par l’ARS. [43]

### **5.1.5 Relation avec la consultation de la douleur.**

Il apparaît assez nettement que les rapports entre ville et consultation de la douleur dans le Cambrésis sont à améliorer. Les professionnels se sentent isolés et certains enquêtés d'ajouter qu'ils ont « peur de voir disparaître (leurs) patients. »

Les professionnels de santé se montrent intéressés par le développement de divers moyens leur permettant de communiquer plus aisément avec la consultation de la douleur.

Pour le HCSP, « Les centres antidouleur doivent améliorer la communication avec la médecine de ville (consultations d'urgence, télétransmission, liaison Internet...) et, plus globalement, mieux expliquer la démarche de prise en charge pluridisciplinaire et pluridimensionnelle. » [20]

### **5.1.6 Formation des Professionnels de santé.**

Les formations sont très inégales selon les professions. Il existe différents niveaux de formation : la Capacité et le DESC, les Diplômes Universitaires (DU) et Inter Universitaires (DIU), les formations dans le cadre de la DPC (ancienne FMC) et les formations proposées par les laboratoires.

Tous ne sont pas accessibles par l'ensemble des professionnels de santé. Seuls la Capacité et le DESC permettent un exercice spécialisé. Or, tous les Médecins libéraux n'ont pas forcément pour objectif de modifier leur exercice mais simplement de se sentir plus à l'aise dans la prise en charge de la douleur chronique.

Les DU et DIU sont accessibles, pour la plupart, à différentes professions.

Le DPC devrait permettre de transmettre un discours et une formation uniformisés sur les recommandations actuelles afin que l'ensemble des professionnels de santé disposent des mêmes bases et notions en terme de douleur chronique.

La place des formations par les industries pharmaceutiques reste discutable mais ne peut constituer en tant que telle une formation suffisante.

### **5.1.7 Synthèse globale.**

Les points positifs de cette étude sont :

- bonne participation globale des professionnels de santé interrogés
- motivation apparente des professionnels de santé tant sur un plan formation que participation active
- nombreux projets envisageables.

Les points négatifs sont :

- la faible participation des IDE
- l'inégalité des formations voire leur inexistence
- le souci de communication manifeste.

## **5.2 Limites du travail. Biais.**

Il ne faut pas perdre de vue que la consultation de la douleur de Cambrai n'est pas labellisée, ce qui peut constituer un biais dans cette étude. En effet, pour certains Médecins, il ne s'agit pas d'une structure à part entière et ces Médecins ont parfois du mal à convaincre leurs patients douloureux de faire le trajet jusque Lille.

La faible participation des IDE (14,88 %) est une limite à l'exploitation des résultats, elle ne peut suffire à évaluer l'avis de l'ensemble des IDE.

Le « manque de temps » décrit par les Professionnels de santé probable conséquence de la démographie médicale peut être à l'origine d'un manque d'investissement dans des domaines plus spécialisés, tels que la douleur, par anticipation de l'activité de premier recours à venir. (départs de confrères et consoeurs.)

## **5.3 Perspectives.**

### **5.3.1 Amélioration de la formation.**

Il s'agit là de permettre aux patients douloureux de bénéficier d'une prise en charge optimale par l'ensemble des soignants de façon claire et structurée.

Pour ce faire, il est impératif « de renforcer et d'harmoniser la formation de base » des différents professionnels de santé « sur l'ensemble du territoire » [44] tout en laissant la possibilité à ceux qui le souhaitent d'aller plus loin par l'intermédiaire des formations universitaires. L'absence d'harmonisation des pratiques et le manque d'algorithmes semblent être un frein sur l'efficacité de la prise en charge selon un mode collectif. [45]

En effet, si tous les professionnels de santé ont un même discours, la compréhension des patients en sera facilitée et donc leur adhésion à leur prise en charge également.

Bien évidemment, il ne s'agit pas de juger les connaissances de chacun mais bien de les faire évoluer.

La formation pourrait être assurée par les algorithmes locaux et régionaux de façon à favoriser les rencontres entre les professionnels libéraux et spécialisés.

On peut imaginer le développement de recommandations à suivre pour le bilan étiologique de la douleur, les examens complémentaires et les traitements usuels en se basant sur les recommandations HAS [4] par exemple :

- Le bilan clinique initial.
- Examens complémentaires et avis spécialisés.
- Traitements : quand ? quoi ? pour qui ?

L'objectif étant, qu'à l'instant où il sera envisagé de demander un avis spécialisé, celui-ci sera pertinent et justifié comme le recommande l'HAS. [21]

Par la suite, il faudra poursuivre avec des recommandations pour le suivi des patients, applicables selon le professionnel de santé concerné tout en gardant une unité dans la prise en charge du patient.

### **5.3.2 Amélioration de la communication.**

Il est apparu clairement au cours de ce travail que le principal écueil d'un possible travail en commun est le manque cruel de communication entre les professionnels de santé.

La communication par courrier montre ses limites notamment par les délais de réception souvent très longs, les patients ayant déjà été revus plusieurs fois par leurs soignants libéraux. De plus, se pose la limite de l'interactivité dans la relation par courrier. Il est, en effet, difficile d'exprimer son ressenti au travers de mots.

Le cas des lignes téléphoniques dédiées semble intéressant pour l'aspect interactif mais encore une fois se posent de nombreuses limites. Des lignes téléphoniques dédiées oui mais :

- pour qui ? Il faut évaluer les besoins de chaque intervenant, aussi bien parmi les soignants libéraux que les centres spécialisés.
- qui y répond ? La fréquence et les motifs d'appel peuvent être très variés. Il faut impérativement que la personne qui répond puisse le faire de façon pertinente et adaptée.
- selon quelles disponibilités ? Il faut que le centre spécialisé puisse être joint dès qu'un soignant libéral le souhaite. Il faudrait donc des disponibilités et des horaires compatibles. Il semble en effet difficile de répondre à ce genre d'appel lors d'une consultation spécialisée.

Au final, ces lignes téléphoniques dédiées ne peuvent pas à elles seules répondre aux exigences d'une communication efficace interprofessionnelle. Elles ne peuvent être utiles qu'en tant que relais ponctuel.

Le carnet de liaison dans une version papier peut être intéressant à condition qu'il soit rempli de façon collégiale et uniformisée. Il pourrait être décliné selon le type de douleur comme le propose le réseau ville-hôpital LCD [46], avec une information au patient, un « carnet de bord de la douleur » et une partie dévolue aux soignants. Encore une fois, cet élément seul ne pourra pas satisfaire une communication efficace toujours pas manque d'interactivité entre les soignants.

La communication via internet pourrait être un bon compromis à condition d'assurer la confidentialité des échanges. Il ne s'agit pas là de proposer une plate-forme de données patient (le carnet papier trouverait ici toute sa place) mais bien une plate-forme d'échange à laquelle pourraient participer tous les professionnels de santé le souhaitant. On peut parfaitement imaginer que sur ce serveur (site dédié ?) les soignants puissent trouver les rappels sur les formations et les recommandations, les coordonnées de leurs confrères et consoeurs etc. Encore une fois peut être cité en exemple le site du réseau LCD [46] qui propose en plus un accès patient.

C'est l'articulation de plusieurs moyens de communication qui apparaît comme solution à ce problème.

### 5.3.3 Elaboration d'un réseau de santé.

Les réseaux de santé ont pour objectif premier d'assurer la coordination et la continuité entre les différents types de prise en charge (prévention, diagnostic, éducation, soins) mais aussi d'en favoriser l'accès sur un territoire donné. [12] Le deuxième objectif est de faciliter les liens ville – hôpital.

Le bilan à six ans du réseau douleur du Mans montre que l'action collective au niveau départemental a contribué « à prévenir les douleurs chroniques complexes et, par là même à réduire les demandes par les médecins formés. » [47]

Le Professeur Grémy a proposé les « dix-neuf ingrédients d'un réseau de soins coordonnés. » [48]

Parmi ceux-ci, il semble primordial de retenir et de mettre en avant :

- des objectifs pour une population donnée sur un territoire défini
- le principe de volontariat, l'absence d'obligation et la possibilité d'en sortir
- l'aspect pluridisciplinaire
- « de la part de chaque partenaire, la reconnaissance vraie de la limite de ses propres compétences, l'acceptation de la délégation »
- « la mise en place d'un système d'information. Celui-ci, au minimum, doit permettre un suivi correct de chaque patient ; au mieux, il doit permettre aussi d'identifier et d'évaluer les filières de soins »
- l'importance de la formation
- ne pas voir les réseaux de soins comme LA solution à un problème de santé donné mais bien comme une possibilité supplémentaire d'améliorer la prise en charge des patients.

On peut citer en exemple le réseau ville-hôpital LCD [46] dont le point de départ est une association Loi 1901 créée en 1995 en région parisienne par un groupement de Médecins libéraux et hospitaliers.

Le réseau assure les formations « pour harmoniser les pratiques de chacun » et respecte le rôle des soignants libéraux.

Il ne faut pas perdre de vue les freins qui peuvent bloquer à la création d'un réseau :

- la nécessaire implication en formation et temps
- le risque de cloisonnement de la prise en charge alors que le but des réseaux va à l'opposé
- le risque de cloisonnement entre les réseaux pour des pathologies mixtes (ex. douleur et oncologie, douleurs et soins palliatifs ...)
- l'aspect financier et la nécessité de reconnaissance et d'accord par l'ARS.

Pour le Docteur F. Laroche, on peut dénombrer plusieurs freins à la non mise en place d'actions collectives pour la prise en charge des patients douloureux [49] notamment la difficulté de « coordination entre les praticiens de première ligne et les praticiens de structures spécialisées » et le risque que la prise en charge spécialisée soit « perçue comme un abandon de la prise en charge ambulatoire. » Ces éléments sont donc également à prendre en compte.

Encore une fois, le bon fonctionnement de ces réseaux ne peut se faire que si la communication entre les professionnels de santé est efficace. L'évaluation du fonctionnement du réseau du Havre [45] a pu mettre en évidence, au delà des effets bénéfiques pour les patients, un « manque de communication au sein et hors du réseau ».

Dans le Cambrésis, l'élaboration d'un réseau semble être une solution envisageable pour améliorer la prise en charge des patients douloureux qui accepteraient d'y entrer tout en restant libres de stopper cette participation. Il pourrait être le point de départ d'une harmonisation des pratiques, d'une simplification des prises en charges par une meilleure interactivité entre les différents intervenants.

A terme, il pourrait s'étendre aux autres territoires géographiques voisins.

## 6 CONCLUSION.

Les professionnels de santé du Cambrésis semblent s'accorder sur l'intérêt de la prise en charge de la douleur chronique afin d'améliorer la prise en charge globale de leurs patients.

Dans un premier temps, nombre d'entre eux sont demandeurs de formation tant sur les fondamentaux de la douleur, les traitements médicamenteux ou non, que sur la part de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de la douleur.

L'accent devra être mis dans un second temps sur la communication entre les différents professionnels de santé.

A la suite de ce travail, il peut être envisagé la mise en place d'un projet de type « réseau douleur » afin d'élargir les possibilités de prise en charge des malades douloureux et faciliter l'accès aux soins plus spécifiques. Ce réseau permettra également l'implication du patient et de tous les intervenants soignants du territoire. Il faudra également prendre en compte les besoins et attentes de chacun en terme de prise en charge, de gestion du temps et des possibilités sans isoler ceux qui ne souhaiteront pas s'investir.

Cette démarche s'inscrit parfaitement dans les recommandations et attentes législatives ainsi que dans les propositions faites par le HCSP à l'issue de son étude du 3<sup>ème</sup> plan de lutte contre la douleur (2006-2010).

Ainsi il est souhaitable d'améliorer la communication entre les différents professionnels de santé du territoire dans le but d'une prise en charge de la douleur la plus complète possible pour répondre aux attentes du malade et de son entourage.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] MALRAUX A. *L'Espoir*. 1937.
- [2] Déclaration de Montréal. [www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/Advocacy/DeclarationofMontr233al/default.htm](http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/Advocacy/DeclarationofMontr233al/default.htm) (consulté le 28 février 2012)
- [3] CLERE F. Douleur et droits de l'homme : la déclaration de Montréal. Douleurs (Paris) (2012°), doi : 10.1016/j.douler.2012.02.005
- [4] Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Recommandations professionnelles. Consensus formalisé. Argumentaire. Décembre 2008.
- [5] SMITH et al. Chronic Pain in Primary Care. Family Practice 1999 ; 16(5) : 475-482
- [6] INSEE, DREES. Enquête Handicap-Santé, volet "santé des ménages". 2008-2009
- [7] BOUHASSIRA D., LANTERI-MINET M., ATTAL N., LAURENT B., TOUBOUL C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain 2008 ; 136(3) : 380-7
- [8] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. L'état de la santé de la population en France - suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - rapport 2011. Objectifs 31 et 32, p 210-213. Novembre 2011.
- [9] Direction Générale de la Santé. Circulaire du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle. 1998 ; 98/9.
- [10] Bulletin Officiel n° 91-3 bis. La douleur chronique : les structures spécialisées. 1991
- [11] Circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques
- [12] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel 2002 : 5 mars 2002 : 4118-59
- [13] Article L 740-3-1 du Code de la Santé Publique

- [14] Article L 1110-5 du Code de la Santé Publique
- [15] Article L 1112-4 du Code de la Santé Publique
- [16] Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Avril 2007.
- [17] Ministère de la Santé. Le plan de lutte contre la douleur 1998-2000. Paris : Ministère de la Santé ; 1998.
- [18] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé. Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; 2002.
- [19] Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités ; 2006.
- [20] Haut Conseil de la Santé Publique. Evaluation du plan d'amélioration de prise en charge de la douleur 2006-2010. Mars 2011.
- [21] Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées. Argumentaire. Avril 2009
- [22] Arrêté n° 4094 relatif au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire du 29 mars 2006.
- [23] Agence Régionale de l'Hospitalisation. Schéma Régional d'Organisation Sanitaire. 31 mars 2006
- [24] Agence Régionale de Santé 59-62. Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération. <http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/SROS.83494.0.html> (consulté le 14 mars 2012.)
- [25] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel n° 0167 du 22 juillet 2009.
- [26] Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant la loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel du 11 août 2011.
- [27] Agence Régionale de Santé 59-62. Arrêté du 31 décembre 2011 relatif au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire du Projet Régional de Santé du Nord Pas de Calais.
- [28] Agence Régionale de Santé 59-62. Elaboration du SROS, Etat des lieux. Bilan du SROS III.
- [29] Direction Générale de l'Offre des Soins. Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS. Version 2.1. 1<sup>er</sup> août 2011.

- [30] Ministère de la Santé. Plan Cancer 2009-2013. 2009.
- [31] TAIT RC, CHIBNALL JT. Physician judgments of chronic pain patients. Soc Sci Med 1997; 45: 1199-205
- [32] ANAES, Service des Recommandations et Références Professionnelles. Février 1999.
- [33] SOYEUX S., ROSTAING-RIGATTIERI S., LAROCHE F. Carnet de bord de la douleur du cancer ; exemplaire patient. Edition janvier 2007.
- [34] SICHERE P. De Bayonne à Paris-La-Défense : plaider pour les opioïdes forts ! Douleurs vol. 13, février 2012, Editorial.
- [35] BLOND S. Humanisme et perspicacité. Douleur et Analgésie, vol. 15, n°2, Juin 2002, Editorial. 85-86.
- [36] World Health Organization. Therapeutic patient education. Continuing education programs for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. WHO : Copenhagen ; 1998
- [37] Haute Autorité de Santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007.
- [38] Ministère de la Santé et des Sports. Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
- [39] Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
- [40] Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation.
- [41] SOYEUX E. et al. Education Thérapeutique du Patient souffrant de douleur chronique, la prise en charge en réseau. Novembre 2011. Onzième Congrès annuel de la SFETD.
- [42] HCSP. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Novembre 2009. 19-25
- [43] Haute Autorité de Santé. Programme d'éducation thérapeutique du patient : grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'Agence régionale de santé. Juillet 2010.
- [44] BLOND S. Le module 6 révélateur des insuffisances de l'enseignement universitaire sur les douleurs chroniques. SFETD, la douleur chronique maltraitée : un vrai problème de société. Décembre 2010. 13-14

[45] LEPELLETIER Emma. Evaluation d'un réseau de prise en charge de la douleur chronique en ville, l'AMPA. Th : Médecine : Université de Rouen : 2010 ; n°2010ROUGM052.

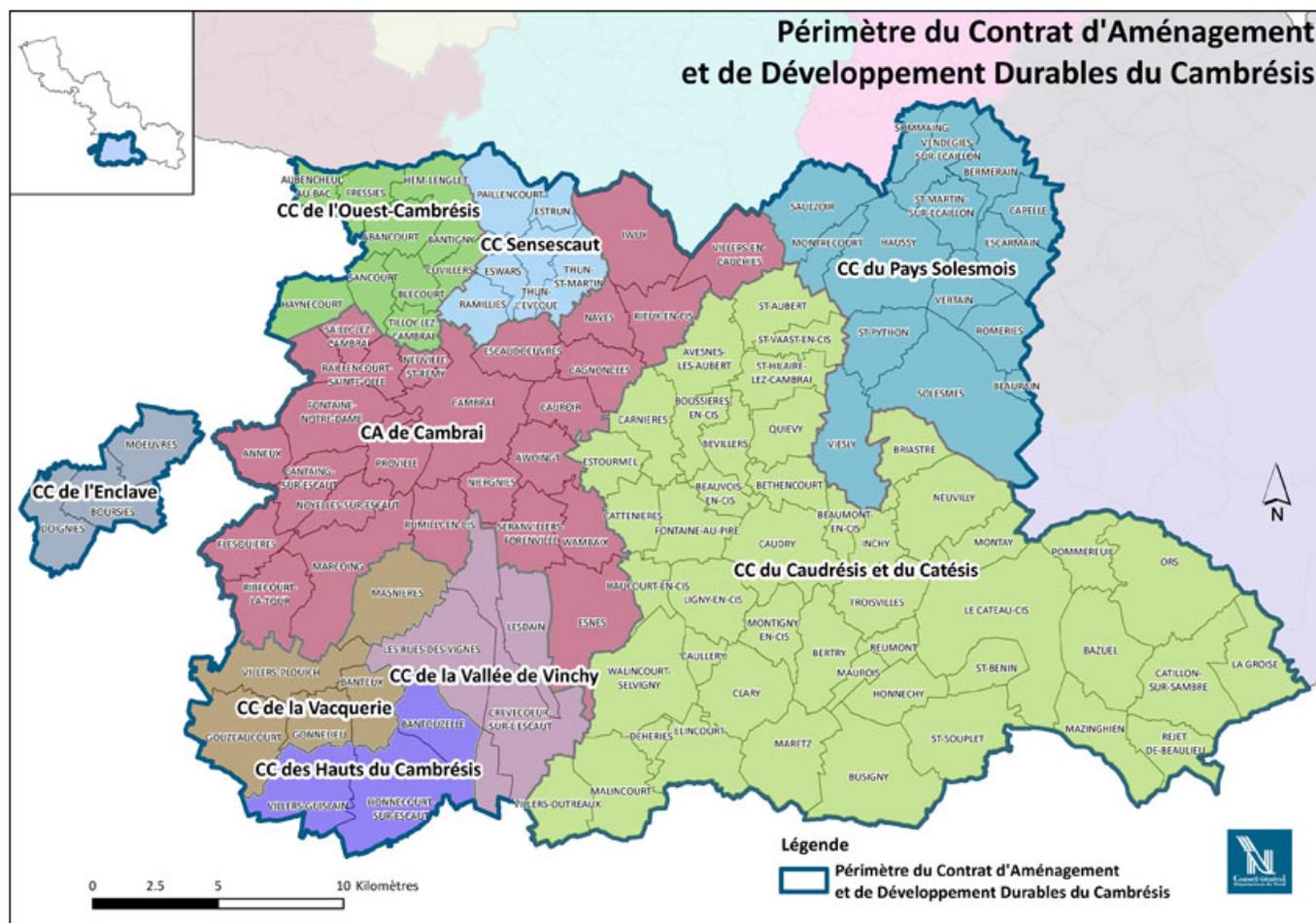
[46] Réseau Ville-Hôpital Lutter Contre la Douleur. <http://www.reseau-lcd.org> Dernière consultation le 18 mars 2012.

[47] DUCLOS R. et al. Un réseau de santé douleur départemental – résultats à six de fonctionnement. Novembre 2011. Onzième congrès annuel de la SFETD.

[48] ADSP actualité et dossier en santé publique n° 24, septembre 1998. 26-29

[49] Pain Proposal – Amélioration de la prise en charge actuelle et à venir de la douleur chronique. Octobre 2010

## ANNEXE 1 : cartographie du Cambrésis



## ANNEXE 2 : questionnaire définitif.

### INFORMATIONS GENERALES

1/ Quelle est votre profession ?

- Médecin généraliste     Pharmacien     I.D.E. libéral(e)

2/ A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

- 21-30 ans                       31-40 ans                       41-50 ans                       51-60 ans
- 61 ans et plus

3/ Vous êtes :  un homme                       une femme

4/ Depuis combien d'années êtes vous installé(e) en milieu libéral : .....

### EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

5/ Etes-vous capable d'interpréter l'auto-évaluation de sa douleur par le patient ? (évaluation correcte, surestimation, sous-estimation)

- oui                       non

6/ Utilisez-vous une ou plusieurs échelles pour évaluer la douleur de vos patients ?

- oui                       non

Si oui, lesquelles ? : .....

7/ Quel(s) type(s) de douleur vous semble(nt) le(s) plus difficile à prendre en charge ?

- douleur neuropathique                       douleur par excès de nociception
- douleur médiée par le système végétatif                       douleur psychogène

8/ Quelle(s) est (sont), d'après vous, la (les) principale(s) étiologie(s) des douleurs chroniques en oncologie ?

chirurgie     chimiothérapie     radiothérapie     évolution du cancer

Autres (précisez) : .....

9/ Dans le cas particulier de la douleur chronique en oncologie, pensez-vous qu'il y ait un intérêt à introduire un traitement par opioïdes forts (palier III classif. OMS) en 1<sup>ère</sup> intention ?

oui     non

Pourquoi

10/ Dans le cas d'un traitement combiné,

A/ quel(s) est (sont) le (les) médicament(s) qui peut (peuvent) être associé(s) aux antalgiques ?

B/ la place d'un traitement combiné dans la prise en charge d'une douleur chronique en oncologie vous semble t'elle plus pertinente qu'en terme de prise en charge d'une douleur chronique d'autre étiologie ?

oui     non

Pourquoi

11/ A l'heure actuelle, on estime que la gestion d'un traitement antalgique est le fruit d'une coopération entre les différents professionnels de santé ayant en charge le patient douloureux.

A/ Estimez-vous que la douleur chronique doit faire l'objet d'une éducation thérapeutique ?

oui     non

Pourquoi

B/ Et dans le cadre particulier de la douleur chronique en oncologie ?

oui     non

Pourquoi

C/ Dans cette situation, quelle place aimeriez-vous tenir ?

RELATIONS AVEC LA CONSULTATION DE LA DOULEUR

12/ Comment estimez-vous la communication avec la consultation de la douleur ?

pas suffisante       suffisante

13/ Souhaiteriez-vous pouvoir participer à une consultation de la douleur ?

oui       non

14/ Pour vous, quels moyens permettraient d'améliorer la communication avec la consultation de la douleur ?

carnet de liaison papier

carnet de liaison informatique

ligne téléphonique dédiée

rencontre avec les intervenants de la consultation de la douleur

autres :

FORMATION

15/ Pensez-vous avoir les connaissances nécessaires et suffisantes pour la prise en charge de la douleur chronique ?

oui       non

16/ Avez-vous bénéficié d'une ou plusieurs formations dans la prise en charge de la douleur chronique ?

oui       non

17/ Souhaiteriez-vous bénéficier d'une formation sur la prise en charge de la douleur chronique ?

oui             non

18/ Concernant cette formation, souhaiteriez-vous :

- qu'elle soit dispensée par la consultation de la douleur de votre secteur ?

oui             non

- qu'elle se déroule selon quelle fréquence ?

session unique             annuelle avec suivi

- autre :

19/ Quels sont les thèmes que vous souhaiteriez voir abordés ?

Merci de votre participation.

Julie MARCUS

## ANNEXE 3 : Prise en charge de la douleur chronique dans le Nord Pas de Calais. (30 septembre 2004 / ARS)

Prise en charge de la douleur chronique



## ANNEXE 4 : Extrait du bilan du SROS III par l'ARS

### Bilan du SROS III

#### 1. PRESENTATION

Référents	LOENS
Thématique (préciser si la thématique a ou doit faire l'objet d'un volet obligatoire)	<b>Douleur</b>
Date d'approbation du SROS	31 mars 2006

#### 2. ETAT DES LIEUX

##### Bilan qualitatif

Rappeler les objectifs du SROSIII	<p>Optimiser la prise en charge de la douleur provoquée au sein des structures de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement des CLUD dans les ETS</li> <li>- Reconnaissance d'IDE référents douleur</li> <li>- Sensibilisation du personnel soignant à la prise en charge de la douleur</li> </ul> <p>Améliorer l'accès aux structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compléter le dispositif existant en engageant un processus de reconnaissance des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle</li> <li>- Etablir une coordination territoriale à l'échelle des territoires (ex bassins de vie) avec mise en place d'un comité</li> </ul> <p>Diffuser la culture douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de la formation des personnels soignants</li> <li>- Renforcement de l'information des usagers</li> </ul>
Mise en œuvre des objectifs du SROS · Constat général	<p>Constat général</p> <p>Les objectifs retenus dans le SROS ont été partiellement atteints :</p> <p>Ce qui a été mis en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les actions de formation et de sensibilisation des personnels soignants</li> <li>- Le développement des CLUD (à vérifier par une enquête spécifique ; voir SAE ; voir les CPOM)</li> </ul> <p>Ce qui est resté en suspend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mise en place d'une coordination territoriale sous forme de comité (mais est-ce pertinent)</li> <li>- La reconnaissance de nouvelles structures de prise en charge de la douleur chronique ; de ce fait, certains établissements se déclarent labellisés et développent une activité (consultations essentiellement).</li> </ul> <p>Une étude nationale a été réalisée à partir de l'exploitation de données d'activité <u>déclarées</u> par les établissements en 2009.</p> <p>Le constat qui peut être dressé à ce jour :</p> <p><u>Absence de lisibilité sur les structures qui déclarent une activité douleur en termes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconnaissance : 7 structures labellisées par l'ARH en 1999 ; 11 établissements qui déclarent une activité douleur chronique dans l'enquête nationale (dont 4 effectivement reconnus par l'agence) ; 3 établissements qui se déclarent labellisés dans l'enquête nationale alors qu'ils ne le sont pas</li> <li>- Typologie de l'activité : des structures reconnues comme unité (CH Lens) ou qui se déclarent unité (CH Cambrai) ne présentent aucun séjour répertorié dans le PMSI en douleur chronique ; elles ne disposent pas de lits d'hospitalisation</li> </ul>

	<p><u>Variabilité du niveau quantitatif d'activité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveau quantitatif d'activité : activité de consultation très importante dans certains établissements qui interpelle sur la validité des données déclarées par les établissements : 1 à 8 consultations (CH Cambrai) par médecin et par jour ; absence de GHS facturée par la plupart des établissements</li> </ul>
Rappeler les indicateurs d'évaluation, si prévus au SROS III	<p>Indicateurs de suivi des MIGAC :</p> <p>File active de patients  Nombre de nouveaux patients pris en charge  Nombre de consultations externes réalisées  Délai de prise en charge</p> <p>Dernière année renseignée 2008</p>
Indiquer les données d'évaluation si disponibles ou préciser les études à mener pour produire des données d'évaluation	<p>Enquête nationale 2009 diffusée aux ARS en mars 2011  Exploitation du PMSI : répartition des GHS par établissement</p>
Indiquer les événements marquants à venir (visites de conformité, ouverture d'une fenêtre de reconnaissance, programme d'inspection, visites de labellisation, appels à projets ou à candidature...)	<p>Nouveau cahier des charges en préparation au niveau national avec mise en place d'une procédure de reconnaissance des structures de prise en charge de la douleur chronique fin 2011. Le cahier des charges est attendu en avril 2009.</p>

Bilan quantitatif

Objectifs en termes d'implantations et/ou d'activités et/ou d'équipements et/ou autres

	OOOS retenus dans le SROS III	Actualisation existante au 1/1/2011
Artois		
Hainaut		
Littoral		
Métropole		

**AUTEUR :** Marcus Julie

**Date de Soutenance :** 17 avril 2012

**Titre de la thèse :** PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE DE L'ADULTE

**Thèse, Médecine, Lille,**

**Cadre de classement :** DES Médecine Générale

**Mots-clés :** Médecine générale, douleur chronique, réseau de santé.

**Contexte :** La prise en charge de la douleur chronique de l'adulte, bien que sujette à de nombreuses réglementations, reste très inégale selon les territoires. Le patient douloureux, en premier recours, peut chercher de l'aide auprès de son Médecin généraliste, son Pharmacien ou encore son IDE. Afin d'améliorer la prise en charge de ces patients, il faudrait pouvoir faire travailler ensemble les soignants libéraux d'une part et spécialisés de l'autre.

**Méthode :** Cette enquête transversale et qualitative a été réalisée par envoi d'un questionnaire commun aux 430 Médecins Généralistes libéraux, Pharmaciens d'officine et IDE du Cambrésis afin d'évaluer leurs attentes concernant la prise en charge de la douleur chronique.

**Résultats :** 32,56 % des professionnels interrogés ont répondu. On constate une faible participation des IDE (14,88 % des IDE interrogées ont participé).

Les principaux résultats de cette étude montrent une faible utilisation des échelles d'évaluations de la douleur, une inégalité de formation entre les différents soignants, une méconnaissance du cas particulier de la douleur chronique en oncologie et une méconnaissance des principes de l'Education Thérapeutique du Patient.

Cette étude a également permis de mettre en évidence un manque de communication entre la ville et l'hôpital.

Il convient donc d'améliorer à la fois la formation et la communication entre les soignants libéraux et spécialisés afin d'harmoniser les pratiques et les prises en charge comme le recommande le Haut Conseil de la Santé Publique dans ses propositions pour un éventuel 4<sup>ème</sup> plan de lutte contre la douleur. Pour ce faire, il apparaît qu'une des solutions les plus pertinentes soit le développement d'un réseau de santé autour de la douleur chronique avec lien internet en prenant pour exemple le réseau ville-hôpital Lutter Contre la Douleur parisien.

**Conclusion :** La mise en place d'un réseau de santé « douleur » dans le Cambrésis doit permettre d'obtenir une prise en charge la plus complète possible des patients douloureux.

**Composition du jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Blond  
**Assesseurs :** Monsieur le Doyen Dubreuil  
Monsieur le Professeur Hebbar  
Monsieur le Professeur Lefebvre  
**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Lévêque.

