

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE- LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Quelles sont les difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique  
éprouvées par les médecins généralistes?**

Présentée et soutenue publiquement le 21 novembre 2013

au Pôle Formation de la Faculté

Par Dana BUCUR

Jury

Président : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Assesseurs : Monsieur le Professeur André THEVENON

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Monsieur le Docteur Michel CUNIN

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Michel CUNIN

## Table de matières

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
Définition de la douleur chronique.....	7
Epidémiologie .....	7
Prise en charge de la douleur chronique en médecine générale .....	8
Les objectifs de l'étude.....	9
<b>2. MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>10</b>
<b>3. RESULTATS</b> .....	<b>12</b>
Caractéristiques des médecins généralistes.....	12
Analyse des entretiens .....	12
3.1 La douleur chronique et le médecin généraliste .....	12
3.1.1 La durée des consultations des patients douloureux chroniques .....	12
3.1.2 La fréquence des consultations .....	12
3.1.3 Représentations de généralistes sur les douleurs chroniques.....	13
3.2 Evaluation des douleurs chroniques .....	13
3.2.1 Description des douleurs par les patients .....	13
3.2.2 Différenciation des douleurs en pratique.....	14
3.2.3 Utilisation des échelles d'évaluation des douleurs.....	14
3.2.4 La place de la subjectivité des douleurs.....	14
3.2.5 La place de la tolérance des douleurs.....	15
3.2.6 Difficultés des omnipraticiens dans l'évaluation des douleurs chroniques.	15
3.2.7 Modalités d'évaluation de la douleur chronique en médecine générale.....	16
3.3 Diagnostic des douleurs chroniques .....	16
3.4 Traitement des douleurs chroniques .....	17
3.4.1 Adaptation thérapeutique.....	17
3.4.2 Difficultés de prise en charge thérapeutique.....	18
3.4.3 Impasse thérapeutique.....	18
3.4.4 Difficultés d'utilisation des antalgiques de palier 1.....	19

3.4.5 Difficultés d'utilisation des antalgiques de palier 2.....	19
3.4.6 Difficultés d'utilisation des antalgiques de palier 3.....	19
3.4.7 Représentations des patients concernant les antalgiques.....	20
3.4.8 Facteurs influençant la prescription.....	21
3.4.8.1 Autorisation de mise sur le marché .....	21
3.4.8.2 Facteur « entourage » influençant la prescription .....	21
3.4.8.3 Facteur « persuasion » sur l'efficacité thérapeutique .....	21
3.4.8.4 Facteur-expérience personnelle du médecin influençant la prescription .....	22
3.4.8.5 Facteur « patient » influençant la prescription.....	22
3.4.8.6 Facteur « polymédication » influençant la prescription .....	23
3.4.8.7 Facteurs liés aux médecins .....	23
3.4.8.8 Freins à la prescription .....	24
3.4.8.9 Limites à la prescription en ambulatoire .....	25
3.4.8.10 L'écoute : un moyen thérapeutique .....	25
3.4.8.11 Effets indésirables .....	25
3.4.8.12 Difficultés thérapeutiques. Compliance.....	26
3.4.8.13 Thérapeutiques complémentaires.....	26
3.5 Retentissement professionnel des douleurs chroniques .....	28
3.5.1 Arrêts de travail pour des douleurs chroniques.....	28
3.5.2 Evaluation de la justification de l'arrêt maladie .....	28
3.5.3 Demandes excessives d'arrêt maladie selon la profession.....	29
3.5.4 Collaboration avec le médecin du travail.....	29
3.5.5 Difficultés de prise en charge de la douleur et retentissement professionnel. Difficultés de négociations des arrêts travail. ....	30
3.5.6 Retentissement des douleurs sur le plan professionnel .....	30
3.6 Retentissement psychologique des douleurs chroniques.....	31
3.6.1 Douleurs chroniques et dépression .....	31
3.6.2 Difficultés de prise en charge .....	31
3.6.3 Représentations des patients de la PEC psychiatrique .....	32

<b>3.7 Retentissement des douleurs chroniques sur le plan familial et la qualité de vie</b>	<b>32</b>
<b>3.8 La relation médecin-malade et les douleurs chroniques</b>	<b>33</b>
<b>3.8.1 Difficultés de communication</b>	<b>33</b>
<b>3.8.2 Impasse relationnelle</b>	<b>33</b>
<b>3.8.3 Difficultés du médecin remplaçant</b>	<b>34</b>
<b>3.8.4 Difficultés d'éducation des patients</b>	<b>35</b>
<b>3.8.5 Le manque de temps, cause de mauvais vécu des consultations</b>	<b>36</b>
<b>3.8.6 Préjugés des médecins</b>	<b>36</b>
<b>3.8.7 Facteurs liés au patient</b>	<b>37</b>
<b>3.8.7.1 Attentes des patients douloureux</b>	<b>37</b>
<b>3.8.7.2 Difficultés d'acceptation de la maladie</b>	<b>37</b>
<b>3.8.7.3 Difficultés de prise en charge à cause de la personnalité du patient</b>	<b>38</b>
<b>3.8.7.4 Réaction des patients à la persistance des douleurs</b>	<b>38</b>
<b>3.8.7.5 Représentations des patients concernant les douleurs</b>	<b>38</b>
<b>3.8.7.6 L'implication du patient dans sa prise en charge</b>	<b>39</b>
<b>3.8.7.7 Discordance entre les souhaits du patient et ceux du médecin</b>	<b>40</b>
<b>3.8.8 La place de la confiance dans la prise en charge des douleurs chroniques</b>	<b>40</b>
<b>3.8.9 La place de l'empathie dans la prise en charge des douleurs chroniques</b>	<b>40</b>
<b>3.8.10 La place des mass-média dans la relation médecin malade</b>	<b>40</b>
<b>3.8.11 L'influence de l'entourage</b>	<b>41</b>
<b>3.8.12 Bénéfices secondaires de la douleur</b>	<b>41</b>
<b>3.8.13 Nécessité des explications</b>	<b>42</b>
<b>3.8.14 Les sentiments du médecin face aux consultations des patients douloureux chroniques</b>	<b>42</b>
<b>3.8.15 La collaboration généraliste – spécialiste d'organe pour la prise en charge des douleurs</b>	<b>43</b>
<b>3.8.15.1 Difficultés de communication spécialistes d'organe-généralistes</b>	<b>43</b>
<b>3.8.15.2 Centres de la douleur. Insuffisants et difficiles d'accès</b>	<b>44</b>
<b>3.8.15.3 L'opinion des médecins sur la consultation de la douleur</b>	<b>45</b>

3.8.15.4 Opinion des patients sur la consultation de la douleur.....	46
3.8.15.5 Raison du recours au Centre de la douleur.....	46
3.8.15.6 Raisons du recours auprès des spécialistes d'organe .....	47
3.9 L'échec.....	47
3.10 Formation des médecins au sujet des douleurs chroniques .....	48
3.10.1 Formation médicale continue .....	48
3.10.2 Manque de formation ressenti par les médecins .....	48
3.10.3 Moyens de formation .....	49
3.11 Problématique des douleurs chroniques particulières .....	49
3.11.1 Problématique de prise en charge des dorsalgies.....	49
3.11.2 Problématique des douleurs neuropathiques .....	50
3.11.3 Problématique des fibromyalgies.....	50
3.12 Solutions pour une meilleure prise en charge des douleurs chroniques.....	51
<b>4. DISCUSSIONS.....</b>	<b>52</b>
4.1 Forces de l'étude .....	52
Population étudié .....	52
La méthode .....	52
4.2 Les limites de l'étude.....	53
4.3 Discussion des résultats.....	55
Difficultés de prise en charge à toutes les étapes : diagnostic, évaluation, traitement.....	55
Le généraliste et les centres de la douleur.....	56
Besoins de formation des médecins traitants .....	59
Solutions et propositions .....	60
<b>5. CONCLUSION .....</b>	<b>61</b>
<b>6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES: .....</b>	<b>62</b>
<b>7. ANNEXE 1 .....</b>	<b>65</b>

## 1. INTRODUCTION

Comprendre les difficultés du médecin généraliste concernant les douleurs chroniques c'est avant tout comprendre le monde dans lequel il évolue.

### **Définition de la douleur chronique**

La douleur est définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage selon l'Association Internationale de l'étude de la Douleur (1994). Cette définition reconnaît le caractère pluridimensionnel de la douleur. La douleur est une expérience subjective et complexe.(1)

Une douleur, quelle qu'en soit sa topographie ou son intensité, est dite chronique si elle présente les caractéristiques suivantes :

- persistance ou récurrence plus de 3 mois ;
- réponse insuffisante au traitement ;
- détérioration significative et progressive, du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie quotidienne, au domicile comme à l'école ou au travail. (2)

Les douleurs chroniques se répartissent en douleurs cancéreuses et douleurs non cancéreuses. Parmi ces dernières, les plus fréquentes sont les douleurs de l'appareil locomoteur, les douleurs neurologiques, les céphalées et les douleurs psychogènes.(3)

### **Epidémiologie**

Une étude européenne sur la douleur a conclu que 75 millions d'européens étaient concernés par les douleurs chroniques. La prévalence de la douleur chronique non cancéreuse en France est évaluée à 7 millions, soit 15% des Français dont 4,6 millions presque constamment. (4)

Selon l'Institut national de santé et de la recherche médicale, la douleur chronique concerne 15-25% de la population française.(5)

Un patient douloureux consulte dix fois son médecin généraliste et quatre fois un spécialiste d'organe, en moyenne par an. (6) Cette fréquence souligne l'importance de ce problème dans la pratique quotidienne des généralistes.

La prise en charge de la douleur est devenue en France une priorité de santé publique et des programmes nationaux gouvernementaux de lutte contre la douleur ont été mis en place. Le dernier plan reconnaissait la nécessité de mieux prendre en charge les douleurs chroniques, sources de handicaps et de dégradations majeures de la qualité de vie et à l'origine de coûts importants pour la société. (7)

### **Prise en charge de la douleur chronique en médecine générale**

La douleur représente un motif fréquent de consultation en pratique quotidienne ambulatoire.(8) Elle amène les patients à consulter le médecin généraliste dans 65 % des cas et dans 35% des cas le spécialiste d'organe libéral. (9)

La prise en charge de la douleur chronique est un processus qui prend du temps. Elle doit englober de multiples facteurs tels

- les facteurs somatiques,
- les troubles psychologiques,
- le niveau de détresse émotionnelle,
- les représentations et les croyances,
- les attitudes face à la douleur et les attentes du patient,
- le degré de limitations fonctionnelles
- le contexte familial, socio-professionnel et médico-légal. (10)

Pour 32% des personnes atteintes de douleur chronique, le délai diagnostique est supérieur à un an(11).

Parmi les personnes atteintes de douleurs chroniques 62% indiquent que leur situation professionnelle est affectée par la douleur chronique et 24% sont incapables de travailler en raison de celle-ci. Les douloureux chroniques qui sont en mesure de travailler estiment que la douleur chronique affecte leur capacité de travail pendant un quart du temps(11).

La douleur chronique affecte les relations et la vie personnelle. Environ un tiers des personnes atteintes de douleur chronique pensent qu'elle a un impact négatif

sur la famille et les amis, et 28% ressentent un isolement social. (11) Les dimensions psychosociales et émotionnelles prennent progressivement une place importante dans la symptomatologie douloureuse.

Le médecin traitant est le premier qui est confronté à cette diversité de situations. Les médecins généralistes sont au cœur de la prise en charge des patients qui souffrent de douleurs chroniques.

Le défi posé au médecin par les patients douloureux chroniques est d'être capable de s'ouvrir à ces registres différents. L'exploration de la dimension médicale selon les critères de la méthode scientifique est une étape primordiale. Mais cette étape ne résume pas le travail du médecin. Il lui faut également faire appel à ses capacités relationnelles, élargir sa vision pour y inclure l'écoute du vécu subjectif et la prise en compte du contexte social, culturel et médico-légal, du sujet. Enfin il doit pouvoir reconnaître les limites de ses compétences et savoir travailler en équipe dans l'élaboration d'un projet commun centré sur le malade. (10)

### **Les objectifs de l'étude**

Les problèmes rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients douloureux chroniques sont peu connus. L'objectif de cette étude est d'explorer les difficultés éprouvées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. Cette étude fait partie du projet DOLMEN qui porte sur le thème des douleurs chroniques en médecine générale.



## 2. MATERIEL ET METHODES

La recherche bibliographique a été réalisée sur Google Scholar en utilisant les mots clés : douleur chronique, médecin généraliste, difficultés de prise en charge. Sur le site du Service commun de documentation de la faculté de médecine Lille 2 les bases de données PubMed, Cismef, EMC et Science Direct ont été consultées ainsi que le catalogue universitaire de thèses Sudoc.

La gestion des références retenues a été réalisée avec le logiciel Zotero.

Pour cette étude qualitative le recueil des données a été réalisé par des entretiens individuels semi-directifs en face à face.

Le guide d'entretien est constitué d'une liste de thèmes à explorer. (12) Il est composé de questions ouvertes ayant pour but de permettre au médecin répondeur une libre expression de ses expériences et représentations sur la prise en charge de la douleur chronique. Chaque question était suivie par des relances de la part de l'interviewer, pour couvrir les champs de thèmes proposés dans le guide. Le guide était posé sur le bureau, discrètement, pour ne pas perturber.

En recherche qualitative, l'échantillon de la population ne vise pas une représentativité statistique, mais la diversité du vécu, des expériences et des profils.(13)

Nous avons interviewé des médecins généralistes de la région Nord Pas de Calais, recrutés par téléphone et de proche en proche constituant un échantillon raisonné et diversifié. Suite à des explications succinctes concernant le but de l'étude, un rendez-vous a été pris au cabinet de chaque médecin.

Les entretiens ont été faits face à face et enregistrés en audio avec l'accord du médecin interviewé. Les entretiens ont été ensuite anonymisés.

Chaque médecin a été caractérisé par son :

- âge
- année d'installation
- milieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural)
- mode d'exercice (cabinet de groupe /individuel)

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à la saturation des données avec un entretien supplémentaire pour vérifier celle-ci.

Puis les entretiens ont été retranscrits intégralement et les verbatims (annexe 2) obtenus analysés à l'aide du logiciel QSR-Nvivo 10.

Le choix de l'analyse thématique a été fait. Cette analyse consiste en la production de thèmes en plusieurs étapes. Un codage ouvert des verbatims a été effectué. Le livre de codes constitue l'annexe 3. Les codes ainsi obtenus ont été l'objet d'un codage axial.

Le codage a fait l'objet d'une triangulation avec un deuxième chercheur, interne en médecine générale. La concordance des codes a été obtenue dans plus de 75% des cas.

### **3. RESULTATS**

#### **Caractéristiques des médecins généralistes**

Pour obtenir la saturation des données, 18 médecins généralistes ont été interviewés. Ils étaient 11 hommes et 7 femmes. Leurs âges étaient compris entre 29 ans et 69 ans. Tous les interviewés exerçaient dans des zones urbaines, semi-rurales ou rurales de la région Nord Pas de Calais. Parmi les répondants, 4 médecins étaient maîtres de stage, 1 médecin coordonateur de maison de retraite, 2 médecins sapeurs pompiers et 1 médecin homéopathe.

Les entretiens ont été réalisés entre octobre 2012 et mars 2013. La durée moyenne de l'entretien a été de 24 minutes et 50 secondes, avec le plus court entretien d'une durée de 13 minutes et 43 secondes et le plus long d'une durée de 66 minutes et 4 secondes.

#### **Analyse des entretiens**

##### **3.1 La douleur chronique et le médecin généraliste**

###### **3.1.1 La durée des consultations des patients douloureux chroniques**

La plupart des médecins généralistes interviewés ont déclaré que les consultations des patients douloureux chroniques nécessitaient plus de temps : « *ça nécessite de prendre du temps pour une bonne consultation d'un douloureux chronique* » (M16).

La durée prolongée des consultations était influencée par plusieurs facteurs tels l'empathie, la nécessité d'écoute, les explications à donner à l'entourage, les manifestations psychologiques et les problèmes sociaux associés: « *On peut mettre une demi-heure quand ils ont des douleurs chroniques et des manifestations psychologiques, problèmes sociaux, pour voir tout* »(M8).

###### **3.1.2 La fréquence des consultations**

La fréquence des consultations des douloureux chroniques était variable selon l'individu. La relation médecin-malade avait sa part d'influence sur cette fréquence «*S'ils sentent que c'est quelque chose qui ne nous intéresse pas, ils ne vont pas l'évoquer, et si c'est quelque chose qu'ils sentent que l'on peut prendre en compte*

*ils vont l'évoquer plus facilement et peut-être consulter plus facilement pour qu'on adapte le traitement »(M18).*

L'existence d'un arrêt maladie déterminait les fréquences des consultations pour certains patients *« le patient est en arrêt et à ce moment là, il va revenir à l'échéance de l'arrêt pour le renouveler »(M5).*

Le facteur le plus important était la persistance des douleurs *« j'ai des patients qui revenaient au bout de 3-4 jours, parce que ils avaient des douleurs et ça devenait insupportable » (M13).*

### **3.1.3 Représentations de généralistes sur les douleurs chroniques**

La douleur chronique représentait un problème multidisciplinaire *« la définition des douleurs chroniques c'est qu'elle a beaucoup de dimensions. Elles ont des retentissements très importants sur la famille, sur les relations sociales. Elles ont un caractère social avec des répercussions sur les activités, avec des répercussions sur la vie de famille et puis le psychisme bien sûr. Elles entraînent volontiers des troubles de l'humeur et de l'anxiété. »(M4).*

Pour un médecin généraliste, la douleur chronique faisait partie du quotidien et de la vie et il fallait l'accepter *« Il faut accepter que dans la vie tout n'est pas rose. On peut soulager toute douleur, mais c'est faux, absurde, la douleur fait partie de la vie»(M10).*

Certains médecins généralistes pensaient qu'il n'y avait pas de traitement pour mettre fin aux douleurs chroniques *« Il y a pas de traitement miracle pour tout» (M10).*

Un autre médecin avait des doutes sur la véracité des douleurs chroniques *« Ces douleurs chroniques c'est des douleurs ressenties mais pas forcément des douleurs vraies»(M3).*

## **3.2 Evaluation des douleurs chroniques**

### **3.2.1 Description des douleurs par les patients**

Une des difficultés rencontrées par les médecins généralistes était la description des douleurs par les patients: *« dans une grande majorité des cas, ils*

*sont incapables de la décrire, même si l'on leur propose différents choix. Il n'y a qu'une petite partie qui arrive à mettre des mots dessus»(M10).*

La description des douleurs dépendait du niveau socioculturel des patients, de leur perception de la douleur, de leur façon de la tolérer et de communiquer « *il y a des patients qui sont très durs et surtout ici à la campagne où on a des paysans, des gens qui ont un métier difficile et qui tolèrent la douleur sans vraiment en parler* »(M2).

Pour les médecins, il était difficile d'évaluer une douleur qui semblait disproportionnée par rapport à la maladie en cause. Ils se méfiaient d'une théâtralisation de la douleur et recherchaient la cause réelle de la douleur ressentie par le patient « *une douleur qui est disproportionnée par rapport à la pathologie présentée. Les gens sont quasiment invalidés par la douleur et puis on les examine, on les regarde et on voit pas qui.....que c'est une théâtralisation devant cette douleur, il faut chercher* »(M15).

### **3.2.2 Différenciation des douleurs en pratique**

Pour certains médecins, la différenciation des douleurs posait des difficultés de classement, ils se basaient sur l'intuition et la connaissance du patient « *Peut être déjà avec la connaissance du patient, s'il a facilement mal ou pas facilement. C'est intuitif.* » (M17).

### **3.2.3 Utilisation des échelles d'évaluation des douleurs**

Certains médecins n'utilisaient pas les échelles d'évaluation de la douleur car ils jugeaient qu'elles étaient plutôt adaptées aux douleurs aiguës, ou mal comprises de la part des patients « *même si on leur explique, ils ne comprennent pas trop*»(M16).

D'autres médecins les utilisaient pour évaluer l'évolution des douleurs dans le temps « *c'est utile surtout quand on revoit le patient plusieurs fois, pour évaluer la douleur, le traitement. Donc c'est utile en évolution* » (M9).

### **3.2.4 La place de la subjectivité des douleurs**

La subjectivité était présente sur les deux versants : celui du patient et celui du médecin. Le fait de connaître le patient influençait la perception du médecin par rapport aux douleurs décrites « *On est influencé par nos patients aussi. Nous, on*

*les voit régulièrement et ça peut fausser notre objectivité, il faut le reconnaître ; on va se dire qu'elle est un peu douillette... et moins prendre en compte sa plainte »(M13)*

Les possibles bénéfices secondaires des douleurs chroniques pouvaient moduler la tolérance et le ressenti de la douleur « *il y a aussi les bénéfices secondaires, qui font la part subjective » (M8).*

### **3.2.5 La place de la tolérance des douleurs**

Au sujet de la tolérance des douleurs chroniques, les médecins interviewés retrouvaient deux typologies de patients :

- les patients qui ne toléraient aucun degré de douleur, souvent le cas des patients jeunes « *ils n'acceptent plus rien qui puisse les déranger, il faut absolument les soulager »(M10)*

- les patients qui avaient une représentation selon laquelle il y avait un degré de douleur tolérable, surtout s'ils étaient âgés « *ils ne veulent pas se plaindre. Parce que c'est normal de souffrir quand on est âgé»(M2).*

### **3.2.6 Difficultés des omnipraticiens dans l'évaluation des douleurs chroniques**

Certains médecins trouvaient qu'il était difficile d'évaluer la douleur qui n'était pas présente au moment de l'entretien. Cela risquait de fausser l'intensité de la douleur décrite par le patient « *puis quand on pose la question ce n'est pas forcément le moment où l'on a mal. Alors que si l'on est plus ou moins « oublieux », si l'on n'est pas obsédé par la douleur, on va moins la valoriser, si on est obsédé par sa douleur on va donner d'avantage » (M4).*

L'âge avancé et la présence de troubles cognitifs posaient des difficultés au médecin généraliste dans l'évaluation des douleurs. Il faisait donc appel à l'opinion de l'entourage et de l'équipe soignante qui entouraient le patient « *les troubles cognitifs, chez les personnes âgées, c'est un peu plus difficile à domicile. Ce sont des gens qui ont des maladies d'Alzheimer, qui n'ont pas forcément exprimé la douleur chronique, mais on se sert de l'entourage...la relation avec l'équipe soignante, les aides-soignants »(M16).*

### 3.2.7 Modalités d'évaluation de la douleur chronique en médecine générale

Pour évaluer la douleur, les médecins utilisaient aussi l'inspection du patient ce qui pouvait apporter plus d'objectivité « *On essaie de trouver des signes objectifs en le voyant se déplacer, bouger, en voyant la mimique, comment il bouge, trouver des petits signes* » (M13).

D'autres médecins écoutaient le patient et évaluaient la douleur selon la description qu'il en faisait et selon son ressenti « *je m'appuie plus sur le discours du patient sur sa douleur* »(M16).

La sémiologie et le caractère de la douleur étaient également pris en compte par les médecins « *il y a plein de caractères avec analyse clinique, l'interrogatoire, on essaie de se débrouiller, les conditions de survenue, la tonalité ah, c'est important pour les douleurs neuropathiques avec ses caprices, si ça pique, si c'est froid..... C'est l'analyse sémiologique de base qui sépare après. Ça c'est l'interrogatoire* » (M4).

La profession du patient influençait sa crédibilité et le médecin évaluait sa douleur selon ce critère « *selon la profession, si je vois un agriculteur qui se tord de douleur, je vais plus le prendre en sérieux, parce que bien sûr, je sais qu'ils sont pas très douillets, ce sont des gens qui ne s'écoutent pas, ils sont durs*» (M13).

### 3.3 Diagnostic des douleurs chroniques

Les patients étaient à la recherche d'explications et d'un diagnostic. Cela les aidait à devenir compliants et à suivre le traitement « *le patient veut avoir un diagnostic, savoir pourquoi il a toujours mal, savoir pourquoi il peut pas être guéri, pourquoi prendre des médicaments sans savoir où l'on va aller* »(M9).

Parfois, le médecin se trouvait dans une difficulté de diagnostic étiologique « *il y a des douleurs chroniques que l'on ne rattache pas à une pathologie précise* »(M15).

Un médecin soulignait l'importance du diagnostique étiologique et la nécessité d'un traitement étiologique, un traitement non centré sur le patient risquant d'entraîner des effets indésirables « *on a fait tous les examens possibles, on n'a pas d'étiologie, de cause pour traiter et on se retrouve avec ses douleurs*

*neuropathiques à gérer qui sont extrêmement fastidieuses, extrêmement... qui durent longtemps pour une jeune maman, avec des traitements qui sont à éviter à cause des effets indésirables »(M13).*

### **3.4 Traitement des douleurs chroniques**

#### **3.4.1 Adaptation thérapeutique**

Les médecins généralistes utilisaient dans leur pratique les antalgiques classiques de palier 1 à 3 et ils se servaient des autres traitements qui pouvaient être utilisées à but antalgique *« on part sur les traitements antidouleur de niveau 1 à 3, ensuite on part sur les antiparkinsoniens donnés pour la douleur chronique et après on part sur les neuroleptiques et c'est tout » (M5).*

Pour les médecins généralistes, le type de douleur chronique déterminait le type de traitement mis en place *« j'essaie de voir quel type de douleur c'est ; une douleur neuropathique, c'est souvent le cas, dans les douleurs chroniques ou si c'est mécanique, arthrosique, et en fonction de ça, on adapte le traitement»( M12)*

La plupart des médecins faisaient une adaptation thérapeutique partagée avec le patient selon son ressenti *« Je demande si c'est suffisant, s'il faut que l'on augmente ou que l'on baisse. S'ils sont d'accord. Et on décide ensemble » (M2)*

A cause de la persistance des douleurs, les patients étaient demandeurs d'un changement thérapeutique afin d'être soulagés *« s'ils ne sont pas soulagés, ils veulent absolument qu'on change, même si on a fait déjà dix fois le tour des thérapeutiques, ils veulent changer et trouver ce qui les soulage »(M10).*

Il y avait une catégorie de patients qui nécessitait d'être convaincue et de recevoir beaucoup d'explications afin de changer et adapter leur traitement antalgique. Un avis d'un spécialiste d'organe pouvait aider et soutenir le médecin traitant dans ce sens là *« je pense qu'on leur explique bien, il n'y a pas de soucis pour le changement ou avec une aide d'un spécialiste qui peut aussi renforcer notre réflexion» (M14).*

Certains médecins se retrouvant en difficulté thérapeutique faisaient appel à l'effet placebo *« Je donne autre chose, mais c'est la même chose en fait. Et ça va*



*mieux. Je n'augmente pas les doses, et puis ils sont contents. Mais il ne faut pas qu'ils aient le niveau intellectuel suffisant non plus pour aller vérifier...» (M3).*

### **3.4.2 Difficultés de prise en charge thérapeutique**

Les médecins interviewés signalaient qu'ils se sentaient limités au niveau thérapeutique, le panel d'antalgique n'était pas assez large. Plusieurs médecins se sentaient en difficulté quand il s'agissait des douleurs neuropathiques parce que les traitements avaient plus d'effets indésirables *«plutôt pour des douleurs neurogènes, avec des traitements à base d'antidépresseurs, je suis moins à l'aise pour augmenter les doses » (M14).*

Certains médecins avouaient qu'ils avaient des difficultés par méconnaissance du produit *« on a toujours plus d'effort par méconnaissance utilisation des traitements, on se pose plus de questions » (M14)*, à cause de problèmes d'ordre technique *« Et après c'est tout ce qui est technique, s'il y a des manipulations d'appareils, c'est pas toujours évident en ambulatoire non plus»(M14)*, ou parce qu'ils les utilisaient moins souvent qu'un médecin spécialiste d'organe. Pour certains médicaments, ils estimaient devoir actualiser leurs connaissances.

L'instauration d'un traitement antalgique, en particulier les paliers 3, mettaient en difficulté les médecins au niveau de la prescription initiale, puis de l'ajustement de la posologie *« Parfois, il y a des difficultés de dosage, quand il faut commencer, quand il faut changer »(M9).*

Le jeune âge du patient et la possible longue durée du traitement antalgique posaient des problèmes à son instauration *« on est réticent quand la personne est jeune et que l'on sait que ça va être un traitement au long cours » (M12).*

### **3.4.3 Impasse thérapeutique**

Pour les médecins interviewés, l'impasse thérapeutique était un épuisement des possibilités de traitement associé à la persistance des douleurs *« quand on a fait le tour des différents bilans, des différents antalgiques, des différentes classes médicamenteuses ou physiothérapeutiques, à ce moment là on est un petit peu coincé»(M10).*

Certains médecins se retrouvaient dans une impasse thérapeutique suite au refus du patient d'un geste invasif ou d'un nouveau traitement « *Des douleurs chroniques chez un patient de 56 ans avec un canal lombaire étroit, on arrive au bout des traitements, et on est plutôt dans le côté chirurgical je pense, il a peur de la chirurgie et des traitements qui soulagent plus* »(M14) ou lorsqu'il ne voulait pas accepter et traiter la part psychologique « *Mais quand on a proposé déjà 5500 trucs et qu'on se retrouve coincé et quand ils veulent pas prendre en charge la part psychologique* » (M 16).

Souvent, ce sont des maladies rhumatologiques qui menaient à une impasse thérapeutique « *C'est essentiellement pour les lombalgies chroniques où l'on a fait tout ce que l'on pouvait faire, mais ces gens là restent très algiques et très demandeurs de soins, l'école du dos, etc*»(M11)

Une des conséquences de l'impasse thérapeutique était le changement de médecin « *Vraisemblablement, il y en a certains qui on changé de médecin, c'est que pour eux, on était dans l'impasse, on savait plus quoi faire* »(M10).

#### **3.4.4 Difficultés d'utilisation des antalgiques de palier 1**

Concernant les antalgiques de palier 1, un médecin évoquait la difficulté de suivre la compliance du patient et le risque de surdosage concernant les médicaments en vente libre « *justement ils ont une tendance à prendre beaucoup de médicaments pour être soulagés. Quand on leur dit c'est toutes les 4 heures ou toutes les 6 heures. Quelquefois, ils les prennent toutes les 2 heures*» (M17).

#### **3.4.5 Difficultés d'utilisation des antalgiques de palier 2**

Concernant les antalgiques de palier 2, les difficultés rencontrées dans la pratique étaient la tolérance difficile du tramadol « *avec le Tramadol ils vomissent trop ou ont des vertiges*» (M4) et l'inefficacité de la codéine sur les douleurs chroniques cancéreuses « *la codéine, ça ne marchait pas* »(M3).

#### **3.4.6 Difficultés d'utilisation des antalgiques de palier 3**

Un médecin signalait les contraintes administratives liées à la prescription des morphiniques qui rendaient leur utilisation difficile. Les patients douloureux chroniques, à cause de ces règles de prescription avaient plus de difficultés pour

obtenir le traitement antalgique « *la délivrance des morphiniques il faut souvent refaire les ordonnances, c'est compliqué, les patients vont chercher plusieurs fois les médicaments même quand on essaie de bien écrire sur l'ordonnance certaines choses comme à délivrer en une fois. Parfois compliqué de gérer ça* » (M2).

Plusieurs médecins ont signalé les difficultés de gérer les effets indésirables souvent associés aux antalgiques de palier 3 « *Après la morphine....ça les dérange pas, le temps qu'on gère les effets indésirables* » (M8)

Certains médecins ont rencontré des situations dans lesquelles la morphine n'était pas efficace « *Cancéreux depuis plusieurs années qui n'arrivait pas à être soulagé, qui avait des métastases osseuses dans le dos et je n'arrivais pas à le soulager avec la morphine* »(M1).

Une autre difficulté à la prescription des morphiniques était représentée par les comorbidités des patients telle l'insuffisance respiratoire, qui mettait un frein à la prescription « *ils nous disent « oui, mais les insuffisants respiratoires* » (M6).

#### **3.4.7 Représentations des patients concernant les antalgiques**

Lors de la prescription des antalgiques de palier 3, les médecins étaient confrontés aux croyances et aux représentations des patients. La plupart des patients associaient la morphine avec la mort d'une connaissance ou d'un membre de la famille « *ils entendent « voilà mon voisin est sous morphine et je me trouve dans la même situation de poursuivre la morphine à vie, je vais mourir* » » (M9).

Pour certains patients le fait d'augmenter la posologie de la morphine devenait questionnant, se demandant quelle serait la dose maximale « *elle veut plus augmenter pour l'instant. Parce qu'elle se dit jusqu'à quelle dose on va monter*»(M2).

Ce type de préjugé était aussi retrouvé lors de la prescription des antidépresseurs « *ils ont beaucoup de préjugés ou d'oppositions sur les traitements à base de morphine, même antidépresseur, ça leur fait très peur, ça a une connotation un petit peu péjorative, un peu de mort imminente, un peu de je suis foutu* » (M14).

### **3.4.8 Facteurs influençant la prescription**

#### **3.4.8.1 Autorisation de mise sur le marché**

Dans la prescription des morphiniques de courte durée, les médecins étaient confrontés à l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) parfois limitée aux douleurs cancéreuses. *« On a des patients qui sont hyper-douloureux pour des soins, pour des ulcères, ils ont des douleurs chroniques qui n'ont mal qu'aux soins et là on est hors AMM. Et là ça pose problèmes »*(M8).

Une autre AMM qui mettait les médecins en difficulté était celle concernant l'emplâtre médicamenteux à la lidocaïne qui pouvait être utilisée chez les patients douloureux chroniques mais hors AMM *« Peut être l'AMM de versatis, le patch de versatis que j'utilise parfois hors AMM, faut pas le dire, que pour les douleurs neuropathiques, d'ailleurs la seule personne qui le tolère et qui le prend régulièrement c'est une dame qui a des lombalgies et qui est soulagée par ça. C'est tout. Ça passe pour l'instant. C'est vrai que cette AMM là, est gênante »*( M2).

#### **3.4.8.2 Facteur « entourage » influençant la prescription**

L'entourage du malade influençait la prescription des antalgiques. Selon son ressenti, la famille pouvait demander un « sur-traitement » des douleurs ou était contre une « sur médication » de leur proche. Parfois la famille mettait le médecin en difficulté en faisant pression sur sa prescription, *« pour le cancer du sein il y avait une pression familiale de soigner et de sur-traiter la douleur. Une demande de mettre de plus en plus de morphine »*(M2).

La famille d'un malade pouvait influencer les futures prescriptions du médecin en l'informant du résultat de sa gestion des douleurs chez leur proche.

#### **3.4.8.3 Facteur « persuasion » sur efficacité thérapeutique**

La négociation et la persuasion du médecin étaient des facteurs importants dans la prescription et l'efficacité thérapeutique. Grâce à la persuasion du médecin, l'effet placebo pouvait être obtenu en soulageant le patient *« Quand on essaie un antalgique on essaie de dire que ça va marcher quand même. Si on prescrit on disant 'bon, on essaie, ça va sûrement ne pas marcher'. On perd l'effet placebo.*

*Donc pour pas perdre l'effet placebo, quand on change du traitement, il faut le vendre un petit peu» (M11).*

#### **3.4.8.4 Facteur-expérience personnelle du médecin influençant la prescription**

L'expérience du médecin influençait la prescription dans le sens de l'écoute, de l'empathie et du traitement actif, en ne minimisant pas les douleurs des patients et en les comprenant d'avantage *« je pense qu'on minimalise moins en vieillissant et en ayant eu plusieurs cas, je pense qu'on prend mieux en charge les choses et je pense qu'on arrive mieux à comprendre les différentes composantes » (M14).*

Concernant les médicaments, les médecins utilisaient ceux qu'ils connaissaient le mieux et avec lesquels ils avaient plus d'expérience *« chacun utilise les produits qu'il connaît le mieux avec lesquels il a le plus d'expérience »(M9).*

#### **3.4.8.5 Facteur « patient » influençant la prescription**

La vie professionnelle et sociale des patients étaient des facteurs qui influençaient la prescription des antalgiques, dans le sens de l'arrêt du traitement en raison de ses effets secondaires non compatibles avec une vie sociale active *« Les effets indésirables des médicaments, notamment la constipation et la somnolence, quand ce sont des patients avec une vie active, sont des effets indésirables que l'on peut avoir, oui ça influence» (M13).*

Le patient pouvait avoir une acceptation conditionnée du traitement, soit à cause des effets indésirables, soit à cause de ses préjugés. Grâce aux explications des médecins, ils arrivaient à surmonter leurs préjugés et leurs peurs d'effets secondaires *« A partir du moment que l'on explique et que l'on a pas trop d'effets indésirables, ils adhèrent assez facilement. Le temps qu'on soulage leurs douleurs, ils ne sont pas opposants, à part quelques patients qui peuvent avoir des préjugés »(M14).*

Les patients avaient des préjugés et des réticences vis-à-vis à des antalgiques lors de changement de molécules et cela influençait l'acceptation d'un nouveau traitement *« Quand ils ont déjà essayé pas mal de choses, c'est vrai que voilà, on a essayé 3-4 traitements, c'est sur qu'il a un préjugé négatif sur celui que l'on va donner en 4<sup>ème</sup> position »( M13).*

Un médecin signale qu'il y avait aussi une habitude de certains patients à prendre des antalgiques sans moduler les prises selon les douleurs « *Je pense qu'il y a une habitude à la prise de médicaments* » (M15).

A l'opposé, il y avait des patients qui étaient contre la prise médicamenteuse « *le patient refuse de se bourrer de comprimés tout au long de la journée* » (M10).

#### **3.4.8.6 Facteur « polymédication » influençant la prescription**

Le médecin devait prendre en compte les médicaments que le patient prenait déjà et se demander si la polymédication et un rajout d'antalgique étaient acceptables pour le patient « *S'ils prennent beaucoup de médicaments il faut poser la question s'il accepte de prendre 3-4 médicaments de plus* » (M9).

#### **3.4.8.7 Facteurs liés aux médecins**

Parfois c'était le médecin qui avait des doutes sur l'efficacité du traitement « *il y a des fois qu'on se dit 'tiens est-ce qu'on est encore efficace avec ce patient là* »(M2) et il s'interrogeait sur les alternatives thérapeutiques « *On arrive parfois à des doses assez fortes, on pense 'qu'est-ce que ça va donner si ça ne soulage pas'* »(M9).

Le médecin se questionnait fréquemment sur l'existence des douleurs chroniques et leurs résistances au traitement antalgique. Ils utilisaient leurs connaissances anatomiques et sémiologiques pour juger si la douleur était réelle et organique « *il y a les territoires de la douleur, la douleur neurologique, qui sort du territoire du nerf, bon, on commence à se poser des questions* » (M15).

Un médecin signalait que prescrire certains antalgiques avec une indication inadaptée ne donnait pas des bons résultats « *peut être que c'est prescrit avec une indication limite. Peut être que le paracétamol qu'on fait dans la sciatique, c'est pas le meilleur antalgique. Quelques tramadol, peuvent avoir un meilleur effet, peut être que certains antidépresseurs peuvent faire effet et que la stimulation externe peut avoir un effet aussi* »(M15).

On notait une préférence des médecins pour certains antalgiques. Certains préféraient les anti-inflammatoires « *Soit on agit sur l'inflammation douce, je préfère donner un AINS que de donner un antalgique* » (M1). D'autres préféraient les

antalgiques purs, palier 1 ou 2 « *je prescris beaucoup plus du paracétamol ou du tramadol plutôt que des AINS, ou alors des AINS en voie per cutané* »(M15).

#### **3.4.8.8 Freins à la prescription**

Le retrait récent du droit de prescrire certains médicaments pour les douleurs neuropathiques limitait le médecin généraliste « *le retrait du droit de prescription, deuxième chose qui nous a assez perturbés c'est le fait que l'on ait plus droit de prescrire du rivotril par exemple en médecine de ville* »(M2). C'était une contrainte de traiter les patients présentant des douleurs neuropathiques et qui devaient avoir une consultation annuelle auprès d'un médecin spécialiste seul habilité à prescrire une première ordonnance avec ces traitements « *Le Rivotril, on ne peut plus le prescrire en premier intention, il faut qu'il voit un neurologue. Le neurologue fait une première ordonnance et tous les ans, il faut qu'il fasse une première ordonnance* »(M5).

Les médecins jugeaient que la prescription d'antalgiques en médecine générale devenaient limitée « *elle devient de plus en plus restrictive au fur et à mesure que certains médicaments sont enlevés, je pense au Propofol, Diantalvic, etc. Et le tramadol qui est maintenant dans le collimateur. Depuis que l'on a plus le Diantalvic c'est très difficile de soigner les douleurs*»(M13).

Un médecin avouait que son frein à la prescription des antalgiques de palier 3 était la méconnaissance de ces produits et de leurs mises en place « *on a toujours plus d'effort par méconnaissance à comment utiliser les traitements, on se pose, plus de questions* » (M14).

Les médecins généralistes considéraient que la diversité thérapeutique était limitée et qu'ils étaient vite démunis dans leur prescription à cause des effets indésirables et des intolérances « *Il y a un panel d'origine et qui se rétrécit beaucoup avec certains patients à cause des intolérances et finalement on a plus beaucoup de choix pour ces patients justement* »(M4).

Les maladies associées rétrécissaient le choix thérapeutique à cause des contre-indications « *Pour le traitement de la douleur on est vite limité, souvent il y a une pathologie surajoutée qui fait que... je pense aux patients insuffisants*

*respiratoires, par exemple, où l'on ne peut pas donner de morphiniques, là c'est sur qu'on est limité » (M12).*

#### **3.4.8.9 Limites à la prescription en ambulatoire**

Les médecins se trouvaient en difficulté au domicile de leurs patients concernant la manipulation technique de certains appareils telles les pompes à morphine, *« quand on se retrouve face à un appareil PCA, que l'on ne comprend rien, parce que il y a 36000 appareils et c'est que l'infirmière de l'HAD qui sait faire, c'est un peu galère, c'est un peu une limite »(M16).* Ils ressentaient le besoin d'une formation dans ce domaine.

En dehors des institutions, le recours au psychologue était considéré comme difficile en médecine de ville *« Il y a un accès pas toujours évident »(M14).*

Une autre limite de la médecine ambulatoire mise en évidence par un médecin était le manque de temps et de disponibilité *« Parfois il faut être très disponible. Il faut voir souvent le patient, très régulièrement, s'il faut tous les jours, tous les 2 jours. Ca peut être ça la limite, surtout comme on ne travaille pas le week-end et on n'est pas forcément joignable » (M13)*

#### **3.4.8.10 L'écoute : un moyen thérapeutique**

L'écoute active, la reformulation, faisaient partie de la thérapeutique *« Le mieux c'est de les écouter et puis, une fois qu'on a écouté qu'on a montré qu'on prenait en compte c'est déjà faire une bonne partie du chemin » (M18).*

#### **3.4.8.11 Effets indésirables**

Les médecins interviewés signalaient que parfois ils étaient freinés dans la prescription des antalgiques à cause des effets secondaires *« les effets indésirables sont devenus plus importants que la douleur pour laquelle ils prenaient les médicaments » (M15).*

Les effets indésirables des antalgiques entraînant les patients à arrêter le traitement étaient soit les vomissements *« J'ai un patient sur deux qui refuse soit le tramadol, soit la codéine. Quand ils n'ont vraiment pas supporté, ils ne prennent pas le traitement, parce que personne n'aime vomir toute la journée » (M11),* soit la constipation et la somnolence dues aux morphiniques *« j'ai été opéré vous*



*m'avez mis ça, ça et ça, en 2 jours, j'ai arrêté tout suite, parce que j'étais endormi, ça n'allait pas» (M15). A noter également les effets gastriques et la néphrotoxicité des anti-inflammatoires « Les anti-inflammatoires qui posent des problèmes gastriques, des problèmes d'insuffisance rénale » (M5).*

#### **3.4.8.12 Difficultés thérapeutiques. Compliance**

Pour être soulagés, les patients avaient tendance à dépasser la posologie indiquée par le médecin « *Parfois les patients me disent 'hier j'ai du prendre 6 paracétamol.. Il faut leur rappeler qu'il y a une posologie maximale»(M11).*

Au sujet de la compliance des patients, certains prenaient les médicaments prescrits par le médecin, mais pas pour la bonne indication, en rajoutant eux-mêmes l'effet placebo « *Alors, docteur vous n'oubliez pas mon paracétamol, mon doliprane, j'en prends 3 par jour, vous le mettez en effervescent, parce que je dors mieux le soir avec un effervescent » (M15).*

#### **3.4.8.13 Thérapeutiques complémentaires**

##### **Discordance entre le souhait du médecin et celui du malade. Traitement alternatif**

Parfois il y avait une discordance entre le souhait du patient et celui du médecin concernant le traitement. Le médecin pratiquant la médecine allopathique était amené à négocier avec le patient pour instaurer un traitement allopathique associé aux thérapeutiques complémentaires « *je suis obligé de lutter contre ceux qui ne veulent rien d'autre, homéopathie et compagnie » (M6).*

##### **Choix thérapeutique différent**

Un médecin soulignait son obligation d'accompagner le patient quel que soit son choix thérapeutique. Le patient était libre de choisir le traitement, d'accepter les propositions de la médecine allopathique ou de les refuser sans être abandonné par son médecin traitant. « *Elle a le droit de ne pas se faire couper la jambe et on va pas l'abandonner pour autant. Il y a d'autres moyens. On va l'accompagner»(M6).*

## **Refus du patient de médecine complémentaire**

Certains patients n'acceptaient pas de suivre un traitement complémentaire ou alternatif. Dans leurs représentations, une maladie se traitait par des médicaments « *La dernière patiente qui avait vu plusieurs spécialistes de la douleur et qui à chaque fois a entendu qu'il fallait faire du yoga. Elle n'a pas du tout accepté ça. Encore une fois, parce qu'elle n'aimait pas que sa pathologie puisse se soigner autrement* » (M12)

## **Méconnaissance de certains médecins des thérapeutiques complémentaires et paramédicales**

Lors de cette étude certains médecins ont déclaré qu'ils n'avaient pas de connaissances dans le domaine des spécialités paramédicales ni celui des thérapeutiques complémentaires « *moi, je connais pas trop les séances paramédicales, on va dire, tout ce qui est homéopathie, ostéopathie etc... je connais pas trop* » (M18).

## **Thérapeutiques non médicamenteuse. Insuffisante**

Un médecin remarquait le manque d'offre de thérapies non médicamenteuses et leur accessibilité difficile « *ce sont les prises en charge autre que médicamenteuses qui manquent un petit peu* » (M14).

## **Thérapeutiques complémentaire arrêtée à cause du coût important**

Un médecin qui pratiquait la mésothérapie remarquait le coût important pour entretenir la pratique de cette médecine complémentaire. Il n'avait pas continué sa pratique de mésothérapeute pour des raisons financières « *mon appareil a cassé et comme ça coûte une fortune et qu'on n'est pas plus valorisé quand on fait de la mésothérapie... Il faut acheter les aiguilles, il faut nettoyer le truc, et ça prend un certain temps, et finalement au bout du compte, c'est pour ma pomme, quand mon appareil est tombé en panne, je n'en ai pas racheté* » (M3)

## **Thérapeutiques non médicamenteuses. Frein du Non remboursement.**

Le coût des médecines complémentaires non remboursables pouvait être un frein à leur prescription « *la prise en charge qui n'est pas toujours importante au niveau remboursement, ça ...ça peut être un frein aussi* » (M14).

La poursuite d'une telle thérapie à but antalgique dépendait par conséquent du niveau socio-économique du patient « *ça dépend du niveau socio-économique du patient, ça dépend de sa mutuelle* » (M15).

### **Thérapeutiques complémentaires à la demande du patient**

Les patients étaient parfois eux mêmes demandeurs de thérapie complémentaire telle l'homéopathie. Les médecins allopathes qui étaient d'accord pour prescrire les médicaments homéopathiques soulignaient la contrainte administrative de rédiger les ordonnances. « *Si le patient en veut, je lui en donne. Il peut en prendre autant qu'il veut, ça ne me dérange pas. Le plus long est d'écrire l'ordonnance* » (M3).

## **3.5 Retentissement professionnel des douleurs chroniques**

### **3.5.1 Arrêts de travail pour des douleurs chroniques**

Dans la pratique quotidienne concernant les arrêts travail prescrits pour des douleurs chroniques les médecins étaient confrontés à 2 types de situations. Soit l'arrêt de travail était demandé par le patient « *souvent ils viennent pour dire que ça ne va plus au travail, voire même ils viennent chercher un arrêt de travail pour la douleur* » (M7), soit il n'était pas souhaité par le patient pour des raisons financières, car pendant l'arrêt, le patient percevait un montant inférieur à son salaire « *la plus part du temps, les gens veulent travailler. Quand on a une caissière qui a une méchante tendinite, il faut la mettre en arrêt et si on la met en arrêt, elle ne gagne plus que 500 euros par mois, donc elle continue à travailler* » (M11).

Les médecins interviewés signalaient que les arrêts maladies pour les patients douloureux chroniques étaient souvent de longue durée ce qui risquait de compliquer leur situation professionnelle avec par exemple une difficulté et une appréhension de la reprise du travail « *Ce sont des gens qui vont avoir des arrêts prolongés, ça va se finir éventuellement par une invalidité, etc, des situations qui peuvent être assez compliquées à gérer sur le plan professionnel* » (M16).

### **3.5.2 Evaluation de la justification de l'arrêt maladie**

Une difficulté souvent énoncée par les médecins, était d'évaluer la justification et les raisons qui poussaient le patient douloureux chronique à demander un arrêt

de travail *« c'est dur de faire la part des choses : les douleurs lombaires et la peur du travail, ça se passe mal avec le chef. C'est difficile de faire la part des choses. Que-est ce qui le fait arrêter de travailler? C'est le stress au travail, les douleurs ? Une souffrance plutôt psychologique que la douleur ? »*(M11).

Les médecins généralistes se trouvaient en difficulté devant la demande d'arrêt maladie pour des douleurs chroniques parce que ils se posaient la question des bénéfices secondaires à la douleur *« C'est plus quand il y a des problèmes de reclassement professionnel ou quand il y a un accident, quand il y a une tierce personne ou une tierce partie, quand il y a un accident professionnel, c'est vrai que souvent, c'est un petit peu plus compliqué à traiter et il y a une reconnaissance des victimes, une recherche d'handicap, de primes, des assurances, qui fait que c'est plus long que quelqu'un qui s'est blessé, un petit peu spontanément on va dire »* (M14).

### **3.5.3 Demandes excessives d'arrêt maladie selon la profession**

Des demandes excessives d'arrêt maladie étaient enregistrées pour certains professionnels bénéficiant d'une sécurité d'emploi, comme *« ceux qui sont fonctionnaires, à la DDE, les employés de la mairie de Lille, de la communauté urbaine : tous ces gens là viennent réclamer, et je les vois défiler »* (M3). Il y avait aussi une demande importante d'arrêt de travail par les patients dont la profession était potentiellement génératrice de douleurs chroniques en raison de l'effort physique occasionné par le travail *« Un grand cortège des douleurs musculo-squelettiques sont tous les métiers mal payés : femme de ménage, aide-soignant, ouvriers bâtiment, caissier, des mouvements répétitifs où les gens ne tiennent pas le coup »* (M11).

### **3.5.4 Collaboration avec le médecin du travail**

Les généralistes aimaient collaborer avec le médecin du travail pour ce qui concernait la gestion des arrêts de travail de leurs patients douloureux chroniques afin de trouver des solutions et des aménagements de poste *« Il y a toujours des problèmes surtout quand le patient est actif et qu'il travaille, il y a le besoin de trouver des solutions pour le travail, pour aménager le poste, les changements de poste, voir avec le médecin du travail, s'il peut faire quelque chose, pour ne pas*

*faire le même mouvement répété, pour ne pas rester plusieurs heures debout, sur toutes les positions qui peuvent provoquer la douleur» (M9).*

Un médecin déclarait qu'il n'était pas assez compétent dans le domaine du travail et qu'il avait des difficultés de communication avec le médecin du travail « *on ne sait jamais jusqu'où on peut parler du patient et la médecine du travail ne répond pas non plus par rapport à nos attentes, à des aménagements ou à la reprise des patients avec un handicap, en fait on est pas très bon, là non plus* » (M14).

### **3.5.5 Difficultés de prise en charge de la douleur et retentissement professionnel. Difficultés de négociations des arrêts travail.**

Un médecin estimait devoir prendre en charge un patient douloureux chronique d'une façon globale en pensant également au retentissement professionnel des douleurs. « *Chez les patients lombalgiques, c'est un petit peu plus dur parce qu'ils sont jeunes, il y a aussi le boulot, ce ne sont pas que les douleurs à prendre en charge. On a des lombalgies chez des jeunes qui ont des professions type bâtiments et tout ça donc, des fois ça pose problèmes au niveau du reclassement. Un couvreur qui est en arrêt depuis un moment et qui a des lombalgies, ça pose des problèmes au niveau de son travail* »(M8).

D'autres soulignaient que l'arrêt travail était souvent une négociation. Mais à ce propos, ils ne se sentaient pas formés ni performants « *peut être, [il faudrait] qu'on soit un petit peu mieux formé en ce qui concerne le travail, le reclassement professionnel, les aides, les reconnaissances, tout ça... on est pas très bons là-dedans, on ne connaît pas grande chose*» (M14).

### **3.5.6 Retentissement des douleurs sur le plan professionnel**

Un médecin signalait les retentissements de la douleur chronique et leurs intrications « *Parce que la douleur est invalidante, cela empêche la personne de travailler, de bien se socialiser comme il faisait d'habitude, de sortir. Donc ça immobilise un peu le patient et ça joue après sur son psychique* » (M9).

## 3.6 Retentissement psychologique des douleurs chroniques

### 3.6.1 Douleurs chroniques et dépression

La dépression, conséquence de la douleur était souvent rencontrée dans la pratique des médecins généralistes qui suivaient ces patients « *il me dit : « j'en ai marre, je n'en peux plus de ces douleurs, ça me met le moral à zéro, j'arrive plus à dormir. C'est là que je commence à prendre en charge les signes d'une dépression réactionnelle associés à la douleur chronique »* (M16).

Pour le médecin, la dépression et les idées noires des patients douloureux chroniques étaient considérées comme un échec « *Il souffre toujours dans sa vie, quand le patient se dit qu'il en a marre et il a envie de mourir. On peut dire que là c'est un échec »* (M4).

### 3.6.2 Difficultés de prise en charge

Les généralistes se trouvaient en difficulté dans la prise en charge psychologique des patients à cause des longs délais d'attente dans les centres médico-psychologiques « *le problème, c'est souvent les délais de prise en charge qui sont souvent assez longs. Vous adressez aux CMP, ils sont débordés, ils prennent des cas sociaux, on met 6 à 9 mois »* (M6)

Les médecins évoquaient leur manque de formation dans le domaine de la prise en charge psychologique du patient douloureux chronique « *Quand manifestement, en plus de la douleur de base, il y a une partie psychologique, je ne suis pas le plus performant, j'avoue, je suis pas le plus grand psychologue »* (M11).

Une autre difficulté dans la prise en charge des douleurs chroniques était l'acceptation des patients du retentissement psychologique des douleurs. Les difficultés s'enchaînaient si le patient ne souhaitait pas de prise en charge psychologique « *quand ils ne veulent pas prendre en charge la part psychologique. On a des difficultés à les orienter vers un psychiatre ou une psychologue, à ce moment là, c'est un peu difficile, on est devant un mur. On peut être confronté effectivement à des difficultés»* (M16).

Les patients ne connaissaient pas les établissements qui pouvaient les prendre en charge « *il y a la possibilité d'envoyer au CMP, mais ils se demandent 'qu'est ce que c'est ce truc', ils n'ont pas l'habitude, je pense que c'est un peu ça, l'image négative de la psychiatrie.*» (M16).

Devant une prise en charge psychologique pour un patient douloureux chronique les médecins se sentaient en difficulté du fait que l'accès au psychologue en ambulatoire prenait beaucoup de temps « *par contre c'est difficile d'avoir recours à un psychologue hors institution. Cette dimension là manque et est difficile à programmer en ambulatoire* » (M4) et les entretiens ne sont pas remboursés « *les psychologues ne sont pas remboursés* » (M6).

### **3.6.3 Représentations des patients de la PEC psychiatrique**

Les patients refusaient la prise en charge psychologique et psychiatrique à cause d'une mauvaise réputation de celle-ci « *c'est à cause de la mauvaise image qui a été véhiculée pendant des années au sujet des la psychiatrie, donc 'je veux pas aller au psychiatre, je suis pas fou', disent-ils ou 'pourquoi vous voulez m'envoyer je suis pas déprimé, je suis pas dépressif'* » (M16).

Parfois, les médecins retrouvaient chez les patients des représentations de la prise en charge psychiatrique s'exprimant sous forme de honte et/ou de fatalité « *elle est grave sur le plan psy et elle refuse un examen psychiatrique, parce qu'elle vient d'une famille de bipolaires, donc c'est la honte. La honte, la fatalité* » (M6)

## **3.7 Retentissement des douleurs chroniques sur le plan familial et qualité de vie**

Les médecins étaient conscients des retentissements des douleurs chroniques sur la vie quotidienne « *Tous ceux qu'engendrent les douleurs chroniques entre les alcoolisations, les dépressions, les aides pour la toilette, pour les déplacements, oui je pense que les douleurs chroniques peuvent avoir un retentissement important sur la vie quotidienne* » (M16) et ce fait ajouter une difficulté supplémentaire dans la prise en charge « *du travail, le retentissement sur le famille, sur la vie quotidienne. C'est vrai que ça se met souvent en plus, ça rajoute une difficulté dans la prise en charge* » (M14).

## 3.8 La relation médecin-malade et les douleurs chroniques

### 3.8.1 Difficultés de communication

Les médecins avaient des difficultés relationnelles avec les patients à cause de leur personnalité « *on peut difficilement gérer la façon dans laquelle un médecin est avec son patient, sa personnalité et la personnalité du patient* » (M15).

L'état d'esprit du médecin influençait la relation médecin-malade, il pouvait arriver qu'il fut moins réceptif aux plaintes du patient s'il était énervé « *Selon s'il on est énervé, si la personne nous énerve ou pas, si on est plus ou moins réceptif en disant qu'ils ont tout le temps mal, des patients comme ça qui se plaignent.* » (M16).

Suite à une mauvaise communication médecin-malade certains malades n'osaient ou ne voulaient plus venir en consultation. Ils envoyaient les membres de leur famille à leur place « *il a toujours mal d'après sa femme. Car ça fait 3 mois que je ne l'ai pas vu. Sa femme vient tous les mois pour prendre les médicaments* » (M3).

Le vécu douloureux du médecin influençait la prise en charge des douleurs. Certains médecins comparaient les douleurs décrites par les patients à celles déjà ressenties par eux mêmes « *on essaie de comparer à des douleurs que nous, on a déjà ressenties, mais c'est pas simple* » (M17)

Les médecins se posaient des questions au sujet de leur jugement au regard du patient et la catégorisation qu'ils avaient pu faire. Cela pouvait les empêcher d'être objectifs et ils craignaient de passer à côté d'une maladie « *de temps en temps on se méfie de nous, en se disant, bon je l'ai catalogué. On a un regard raccourci et de temps en temps je me dis, mince, peut être que je passe à côté de quelque chose* » (M6).

### 3.8.2 Impasse relationnelle

L'impasse relationnelle était vue par les médecins de différentes façons. Soit il s'agissait d'une impasse exprimée par une discussion contradictoire, une divergence d'idées à cause de l'anxiété des patients devant la persistance des douleurs « *On peut avoir des discussions en contradiction, peut être dûes à l'anxiété associée à la douleur. Oui, aux résultats de sa douleur, pour son*



*traitement, pour la cause de la douleur, est-ce bien adapté, est-ce qu'il faut pas faire un autre examen pour chercher plus. C'est toujours l'anxiété qui joue dans la relation» (M9).*

Soit l'impasse était ressentie comme la persistance des plaintes des patients « *le patient n'était jamais satisfait de la prise en charge et exprimait toujours une impasse.*» Cette incompréhension pouvait générer une appréhension des médecins avant la consultation « *j'avoue quand je savais qu'elle prenait rendez-vous, je connaissais son nom après, franchement, j'avais une appréhension. Je me disais, comment vais-je me sortir de cette consultation» (M16)*

Pour un autre médecin, l'impasse relationnelle avait comme conséquence le changement de médecin « *Vraisemblablement, puisque il y en a certains qui ont changé de médecin, c'est que pour eux, on était dans l'impasse, on savait plus quoi faire et ils étaient soulagés aussi » (M2).*

Un médecin considérait que l'impasse relationnelle vécue avec ses patients était dû au manque d'expérience « *C'était dû à mon inexpérience » (M3).*

### **3.8.3 Difficultés du médecin remplaçant**

Un médecin remplaçant évoquait ses difficultés à cause de son statut de remplaçant, sa perception des patients et leur refus de négociation « *ça nécessite une prise en charge globale, surtout en tant que remplaçante, pas toujours évident d'avoir un panel large au niveau des antécédents, de la personne, de savoir tout ce qu'elle a eu avant, ce qu'elle attend du traitement. J'étais la remplaçante et elle me regardait avec les yeux ronds, fins, « Non, elle va m'augmenter la morphine et puis c'est tout »» (M16).*

En outre, il notait un manque de confiance dans le remplaçant « *Quand ils ont un traitement depuis longtemps, ils ont tendance à faire moins confiance au remplaçant » (M11)*

Un médecin remarquait ses difficultés dans la prise en charge des patients douloureux chroniques concernant les délais de consultation auprès des spécialistes. Ces délais étaient plus longs quand c'était un remplaçant qui faisait la demande « *je suis remplaçante et c'est vrai que les délais pour moi ne sont pas les mêmes» (M16).*

### 3.8.4 Difficultés d'éducation des patients

L'éducation des patients douloureux chroniques était difficile pour des raisons économiques « *Le problème d'abord sont les sous, parce que tout ça, ça coûte cher, kiné, tout ça, ça coûte cher. On est quand même en crise et les gens sont inquiets* » (M6).

Un autre médecin évoquait la personnalité et l'opposition du patient qui le décourageait à poursuivre la négociation pour une éducation « *je ne vais pas m'embêter à m'occuper de quelqu'un qui est perdu d'avance. Ou tout au moins qui ne va pas réussir. Moi ça m'énerve, ça* » (M3)

Un médecin remarquait l'absence d'éducation préventive pour les douleurs chroniques dans un contexte de maladie professionnelle et il évoquait l'implication insuffisante de la part du médecin du travail dans l'éducation d'origine rhumatologique du patient « *tout un problème d'éducation à mettre en place concernant les mouvements, et à côté, c'est le côté préventif qui n'est pas forcément mis en place par les médecins du travail. L'éducation du patient dans ces cas là devrait être faite avant l'apparition des douleurs dans les entreprises* » (M8).

Un médecin notait le besoin d'éducation pour la prise médicamenteuse. Le fait que les patients n'anticipaient pas leurs douleurs entraînait la prise du traitement après leur installation en ayant atteint une intensité importante. « *Au niveau des patients, pour bien respecter le traitement, pour comprendre de ne pas attendre, quand il a mal il faut prendre les médicaments* » (M9)

Les médecins généralistes jugeaient qu'il leur appartenait de faire l'éducation thérapeutique des patients douloureux chroniques. Ils notaient le risque de surdosage « *Parfois les patients me disent 'hier j'ai du prendre 6 paracetamol'. Il faut leur rappeler qu'il y a une posologie maximum. Donc une éducation dans ce sens là, puis l'éducation de la médication pour les algiques, les migraineux*» (M11).

L'éducation devait être adaptée au niveau socio-intellectuel du patient « *On fait un petit peu à son niveau* » (M4).

La base de l'éducation était l'explication de la maladie, ensuite le médecin pouvait mettre en place l'éducation thérapeutique « *Quand on leur explique, les gens comprennent mieux, on peut les aider à coopérer pour les horaires des*

*douleurs, l'intensité douloureuse, les choses qui déclenchent préférentiellement les douleurs, pour pouvoir anticiper, comme la toilette et le temps de soulager tout ça » (M13).*

Un médecin notait l'importance des explications concernant les limites thérapeutiques et le mécanisme des douleurs et qu'une bonne compréhension de ces notions aidait à la gestion des douleurs par les patients *« je pense qu'à partir du moment où l'on explique la douleur, on explique les limites de nos traitements, on explique quelles sont les conséquences de la douleur sur la vie de tous les jours, et les autres symptômes, on écoute les gens, on les aide à mieux gérer leur douleur, je pense que ça, c'est super important » (M18).*

Les médecins sentaient le besoin de faire une éducation des patients douloureux chroniques surtout sur le plan rhumatologique, l'école du dos, la posturologie *« Tout ça, c'est de l'éducation ; quand on leur donne des fiches pour ramasser un objet par terre, pour porter des choses lourdes » (M12).* Ce type d'éducation était fait soit par le médecin soit grâce à des fiches explicatives ou encore par le kinésithérapeute *« l'hygiène rachidienne, généralement c'est le kiné qui la fait, tout ce que est tendinite, que ça soit épaule ou coude, tout un problème d'éducation à mettre en place concernant les mouvements, et à côté, c'est le côté préventif » (M10).*

### **3.8.5 Le manque de temps, cause de mauvais vécu des consultations**

Le manque de temps entraînait un mauvais vécu de la consultation des douloureux chroniques par le médecin et cela menait à une insatisfaction de leur propre pratique. *« Les jours où j'ai le temps et que je suis à peu près disponible ça va, les jours où je suis plus pressée c'est plus pénible, parce qu'effectivement, il faut du temps et puis entendre sans arrêt des plaintes, c'est pas très satisfaisant pour un médecin traitant. On a l'impression de ne pas y arriver » (M12).*

### **3.8.6 Préjugés des médecins**

Les médecins avouaient d'avoir des préjugés négatifs au sujet des patients fibromyalgiques. Ils déclaraient aussi avoir un préjugé concernant le sexe des patients douloureux chroniques et leur sensibilité à la douleur *« on s'imagine*

*toujours que les femmes sont plus douillettes que les hommes, mais en fait, on a parfois des préjugés » (M13).*

La profession du patient influençait la prise en compte de sa plainte douloureuse par le médecin *« je vois un agriculteur qui se tord de douleur, je vais plus le prendre au sérieux, parce que bien sûr je sais qu'ils ne sont pas très douillets, sont des gens qui ne s'écoutent pas, ils sont durs. Donc, en fonction de la profession, j'essaie de pas le mettre dans ce stigmatisme » (M13)*

Au sujet de la prise en charge thérapeutique les médecins avaient une appréhension de la chronicité et du traitement antalgique au long cours *« Je pense qu'il y a toujours une crainte des médecins de la chronicité des thérapeutiques qu'on va instaurer » (M15)*. Selon l'expérience personnelle et les contacts avec les centres anti-douleur, un médecin disait avoir un préjugé négatif *« Au centre anti-douleur justement du CHR, il y a un préjugé négatif. » (M13).*

### **3.8.7 Facteurs liés au patient.**

#### **3.8.7.1 Attentes des patients douloureux**

Les patients douloureux chroniques attendaient une guérison et un soulagement des douleurs. Ils étaient très demandeurs de changer les traitements afin d'obtenir une amélioration de leur souffrance *« ils veulent absolument qu'on change, même si on a fait déjà dix fois le tour des thérapeutiques, ils veulent changer et trouver quelque chose qui les soulage » (M10)*

#### **3.8.7.2 Difficultés d'acceptation de la maladie**

Parfois, il y avait des difficultés d'acceptation de la maladie, surtout quand le patient avait reçu plusieurs explications la concernant et qu'il y avait des incompréhensions sémantiques. *« C'était une dame avec une fibromyalgie, mais c'est une pathologie à part et du coup elle n'acceptait pas certaines... comment on va dire..., le médecin du centre anti-douleur lui avait défini un petit peu sa douleur, lui a expliqué que c'était plus un symptôme qu'une pathologie et ça, elle ne l'accepte pas. Elle veut être malade, la dame. C'est une pathologie à part » (M12).*

Les médecins avaient noté une difficulté des patients à vivre et à accepter les douleurs chronicisées *« les patients aussi ont des difficultés à vivre leurs douleurs chroniques » (M4).*

### **3.8.7.3 Difficultés de prise en charge à cause de la personnalité du patient**

La personnalité du patient douloureux chronique posait des difficultés dans la prise en charge. Un patient manipulateur et simulateur mettait le médecin dans une situation questionnante pour la prise en charge « *Un cas difficile, c'était un monsieur de 85-86 ans insuffisant respiratoire, ancien commerçant, dominateur, il faisait chier sa femme, comédien, manipulateur, insuffisant cardiaque, quand même il avait quelque chose, mais il en rajoutait toujours une couche. Donc « c'est pas possible, comment je vais m'en sortir ? » » (M6)*

Un patient habituellement réservé pouvait être dérangé par l'entretien avec son médecin « *De longues séances d'interrogatoire, et ça l'a exaspéré. Il n'aime pas trop quand on commence à fouiller » (M3).*

### **3.8.7.4 Réaction des patients à la persistance des douleurs**

Les patients pouvaient réagir de différentes manières face à la persistance des douleurs. Ils pouvaient être agressifs « *ils deviennent agressifs parce qu'ils ont trop mal. Agressifs- verbalement. Quand on voit qu'ils sont en colère, fâchés parce qu'ils ont trop mal » (M17)*, ils éprouvaient de la révolte ou ils pouvaient déprimer « *il me dit : « j'en ai marre, je n'en peux plus des ces douleurs, ça me met le moral à zéro, j'arrive plus à dormir » » (M16).*

### **3.8.7.5 Représentations des patients concernant les douleurs**

Concernant les douleurs chroniques, les représentations des patients étaient les plus variées. Des patients considéraient qu'à un âge avancé, il était normal de souffrir et ils n'osaient pas s'en plaindre « *ils ne veulent pas se plaindre. Parce que c'est normal de souffrir quand on est âgé » (M2).*

Si la maladie responsable des douleurs chroniques était une maladie reconnue au titre des affections de longue durée (ALD), cela entraînait une majoration de la gravité de la situation et le patient considérait normal d'être une charge pour la société « *donc elle était à 100% pour ça, donc c'est grave. Reconnaissance de la nation en ALD, donc c'est grave, c'est un danger, « je suis en charge de la société qui me doit bien ça » (M6).*

Certains patients avaient la crainte d'une dépendance aux antidépresseurs utilisés à visée antalgique « *ils ont du mal à accepter un traitement antidépresseur : « je vais être dépendant. » Il y a toujours une réticence »* (M6).

A cause d'une appréhension de la douleur, certains patients continuaient de prendre les médicaments suite à cette peur, sans évaluer réellement la présence des douleurs « *qui a un peu peur de lâcher les comprimés parce qu'elle va avoir peut être mal, donc elle continue »*(M15)

Le patient pouvait même considérer que les douleurs chroniques étaient une punition pour lui « *La douleur, il l'assume difficilement parce qu'il a l'impression que c'est une punition mais au fond il sait sûrement pourquoi et c'est ça qui le stresse»* (M3).

La persistance des douleurs plongeait les patients dans le pessimisme et le désespoir concernant l'intérêt d'une consultation pour la douleur « *les douleurs chroniques sont une saleté que ça ne vaut pas la peine d'aller consulter puisque de toute façon ça va pas changer grand chose »* (M18).

Suite à un échec le patient pouvait avoir un préjugé négatif sur la prise en charge de sa douleur et ne plus consulter « *Au centre antidouleur, justement du CHR, il y a un préjugé négatif. Et les patients ne retournent plus »* (M13).

#### **3.8.7.6 L'implication du patient dans sa prise en charge**

Les patients dépassaient leurs préjugés pour l'amélioration de leurs douleurs « *ils souffrent, ils ont peut être des préjugés, mais ils me demandent d'être soulagés »* (M4).

Les médecins se confrontaient au désintérêt de certains patients à s'impliquer dans la prise en charge de leurs douleurs « *Si le patient ne s'investit pas, je ne m'investis pas non plus. C'est clair»* (M3). La passivité du patient posait une difficulté de plus à la gestion de la douleur « *il y a des patients qui ne sont pas à l'écoute non plus, des patients qui n'ont pas envie d'apprendre à gérer leur douleur »*(M18).

Pour rendre le patient acteur actif de la prise en charge de ses douleurs, les médecins devaient le motiver « *On a tous mal, mais il faut démarrer, on va pas*

*rester en victime de guerre, j'essaie de faire avancer les choses, en disant « on vit aujourd'hui on vit maintenant. Donc le coté relationnel est très important pour motiver les gens et les faire sortir de leur marasme »(M6).*

### **3.8.7.7 Discordance entre les souhaits du patient- et ceux du médecin.**

Cela arrivait qu'il y ait une discordance entre le projet de soins envisagé par le médecin et le souhait du patient vis-à-vis de ses douleurs chroniques et leurs retentissements *« j'ai pas forcément bien compris leur demande. Moi, j'étais plus dans la rééducation, dans la reprise d'une vie la plus normale possible, mais le patient était plus à la recherche d'un handicap et reconnaissance du handicap» (M14).*

### **3.8.8 La place de la confiance dans la prise en charge des douleurs chroniques**

En général les médecins faisaient confiance au patient *« Je pense qu'il faut toujours croire le patient. Quand il dit qu'il a mal, il a mal » (M8).* En revanche, la perte de confiance du patient posait une grande difficulté dans la prise en charge *« c'est vrai que la douleur n'est toujours pas contrôlée et que l'on ne sait plus quoi faire. Donc... Et la rhumato ne sait plus quoi faire non plus mis à part d'augmenter toujours et encore, mais la patiente refuse en fait. Donc. Là c'est vrai qu'on est dans une difficulté où la patiente n'a plus confiance » (M2)*

### **3.8.9 La place de l'empathie dans la prise en charge des douleurs chroniques**

L'écoute et l'empathie étaient considérées comme un moyen thérapeutique *« L'écoute active, la reformulation, ça fait partie de la thérapeutique » (M4).*

Par contre le manque d'empathie avait comme conséquence une perte d'efficacité *« Si je reçois un malade et je renouvelle l'ordonnance, là c'est une thérapeutique froide, non accompagnée, à la limite, ça perd de son efficacité, au moins le 50% de l'écoute attentive du patient » (M4).*

### **3.8.10 La place des mass-média dans la relation médecin malade**

Les médecins préféraient expliquer aux patients les possibles effets secondaires des antalgiques afin d'éviter les malentendus causés par leur découverte sur internet *« il faut être conscient qu'il y a des effets secondaires, pour*

*les annoncer et éviter que eux, vont sur internet et qui reviennent vous voir en disant « j'ai tout ça » »(M5).*

*Les campagnes publicitaires agissaient la perception des douleurs chroniques des patients dans le sens où ils devenaient réticents face aux médicaments « Il y a toujours une réticence. On a des campagnes contre les anxiolytiques, contres les neuroleptiques, contre tout. On voit que le Français prend trop de médicaments. Bon c'est peut être vrai, mais quand même, nous on les a au quotidien » (M6).*

*A cause de la publicité, les patients pouvaient avoir une perception idéalisée de la douleur en attendant un soulagement absolu « On est dans une société où on a tellement bourré le crâne aux gens qu'on peut soulager toute douleur ; tous leurs problèmes doivent être systématiquement soulagés par un comprimé, sinon le médecin c'est un nul. Non ça ne se passe pas comme ça dans la vraie vie, ça c'est dans les films et les spots publicitaires d'état» (M10).*

### **3.8.11 L'influence de l'entourage**

*Pour certains médecins une famille nombreuse pouvait être une difficulté dans la prise en charge des douleurs chroniques dans le sens de la pression qu'elle exerçait et les multiples explications qu'elle demandait « par contre moi j'avais à gérer toute la famille, tout seul et eux sont tous revenus, parce que il y en avait un qui habitait dans le sud. Et en fait ce n'était pas facile. Ça c'était la principale difficulté » (M2)*

*Cependant, l'absence de l'implication de la famille d'un patient douloureux chronique ou un conflit ou une détresse familiale devenaient aussi une difficulté pour la prise en charge. Le médecin devait prévoir une réponse à ces difficultés d'ordre social, jusqu' à envisager une institutionnalisation. « Ce n'est pas seulement pour les problèmes de douleurs, ça dépend aussi de l'équipe qui est autour, du contexte relationnel, s'il y a de la famille, si c'est la famille qui craque, et puis oui, il y a un principe de soutien de très près et on est obligé d'envoyer en institution » (M4)*

### **3.8.12 Bénéfices secondaires de la douleur**

*Les médecins généralistes étaient confrontés à une autre difficulté dans la prise en charge : celle des bénéfices secondaires sociaux, professionnels ou familiaux*



des douleurs chroniques, surtout s'il s'agissait d'une conséquence d'un accident du travail « *c'est vrai que souvent, c'est un petit peu plus compliqué à traiter et il y a une reconnaissance des victimes, une recherche d'handicap, de primes, des assurances, qui fait que c'est plus long que quelqu'un qui s'est blessé un petit peu spontanément* » (M14).

Pour les médecins, il était difficile d'évaluer l'intensité des douleurs dans un éventuel contexte de recherche du patient de bénéfices secondaires en termes d'attention et d'affection « *Je ne sais pas si cette patiente se concentre... si ses douleurs sont plus ou moins fortes ou si c'est une façon d'exister que l'on s'occupe d'elle* » (M13).

### **3.8.13 Nécessité des explications**

Un prise en charge adaptée des douleurs chroniques impliquait beaucoup d'explications de la part du médecin vers ses patients afin d'obtenir une bonne compliance et des bons résultats « *Quand on leur explique, les gens comprennent mieux, on peut les aider à coopérer pour les horaires des douleurs, l'intensité douloureuse, les choses qui déclenchent préférentiellement les douleurs pour pouvoir anticiper, comme la toilette, et le temps de soulager tout ça* » (M13).

La prescription des antiépileptiques et des antidépresseurs à but antalgique nécessitait plus d'explications du médecin afin que la notice de ces médicaments ne fasse pas peur aux patients « *j'explique toujours quand je donne des médicaments de ce type pour les douleurs neuropathiques, moi, j'explique toujours qu'au départ sur la notice il vont voir antiépileptique ou antidépresseur, j'explique que c'est pas dans ce but là, que ce sont d'autres dosages, que ça a été prouvé* » (M8).

La prescription en médecine libérale était une négociation entre le médecin et patient « *Si vous voulez avoir des clients, il faut savoir mesurer, savoir couper la poire en deux. Il faut négocier* » (M3).

### **3.8.14 Les sentiments du médecin face aux consultations des patients douloureux chroniques**

Les médecins avaient tous un vécu différent des consultations des douloureux chroniques : Pour certains c'étaient des consultations éprouvantes « *Finalement*

*c'est pas facile, c'est éprouvant, à la fin, on a un petit peu l'idée, quand on a fini avec un douloureux chronique » (M16).*

Ils culpabilisaient et se sentaient responsables devant un échec thérapeutique « *On peut dire que là, c'est un échec. On se le prend en pleine figure. On se sent responsable » (M4).*

Ils s'impliquaient activement dans la prise en charge du patient douloureux chronique et devant une impasse thérapeutique ils étaient découragés « *j'ai une implication et dans certains cas, on a un sentiment d'impuissance pour certaines douleurs. C'est parfois un petit peu décourageant » (M13).*

Devant une discordance d'idée entre le médecin et le malade, le médecin était en colère, du moins il la ressentait sans l'extérioriser « *Je me retrouvais dans une impasse, parce que je n'ai pas envie de lui augmenter la morphine et ce n'est pas une solution pour elle, et finalement on a envie de la brusquer » (M16).*

Ils pouvaient ressentir une révolte et un énervement devant la souffrance du patient « *je ne sais pas comment les soulager et ça m'énerve » (M11).*

En fonction du milieu de travail, certains médecins ressentait un sentiment d'isolement en ambulatoire et un manque de formation « *étant en milieu semi-rural, on n'était pas près de la fac, donc on devait se débrouiller tout seul » (M3).*

Les médecins considéraient qu'il était dans leur rôle de faire le dépistage des « charlatans », les faux professionnels de santé qui pouvaient piéger les patients « *Donc à nous de repérer ça et à repérer à l'inverse les charlatans qui vont embarquer les gens douloureux chroniques» (M15).*

### **3.8.15 La collaboration généraliste – spécialiste d'organe pour la prise en charge des douleurs**

#### **3.8.15.1 Difficultés de communication spécialistes d'organe-généralistes**

Un médecin signalait le manque de communication entre confrères «*il y a peu de communication entre médecins. On ne communique pas beaucoup et les médecins sont toujours réservés et puis ils ont peur de se découvrir. Il n'y a pas beaucoup de communication entre les spécialistes, l'hôpital et les médecins généralistes» (M6).*

La plupart du temps, la communication entre médecins était limitée aux courriers écrits « *Quand on les envoie, on reçoit un courrier, mais à part ça, on a rien* » (M17).

Les médecins généralistes souhaitaient connaître les confrères qui intervenaient dans la prise en charge de leurs patients et préféraient des rencontres face à face. « *je préfère qu'ils aillent voir quelqu'un que je connais, avoir un retour à l'occasion, sur le secteur on se voit, on se dit tiens tu as cherché dans ce domaine ? Pour creuser un petit peu et avancer sur la douleur ?* » (M15).

### **3.8.15.2 Centres de la douleur. Insuffisants et difficiles d'accès**

Le problème souvent énoncé par les médecins généralistes était le manque de centres de la douleur et leur difficulté d'accès « *l'accès au centre de la douleur n'est pas facile, parce que il n'y a pas beaucoup de centres de la douleur, et il y a beaucoup de candidats qui veulent y aller* » (M15).

Cet accès aux centres de la douleur posait le problème des contraintes administratives. Pour obtenir une consultation, il fallait envoyer et faxer de multiples courriers, « *Il faut envoyer 3 courriers, 4 mails et après, on arrive éventuellement d'avoir un rendez-vous* » (M5).

Un autre problème était le fait que les généralistes attendaient longtemps avant d'adresser un patient en consultation de la douleur et ce temps là se rajoutait aux longs délais d'attente pour la consultation au centre de la douleur « *comme nous, on attend longtemps pour les adresser là bas, le jour où l'on décide de les adresser là-bas, on sait qu'il faut attendre plusieurs semaines voir plusieurs mois pour avoir un rendez-vous. Le principal problème c'est...encore les consultations pour la douleur* » (M18).

Un médecin signalait que les délais d'attente étaient moins importants en « secteur privé », donc le statut socio-économique du patient avait un retentissement sur la prise en charge et le soulagement des douleurs « *Alors que dans le privé, le patient, 3 semaines après, il aurait été sous traitement* » (M6).

Les médecins voulaient une prise en charge adaptée à chacun de leurs patients et ils n'hésitaient pas à les adresser auprès de leurs confrères « *On est quelquefois*

*dans des impasses, on est amené à les envoyer aux centres anti douleurs et aux spécialistes avant de se dire qu'on peut plus faire grande chose »(M4*

*Ils étaient par ailleurs conscients que la prise en charge des douleurs chroniques devait être pluridisciplinaire « le kiné quand c'est de la kiné, des ostéopathes, pour la relaxation, quelquefois en CMP s'il y a un problème psychologique, avec quelquefois la relaxation qui est proposée et après je les envoie faire du sport, salle de sport » (M12).*

*Certains médecins adressaient les patients aux centres de la douleur après avoir épuisé la batterie d'examens complémentaires à leur disposition « C'est quand on a tout épuisé, qu' on a fait tous les examens avec le spécialiste, ensemble et qu' on n'a pas besoin de chercher plus, je juge utile d'adresser à la prise en charge de la douleur » (M9).*

*D'autres considéraient le centre de la douleur comme un dernier recours quand les patients le demandaient ou quand ils s'énermaient « Après vous sentez comment l'individu va..... ne pas s'énermer, mais à ce moment là, vous envoyez en consultation de la douleur. C'est ma carte joker quand les gens demandent et qu'ils pensent que je ne suis pas au top »(M5).*

*Une prise en charge spécialisée avec du matériel non disponible en médecine ambulatoire poussait les médecins à adresser les patients auprès de spécialistes d'organe « quand je pense qu'il y a la place pour une électrostimulation pour les lombalgiques, les emplâtres à la lidocaine, des choses comme ça, ou des choses un petit peu plus spécialisées »( M11).*

### **3.8.15.3 L'opinion des médecins sur la consultation de la douleur**

*Concernant la prise en charge des patients aux centres de la douleur, les médecins avaient des opinions partagées. Certains appréciaient une nouvelle opinion objective « ça permet d'avoir un regard un petit peu neuf » (M4).*

*D'autres ne trouvaient pas l'utilité de la consultation de la douleur «les consultations de la douleur, moi personnellement, je les trouve rarement super-utiles. Les patients que je vois revenir de la consultation et les courriers que je lis, ils n'ont pas l'air de.....ils ne font pas de miracles. Ca se limite aux mêmes médicaments qu'on prescrit » (M11). Certains avaient eu une mauvaise expérience*

avec un centre de la douleur et par la suite ils restaient réservés « *la prise en charge ne me convient pas énormément. Je suis un petit peu déçu par le CHR, par rapport à l'organisation, les rendez-vous, le relationnel, la prise en charge, un peu tout* » (M13).

Un médecin considérait que les médecins spécialistes n'avaient pas une vision globale du patient douloureux chronique « *aux spécialistes qui on une facilité pour soigner un digestif ou un bras, sans soigner l'ensemble du patient* » (M10).

#### **3.8.15.4 Opinion des patients sur la consultation de la douleur**

Au sujet de la consultation de la douleur, les patients exprimaient leurs ressentis à leurs médecins. Ils appréciaient l'écoute et la durée plus longue de cette consultation hospitalière « *En général ils disent que là, le médecin prend le temps de les écouter* » (M11).

#### **3.8.15.5 Raison du recours au Centre de la douleur**

Un nouvel avis était rassurant pour le patient et pour le médecin également surtout quand il y avait une incertitude thérapeutique « *c'est pour se rassurer en tant que médecin, et rassurer le patient. Quand je vois le patient revenir avec le traitement que j'aurais éventuellement mis, ça me rassure* » (M5)

Une consultation de la douleur pouvait avoir un effet bénéfique sur la compliance et la confiance du patient dans la prise en charge initiée par son médecin généraliste. « *Finalement et les patients se rendent compte que ça ne va pas mieux forcément avec quelqu'un d'autre et du coup, ils reviennent vers vous et malgré tout, ça avance un peu les choses, parce que du coup ils peuvent être encore plus réceptifs à ce que nous, on leur dit, ce que nous, on leur propose* » (M18).

Adresser un patient au centre de la douleur pouvait décharger le médecin traitant « *je fais appel en général aux consultations de la douleur quand même parce que c'est un moyen de me décharger un peu...* » (M12). Les médecins espéraient également que les spécialistes de la douleur pourraient convaincre le patient dans le cas d'un abus des antalgiques et de la nécessité d'un sevrage « *j'espérais que le centre anti douleur puisse la prendre en charge et la sevrer de ses calmants* » (M15).

### 3.8.15.6 Raisons du recours auprès des spécialistes d'organe

Le généraliste faisait appel à un spécialiste d'organe dans le cadre des douleurs chroniques pour renforcer la prise en charge *« ce qui change en fait, c'est que le patient réalise qu'on s'est occupé de lui, qu'on a fait le maximum, qu'il n'y a rien d'autre à faire sur le plan médicamenteux pur, et que finalement avec le médecin traitant, il y a aussi un accompagnement pour le reste, autour de la douleur et c'est pas si mal »*(M18).

## 3.9 L'échec

### Echec : représentations des médecins

Les médecins avaient différentes représentations de l'échec dans la prise en charge des douleurs chroniques. La plupart ressentait l'échec devant la persistance des douleurs *« L'échec, c'est quand on est devant un patient et que l'on a l'impression d'avoir tout essayé et puis qu'il a toujours très mal. Un échec c'est quand le patient ne voit aucune amélioration à ces symptômes »* (M4).

Le fait d'adresser un patient auprès d'un autre confrère était considéré comme un échec *« à partir du moment où j'envoie, je délègue au centre de la douleur, pour moi, c'est quelque part un échec. Je n'arrive pas à faire mon travail »* (M17).

Le changement de médecin traitant par le patient était interprété par le médecin comme un échec *« je pense à une dame qui a une fibromyalgie, les fibromyalgiques sont des malades assez difficiles, ce sont des gens qui changent régulièrement de médecin et c'est ce qu'elle a fait. Elle a changé de médecin parce que j'ai échoué dans ma façon de la prendre en charge »* (M12).

Quand les douleurs chroniques avaient un retentissement sur le moral, pour certains médecins, c'était aussi synonyme d'échec *« Il souffre toujours dans sa vie, quand le patient se dit qu'il en a marre et il a envie de mourir. On peut dire que là, c'est un échec »* (M4).

## 3.10 Formation des médecins au sujet des douleurs chroniques

### 3.10.1 Formation médicale continue

Un médecin pensait qu'il n'y avait pas assez de nouveautés concernant les traitements antalgiques « *Bon, on connaît les thérapeutiques, bon après, qu'est ce que vous voulez ? Ils vont nous montrer les thérapeutiques qu'on connaît, pas de nouveauté* » (M5).

Un autre souhaitait une formation médicale régulière annuelle « *c'est utile de voir, au moins une fois par an, de voir quelles sont les nouveautés dans ce domaine de la prise en charge des douleurs* » (M9).

Un autre encore souhaitait avoir une formation médicale continue mais le sujet des douleurs chroniques n'était pas prioritaire « *si si on a toujours besoin de faire des formations, mais c'est pas ma priorité. Si je devais faire une formation je ne ferais pas celle-là. On a nous régulièrement des formations pour pouvoir justement garder une certaine compétence et progresser même. Je pense qu'il faut renforcer la formation qu'on a pendant notre externat et pendant notre internat en général*» (M2).

### 3.10.2 Manque de formation ressentie par les médecins

Un médecin ressentait une frustration devant le manque de formations initiales concernant les douleurs et il était conscient d'une perte de chance pour les patients qu'il avait pris en charge en début de carrière. « *C'est un peu bête d'apprendre et de devenir efficace après plusieurs patients, et de ne pas proposer d'emblée le meilleur en ce qui concerne la prise en charge de la douleur* » (M13).

Plusieurs médecins avaient pointé le manque de formation à la faculté de médecine « *La formation en faculté de médecine? C'est comme le reste. C'est très généraliste et très limité*» (M12).

Un médecin constatait l'absence de formation au sujet de la titration des morphiniques « *c'est pas pendant mon cursus universitaire ou même à la faculté que j'ai appris la prise en charge des douleurs chroniques. Antalgique 1.2.3, on n'a jamais appris à mettre en route un traitement morphinique, à titrer les morphiniques. C'est vrai que les diapos, ce n'est pas très intéressant* (M16).

Un autre signalait qu'il ne se sentait pas très bien formé par rapport au retentissement professionnel des douleurs « *on n'est pas tellement formé par rapport à la vie professionnelle* » (M14).

Ce manque de formation était expliqué par la plupart d'entre eux par un manque de temps et de motivation « *Mais c'est aussi peut-être une partie de motivation et un manque de temps, mais le temps quand même on peut le trouver* » (M10).

### **3.10.3 Moyens de formation**

La plupart des médecins qui avaient ressenti le besoin de se former s'étaient auto-formés grâce aux livres. D'autres médecins participaient à des réunions avec les confrères ou les enseignements post-universitaires « *je vais régulièrement à des réunions, que ce soit laboratoires ou formation médicale continue et on a déjà abordé ce sujet, donc j'ai pu me former un petit peu et après j'ai pris en charge des patients et en communiquant avec les équipes, on apprend comme ça, au cas par cas* » (M14).

Plusieurs médecins étaient attirés par le diplôme universitaire des soins palliatifs qui abordait le sujet des douleurs chroniques « *Si j'avais le temps, je pense que je ferais le DU des Soins palliatifs parce que c'est un bon bagage pour la médecine générale* » (M13).

Les présentations par les délégués des laboratoires pharmaceutiques s'ajoutaient à la formation de base « *De temps en temps, on a de petits rappels, notamment par les délégués médicaux, sont de petites piqûres de rappel sur de bonnes bases* » (M18).

## **3.11 Problématique des douleurs chroniques particulières**

### **3.11.1 Problématique de prise en charge des dorsalgies**

Les rachialgies mettaient le médecin souvent dans des situations difficiles et des impasses thérapeutiques « *j'ai une patiente où l'on est dans une situation très complexe avec un canal lombaire rétréci qui a été déjà opéré pour lequel on peut plus faire grand-chose avec des douleurs de sciatgie qui sont vraiment très difficiles à contrôler, qui ont été traitées par multiples infiltrations, par la*



*kinésithérapie régulière et avec qui là donc, je suis au stade des morphiniques par du Durogesic en patch et c'est vrai que la douleur n'est toujours pas contrôlée»(M2).*

Les lombalgies avaient un retentissement fréquent au niveau professionnel ce qui rajoutait un nouveau point dont le médecin devait s'occuper « *On a des lombalgies chez des jeunes qui ont des professions type bâtiments et tout ça donc, des fois ça pose problèmes au niveau du reclassement. Un couvreur qui est en arrêt depuis un moment et qui a des lombalgies, ça pose des problèmes au niveau de son travail* »(M8)

### **3.11.2 Problématique des douleurs neuropathiques**

Les douleurs neuropathiques étaient considérées par les médecins comme des douleurs à part qui posaient des difficultés diagnostiques et thérapeutiques « *j'ai une patiente avec des douleurs neuropathiques qui se plaint d'avoir toujours mal, et c'est extrêmement difficile à gérer parce qu'on a pas de diagnostic à lui fournir, on a fait tous les examens possibles, on a pas d'étiologie, de cause pour traiter et on se retrouve avec ses douleurs neuropathiques à gérer qui sont extrêmement fastidieuses* »(M13).

### **3.11.3 Problématique des fibromyalgies**

L'objectif thérapeutique chez les patients fibromyalgiques était difficile à atteindre. En outre, les médecins connaissaient peu cette maladie dont la réalité ne faisait pas l'unanimité. Cette catégorie de patients présentait plus d'effets indésirables et d'échecs dans la prise en charge « *quand on est dans les fibromyalgies on a facilement des effets secondaires et des échecs thérapeutiques alors qu'avec les autres pathologies, je dirais un peu moins* » (M5).

Un médecin soulignait le manque de spécialistes dans le domaine de la fibromyalgie « *c'est Professeur H du CHRU, qui est un des rares à s'occuper de la fibromyalgie* » (M5).

L'attitude des patients fibromyalgiques face à la prise en charge était jugée particulière. Certains voulaient dépasser leur maladie et continuer leur vie tandis que d'autres ne s'impliquaient pas dans leur prise en charge « *il y a certains fibromyalgiques qui ont très bien compris qu'avec leurs douleurs et qu'ils arrivent à*

*gérer et quand ils ont mal, ils disent « j'ai mal et je ne suis pas dépressif et voilà » et qui gèrent. Et d'autres qui ne veulent absolument rien entendre » (M10).*

### **3.12 Solutions pour une meilleure prise en charge des douleurs chroniques**

Les médecins proposaient un accompagnement psychologique pour une amélioration de la prise en charge des douleurs chroniques *« la prise en charge des douleurs chroniques est surtout une prise en charge psychologique et pas médicamenteuse » (M10)*. Certains proposaient même la création d'une nouvelle spécialité *« est-ce qu'un psychiatre de la douleur ne serait pas mieux, plutôt qu'un théoricien de la douleur? Ou un psychologue de la douleur ? » (M5)*.

Ils insistaient sur l'expérience et la pratique afin d'améliorer la prise en charge des patients douloureux chroniques.

Un besoin souvent ressenti était celui d'une formation de qualité et surtout pragmatique *« je pense à des cas concrets : « vous arrivez chez un patient douloureux chronique, il est sous morphinique, qu'est ce qu'il faut faire ? » » (M16)*.

Dans le domaine du travail et des douleurs chroniques, les médecins ne se sentaient pas compétents et étaient en demande d'une formation *« qu'on soit un petit peu mieux formés dans ce qui concerne le travail, le reclassement professionnel, les aides, les reconnaissances, tout ça, on est pas très bons là dedans, on connaît pas grande chose » (M14)*.

## **4. DISCUSSIONS**

### **4.1 Forces de l'étude**

#### **Population étudié**

L'échantillon utilisé doit être ciblé et représentatif de la problématique.(14) Nous avons sélectionné les médecins qui pouvaient répondre à la question de l'étude : les difficultés de prise en charge des douleurs chroniques en ambulatoire. Les médecins interviewés ont été exclusivement des médecins exerçant la médecine générale.

Nous avons interviewé des médecins des deux sexes, d'âge varié, des milieux d'exercice urbain, semi-rural et rural, ce qui nous avait permis d'obtenir un échantillon raisonné et diversifié.

Le but de cette sélection était d'avoir une population interviewée avec une richesse d'opinion potentielle. Grace à cette diversité les médecins ont exprimé une vision et des expériences différentes selon leur âge, mode et milieu d'exercice.

#### **La méthode**

Pour comprendre les difficultés de la prise en charge des douleurs chroniques éprouvées par les médecins généralistes, l'étude de type qualitatif était la plus adaptée. (15) Elle permet d'obtenir une analyse en profondeur d'un ou de plusieurs aspects d'une problématique et ce à partir de plusieurs points de vue susceptibles de produire de nouvelles connaissances (processus, concepts, théories).(16)

La valeur d'une recherche scientifique est en grande partie dépendante de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes. La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. La technique de triangulation des sources et des méthodes permet d'obtenir cette validité interne. La validité externe consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes. (14) La reproductibilité du protocole et de ses résultats est fondamentale, elle a été la priorité.

Nous avons choisi une étude qualitative par des entretiens semi-dirigés avec un guide d'entretien comportant des questions ouvertes qui permettaient aux interviewés de s'exprimer librement. Ils ont émis leurs opinions selon leur vécu et

les problématiques avec lesquelles ils ont été confrontés. Le déroulement de l'entretien n'était pas prédéfini, l'ordre des questions ouvertes du guide d'entretien n'était pas fixe, laissant la liberté d'expression à l'interviewé. Après chaque entretien semi-directif, le guide d'entretien a été l'objet de quelques modifications afin d'intégrer les nouveaux éléments qui apparaissaient.

L'investigateur était une interne en médecine remplaçante en médecine générale dans le même temps. Cela signifie qu'elle connaissait le sujet étudié ce qui pouvait aider au déroulement des entretiens.

Un double codage a été réalisé séparément par une autre interne en médecine générale ce qui a permis une triangulation des résultats et un gain en objectivité. La mise en commun des deux codages a mis en évidence une concordance dans 75% des codes.

#### **4.2 Les limites de l'étude.**

**Les limites liées au thème abordé.** Le thème des douleurs chroniques et l'absence de guérison constituaient une situation gênante : la persistance des douleurs et une impasse thérapeutique. Cette situation mettait le médecin dans une problématique d'échec. Tous ces éléments pouvaient peser lourdement sur la pensée des médecins et rendre difficile le dialogue autour de ces situations. Lors des entretiens, certains médecins ont été apparemment sereins, d'autres en revanche nous ont paru plus mal à l'aise. Cette tension a pu influencer les éléments de réponse, et certaines situations ne nous ont peut être pas été rapportées.

**Les limites liées à la constitution de l'échantillon.** L'étude a été réalisée auprès des médecins généralistes, dont certains étaient également maîtres de stage. L'existence d'une démarche volontaire à être maître de stage, implique probablement des démarches plus fréquentes de formation continue et de réflexion sur leurs pratiques. Cela constituait un biais dans le recrutement.

Lors de l'appel téléphonique de demande de participation et d'information du thème, le recruteur était resté volontairement peu explicite afin de ne pas influencer les réponses des futurs participants. De ce fait, seuls les médecins les plus intéressés par le sujet ont répondu positivement.

Notre étude qualitative ne permet pas de faire des statistiques sur les résultats, encore moins de les extrapoler à la population générale des médecins compte tenu du nombre limité d'interviewés et du type de questionnaire. Cette limite ne concerne pas l'objectif principal de cette enquête. Une saturation des données a été atteinte avec 18 participants.

L'interviewer était un futur médecin généraliste ce qui a pu jouer un rôle variable: favoriser la parole ou l'inhiber, même si il avait été précisé aux médecins qu'aucun jugement n'était porté sur leur pratique. Consciemment ou non de la part des médecins, il y avait un risque de réticence à parler de situations délicates.

Nous avons précisé aux médecins que les entretiens seraient enregistrés puis transcrits. Nous leur avons garanti un total anonymat. Cependant, il y avait le risque que l'existence des enregistrements et des transcriptions, ait pu induire une retenue dans le discours des médecins. Nous avons enregistré les entretiens grâce à un téléphone portable. Nous avons remarqué que la vision de l'appareil enregistreur avait gêné certains interlocuteurs ce qui a pu influencer leurs discours.

Lors de l'entretien semi dirigé, l'interviewer alterne au cours de la discussion des phases directives où il intervient pour guider le thème et des phases non directives, où il doit faciliter l'expression de la personne interrogée. L'inexpérience de l'interviewer a pu influencer le déroulement de l'entretien, en créant un biais d'interprétation.

Il a pu y avoir eu un biais de retranscription car de rares passages étaient peu audibles ce qui a pu entraîner des erreurs.

**Biais de mémoire.** Pendant l'entretien les médecins devaient se remémorer des faits survenus dans leur pratique. Il ne leur était pas demandé de réfléchir avant notre rencontre au thème de l'étude. Cette approche permettait l'évocation des situations les plus marquantes. Cependant, les médecins ont pu oublier avec le temps certaines difficultés de prise en charge des douleurs chroniques. Peut être ont-ils davantage rapporté les situations récentes que les situations réellement marquantes.

### **4.3 Discussion des résultats**

#### **Difficultés de prise en charge à toutes les étapes : diagnostic, évaluation, traitement**

Nous avons recueilli à travers notre étude des témoignages des médecins généralistes qui soulignaient l'existence des difficultés à chaque étape de la prise en charge des douleurs chroniques.

Une étude récente a étudié le temps consacré aux différentes étapes de la consultation d'un patient douloureux. En ce qui concerne les outils d'évaluation, 39% des médecins généralistes ont déclaré ne les utiliser que rarement et 19 % ne jamais les utiliser. Interrogés sur le type de patients douloureux pour lesquels les échelles d'évaluation semblaient utiles ils ont répondu 24 % pour une douleur chronique, 21% pour les patients ayant un profil psychologique particulier, puis venaient les patients cancéreux, les enfants, les patients souffrant d'une douleur aiguë intense, et les sujets âgés.(8) Nous avons remarqué également la difficulté d'évaluation des douleurs et la non utilisation des échelles. Devant ce paradoxe nous nous posons la question: Est-il nécessaire de disposer d'un autre outil pour évaluer les douleurs chroniques ? Faut-il habituer les médecins à utiliser les échelles déjà existantes? Faut-il se fier au « feeling » et à la description des patients ? Tout en sachant que les praticiens en soins primaires évoquaient le fait que les patients décrivaient avec difficulté leurs douleurs.

Une étude a posé la question aux médecins généralistes « que feraient-ils s'ils disposaient de davantage de temps pour la prise en charge des douleurs». Le questionnaire a révélé que 85% des médecins consacraient leur temps aux différentes étapes d'une consultation douleur (diagnostic, évaluation, traitement, relation médecin-malade). Le pourcentage était plus faible pour les items : permettre au patient d'auto-évaluer l'évolution de sa douleur (74 %), présenter le principe actif/mode d'action. Les principales causes de difficultés à la prise en charge d'un patient douloureux citées par les médecins étaient : l'observance, la tolérance des antalgiques et l'évaluation de la douleur. Ensuite venaient: la posologie et l'efficacité des antalgiques, l'automédication, la part psychologique de la douleur, la gestion du temps des différentes étapes de la consultation, les horaires de prises et les interactions médicamenteuses(8). Nous avons retrouvé

une partie de ces difficultés décrites par les médecins interviewés dans notre étude également.

Les traitements antalgiques posent encore beaucoup de problèmes, malgré l'évolution marquée dans les dix dernières années et l'attention du ministère de la santé envers ce sujet. Notre étude révèle que l'usage des antalgiques de paliers 2 et 3 est difficile à maîtriser à cause des effets indésirables et du sentiment d'inefficacité. Cela génère des réticences concernant leur utilisation, ainsi on note une réticence au regard des coantalgiques par méconnaissance et crainte des effets secondaires.

Les effets indésirables de certains antalgiques sont vécus par les médecins comme des complications supplémentaires évitables.

Une autre enquête remarque que les médecins traitants sont toujours réticents à l'emploi de la morphine sous ses formes les plus fortement dosées : si plus de 90 % des antalgiques délivrés en médecine ambulatoire sont de niveau II, moins de 5 % relèvent du niveau III. (17)

L'accumulation des difficultés et de complications amènent le médecin généraliste à avoir recours aux spécialistes d'organe, en espérant une solution, une confirmation ou une pause. L'HAS souligne que la demande de prise en charge auprès d'un spécialiste ou centre de la douleur, ne doit jamais être synonyme d'abandon de la prise en charge ambulatoire. La demande de consultation doit répondre à des objectifs établis et discutés entre le médecin traitant et le patient.

Les médecins généralistes soulignaient la complexité des douleurs chroniques qui retentissent sur les plans professionnel, familial et social des patients. Une étude de la Société française d'étude et de traitement de la douleur établit que la difficulté du soin algologique réside dans la mobilisation des patients contre leur condition psychique et sociale, pour les faire évoluer. (18)

### **Le généraliste et les centres de la douleur**

Les médecins généralistes ne font pas souvent appel aux spécialistes de la douleur: moins de 10 % des patients ont eu une consultation dans un centre anti-douleur. L'orientation vers d'autres spécialités se limite à la kinésithérapie et à la

rhumatologie.(19) Les difficultés de communication spécialiste-généraliste peuvent être une des causes de cette faible collaboration.

Le Haut conseil de la santé publique reprend par la circulaire du 19 mai 2011 le rôle de chaque intervenant dans la prise en charge de la douleur. Elle rappelle que le médecin traitant est le premier confronté à la plainte d'un patient douloureux, et qu'il doit établir des liens avec les centres de la douleur, de manière à ce qu'il puisse leur adresser les patients dont les traitements usuels sont inefficaces, pour un avis diagnostique, pour une évaluation, pour la mise au point de traitement mieux adaptés, voire pour une hospitalisation.(20)

Le faible recours aux centres de la douleur par les généralistes est lié notamment à la persistance d'une croyance d'inutilité et d'inefficacité par certains d'entre eux. Les généralistes reprochent un manque de lien avec certains centres de la douleur, un manque d'écoute de leurs demandes et une inertie de la prise en charge à cause des longs délais d'attente d'une consultation. Dans une situation difficile, notamment en associant un opioïde avec un antiépileptique ou un antidépresseur, ils n'hésitent pas à faire appel à des structures spécialisées, surtout pour un avis initial.(21) Un guide sur les indications et le moment d'adresser le patient au centre de la douleur pourrait-il être utile ?

### **Difficultés dans la gestion des retentissements des douleurs chroniques**

Une étude a mis en évidence le fait que le médecin généraliste appréhende la consultation du patient douloureux chronique à cause de sa dimension psychologique. Si l'anxiété est le plus souvent traitée par des médicaments, il est rarement possible d'y associer une prise en charge psychologique spécifique, du fait du peu de correspondants exerçant en libéral et pouvant se déplacer à domicile pour certains patients.(22)

Comme la douleur reste un phénomène subjectif, le médecin généraliste doit prendre en considération le ressenti du patient douloureux chronique dans ses dimensions sensorielles et émotionnelles. Les maladies psychiques peuvent exacerber le ressenti de la douleur. À l'inverse, il arrive que des douleurs entraînent des décompensations psychiques. Certains patients considèrent encore aujourd'hui la douleur comme une punition ou la manifestation de forces occultes. D'autres la surévaluent car ils recherchent ainsi des bénéfices secondaires. L'entourage joue



un rôle fondamental qui peut être favorable et constituer alors une aide précieuse ou, au contraire, défavorable et entraîner un obstacle, en particulier lorsqu'une prescription d'opioïdes est envisagée.(23) Ce constat est retrouvé dans les témoignages des médecins interviewés.

Concernant les patients douloureux chroniques on note un nouveau type d'abord : sortir de la perspective curative veut dire aussi sortir la personne de sa passivité vis-à-vis de son état. Plus l'âge est avancé, moins la douleur se présente comme un pur symptôme organique, plus elle entre en résonance avec l'angoisse de la dégradation physique, de la perte de mobilité, de l'isolement relationnel. La douleur devient souffrance et cela relève d'une prise en charge psychologique qui est difficilement acceptée. Pour aider le patient à récupérer son autonomie et son confort de vie le médecin dispose d'une palette très élargie de méthodes de soins, massages, acupuncture, kinésithérapie, ergothérapie, balnéothérapie, arthérapie, etc.(24) En revanche les médecins généralistes avouaient qu'ils connaissaient peu les thérapeutiques paramédicales et les thérapies complémentaires à la médecine allopathique.

### **Relation médecin malade. Ressenti des médecins**

Dans la relation interhumaine particulière patient-médecin qu'est celle du soin, le patient communique une partie de sa souffrance au médecin qui ressent lui aussi une certaine souffrance, un stress à l'exercice de sa profession.(25) Cette relation peut provoquer une sous-estimation de la douleur, dans la mesure où les soignants élaborent des mécanismes de défense lors de la confrontation avec l'intolérable de la souffrance et celle-ci s'accompagne d'un sentiment d'impuissance de leur part.(26)

Les patients et les médecins ont donc des idées divergentes concernant les représentations étiologiques de la maladie douloureuse chronique. Les médecins, contrairement aux patients, comptent davantage sur les capacités propres des malades pour espérer une évolution favorable de la symptomatologie (70 % d'amélioration uniquement grâce au temps et à la volonté). Il existe donc une véritable divergence sur le projet thérapeutique entre le patient et le médecin. Si le médecin repère rapidement les points de désaccord au cours d'une consultation, il

pourra adapter son discours et sa prise en charge et améliorer ainsi l'alliance thérapeutique indispensable. (27)

Comme nous avons vu dans notre étude, les facteurs psychologiques sont au centre du débat de la relation médecin-malade du point de vue des médecins. Les patients pensent, eux, que les médecins accordent trop de place à ces derniers. Les patients incriminent le défaut ou les erreurs de prise en charge des médecins et dénie la part personnelle (psychosociale). (28)

Dans une étude menée en médecine générale analysant les différences d'appréciation entre le médecin et son patient sur les attentes de la consultation médicale, les médecins estiment que les problèmes familiaux ou personnels sont perçus comme la cause de la maladie chez 25 % des patients et les problèmes professionnels et financiers dans 15 % des cas. Les médecins évoquent le rôle des problèmes personnels, des problèmes familiaux, et des problèmes liés au travail et pour 23 % des malades, les médecins pensent que l'une ou les trois causes citées peuvent expliquer la persistance de la douleur.(29) Dans notre étude les médecins ont évoqué le retentissement personnel et familial des douleurs chroniques. Ils n'ont pas signalé des problèmes familiaux comme cause de douleurs chroniques. S'agit-il d'une sous-estimation ?

### **Besoins de formation des médecins traitants**

Les médecins généralistes ont des difficultés pour soulager la douleur chronique dans près de 50 % des cas, principalement à cause des polyopathologies et des facteurs psychologiques, mais aussi parce que 60 % estiment manquer de formation. (21)

Dans notre étude les médecins ont signalé leur désir d'une formation dans le domaine des douleurs chroniques, sans détailler les champs à approfondir ni les modalités de formation souhaitées. Un travail de recherche précise le souhait de formation des médecins qui sont intéressés par les thèmes suivants : la prise en charge des patients à profil psychologique particulier, la gestion du patient douloureux, la relation médecin-malade, douleurs et cultures, l'évaluation de la douleur.(18) Ils suggèrent différents moyens de formation : les réunions de Formation Médicale Continue (FMC), les brochures, Internet, les films vidéo. Les

FMC ont été l'outil de formation le plus consensuel et ce quel que soit le thème de formation abordé. (18)

Bien comprendre le patient et ses représentations permet de communiquer en partageant un langage commun qui améliore la connaissance des différentes représentations (couple, santé, travail, individu...).(29) Ces aspects ne sont pas souvent abordés en formation médicale initiale, peu en formation médicale continue, pourtant ils sont fondamentaux au quotidien dans la prise en charge médicale.

### **Solutions et propositions**

Un guide pour déterminer si le patient nécessite ou non un recours au centre anti-douleur serait utile pour préciser l'indication adéquate concernant les thérapeutiques et l'adressabilité auprès d'un spécialiste d'organe ou de la douleur. Concernant les centres de la douleur un tel guide pourrait améliorer les délais d'attente. Un tel outil a été mis en place l'année en 2012 dans la région Centre. Une évaluation des pratiques suite à sa mise en place est en cours. (30)

Un autre outil intéressant pour l'organisation de la prise en charge des patients douloureux chroniques, serait une brochure avec les coordonnées des correspondants de la région, joignables en cas de difficultés concernant la prise en charge des douleurs chroniques.

Des actions de formation doivent être élaborées pour faciliter les contacts entre les différents acteurs et mettre l'accent sur la pluridisciplinarité, la coordination entre les différents intervenants, la mise en place de protocoles d'évaluation régulière des pratiques. (31) . Dans ce sens l'enquête, ALGI 38 a mis a la disposition des médecins du secteur sanitaire un numéro vert gratuit d'algovigilance permettant d'apporter une réponse en temps réel à des questions précises concernant la mise en place d'une thérapeutique antalgique. (19)

Dans ce contexte, un grand nombre d'éléments pourrait être améliorés, non seulement pour faciliter le travail quotidien mais aussi et surtout pour répondre au mieux aux besoins des patients. Ainsi, il serait souhaitable que les confrères spécialistes et hospitaliers prennent la mesure des difficultés rencontrées par les médecins de premier recours afin d'optimiser le parcours de soins des patients.

## 5. CONCLUSION

Cette étude a permis de mieux comprendre les difficultés auxquelles les médecins généralistes sont confrontés au quotidien dans la prise en charge des patients douloureux chroniques.

Si le débat actuel se focalise essentiellement sur les conséquences pour les patients, nous nous sommes interrogés sur l'existence de conséquences au niveau des médecins généralistes. Les consultations des patients douloureux chroniques sont souvent perçues par les médecins comme un facteur de stress.

Concernant l'impact psychique de ces consultations, la culpabilité, le sentiment de stress et de colère sont les principaux sentiments qui ont été identifiés chez les médecins interviewés. Ceux-ci ne semblaient pas trouver de solution simple à ces problèmes. Leurs besoins réels étaient de l'ordre d'une formation à l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur, aux nouvelles thérapeutiques, aux thérapies paramédicales et une amélioration de la compétence en communication en particulier celle entre le médecin spécialiste et le médecin généraliste.

## 6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

1. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Force on taxonomy of the international association for the study of pain. [Internet]. IASP Press; 1994 [cité 17 juin 2013]. Disponible sur: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Publications&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=16283>
2. Haute Autorité de Santé. Argumentaire\_douleur\_chronique\_aspects\_organisationnels [Internet]. 2009 [cité 17 juin 2013]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire\\_douleur\\_chronique\\_aspects\\_organisationnels.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf)
3. Boureau F, Doubrère J-F, Luu M. Conduite à tenir vis-à-vis d'une douleur chronique. Anesthésie-Réanimation [36-551-A-10], 2005
4. Breivik H, Collett B et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006;10:287-333.
5. Institut national de la santé et de la recherche médicale. La douleur [Internet]. [cité 15 juin 2013]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/la-douleur>
6. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. La douleur en questions. [Internet]. 2e édition; 2008 [cité 15 juin 2013]. Disponible sur: [http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Doul\\_en\\_questions\\_EDIT2.pdf](http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Doul_en_questions_EDIT2.pdf)
7. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. 2008 [cité 15 juin 2013]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur\\_chronique\\_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf)
8. Liard F, Chassany O, Keddad K, Jolivet I. Enquête sur la prise en charge de la douleur et les besoins en formation en médecine générale. Douleurs. avr 2002;3(2):69-73.
9. Brochet B., Collin E. et al. Les français et la douleur. Douleurs. avr 2006;7(2-C1):85-92.
10. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. Cah Psychol Clin. 1 avr 2007;28(1):167-183.
11. Association francophone pour vaincre les douleurs. Amélioration de la prise en charge actuelle et à venir de la douleur chronique [Internet]. 2010 [cité 15 juin 2013]. Disponible sur: <http://www.association-afvd.com/download/afvd/RAPPORT%20DOULEURS%20CHRONIQUES%281%29.pdf>
12. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine [Internet]. [cité 15 sept 2013]. Disponible sur: [http://clge.fr/IMG/pdf/grille\\_cote-turgeon.pdf](http://clge.fr/IMG/pdf/grille_cote-turgeon.pdf)
13. Approches qualitatives dans le champ de la santé [Internet]. [cité 15 sept 2013]. Disponible sur: [https://facmed.univ-rennes1.fr/wkf//stock/RENNES20090224100752ambegueApproches\\_qualitatives\\_dans\\_le\\_ch](https://facmed.univ-rennes1.fr/wkf//stock/RENNES20090224100752ambegueApproches_qualitatives_dans_le_ch)

14. Maye N, Pope C: Qualitative Research in Health Care. Mays N, Pope (Ed.), BMJ Publishing Group, Londres, 1996.
15. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication [Internet]. [cité 15 sept 2013]. Disponible sur: [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/La\\_recherche\\_qualitative.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/La_recherche_qualitative.pdf)
16. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008; 84: 142-5
17. Emery C, George B, Gomas J et al. La prise en charge de la douleur en médecine libérale. Douleurs dec 2005; 6(6): 366-373
18. Evaluation de la qualité des soins dans la prise en charge de la douleur chronique en France [Internet]. [cité 15 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.reseaudouleurouest.com/pdf/france/RapportEtudeSFETD.pdf>
19. La prise en charge de la douleur en médecine libérale. [Internet]. 17 févr 2008 [cité 15 juin 2013]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/81986/resultatrecherche/48>
20. Proposition de présentation des documents de recommandations et références professionnelles - douleur\_chronique\_recommandations.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2013]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur\\_chronique\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf)
21. Foll CL, Schuller M-P. Stratégie anti-douleur en pratique quotidienne. Douleurs. juin 2005;6(3):161-168.
22. Aboussa A, Allancon Y, Armignies P et al. Le médecin généraliste et les douleurs d'origine cancéreuse. Douleurs oct 2007 ;8(5) : 313-319
23. La prise en charge de la douleur chronique ou liée aux soins chez les personnes âgées, par la médecine de ville, les services à domicile et l'hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 15 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud63.pdf>
24. Prise en charge de la douleur chronique en Belgique: Passé, présent et futur [Internet]. [cité 15 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/e2faq/19072617.pdf>
25. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade [Internet]. [cité 15 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-167.htm>
26. Nowak S, Martin J-P, Rapin C-H. Entre souffrance et douleur. Douleurs. dec 2005 ; 6(6) :337-346
27. Doumenc M, Jean-Girard C, Souhami B. et al. Que perçoit le médecin de l'attente de son

patient ? Rev Prat Med Gen. 1994; 8(260) : 41-8.

28. Begon M, Navez M, Cathebras P. Représentations et attentes des patients et médecins dans une consultation anti-douleur au CHU de Saint-Étienne. Douleurs. avr 2005 ; 6(2): 63-71
29. Emery C, George B, Gomas J-M, Delfieu D, Mimaud V, Guillon P, et al. Prise en charge de la douleur en médecine générale : l'étude EPIDOL. Douleurs. déc 2005;6(6):366-373.
30. Sabon A. Quelles sont les attentes des médecins généralistes à l'égard des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique ? : enquête qualitative auprès de 20 médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2012.
31. Corbett M, Foster N, Ong BN. GP attitudes and self-reported behaviour in primary care consultations for low back pain. Fam Pract. oct 2009;26(5):359-364.

## 7. ANNEXE 1

### Guide d'entretien

1. Qu'est ce que vous pensez des « douleurs chroniques » ? **Relance (R):** Avez-vous des patients qui présentent des douleurs chroniques? En général quelles pathologies? Avez-vous des difficultés pour la prise en charge ? Comment ça se passe? Avec le dernier patient ? A quel moment de la prise en charge? Diagnostic, évaluation, traitement ?
2. Que pensez-vous de l'évaluation des symptômes douloureux ? **R :** Comment faites-vous dans votre pratique ? Avec quels moyens ? Pour vous les douleurs sont toutes pareils ? Comment les patients décrivent leurs douleurs ?
3. Il y a une part de subjectivité dans les symptômes douloureux? **R:** La souffrance ressentie par le patient. Les manifestations associées aux douleurs. La place de l'empathie. Le temps de consultation. Retentissement vie professionnelle /quotidien .Arrêt maladie. Problèmes psychologiques. Anxiété
4. Vous êtes- vous déjà retrouvé dans une impasse relationnelle avec les patients douloureux chroniques? **R** Comment c'est arrivé là ? La confiance mutuelle. (La relation médecin- malade et les douleurs chroniques. La description de la plainte. Les résultats. Persistance des dl. Les conséquences. Sentiments vécus. Culpabilité. Ajustement du traitement. Guérison
5. Pensez-vous qu'il y ait des préjugés dans la prise en charge des douleurs chroniques? **R** De la part de qui ? Les patients. Vous-le médecin. Concernant quel niveau de la prise en charge ? Exemples. Certaines thérapeutiques paliers antalgiques, pratiques. Prévention, anticipation des dl.
6. Avec quelle fréquence consultent des patients douloureux chroniques ? Quelle est leur durée ? **R:** Pourquoi? Communication .Acceptation . Dénier.
7. Que pensez-vous des thérapeutiques pour les douleurs chroniques ? **R** Efficacité.Type-therapeutique medicamenteuse, non-medicamenteuse. Traitements alternatifs.Nouveautés.Etudes.Experience:



8. Quels sont les facteurs qui influencent la prescription ? **R**: Incitants et freins.

**Prescription limitée** en médecine générale. De la part de qui. Réaction au changement de traitement. Attitude, connaissance du patient, terrain, origine ethnique, demande du patient, famille, dimension psychologique.

9. Si vous avez des difficultés dans la prise en charge des douleurs chroniques à qui vous adressez-vous ? **R**: Réseau. Associé. Par quel moyen. A quel moment ?

10. Vous avez eu déjà des échecs dans la prise en charge des douleurs chroniques chez vos patients ? **R** : Causes. Compliance. Sentiments. Effets indésirables. Propositions pour l'avenir. Soutien moral. Psychologue, psychiatre.

11. De votre point de vue, quelles sont les limites de la médecine ambulatoire dans la prise en charge des douleurs chroniques? **R** :AMM, doute sur la fiabilité des résultats.

12. Pensez-vous qu'il puisse y avoir une place pour l'éducation dans la prise en charge des douleurs chroniques ? **R** : Type d'éducation. Milieu. Motivation .Non suivi. Le retentissement dans la vie du patient. Avez-vous éprouvé le besoin de suivre une formation sur la prise en charge des douleurs chroniques ? Pensez - vous que cette formation soit suffisante? Que faudrait-il faire de plus ?

### **Caractéristiques des médecins/critères de sélection :**

Sexe :

Age :

Années d'exercice de médecine générale :

Milieu et mode d'exercice : urbain/ rural/groupe/individuel

Implication dans des activités comme maitre de stage, enseignement, médecin coordonnateur maison de retraite, médecine sportive, addictologie, recherche, pratique hospitalière, etc.

**AUTEUR :** BUCUR Dana-Ramona

**Date de Soutenance :** 21 novembre 2013

**Titre de la Thèse :** Quelles sont les difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique éprouvées par les médecins généralistes?

**Thèse, Médecine, Lille, 2013**

**Cadre de classement :** DES de Médecine Générale

**Mots-clés :** Douleur chronique, difficultés de prise en charge, médecine générale, étude qualitative

**Résumé :**

**Contexte :** La prévalence de la douleur chronique non cancéreuse en France est évaluée à 15%. Un patient douloureux consulte en moyenne par an dix fois son médecin généraliste et quatre fois un spécialiste d'organe. Il existe des inconnues concernant les problèmes rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. Cette étude cherche à comprendre les difficultés de cette prise en charge.

**Méthode:** Etude qualitative par entretiens semi-directifs, individuels des médecins généralistes exerçant dans le Nord Pas de Calais. Les médecins généralistes interviewés ont constitué un échantillon raisonné et diversifié. Les entretiens ont été enregistrés en audio puis retranscrits intégralement. Une analyse thématique des verbatims a été réalisée avec triangulation à l'aide du logiciel QSR Nvivo 10.

**Résultats :** Les médecins généralistes ont exprimé des difficultés à tous les stades de la prise en charge du patient douloureux chronique. La culpabilité, le stress et la colère sont les principaux sentiments identifiés. Leurs besoins réels concernent la formation à l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur, les nouveaux traitements, les thérapies paramédicales et l'amélioration de leur compétence en communication.

**Conclusion :** La prise en charge de la douleur chronique nécessite un abord pluridisciplinaire et biopsychosocial. Une amélioration de la formation des médecins semble nécessaire ainsi qu'une meilleure communication à la fois avec les patients et les médecins spécialistes d'organe.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur André THEVENON

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Monsieur le Docteur Michel CUNIN

**Directeur de Thèse :** Monsieur le Docteur Michel CUNIN

