



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Influence des critères anthropologiques dans la prise en charge de la douleur chronique : étude quantitative auprès de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2022 à 18 heures
Au Pôle Formation
Par CORRE Laetitia

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Gilles LEBUFFE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jean Michel WATTIER

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CIM 11	Classification internationale de Maladies
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de Santé
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
HAS	Haute Autorité de Santé
IASP	International Association For The Study of Pain
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche médicale
MSU	Maitre de Stage Universitaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
SFETD	Société Française d'Étude et de Traitement de la douleur

TABLE DES MATIERES

RESUME	7
INTRODUCTION	9
I. Définitions	9
II. La douleur chronique en quelques chiffres	10
III. Intérêt du sujet et médecine générale	12
IV. Choix de l'axe	12
MATERIEL ET METHODES	14
I. Méthode utilisée	14
a. Type d'étude	14
b. Population étudiée	14
c. Sélection des médecins généralistes	14
d. Création du questionnaire.....	15
e. Envoi et réception du questionnaire.....	16
II. Méthodes statistiques	16
RESULTATS	17
I. Analyse de l'étude.....	17
a. Flow Chart.....	17
b. Description des participants de l'étude : données démographiques des médecins	18
c. Description de l'activité en médecine générale.....	18
d. Données de la douleur chronique en médecine générale	19
e. Évaluation de la prise en charge de la douleur chronique en médecine générale selon les médecins généralistes	20
f. Évaluation de l'expérience personnelle ou familiale d'une douleur chronique.....	20
g. Autoévaluation de l'interaction médecin/patient.....	21
II. Comparaison des réponses concernant la possibilité de prendre en charge la douleur chronique en médecine générale selon les différents critères d'étude.....	22
a. En fonction du sexe du médecin	22
b. En fonction de l'âge du médecin	22
c. En fonction de la durée d'installation.....	23

d. En fonction du lieu d'exercice	24
e. En fonction du lieu d'exercice et du lieu de naissance	25
f. En fonction de l'expérience personnelle de la douleur chronique	25
g. En fonction de l'expérience familiale de la douleur chronique	26
III. Comparaison des réponses concernant le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur chronique selon les différents critères d'étude	27
a. En fonction du sexe du médecin	27
b. En fonction de l'âge du médecin	27
c. En fonction de la durée d'installation	28
d. En fonction du lieu d'exercice	29
e. En fonction du lieu d'exercice et du lieu de naissance	30
f. En fonction de l'expérience personnelle de la douleur chronique	30
g. En fonction de l'expérience familiale de la douleur chronique	31
DISCUSSION	32
I. Résultats principaux	32
II. Force de l'étude	33
III. Résultats secondaires	33
IV. Limites de l'étude	35
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	38
ANNEXES	40
I. Présentation	40
II. Questionnaire	41
III. Grille de STROBE	48
IV. Déclaration de conformité	50
V. Résultats détaillés	51

RÉSUMÉ

Introduction :

La douleur chronique est un véritable enjeu de santé publique. Elle représente 24% de toutes les douleurs confondues et touche 30 % de la population active. Les médecins généralistes en sont les acteurs de premiers recours. L'objectif est d'étudier l'influence potentielle de certains critères sociodémographiques chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sur la prise en charge de la douleur chronique.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle transversale quantitative. Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un questionnaire diffusé par mail aux médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Les adresses mails ont été récoltées sur le site de l'ordre des médecins du Nord et par le réseau de maitres de stages universitaires. Les résultats ont été exploités par les tests du chi-2 ou test exact de Fisher.

Résultats :

L'étude a mis en évidence l'existence d'une relation statistiquement représentative entre le critère « sexe » du médecin généraliste et la possibilité de prendre en charge la douleur chronique en médecine générale. **Les médecins généralistes femmes pensaient qu'il n'était pas possible de prendre en charge la douleur chronique en médecine générale comparativement aux médecins généralistes hommes (p : 0,025).** Par ailleurs, l'étude n'a pas permis de conclure sur l'existence d'un lien concernant les autres critères étudiés : âge, durée d'installation du médecin, le lieu d'exercice et le lieu d'exercice versus lieu où le médecin a grandi, l'expérience de la douleur chronique.

D'autre part, les médecins semblent avoir conscience de l'influence des facteurs culturels dans la prise en charge de la douleur mais cette influence semble plus évidente lorsqu'on évoque le patient plutôt que le médecin lui-même. En effet, **les médecins interrogés pensaient que les facteurs culturels propres au médecin ne jouaient pas un rôle dans la prise en charge de la douleur comparativement à l'influence des facteurs culturels propres au patient (p : 0,024).**

Conclusion :

Dans les années futures, avec la féminisation de la profession, on peut se questionner sur l'avenir de la prise en charge de la douleur chronique en médecine générale. Bien que rarement étudiée, l'anthropologie du côté des médecins devrait être reconsidérée comme une perspective supplémentaire de réponses concernant les différents enjeux de santé publique.

INTRODUCTION

I. Définitions.

En 1979, le IASP (International Association For The Study of Pain) définissait la douleur chronique telle que : "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes de cette lésion"(1)

En 2018, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) par la publication CIM-11 (Classification Internationale des Maladies) reconnaissait la douleur chronique comme une maladie chronique non transmissible.

En juin 2019, l'OMS définissait la douleur chronique « comme une douleur qui dure ou réapparaît pendant plus de trois mois. » Elle proposait deux catégories : les douleurs chroniques primaires qui étaient considérées comme une maladie en soi et les douleurs chroniques secondaires qui se caractérisaient comme un symptôme d'une maladie sous-jacente.

(2)

En juin 2020, le IASP a proposé une révision de la définition initiale. La douleur chronique était définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle. » (3) . Six notes ont été ajoutées pour la compléter :

- « La douleur est toujours une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.
- La douleur et la nociception sont des phénomènes différents. La douleur ne peut pas être déduite uniquement de l'activité des neurones sensoriels.
- Grâce à leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur.
- Le rapport d'une personne sur une expérience en tant que douleur doit être respecté.

- Bien que la douleur joue généralement un rôle adaptatif, elle peut avoir des effets néfastes sur la fonction et le bien-être social et psychologique.
- La description verbale n'est que l'un des nombreux comportements pour exprimer la douleur ; l'incapacité de communiquer ne nie pas la possibilité qu'un humain ou un animal non humain éprouve de la douleur. » (3)

Avec l'ajout de ces six notes, le IASP soulignait que la douleur chronique ne pouvait être envisagée que si l'on associait les connaissances biomédicales à l'influence des critères socioculturels. La douleur doit être pensée dans une dynamique globale et comme un phénomène biopsychosocial complexe.

Selon la HAS (Haute Autorité de Santé), on parlait de douleur chronique lorsque que plusieurs de ces caractéristiques étaient présentes « persistance ou récurrence ; durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis 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 journalière, au domicile comme à l'école ou au travail. » (4)

II. La douleur chronique en quelques chiffres.

En France, au moins 14 millions de personnes souffrent de douleur chronique.(5)

Un patient douloureux chronique bénéficiera en moyenne de 14 consultations médicales par an dont 10 chez un généraliste.(4) (5).C'est deux fois plus que la population générale. (7)

Pourtant, 70% d'entre eux ne recevraient pas les traitements appropriés. Actuellement, les délais pour obtenir un rendez-vous dans une structure douleur varient entre treize semaines et un an selon les régions.

Paradoxalement, on estime que 30% des structures pourrait disparaître dans les années à venir.(6)(8)

D'un point de vue sociétal, 6% de la population active est incapable de travailler à cause de douleurs chroniques. Plusieurs conséquences à la douleur chronique sont

décrites : handicap, isolement social, inaptitude partielle ou totale au travail, invalidité et souffrances psychologiques... (9)

D'après les projections démographiques, en 2050, 28% de la population française sera âgée de plus de 65 ans.(10) Or on sait que la prévalence de la douleur chronique augmente avec l'âge et qu'elle est sous diagnostiquée chez les personnes âgées.

D'un point de vue économique, il s'agit d'un des premiers postes budgétaires en santé publique. On estime à 1,2 milliard d'euros le surcout lié à la mauvaise prise en charge de la douleur et particulièrement en post opératoire.(11) Avec 4 millions d'interventions chirurgicales en France chaque année (12), les douleurs chroniques post-chirurgicales émergent et concernent 20% des patients. 2 à 10% d'entre eux gardent des douleurs sévères. Ces douleurs sont mal connues des chirurgiens et sont responsables d'errance diagnostique. Par ailleurs, on constate qu'il y a 5 fois plus d'arrêts de travail chez un douloureux chronique que dans la population générale et que la durée moyenne d'arrêt est de 4 mois par an.

D'un point de vue politique, il n'y a plus eu de réévaluation ni d'action gouvernementale depuis 2012. En effet entre 1998 et 2010, trois plans de lutte contre la douleur se sont succédés démontrant une certaine dynamique initiale.(13) Cependant, le quatrième plan douleur en 2013 qui a nécessité plus d'un an de travail n'a jamais vu le jour. Ce dernier proposait un axe prioritaire visant à « améliorer la prise en charge des patients algiques en mobilisant les acteurs de premiers recours ». Les céphalées chroniques quotidiennes, les douleurs neuropathiques chroniques post chirurgicales les lombalgies chroniques ainsi que la participation active du médecin généraliste étaient considérées comme des priorités de pratiques quotidiennes. Ce plan demandait d'améliorer la formation initiale des médecins en renforçant les programmes sur la prise en charge de la douleur et notamment des douleurs chroniques dites rebelles dans le DES (Diplôme d'Études Spécialisées) de médecine générale.(14)

Fin 2020, un collectif de treize associations de la SFETD (Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur) a interpellé les pouvoirs publics sur la nécessité de repenser à un nouveau plan national de lutte contre la douleur. Ils proposaient l'application de 22 actions concrètes et alertaient sur « l'urgence à agir ». La participation active des médecins généralistes était mentionnée dans plusieurs axes. (11)(15)

III. Intérêt du sujet et médecine générale.

La douleur chronique est une maladie qui induit l'utilisation pour le médecin généraliste des six principaux axes de compétences de sa spécialité définis par le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants). (16)

En représentant 40 à 60% des consultations en médecine générale, la douleur est le premier motif de consultation en soins primaires. La douleur chronique quant à elle représente 24% de toutes les douleurs.(5)

Les plus fréquentes sont les céphalées primaires, les lombalgies et les lomboradiculalgies, les douleurs neuropathiques, les douleurs arthrosiques et musculo-squelettiques.

D'autre part, les chiffres concernant la prévalence des douleurs chroniques post chirurgicales, les douleurs liées à l'endométriose, sont alarmants.

Par exemple, ce sont en moyenne 7 à 10% des femmes qui sont atteintes d'endométriose et 40% d'entre elles souffrent de douleurs chroniques invalidantes.(17) Il faut environ 7 ans pour diagnostiquer cette maladie.

En 2019, on comptait 115 000 chirurgies de pose de prothèse de genou. On estime que 11 500 à 39 000 patients ayant eu recours à cette chirurgie souffraient de douleurs chroniques post chirurgicales. Or on sait que le nombre de chirurgie est amené à augmenter dans les années à venir.(18)

IV. Choix de l'axe.

L'originalité de ce travail de thèse repose sur l'angle de recherche. En effet, l'anthropologie médicale nous incite à nous questionner sur le lien entre culture et santé et par extension sur le lien entre la culture et la maladie « douleur chronique ». D'un point de vue biologique l'excès de nociception est reproductible mais est cliniquement différente d'un individu à l'autre selon les critères génétiques. Par ailleurs, d'un point de vue de la maladie vécue la douleur est une expérience individuelle. La perception, la description, la représentation et l'attente de la prise en charge de la douleur chronique sont variables d'une culture à l'autre, d'un individu à l'autre.

L'individu devenu médecin fait face à une dualité culturelle : la première culture dont il hérite à la naissance et la seconde biomédicale qu'il acquiert par sa formation.

On sait qu'au cours de leur parcours universitaire, tous les médecins généralistes ont abordé la douleur chronique au sein d'un module national dédié et pourtant il persiste des disparités dans la prise en charge des patients.

Il nous paraissait intéressant de nous pencher sur la relation entre culture et douleur chronique au sein de la population médicale. Ainsi, les médecins généralistes abordent-ils différemment la douleur chronique en fonction de leur bagage culturel ? Existe-t-il une influence de celui-ci dans leur prise en charge d'un douloureux chronique ?

L'objectif principal était d'évaluer l'influence potentielle des facteurs socioculturels chez les médecins généralistes exerçants dans le Nord-Pas-de-Calais sur la prise en charge de la douleur chronique.

L'objectif secondaire était de réaliser un état des lieux des connaissances autour de la douleur chronique chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

MATERIEL ET METHODES

I. Méthode utilisée.

a. Type d'étude.

Il s'agissait d'une enquête descriptive, transversale, quantitative par questionnaire à questions fermées adressé à un échantillon de médecins généralistes installés dans le Nord-Pas-de-Calais.

b. Population étudiée.

Il avait été retenu de récolter au moins 30 réponses de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

c. Sélection des médecins généralistes.

Les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais ont été contactés par mail sur la période de juin à juillet 2021. Les adresses mail des médecins ont été récoltés via le site du conseil départemental de l'ordre des médecins du Nord ainsi que par le biais de certains MSU (maîtres de stage universitaire) de la faculté de Lille.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste
- Être en activité
- Être installé en libéral
- Exercer dans le Nord-Pas-de-Calais
- Accepter de répondre au questionnaire

Les critères de non-inclusion étaient :

- Refus de participation
- Médecin ayant déjà participé à l'étude
- Médecin ayant une autre spécialité que la médecine générale
- Les remplaçants

d. Création du questionnaire.

Le questionnaire était composé de questions à choix multiple, élaboré sur le logiciel LimeSurvey®.

Ce questionnaire a été testé par deux personnes, deux internes volontaires en médecine générale.

Le lien du questionnaire intitulé « douleur chronique et médecine générale » a été diffusé par mail aux médecins généralistes. Le mail envoyé comprenait une présentation ainsi que le lien dirigeant vers le questionnaire. En suivant le lien, le médecin pouvait répondre et la réponse était automatiquement enregistrée sur le logiciel LimeSurvey®. Le médecin généraliste pouvait choisir de répondre ou non, partiellement ou en totalité au questionnaire. Les réponses étaient anonymes.

Le questionnaire comportait 28 questions, réparties dans les 6 catégories suivantes :

- Données démographiques
- Données de l'exercice en médecine générale
- Données de la douleur en médecine générale
- Évaluation de la prise en charge de la douleur chronique en médecine générale selon les médecins généralistes
- Évaluation de l'expérience personnelle ou familiale d'une douleur chronique
- Autoévaluation de la relation médecin/patient

Le questionnaire, précédé d'une brève présentation (annexe 1), est repris en annexe 2.

Les réponses possibles étaient proposées selon des échelles de Likert :

- Tout à fait d'accord / plutôt d'accord / ni d'accord ni pas d'accord / plutôt pas d'accord / pas du tout d'accord ;
- Absolument satisfait / plutôt satisfait / ni satisfait, ni insatisfait / plutôt insatisfait / absolument insatisfait ;
- Jamais / rarement / parfois / souvent / toujours

Concernant l'étude des résultats, nous avons décidé de regrouper « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » en « oui » et « plutôt pas d'accord » et « pas du tout

d'accord » en non. La proposition « ni d'accord ni pas d'accord » lorsqu'elle a été choisie n'a pas été retenue pour les calculs pour la question de la possibilité de prendre en charge la douleur chronique en médecine générale.

De même « toujours » et « souvent » ont été regroupés en « oui » et « rarement » et « jamais » en « non ». La proposition « parfois » lorsqu'elle a été choisie n'a pas été retenue pour les calculs concernant la question du rôle des facteurs culturels dans la prise en charge de la douleur.

e. Envoi et réception des questionnaires.

Le lien du questionnaire a été envoyé à partir du 26 mai 2021.

Le délai de réponse était de 2 mois soit jusque fin juillet 2021. Il n'y a pas eu de relance.

II. Méthodes statistiques.

Les résultats du questionnaire ont été importés depuis le logiciel LimeSurvey® vers un tableau Excel®.

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide des sites suivants :

https://www.aly-abbara.com/utilitaires/statistiques/khi_carre_rr_odds_ratio_ic.html

et <https://biostatgv.sentiweb.fr/>

La comparaison des variables a été faite via des tests chi-2 (si effectif supérieur à 10) ou des tests exacts de Fisher (si effectif inférieur à 10). Un indice de confiance alpha à 5% a été retenu et une valeur de $p < 0,05$ a été choisie comme seuil statistique.

La méthodologie de la thèse a été vérifiée via la grille de STROBE reprise en annexe 3.(19)

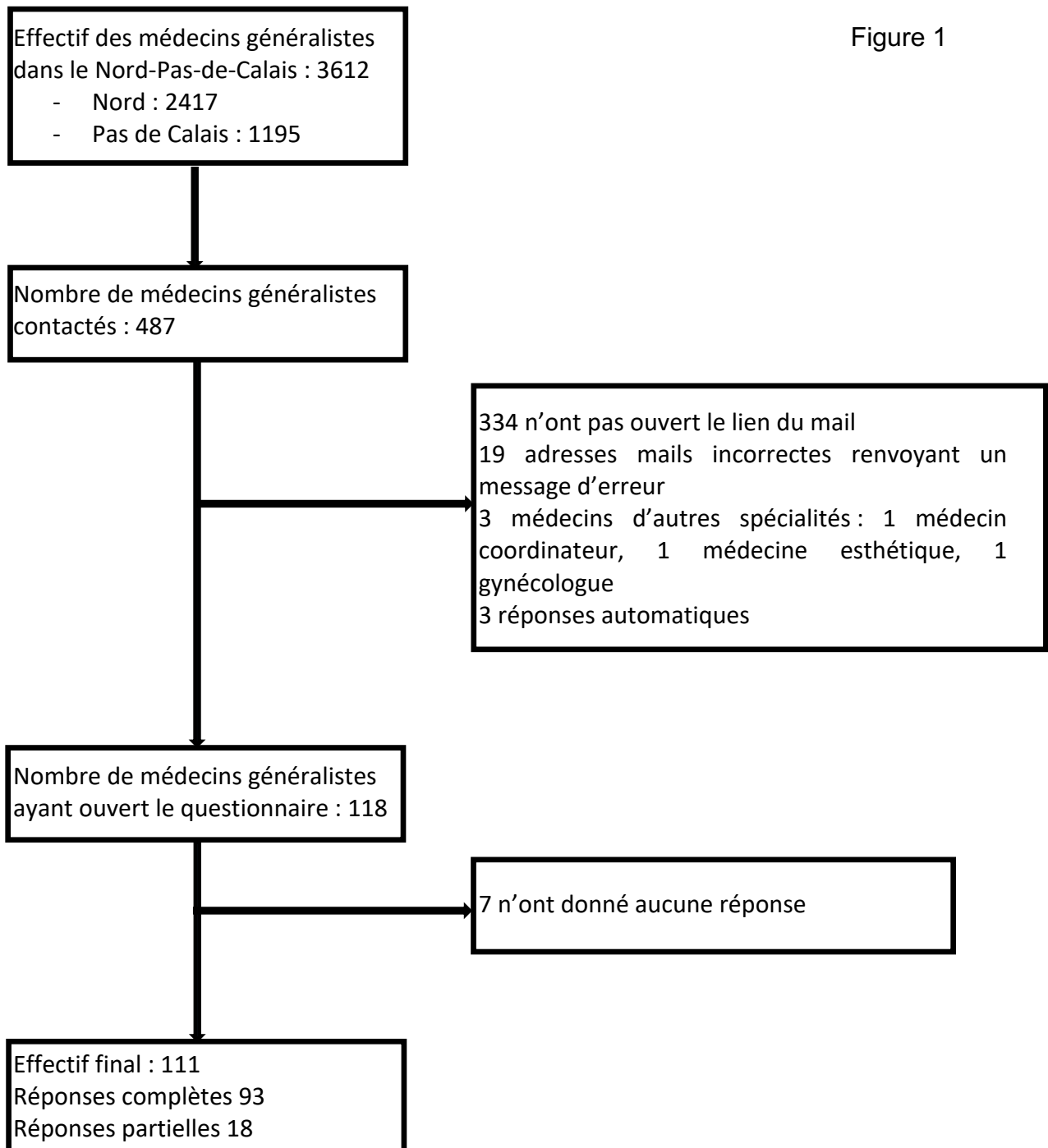
Cette étude a été réalisée après déclaration au registre de traitement de l'Université de Lille reprise en annexe 4.

Cette enquête ne nécessitait pas l'accord du CPP. (Comité de Protection des Personnes).

RÉSULTATS

I. Analyse de l'étude.

a. Flow Chart.



Durant la période d'inclusion, 487 médecins généralistes ont été contactés par mail. Cent-dix-huit médecins généralistes ont ouvert le questionnaire. Quarante-trois d'entre eux ont répondu de façon complète au questionnaire, 18 de façon incomplète et 7 n'ont pas répondu.

Les résultats des questionnaires remplis de façon complète et incomplète ont été comptabilisés. Le taux de sondage était de 13%, le taux de réponse était de 22%.

b. Description des participants de l'étude : données démographiques des médecins.

La population étudiée comptait 44 femmes et 61 hommes soit un sexe ratio femme/homme de 0,72. Plus de la moitié des répondants était âgée de moins de 40 ans (tableau 1a), 75 (71,4%) d'entre eux étaient en couple avec enfant (tableau 1b). 62 (59%) d'entre eux avaient des parents appartenant à la classe socio-professionnelle des cadres et professions intellectuelles supérieures (tableau 1c).

c. Description de l'activité en médecine générale.

La quasi-totalité des participants avait un exercice libéral : pour 52 (50%) d'entre eux en zone urbaine, pour 39 (37,5%) d'entre eux en zone semi rurale et pour 13 (12,5%) en zone rurale. Soixante-deux (59%) d'entre eux n'exerçaient pas où ils avaient été élevés (tableau 1d).

Quarante-sept des médecins participants (45,2%) étaient installés depuis moins de 5 ans (tableau 2a). Concernant les pratiques : 92 (89,3%) estimaient leur durée de consultation entre 10 et 20 mn (tableau 2b) avec un nombre de 20 à 25 consultations/ jour pour 24 (23,3%) d'entre eux et 25 à 30 consultations/ jour pour 37 (35,9%) d'entre eux (tableau 2c). Le volume horaire hebdomadaire consacré au patient était de plus de 45h/semaine pour 44 d'entre eux (tableau 2d).

Soixante-huit participants déclaraient ne pas avoir modifié leurs pratiques depuis l'introduction de la RO SP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique) (tableau 2e). Soixante-deux répondants avaient une patientèle adulte de moyenne d'âge entre 50 – 64 ans. Quarante-vingt-onze médecins avaient une patientèle en âge d'être active (tableau 3).

d. Données de la douleur chronique en médecine générale.

Cinquante-quatre (52,9%) des médecins ont répondu que la douleur chronique représentait entre 40 et 60% des consultations (tableau 4a) et pour 67 (65,7%) d'entre eux la douleur était évoquée en premier lieu (tableau 4b).

Concernant la durée moyenne d'une consultation douleur chronique, 49 médecins (47,6%) ont répondu entre 10 et 20 mn et 48 médecins (46,6%) ont répondu entre 20 et 30 mn (tableau 4c).

Pour l'incidence : (tableau 4d)

- Chez les enfants et les adolescents (< 15 ans), 97 des médecins interrogés pensaient que moins de 25% d'entre eux étaient douloureux chroniques.
- Chez les adultes de moins de 65 ans, 53 des médecins interrogés pensaient que 25% d'entre eux étaient douloureux chroniques.
- Chez les adultes de plus de 65 ans, 40 des médecins interrogés pensaient que 50% d'entre eux étaient douloureux chroniques.

Soixante-trois médecins pensaient que l'incidence de la douleur chronique était majoritaire chez les femmes (tableau 4e).

Par ailleurs, 70 médecins généralistes ont répondu qu'ils ne modifieraient pas leur pratique concernant la douleur chronique si la douleur chronique faisait partie d'un objectif ROSP (tableau 4f).

Les comorbidités étaient classées par ordre de fréquence : (tableau 4g)

1^{ère} comorbidité : Néoplasie avec métastase

2^{ème} et 3^{ème} comorbidité : Maladie inflammatoire

4^{ème} comorbidité : Dépression

5^{ème} comorbidité : Néoplasie sans métastase ou anxiété

6^{ème} comorbidité : Addiction

7^{ème} comorbidité : Syndrome métabolique

Remarque : la maladie neurodégénérative n'a pas obtenu de premier rang quel que soit le rang.

- e. Évaluation de la prise en charge de la douleur chronique en médecine générale selon les médecins généralistes.

La prise en charge de la douleur chronique en médecine générale était évaluée par deux questions : la première sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur chronique et la deuxième sur la possibilité de prendre en charge la douleur en médecine générale.

Quarante-six médecins étaient « plutôt d'accord » sur la possibilité de prendre en charge la douleur chronique en médecine générale et quarante-sept médecins étaient « plutôt d'accord » sur le fait qu'il relève du rôle du médecin généraliste de prendre en charge la douleur chronique (tableau 5).

- f. Évaluation de l'expérience personnelle ou familiale de douleur chronique.

L'expérience de la douleur chronique était recherchée par une question évaluant l'expérience personnelle et l'expérience familiale de celle-ci ; une deuxième évaluant la satisfaction de la prise en charge et par une troisième évaluant l'influence des facteurs culturels dans la prise en charge de la douleur.

Trente-neuf médecins (35,1%) avaient expérimenté la douleur chronique de façon personnelle et 49 médecins (44,1%) au sein de leur famille (tableau 6a), 41 médecins estimaient être « ni satisfait, ni insatisfait » de la prise en charge (tableau 6b).

Pour 41 des médecins interrogés, les facteurs culturels des médecins influent « souvent » sur la prise en charge de la douleur. Cinquante-cinq médecins pensaient que les facteurs culturels des patients influent « souvent » sur la prise en charge de la douleur.

	Pour le médecin	Pour le patient
Effectif	n = 93	n = 93
Jamais	3	2
Rarement	8	2

Parfois	29	18
Souvent	41	55
Toujours	12	16
Test chi-2	8,988	

Tableau initial (avec les données recueillies) : Rôle possible des facteurs culturels personnels dans la prise en charge de la douleur.

	Pour le médecin	Pour le patient
Effectif	n = 64	n = 75
oui	53	71
non	11	4
*P value selon test chi-2	0,024	

Tableau utilisé pour les statistiques (avec les données réajustées) : Rôle possible des facteurs culturels personnels dans la prise en charge des douleurs chroniques.

Les médecins généralistes interrogés pensaient que les facteurs culturels propres au médecin ne jouaient pas un rôle sur la prise en charge de la douleur comparativement aux facteurs culturels propres au patient. Cette différence était statistiquement significative.

g. Autoévaluation de l'interaction médecin/patient.

L'autoévaluation de l'interaction médecin/patient reposait sur : la satisfaction du médecin sur la relation qu'il entretient avec ses patients et la corrélation entre l'attente du patient et la pratique du médecin. Soixante-deux médecins étaient « plutôt satisfait » de leur relation avec leur patientèle (tableau 7a). Quarante-sept médecins pensaient que « souvent » leur pratique était en accord avec les attentes des patients (tableau 7b).

II. Comparaison des réponses concernant la possibilité de prendre en charge la douleur chronique en médecine générale selon les différents critères d'étude.

a. En fonction du sexe du médecin.

La réponse majoritaire quel que soit le sexe était « plutôt d'accord ».

La réponse « tout à fait d'accord » était plus choisie par les hommes que par les femmes. La réponse « plutôt pas d'accord » était choisie uniquement par les femmes.

	Homme	Femme
Effectif (n = 93)	n = 54	n = 39
Tout à fait d'accord	22	8
Plutôt d'accord	25	21
Ni d'accord ni pas d'accord	7	6
Plutôt pas d'accord	0	4
Test chi-2	8,768	

Tableau II.a.1 (données recueillies): possibilité de prendre en charge la douleur chronique en fonction du sexe.

	Homme	Femme
Effectif (n= 80)	n = 47	n = 33
Oui	47	29
Non	0	4
*P value selon le test exact de Fisher	0,025	

Tableau II.a.2 (données réajustées) : possibilité de prendre en charge la douleur chronique en fonction du sexe.

Les femmes répondaient significativement plus « non » que les hommes. Les femmes pensaient davantage qu'il n'était pas possible de prendre en charge la douleur chronique en médecine générale comparativement aux hommes.

b. En fonction de l'âge du médecin.

Chez les moins de 64 ans, toutes les classes d'âge avaient répondu majoritairement « plutôt d'accord ». Par contre, chez les plus de 64 ans, la réponse majoritaire était

« tout à fait d'accord ». Par ailleurs, la réponse « plutôt pas d'accord » n'était retrouvée que dans la catégorie des moins de 40 ans.

Il n'existait pas de différence significative entre les différents groupes.

	< 35 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50- 59ans	60- 64ans	>64 ans
Effectif (n = 93)	n = 33	n = 19	n = 11	n = 6	n = 13	n = 6	n = 5
Tout à fait d'accord	11	5	2	2	5	2	3
Plutôt d'accord	16	11	5	3	6	4	1
Ni d'accord ni pas d'accord	3	2	4	1	2	0	1
Plutôt pas d'accord	3	1	0	0	0	0	0
Test chi- 2	8,518						

Tableau II.b : possibilité de prendre en charge la douleur chronique en fonction de l'âge.

c. En fonction de la durée d'installation.

La répartition des « tout à fait d'accord » et des « plutôt d'accord » semblait homogène en fonction de la durée d'installation.

Quatre participants avaient coché « plutôt pas d'accord » et appartenait à la catégorie des installés depuis moins de 5 ans.

Il n'existait pas de différence significative entre les différents groupes.

	<5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	>30 ans
Effectif (n = 93)	n = 43	n = 17	n = 13	n = 8	n = 12
Tout à fait d'accord	12	6	4	3	5
Plutôt d'accord	20	9	7	4	6
Ni d'accord ni pas d'accord	7	2	2	1	1
Plutôt pas d'accord	4	0	0	0	0
Test chi-2	6,056				

Tableau II.c : possibilité de prendre en charge la douleur chronique en fonction de la durée d'installation.

d. En fonction du lieu d'exercice.

En exercice rural l'avis général majoritaire était « plutôt d'accord », et aucune réponse pour « plutôt pas d'accord ». Coté exercice semi rural et exercice urbain, les avis étaient plus partagés entre « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord ». Il n'existait pas de différence significative entre les différents groupes.

	Exercice rural	Exercice semi rural	Exercice urbain
Effectif (n = 93)	n = 13	n = 34	n = 46
Tout à fait d'accord	1	14	15
Plutôt d'accord	11	13	22
Ni d'accord ni pas d'accord	1	5	7

Plutôt pas d'accord	0	2	2
Test chi-2	8,6		

Tableau II.d : possibilité de prendre en charge la douleur chronique en fonction du lieu d'exercice.

e. En fonction du lieu d'exercice et du lieu de naissance.

Les réponses étaient plutôt homogènes concernant les « tout à fait d'accord » et les « plutôt d'accord ».

Par contre il y avait une différence pour les réponses « ni d'accord ni pas d'accord ». Cependant, il n'existait pas de différence significative entre les différents groupes.

	Lieu identique	Lieu différent
Effectif (n = 93)	n = 37	n = 56
Tout à fait d'accord	11	19
Plutôt d'accord	17	29
Ni d'accord ni pas d'accord	8	5
Plutôt pas d'accord	1	3
Test chi-2	3,207	

Tableau II.e : possibilité de prendre en charge la douleur chronique en fonction du lieu d'exercice et du lieu de naissance.

f. En fonction de l'expérience personnelle de la douleur chronique.

Qu'ils aient ou non expérimenté la douleur chronique personnellement, la majorité répondait « plutôt d'accord ». Par contre on notait une différence pour les réponses « tout à fait d'accord » et « ni d'accord pas d'accord ». Il n'existait pas de différence significative entre les différents groupes.

	Oui	Non
Effectif (n = 93)	n = 33	n = 60
Tout à fait d'accord	10	20
Plutôt d'accord	19	27
Ni d'accord ni pas d'accord	2	11
Plutôt pas d'accord	2	2
Test chi-2	3,405	

Tableau II.f : possibilité de prendre en charge la douleur chronique en fonction de l'expérience personnelle de la douleur chronique.

g. En fonction de l'expérience familiale de la douleur chronique.

Qu'ils aient ou non expérimenté la douleur chronique au sein de leur famille, le nombre de réponse était sensiblement le même quel que soit la catégorie de réponse. Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes.

	Oui	Non
Effectif (n = 93)	n = 41	n = 52
Tout à fait d'accord	12	18
Plutôt d'accord	21	25
Ni d'accord ni pas d'accord	6	7
Plutôt pas d'accord	2	2
Test chi-2	0,33	

Tableau II.g : possibilité de prendre en charge la douleur chronique en fonction de l'expérience familiale de la douleur chronique.

III. Comparaison des réponses concernant le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur chronique selon les différents critères d'études.

a. En fonction du sexe du médecin.

La majorité des femmes répondait « plutôt d'accord » alors que les hommes répondaient « tout à fait d'accord ». Plus de femmes que d'homme n'étaient « ni d'accord ni pas d'accord ». Il n'existait pas de différence significative entre les différents groupes.

	Homme	Femme
Effectif (n=93)	n = 54	n = 39
Tout à fait d'accord	28	12
Plutôt d'accord	24	23
Ni d'accord ni pas d'accord	2	4
Test chi-2	4,793	

Tableau III.a : rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur chronique en fonction du sexe.

b. En fonction de l'âge du médecin.

Quel que soit l'âge du médecin, les réponses étaient « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord ». Il n'existait pas de différence significative entre les différents groupes.

	< 35 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-59ans	60-64ans	>64 ans
Effectif (n=93)	n = 33	n = 19	n = 11	n = 6	n = 13	n = 6	n = 5
Tout à fait d'accord	18	5	2	2	7	3	3
Plutôt d'accord	15	12	8	3	5	3	1
Ni d'accord ni pas d'accord	0	2	1	1	1	0	1
Test chi-2	8,518						

Tableau III.b : rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur chronique en fonction de l'âge du médecin.

c. En fonction de la durée d'installation.

Chez les installés depuis moins de 5 ans et chez ceux installés depuis 10-20 ans, la réponse majoritaire était « plutôt d'accord ».

Chez les autres, la réponse majoritaire était « tout à fait d'accord ». Il n'existait pas de différence significative entre les différents groupes.

	<5 ans	5-10 ans	10-20 ans	20-30 ans	>30 ans
Effectif (n=93)	n = 43	n = 17	n = 13	n = 8	n = 12
Tout à fait d'accord	16	9	4	5	6
Plutôt d'accord	24	7	8	3	5

Ni d'accord ni pas d'accord	3	1	1	0	2
Test chi-2	5,193				

Tableau III.c : rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur chronique en fonction de la durée d'installation.

d. En fonction du lieu d'exercice.

Les réponses majoritaires restaient « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord ».

Pour l'exercice rural, la majorité choisissait l'option « tout à fait d'accord » alors que pour l'exercice semi rural et l'exercice urbain la réponse majoritaire était « plutôt d'accord ».

Aucun des médecins exerçant en milieu rural n'était « ni d'accord ni pas d'accord ».

Par contre, en exercice semi rural et urbain cet item était coché minoritairement. Il n'existait pas de différence significative entre les différents groupes.

	Exercice rural	Exercice semi rural	Exercice urbain
Effectif (n=93)	n = 13	n = 34	n = 46
Tout à fait d'accord	7	13	20
Plutôt d'accord	6	18	23
Ni d'accord ni pas d'accord	0	3	3
Test chi-2	1,763		

Tableau III.d : rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur chronique en fonction du lieu d'exercice.

- e. En fonction du lieu d'exercice et du lieu de naissance.

Si le médecin exerçait là où il a été élevé il cochant 2,5 fois plus « ni d'accord ni pas d'accord » que celui qui n'exerçait pas là où il a été élevé. Il n'existait pas de différence significative entre les différents groupes.

	Lieu identique	Lieu différent
Effectif (n = 93)	n = 37	n = 56
Tout à fait d'accord	14	26
Plutôt d'accord	19	28
Ni d'accord ni pas d'accord	4	2
Test chi-2	2,2	

Tableau III.e : rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur chronique en fonction du lieu d'exercice et du lieu de naissance.

- f. En fonction de l'expérience personnelle de la douleur chronique.

La majorité des répondants a choisi soit « tout à fait d'accord » soit « plutôt d'accord ». Il n'existait pas de différence significative entre les différents groupes.

	Oui	Non
Effectif (n=93)	n = 33	n = 60
Tout à fait d'accord	13	27
Plutôt d'accord	19	28
Ni d'accord ni pas d'accord	1	5
Test chi-2	1,584	

Tableau III.f : rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur chronique en fonction de l'expérience personnelle de la douleur chronique.

g. En fonction de l'expérience familiale de la douleur chronique.

Les médecins ayant répondu « ni d'accord ni pas d'accord » n'avaient pas expérimenté la douleur chronique au sein de leur famille. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes.

	Oui	Non
Effectif (n=93)	n = 41	n = 52
Tout à fait d'accord	16	24
Plutôt d'accord	25	22
Ni d'accord ni pas d'accord	0	6
Test chi-2	6,582	

Tableau III.g : rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur chronique en fonction de l'expérience familiale de la douleur chronique.

DISCUSSION

Plusieurs études ont été réalisées sur la douleur chronique coté patient mais aucune à ce jour n'a été réalisée coté médecin. Or on sait que la douleur chronique représente un véritable enjeu de santé publique et que les médecins généralistes en sont les acteurs de premier recours.

Les critères anthropologiques étudiés étaient les suivants : le sexe, l'âge, la durée d'installation, le lieu d'exercice, le lieu où il a grandi/lieu d'exercice, l'expérience personnelle ou familiale de la douleur chronique, la catégorie socioprofessionnelle des parents, la situation matrimoniale.

I. Résultats principaux.

Les résultats obtenus montraient une variabilité des réponses en fonction des critères étudiés. Cependant les résultats obtenus n'étaient pas statistiquement représentatifs excepté pour le critère du sexe. Ce que l'on pouvait dire c'est qu'il existait une relation entre le sexe du médecin et les réponses concernant la possibilité de prendre en charge la douleur chronique en médecine générale. **Les médecins généralistes femmes pensaient qu'il n'était pas possible de prendre en charge la douleur chronique en médecine générale comparativement aux médecins généralistes hommes (p : 0,025).**

En parallèle, on sait que l'expression et le ressenti de la douleur chronique diffèrent entre les patients de sexe masculin et les patients de sexe féminin. La prévalence de la douleur est généralement plus élevée chez la femme.(20) Il serait donc intéressant de savoir si coté médecin généraliste les femmes se sentent autant impliquées dans la prise en charge de la douleur chronique que leurs confrères hommes.

Concernant les autres critères étudiés, on ne pouvait pas conclure : soit il n'y avait pas d'influence réelle soit l'étude manquait de puissance pour pouvoir les mettre en évidence.

Par ailleurs, concernant la question du rôle des facteurs culturels dans la prise en charge de la douleur, il existait une différence significative. Les médecins interrogés pensaient que les facteurs culturels propres au médecin ne jouaient

pas un rôle dans la prise en charge de la douleur comparativement à l'influence des facteurs culturels propres au patient (p : 0,024).

II. Force de l'étude.

La force de l'étude repose sur l'originalité de l'angle de recherche. En effet, il n'existe pas d'autre étude ciblant les critères anthropologiques coté médecin et la douleur chronique pour comparer les résultats obtenus.

III. Résultats secondaires.

La majorité des médecins ayant répondu au questionnaire estimait que la douleur représentait 40 à 60% des consultations en médecine générale, et qu'elle était abordée en premier lieu. Les consultations duraient entre 10 et 20 mn pour 89,3% des médecins, mais ils estimaient à 46,6% la durée moyenne d'une consultation douleur entre 20 et 30mn.

Par ailleurs :

- 97 des médecins estimaient à moins de 25% la part de douloureux chroniques chez les enfants et les moins de 15 ans. En réalité, au moins 25% des enfants sont douloureux chroniques. (8)
- Pour plus de la moitié des médecins, ¼ des adultes de moins de 65 ans était douloureux chronique. En réalité, chez les adultes de moins de 65 ans, on estime à 30% le taux de douloureux chronique.
- Pour 40 médecins, ½ des adultes de plus de 65 ans était douloureux chronique. En réalité, concernant les personnes âgées le chiffre est variable en fonction du lieu de vie : 50% chez les personnes vivant à domicile, et entre 49% et 83% chez celles vivant en institution.(6)

Nous avons pu demander aux médecins de classer les comorbidités de la douleur en fonction de leur importance selon eux. Il en ressortait l'ordre suivant par ordre de fréquence : néoplasie avec métastase, maladie inflammatoire, dépression, néoplasie sans métastase, anxiété, addiction et syndrome métabolique.

En réalité, l'ordre des comorbidités par fréquence est plutôt le suivant : addiction (89%) (8), dépression (77%)(8), néoplasie avec métastase (66%), néoplasie sans métastase

(50%)(8), anxiété (15-40%), maladie inflammatoire, syndrome métabolique, maladie neurodégénérative.

Nous avons choisi d'aborder par une question directe l'introduction éventuelle de la question douleur chronique au sein de la ROSP. Pour rappel, la ROSP est un dispositif mis en place par l'assurance maladie qui vise à améliorer la qualité de la pratique médicale en valorisant l'atteinte d'objectif déterminé. En effet, cette idée de revalorisation de la consultation douleur en médecine générale faisait partie des propositions avancées par les 13 organisations ayant récemment interpellé les pouvoirs publics à ce sujet.

Or, dans notre étude, 70 des médecins ont répondu qu'ils ne modifieraient pas leur pratique si la douleur était un nouvel objectif ROSP. Les résultats étaient concordants avec les données existantes concernant le sujet. En effet, les médecins améliorent leur pratique par des formations, par leur expérience et par le travail en pluridisciplinarité.(21)

Trente-cinq pour cent des médecins avaient expérimenté la douleur chronique de façon personnelle et 44% d'entre eux au sein de leur famille. Ces chiffres étaient au-dessus de la moyenne (soit environ 30% (22) de douloureux chronique dans la population générale des adultes de moins de 65 ans). Un sur deux estimait être « ni satisfait, ni insatisfait » de la prise en charge de la douleur chronique dont il a bénéficié. Il aurait été intéressant de savoir si les médecins généralistes concernés avaient bénéficié de l'expertise d'un confrère ou s'ils s'étaient soignés eux même.

Parallèlement, 87 des médecins ont répondu « souvent » à la question de l'adéquation entre leur pratique et les attentes de leurs patients.

Ces résultats montrent que globalement la douleur chronique est sous-estimée et qu'elle est mal connue des médecins généralistes. Plusieurs questions se posent : Comment réinvestir le médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur chronique ? Que modifier dans le cursus universitaire et professionnel du médecin généraliste pour améliorer la connaissance et la prise en charge de la douleur chronique en soins primaires ?

IV. Limites de l'étude.

Premièrement, il s'agit d'une étude épidémiologique considérée comme faible niveau de preuve (grade C selon la HAS).

Deuxièmement, il existe un biais de sélection. Au 14 juin 2021, on comptait 2417 médecins généralistes libéraux installés dans le Nord et 1195 installés dans le Pas de Calais. L'échantillon représente 13% de la population totale et le nombre de réponse complète 2,5% de la population totale. Le recrutement s'est fait uniquement via adresse mail : soit via le site du conseil de l'ordre des médecins du Nord, soit via les contacts d'anciens MSU (région dunkerquoise, CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) audomaroise). Il y a probablement des zones qui n'ont pas été incluses dans l'étude. Ce biais aurait pu être évité si les mails avaient été relevés également sur le site du conseil de l'ordre des médecins du Pas de Calais ou encore en démarchant les médecins par téléphone ou en passant par la diffusion du questionnaire par le biais de URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) des médecins libéraux Haut de France. Cette dernière option n'a pas été retenue à cause des délais qui nous étaient imposés pour la réalisation de ce travail de recherche.

Troisièmement, nous avons fait le choix de ne pas aborder les critères sociologiques : politique et religieux dans un souci d'éthique. Pourtant ce sont des critères anthropologiques qu'il aurait été intéressant d'aborder.

CONCLUSION

L'anthropologie médicale nous invite à nous questionner sur la relation qu'entretiennent culture et maladie vécue tant par le médecin que par le patient.

L'étude de la douleur chronique aborde auprès des patients leurs expériences personnelles de la douleur, leurs satisfactions vis à vis des propositions thérapeutiques ainsi que l'évolution et les conséquences de la maladie au cours de leurs vies. Parallèlement on retrouve des études s'intéressant à l'influence des facteurs culturels dans la douleur chronique chez les patients.

D'autre part, concernant la douleur chronique du point de vue des médecins, les recherches semblent se focaliser sur l'aspect biomédical. Ainsi, les différentes analyses permettent de se rendre compte que la douleur chronique reste une difficulté quasi quotidienne pour les médecins généralistes tant elle les renvoie à un sentiment d'échec.

Les travaux d'anthropologie médicale ne devraient pas se concentrer seulement sur le patient. Le médecin est un individu avant tout qui ne peut s'affranchir de l'imprégnation culturelle dans laquelle il a évolué. La culture médicale qu'il a acquise et ses modalités d'acquisition, complète son bagage culturel. Pourrait-on alors envisager que cette dualité puisse être, au moins partiellement, responsable des différences de pratiques médicales entre médecin ?

Ce travail n'est nécessairement qu'une première approche de l'anthropologie médicale du médecin mais il paraît essentiel de s'interroger à ce sujet. Le changement d'angle de questionnement de la part du médecin pourrait peut-être apporter des solutions tant sur le plan thérapeutique que sur le plan relationnel. De plus, pour le médecin prendre conscience de l'existence et de l'impact de l'influence socioculturelle qui lui est propre, pourrait lui permettre de se questionner ou d'évaluer la justesse de sa pratique.

Concernant la douleur chronique, il paraît important de réévaluer la formation initiale des médecins généralistes : l'enseignement et le format proposés actuellement ne semblent pas répondre aux attentes des concernés. En effet, les médecins généralistes selon les études semblent vouloir une approche plus pratique et moins théorique. La réalisation de situation clinique via présage ou via les enseignements dirigés peuvent être une piste de réflexion.

La formation continue du médecin généraliste passe par des DPC (développement professionnel continu), des webinaires et des soirées formations. Il faudrait penser à établir une relation directe régionale entre algologue et médecins généralistes. La coordination et la continuité ville-hôpital devrait être optimisée : adresse mail sécurisée dédiée, réalisation de protocole pour des situations bien identifiées (douleur chronique post chirurgicale, endométrioses « sévères », douleurs neuropathiques) ou encore la mise en place d'une ligne téléphonique directe accessible aux médecins généralistes pour la prise de rendez-vous des situations complexes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. sept 2020;161(9):1976-82.
2. DOULEUR-CHRONIQUE-ET-OMS-JUIN-2019.pdf [Internet]. [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: <https://fibromyalgiesos.fr/rdv2/wp-content/uploads/2019/06/DOULEUR-CHRONIQUE-ET-OMS-JUIN-2019.pdf>
3. L'IASP annonce une définition révisée de la douleur - IASP [Internet]. [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>
4. Prise en charge de la douleur chronique [Internet]. [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/prise-en-charge-de-la-douleur-chronique-1>
5. Douleur Chronique : Chiffres-clés - Institut Analgesia [Internet]. Analgesia. [cité 16 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.institut-analgesia.org/la-douleur-chronique/chiffres-cles-douleur-chronique/>
6. Livre_Blanc_Douleur_Chronique_AFVD_FIBROMYALGIE_FRANCE_env_270415.pdf [Internet]. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Livre_Blanc_Douleur_Chronique_AFVD_FIBROMYALGIE_FRANCE_env_270415.pdf
7. Chute du nombre de consultations en France : l'accès aux soins prend une claque - MG France [Internet]. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/publication/lettreauxgeneralistes/2426-chute-du-nombre-de-consultations-en-france-l-acces-aux-soins-prend-une-claque>
8. livre_blanc-2017-10-24.pdf [Internet]. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf?fbclid=IwAR1dZu6-g26GD_Ik6igOPRHnTuRfW01f4UuBeC_CGLXZjClhFQ8BW4tgTEk
9. argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf [Internet]. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf
10. Le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/le-vieillissement-de-la-population-sE28099accelere-en-france-et-dans-la-plupart-des-pays-developpes/>
11. Feuille de route // Douleur en France [Internet]. calameo.com. [cité 8 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/books/00625059779a43cfe349b>
12. Planetoscope - Statistiques : Nombre d'opérations chirurgicales en France [Internet]. [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.planetoscope.com/sante/858-.html>
13. DGOS. Douleur : l'action des pouvoirs publics [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022 [cité 8 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/douleur-l-action-des-pouvoirs-publics>
14. Plans douleur [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur/>

15. Après la Covid-19, la SFETD appelle à agir d'urgence et demande au Gouvernement la mise en œuvre d'un nouveau « Plan Douleur » (Communiqué) – Toute La Veille Acteurs de Santé, le hub de l'info du secteur santé [Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/182577/apres-la-covid-19-la-sfefd-appelle-a-agir-durgence-et-demande-au-gouvernement-la-mise-en-oeuvre-dun-nouveau-plan-douleur-colloque-paris/>
16. margueritenouveaumodele.pdf [Internet]. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.cemg-lille.fr/fichiers/outils/margueritenouveaumodele.pdf>
17. RUBOD C, COLLINET P. Chirurgie de l'endométriose. (Elsevier Masson).
18. 2020LILUM165.pdf [Internet]. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM165.pdf
19. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):34-8.
20. Hommes et femmes : sommes-nous tous égaux face à la douleur ? [Internet]. [cité 28 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2012/revue-medicale-suisse-348/hommes-et-femmes-sommes-nous-tous-egaux-face-a-la-douleur>
21. Payerne A, Valat L. Facteurs modifiant les pratiques des médecins généralistes suite à l'introduction de la rémunération sur objectif de santé publique du médecin traitant de l'enfant en 2017: étude qualitative en Rhône-Alpes. :103.
22. Douleur · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/douleur/>

ANNEXE 1 : PRESENTATION.

Au début du questionnaire les participants pouvaient lire :

Bonjour, je suis CORRE Laetitia, étudiante en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la douleur chronique en médecine générale. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les critères d'influence (notamment anthropologique) sur la prise en charge de la douleur chronique en médecine générale. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste dans le nord pas de calais.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 à 10 minutes seulement !

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Aussi pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse.

Ce questionnaire fait l'objet d'une déclaration portant le n°4989 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de la part du DPO, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !

A la fin du questionnaire les participants pouvaient lire :

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : laetitia.corre.etu@univ-lille.fr

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE.

1. Êtes-vous ?

Un homme

Une femme

Ne sait pas

2. Dans quelle tranche d'âge vous situez vous?

Moins de 35 ans

35-39 ans

40-44 ans

45-49 ans

50-54 ans

55-59 ans

60-64 ans

>64 ans

3. Quel est votre lieu d'exercice :

Rural - semi rural – urbain

4. Exercez-vous là où vous avez été élevés ?

Oui

Non

5. Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

< 5 ans

5-10 ans

10-20 ans

20-30 ans

> 30 ans

6. Quel est votre type d'activité :

Libérale

Salariat

Mixte (Libérale + salariat)

7. Quelle est la catégorie socioprofessionnelle de vos parents (avant la retraite) ?

Agriculteur exploitant

Artisans commerçants et chef d'entreprise

Cadres et professions intellectuelles supérieures

Professions intermédiaires

Employés

Ouvriers

Autres personnes sans activité professionnelle

8. Quelle est votre situation familiale personnelle ?

Personne seule

Couple sans enfant

Couple avec enfant

Famille monoparentale

Ménage complexe (famille recomposée)

9. Avez-vous déjà personnellement été confronté à la douleur chronique
(= douleur récurrente ou durant depuis plus de 3 mois)?

Oui

Non

10. Avez-vous déjà été confronté à la douleur chronique dans votre famille ?

Oui

Non

11. Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des deux précédentes
questions : avez-vous été satisfait de la prise en charge ?

Absolument satisfait

Plutôt satisfait

Ni satisfait, ni insatisfait

Plutôt insatisfait

Absolument insatisfait

12. Selon vous est ce qu'il relève du rôle du médecin généraliste de prendre en charge la douleur chronique ?

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas du tout d'accord

13. Selon vous est-il possible de prendre en charge la douleur chronique en médecine générale ?

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas du tout d'accord

14. Selon vous quelle est la durée moyenne pour une consultation de douleur chronique en médecine générale ?

Entre 7 et 10 mn

Entre 10 et 20 mn

20 – 30 mn

>30 mn

15. Combien de temps dure en moyenne une de vos consultations ?

< 7mn

Entre 7 et 10 mn

Entre 10 et 20 mn

> 20 mn

16. Quelle est votre volume horaire moyen consacré à vos patients ?

< 40h/ semaine

40-45h/ semaine

> 45h/ semaine

17. Selon vous l'introduction de la ROSP a-t-elle modifié vos prescriptions sur les items concernés ?

Oui

Non

Ne se prononce pas

18. Modifierez-vous votre pratique si une consultation douleur faisait l'objet d'un objectif ROSP ?

Oui

Non

Ne se prononce pas

19. Combien d'actes faites-vous en moyenne par jour ?

< 20

20-25

25-30

30-35

> 35

20. Selon vous, dans votre patientèle, l'incidence de douloureux chronique est majoritaire :

Chez les femmes

Chez les hommes

Autant chez les hommes que chez les femmes

21. Quel est l'âge de votre patientèle adulte moyenne ?

15-24 ans

25-49 ans

50-64 ans

> 65 ans

22. Selon vous, combien de douloureux chronique retrouve t on :

Chez les enfants et les adolescents (≤ 15 ans)

< 1 sur 4

1 sur 4

1 sur 2

> 1 sur 2

Chez les adultes (<65 ans)

< 1 sur 4

1/4

1/2

>1/2

Chez les adultes (> 65 ans)

< 1 sur 4

1/4

1/2

>1/2

23. Dans quel ordre (de 1 à 8), classifiez-vous ses comorbidités pour leur importance dans la douleur :

Par ex : 1,4 ,5, 2

1.Dépression

2.Addiction

3.Anxiété

4.Maladie inflammatoire

5.Néoplasie sans métastase

6.Néoplasie avec métastase

7.Syndrome métabolique (HTA, Diabète, Obésité, Dyslipidémie)

8.Maladie neurodégénérative

24. Selon vous, le plus souvent, la douleur est évoquée en consultation de médecine générale :

En premier lieu

Après un autre motif

25. Selon vous dans quel pourcentage la douleur est évoquée lors de vos consultations de médecine générale ?

< 40 %

40-60 %

> 60 %

26. Êtes-vous satisfait de votre relation avec vos patients ?

Absolument satisfait

Plutôt satisfait

Ni satisfait, ni insatisfait

Plutôt insatisfait

Absolument insatisfait

27. Pensez-vous que votre pratique soit en adéquation avec les attentes de vos patients ?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

28. Pensez-vous que les facteurs culturels puissent jouer un rôle dans la prise en charge de la douleur :

Pour le patient

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Pour le médecin

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

ANNEXE 3 : GRILLE DE STROBE.

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N°	Recommandation
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction		
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>
Méthodes		
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats		
Population	13*	(a) Rappporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE (suite).

	Item N°	Recommandation
Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Rapporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion		
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information		
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine - <http://www.annals.org/>, et Epidemiology - <http://www.epidem.com/>).

ANNEXE 4 : DECLARATION DE CONFORMITE.



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Douleur chronique et médecine générale
Référence Registre DPO : 2021-107
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme Laetitia CORRE – M. le Dr Jean-Michel WATTIER

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 21 mai 2021

Délégué à la Protection des Données

ANNEXE 5 : RESULTATS DETAILLES.

Tableau 1a : Âge de la population étudiée.

	Femmes %	Hommes %	Total %
< 35 ans	15 (14,3%)	21 (20%)	36 (34,2%)
35 – 39 ans	12 (11,4%)	10 (9,5%)	22 (20,9%)
40 – 44 ans	6 (5,7%)	5 (4,7%)	11 (10,4%)
45 – 49 ans	2 (1,9%)	7 (6,6%)	9 (8,5%)
50 – 59 ans	7 (6,6%)	8 (7,6%)	15 (14,2%)
60 – 64 ans	2 (1,9%)	5 (4,7%)	7 (6,6%)
> 64 ans	0	5 (4,7%)	5 (4,7%)
Total	44 (41,9%)	61 (58%)	105

Tableau 1b : Situation matrimoniale de la population étudiée.

	Femmes	Hommes	Total
Personne seule	6 (5,7%)	3 (2,8%)	9 (8,5%)
Couple sans enfant	5 (4,7%)	7 (6,6%)	12 (11,4%)
Couple avec enfant	29 (27,6%)	46 (43,8%)	75 (71,4%)
Famille monoparentale	1 (0,9%)		1 (0,9%)
Ménage complexe	3 (2,8%)	5 (4,7%)	8 (7,6%)
Total	44 (41,9%)	61 (58%)	105

Tableau 1c : Catégorie socioprofessionnelle des parents de la population étudiée.

Parents	Femmes	Hommes	Total
Agriculteur Exploitant	0	1 (1,9%)	1 (1,9%)
Artisans commerçants et chef d'entreprise	2 (1,9%)	7 (6,6%)	9 (8,5%)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	24 (22,8%)	38 (36,2%)	62 (59%)
Employés	5 (4,7%)	2 (1,9%)	7 (6,6%)
Ouvriers	5 (4,7%)	3 (2,8%)	8 (7,6%)
Professions intermédiaires	8 (7,6%)	10 (9,5%)	18 (17%)
Total	44 (41,9%)	61 (58%)	105

Tableau 1d : Mode et lieu d'exercice de la population étudiée.

	Femmes	Hommes	Total
Exercice rural	6 (5,7%)	7 (6,7%)	13 (12,5%)
Exercice semi rural	18 (17,3%)	21 (20,2%)	39 (37,5%)
Exercice urbain	19 (18,1%)	33 (31,7%)	52 (50%)

Total	43 (41,3%)	61 (58,6%)	104
Exercice libéral	42 (40,3%)	58 (55,8%)	100 (96,1%)
Exercice salarié	0 (0%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)
Exercice mixte	1 (0,9%)	2 (1,9%)	3 (2,8%)
Total	43 (41,3%)	61 (58,6%)	104

Tableau 2a : Durée d'installation.

	Femmes	Hommes	Total
< 5 ans	22 (21,2%)	25 (24%)	47 (45,2%)
5 - 10 ans	9 (8,6%)	9 (8,6%)	18 (17,3%)
10 – 20 ans	7 (6,7%)	10 (9,6%)	17 (16,3%)
20 – 30 ans	2 (1,9%)	7 (6,7%)	9 (8,6%)
> 30 ans	3 (2,8%)	10 (9,6%)	13 (12,5%)
Total	43 (41,3%)	61 (58,6%)	104

Tableau 2b : Durée moyenne d'une consultation.

	Femmes	Hommes	Total
< 7 mn			
Entre 7 et 10 mn	1 (0,9%)	2 (1,9%)	3 (2,9%)
Entre 10 et 20 mn	37 (35,9%)	55 (53,4%)	92 (89,3%)
> 20 mn	5 (4,8%)	3 (2,9%)	8 (7,7%)
Total	43 (41,7%)	60 (58,2%)	103

Tableau 2c : Nombre d'actes quotidiens.

	Femmes	Hommes	Total
< 20	2 (1,9%)	4 (3,9%)	6 (5,8%)
20 - 25	15 (14,3%)	9 (8,7%)	24 (23,3%)
25 – 30	17 (16,5%)	20 (19,4%)	37 (35,9%)
30 – 35	5 (4,8%)	11 (10,6%)	16 (15,5%)
> 35	4 (3,9%)	16 (15,5%)	20 (19,4%)
Total	43 (41,7%)	60 (58,2%)	103

Tableau 2d : Durée hebdomadaire moyenne consacrée aux patients.

	Femmes	Hommes	Total
< 40 h/ semaine	15	8	23
40 – 45 h/ semaine	12	20	32
> 45 h/ semaine	15	29	44
Total	42	57	99

Tableau 2e : ROSP et modification des pratiques.

	Femmes	Hommes	Total
Oui	7	10	17
Non	28	40	68
Ne se prononce pas	7	7	14
Total	42	57	99

Tableau 3 : Âge moyen de la patientèle adulte.

15-24 ans	25- 49 ans	50-64 ans	> 64 ans	Total
1	28	62	8	99

Tableau 4a : Le pourcentage de la douleur chronique en médecine générale.

< 40 %	26 (25,5%)
Entre 40 et 60 %	54 (52,9%)
> 60%	22 (21,6%)
Total	102

Tableau 4b : Le moment où est évoquée la douleur chronique en médecine générale.

En premier lieu	67 (65,7%)
Après un autre motif	35 (34,3%)
Total	102

Tableau 4c : Durée consultation douleur chronique en médecine générale.

7 et 10 mn	3 (2,9%)
10 et 20 mn	49 (47,6%)
20 et 30 mn	48 (46,6%)
> 30 mn	3 (2,9%)
Total	103

Tableau 4d : Incidence des douloureux chronique en fonction de l'âge.

	< 15 ans	< 65 ans	> 65 ans
< 1/4	97	25	7
1/4	1	53	20
1/2	0	20	40
>1/2	1	1	32
Total	99	99	99

Tableau 4e: Incidence des patients douloureux chroniques en fonction du sexe selon les médecins généralistes.

Chez les femmes	Chez les hommes	Autant chez les femmes que chez les hommes	Total
63	4	32	99

Tableau 4f : Modification des pratiques si la douleur chronique devenait un objectif ROSP.

Oui	17
Non	70
Ne se prononce pas	12
Total	99

Tableau 4g : Les comorbidités de la douleur chronique.

	1ere position	2eme	3eme	4eme	5eme	6eme	7eme	8eme
Dépression	17	12	16	22	13	7	1	1
Addiction	0	4	4	3	6	21	24	22
Anxiété	9	10	10	15	21	11	9	6
Maladie inflammatoire	11	26	20	10	9	5	6	1
Néoplasie sans métastase	1	15	12	11	22	16	8	3
Néoplasie avec métastase	46	14	8	11	4	7	0	1
Syndrome métabolique	0	1	3	4	7	11	24	37
Maladie neurodégénérative	5	7	16	13	7	11	17	13
Total	89	89	89	89	89	89	89	89

Tableau 5 : Possibilité de prendre la douleur chronique en médecine générale et rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur.

	Possibilité	Rôle
Tout à fait d'accord	30	40
Plutôt d'accord	46	47
Ni d'accord ni pas d'accord	13	6
Plutôt pas d'accord	4	0
Pas du tout d'accord	0	0
Total	93	93

Tableau 6a : Expérience personnelle et expérience familiale de la douleur chronique.

	Douleur chronique personnelle	Douleur chronique cercle familial
Oui	39 (35,1%)	49 (44,1%)
Non	72 (64,9%)	62 (55,8%)
Total	111	111

Tableau 6b : Satisfaction prise en charge douleur chronique.

Absolument satisfait	Plutôt satisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Plutôt insatisfait	Absolument insatisfait	Total
5	23	41	12	0	81

Tableau 7a : Satisfaction relation avec la patientèle.

Absolument satisfait	Plutôt satisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Plutôt insatisfait	Absolument insatisfait	Total
27	62	8	1	0	98

Tableau 7b : Adéquation attente médecin/patient.

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Total
0	0	9	87	2	98

AUTEURE : Nom : CORRE

Prénom : Laetitia

Date de soutenance : 14 Juin 2022

Titre de la thèse : Influence des critères anthropologiques dans la prise en charge de la douleur chronique : étude quantitative auprès de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine générale – algologie

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : médecine générale, anthropologie, douleur chronique, médecin généraliste

Résumé :

Introduction : La douleur chronique est un véritable enjeu de santé publique. Elle représente 24% de toutes les douleurs confondues et touche 30 % de la population active. Les médecins généralistes en sont les acteurs de premiers recours. L'objectif est d'étudier l'influence potentielle de certains critères sociodémographiques chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais sur la prise en charge de la douleur chronique.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle transversale quantitative. Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un questionnaire diffusé par mail aux médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Les adresses mails ont été récoltées sur le site de l'ordre des médecins du Nord et par le réseau de maitres de stages universitaires. Les résultats ont été exploités par les tests du chi-2 ou test exact de Fisher.

Résultats : L'étude a mis en évidence l'existence d'une relation statistiquement représentative entre le critère « sexe » du médecin généraliste et la possibilité de prendre en charge la douleur chronique en médecine générale. **Les médecins généralistes femmes pensaient qu'il n'était pas possible de prendre en charge la douleur chronique en médecine générale comparativement aux médecins généralistes hommes (p : 0,025).** Par ailleurs, l'étude n'a pas permis de conclure sur l'existence d'un lien concernant les autres critères

étudiés : âge, durée d'installation du médecin, le lieu d'exercice et le lieu d'exercice versus lieu où le médecin a grandi, l'expérience de la douleur chronique.

D'autre part, les médecins semblent avoir conscience de l'influence des facteurs culturels dans la prise en charge de la douleur mais cette influence semble plus évidente lorsqu'on évoque le patient plutôt que le médecin lui-même. En effet, **les médecins interrogés pensaient que l'influence des facteurs culturels propres au médecin ne jouaient pas un rôle dans la prise en charge de la douleur comparativement à l'influence des facteurs culturels propres au patient (p : 0,024).**

Conclusion : Dans les années futures, avec la féminisation de la profession, on peut se questionner sur l'avenir de la prise en charge de la douleur chronique en médecine générale. Bien que rarement étudiée, l'anthropologie du côté des médecins devrait être reconsidérée comme une perspective supplémentaire de réponses concernant les différents enjeux de santé publique.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Gilles LEBUFFE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean Michel WATTIER