



HAL
open science

Le recours aux structures douleur chronique par les médecins généralistes au sein du “ Coeur Grand Est ”

Louise Latourte

► **To cite this version:**

Louise Latourte. Le recours aux structures douleur chronique par les médecins généralistes au sein du “ Coeur Grand Est ”. Médecine humaine et pathologie. 2023. hal-04517031

HAL Id: hal-04517031

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04517031v1>

Submitted on 22 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

Par

Louise LATOURTE

Le 4 avril 2023

LE RECOURS AUX STRUCTURES DOULEUR CHRONIQUE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AU SEIN DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE « CŒUR GRAND EST »

Membres du jury :

Madame la Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

Présidente du Jury

Monsieur le Professeur François DAP

Juge

Monsieur le Docteur Antoine CANTON

Juge

Madame la Docteure Isabelle THILTGES

Directrice de Thèse

Présidente de l'Université de Lorraine :
Madame Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :

- *Premier cycle* : Dr Thomas SCHWITZER et Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUSSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Pr Jacques JONAS
- *ECOS* : Pr Patrice GALLET, Dr Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Prs Nicla SETTEMBRE, Fabienne ROUYER-LIGIER et Pablo MAUREIRA
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargé de mission

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE –
Gilbert FAURE - Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU -
Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Michel SCHMITT –
Jean-Luc SCHMUTZ - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : *Anatomie*

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : *Histologie, embryologie et cytogénétique*

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : *Anatomie et cytologie pathologiques*

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : *Biophysique et médecine nucléaire*

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : *Radiologie et imagerie médicale*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeure Valérie CROISÉ –

Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY –

Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR –

Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : *Physiologie*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL –

Professeur Jacques JONAS

3^e sous-section : *Biologie cellulaire*

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : *Nutrition*

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : *Parasitologie et Mycologie*

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : *Maladies infectieuses ; maladies tropicales*

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention*

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Cédric BAUMANN

4^e sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Julien BROSEUS

2^e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3^e sous-section : *Immunologie*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : *Génétique*

Professeur Philippe JONVEAUX

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Philippe GUERCI

2^e sous-section : Médecine intensive-réanimation

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie

Professeur Nicolas GIRERD

5^e sous-section : Médecine d'urgence

Professeur Tahar CHOUIHED

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : Neurologie

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : Neurochirurgie

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN – Professeur Thomas SCHWITZER –
Professeure Fabienne ROUYER-LIGIER

4^e sous-section : Pédo-psychiatrie ; addictologie

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : Médecine physique et de réadaptation

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : Rhumatologie

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : Dermato-vénéréologie

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4^e sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Professeur François DAP - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : Pneumologie ; addictologie

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : Cardiologie

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Olivier HUTTIN
Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY –
Professeure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT

4^e sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : Médecine générale

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : Pédiatrie

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : Chirurgie infantile

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU – Professeur Patrice GALLET

2° sous-section : Ophtalmologie

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3° sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : Médecine générale

Professeure associée Sophie SIEGRIST - Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Docteur Bruno GRIGNON

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2° sous-section : Physiologie

Docteure Iulia-Cristina IOAN

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : Parasitologie et mycologie

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN – Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU

2° sous-section Médecine et Santé au Travail

Docteure Isabelle THAON

4° sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Docteure Aurélie BANNAY (stagiaire)

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : Hématologie ;

transfusion Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : Cancérologie ;

radiothérapie Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : Immunologie

Docteure Alice AARNINK

4° sous-section : Génétique

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

**48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3° sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA - Docteure Élise PAPE (stagiaire)

**49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

2° sous-section : Neurochirurgie

Docteur Fabien RECH

**50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE
PLASTIQUE**

4° sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Docteur Fabrice VANHUYSE

**54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,
GYNECOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET
REPRODUCTION**

1° sous-section : Pédiatrie

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-

CHAUVEAU **3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ;**

gynécologie médicale Docteur Charline BERTHOLD

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

63° Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeysa BASCETIN - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ –

Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

90° Section : MAÏEUTIQUE

Madame Gaëlle AMBROISE (stagiaire)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences
de Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Présidente du Jury,

**À Madame la Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
Professeure des Universités, Praticien Hospitalier en Neurochirurgie**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et d'apporter votre expertise dans le jugement de ce travail, je vous en remercie.

Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma reconnaissance.

À notre Maître et Juge,

À Monsieur le Professeur François DAP

**Professeur des Universités, Praticien Hospitalier en Chirurgie Plastique,
Reconstructrice et Esthétique**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de l'intérêt que vous avez porté au sujet.

Recevez ici le témoignage de ma profonde gratitude.

À notre Maître et Juge,

**À Monsieur le Docteur Antoine CANTON
Maître de Conférences Associé de Médecine Générale**

Vous avez accepté de faire partie de ce jury et de juger mon travail. Je vous en remercie.

Veillez trouver ici le témoignage de toute ma considération.

À notre Maître et Directrice de Thèse,

**À Madame la Docteure Isabelle THILTGES
Praticien Hospitalier en Soins Palliatifs et Douleur**

Un immense merci à toi, Isabelle, d'avoir accepté de diriger cette thèse, alors que tu avais décidé de ne plus tenir ce rôle. Je te suis grandement reconnaissante de t'être impliquée une dernière fois à mes côtés ; d'autant plus que cette période n'a pas été un long fleuve tranquille pour toi. Tu m'as accompagnée avec bienveillance et disponibilité tout au long de ce travail.

Sois aussi remerciée pour tes précieux enseignements et tes qualités humaines si importantes dans ce métier.

À toute l'équipe du service des soins palliatifs et de la douleur de Bar-le-Duc

Je vous remercie chaleureusement pour votre accueil, votre jovialité et votre humanité durant mon stage d'internat. Le travail d'équipe prend tout son sens à vos côtés, alors merci d'avoir partagé ces moments ensemble.

Merci Bertrand d'avoir partagé ton expérience et ta pratique de la médecine avec bienveillance et pédagogie durant mon stage d'internat. Et surtout merci pour tes conseils, ta disponibilité et ta bonne humeur au quotidien.

Merci à Florence et Virginie pour votre accompagnement et votre bienveillance.

Et Merci à Bénédicte, Julie, Gaëlle, Marie-Charlotte, Audrey, Grégory, Emmanuelle, Stéphanie, Nicole, Vincent, Élise et les autres pour votre sourire et merci de permettre à cette maison de santé d'être un lieu convivial où il fait bon travailler (avec chocolats et cafés !).

Merci à tous les médecins généralistes ayant contribué à la réalisation de cette étude.

Merci au Dr KASUSCHKE Antje et au Dr ZITOLI Jean-Louis d'avoir pris le temps de me rencontrer et d'avoir participé aux entretiens.

Merci aux médecins généralistes m'ayant accueillie durant mes stages d'internat : **Dr BAUDOIN Marie-France, Dr BIEVELEZ Jean-Marie, Dr LEONARD-JAN Audrey, Dr SPOR Sylvain, Dr HUMBERT Hervé et Dr MATHIS Nicolas.** Je vous remercie d'avoir partagé votre expérience et de m'avoir transmis votre attachement à la médecine générale.

À tous les autres professionnels de santé rencontrés durant mon cursus, vous m'avez fait grandir et évoluer professionnellement et personnellement, je vous en remercie.

Merci aux relecteurs, et notamment à **Mme BRIN-HENRY Frédérique** pour ses conseils avisés, ainsi qu'à toutes les personnes ayant contribué à l'aboutissement de ce travail.

À mes parents

Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait pour moi et pour tout ce que vous faites encore. Vous m'avez accompagnée et soutenue, de la première à la dernière année, et si j'en suis là aujourd'hui c'est essentiellement grâce à vous.

Maman, mon binôme de révision infallible, tu as toujours répondu présente peu importe l'heure ou le jour, peu importe la fatigue, tu étais là pour m'épauler au quotidien. Personne n'aurait pu faire ce que tu as fait, merci d'être une super maman.

Papa, l'homme de l'ombre, merci pour ton soutien indéfectible et tous les à-côtés si importants dans ces moments. Tu n'imagines pas la charge mentale dont tu m'as libérée. Merci pour ton dévouement et ta présence, merci d'être un super papa au quotidien.

J'espère vous rendre fiers, merci pour tout.

À mon frère

Grandir à tes côtés a été la meilleure chose qui soit. Merci d'avoir toujours été présent, de m'avoir soutenue toutes ces années de près ou de loin. Merci d'avoir été et de continuer à être un grand-frère au top sur qui je pourrai toujours compter !

Je suis fière de ton parcours, de ce que tu es. Merci mon Juju.

À toi Michaël

Mon amour, merci pour ton soutien sans faille, ton écoute et ta patience (surtout durant ces derniers mois). Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien.

Chaque moment passé à tes côtés rend mes journées plus belles et la vie plus heureuse. Je t'aime pour toutes ces raisons et bien plus encore.

À ma famille

Merci pour votre présence indéfectible. Vous apportez la joie et la bonne humeur à tous ceux qui vous entourent. Vous êtes une famille en or et je ne vous échangerais pour rien au monde !

Comme disait Marcel Proust, « Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes fleurissent ». Alors merci pour tous ces instants de bonheur partagés et à tous les suivants !

PS : Mamie Irène, je ne suis pas aussi douée que toi pour les discours, alors j'attends le tien avec impatience (et vivement les prochaines parties de belote jusqu'à point d'heure !).

À mes grands-parents Gisèle et Gilbert, même si vous ne pouvez pas être là, je pense fort à vous.

Et à toi **papy André**, je ne t'oublie pas.

Au VH Club : Antonine, Camille, Chloé, Claire, Inès, Laura, Manon, Margaux, Marion, Morgane.

Je vais faire un effort et écrire un peu plus qu'un simple « merci » parce que vous méritez bien ça ! Les amis sont la famille que l'on choisit et ce groupe en est la preuve. À tous ces super moments, de rires, d'amitiés, d'entraides, d'expériences, de soirées, de voyages, d'aventures, de folies en tout genre. Mes années de médecine n'auraient jamais été les mêmes sans vous, alors merci d'avoir égayé ces neuf dernières années et vivement les suivantes !

J'ai l'honneur de déclarer la saison des thèses ... terminée !

À Eugénie

L'internat nous réserve parfois de belles surprises, comme toi ! Une super rencontre faite de confraternité et d'entraide mais aussi et surtout de bonne humeur, de moments de partages, de shopping, de bons goûters sans oublier notre passion commune pour Noël ! L'amitié c'est aussi simple que ça.

Je te souhaite plein de bonheur à toi ainsi qu'à Julien et Maël.

À Céline

Tu as été une co-interne en or, finir mon internat avec toi c'est comme la cerise sur le gâteau. À cette belle amitié et à tous les prochains restau' !

Plein de bonheur à vous 3.

Et à Didier mon parrain, **à ma belle-famille**, **à Vincent** le meilleur des capitaines, **à ma Cramouche** mon acolyte de bouffe, **à Pauline** loin des yeux mais pas du cœur, **Merci.**

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

Liste des abréviations	19
Introduction	21
Première Partie : État des savoirs	23
I. La douleur	23
A) Définitions	23
1. La douleur aiguë	24
2. La douleur chronique	24
B) Le modèle biopsychosocial	25
C) La Classification Internationale des Maladies	26
D) Les différentes composantes de la douleur	27
E) Les différents types de douleur	28
F) Physiopathologie de la douleur	30
1. Le message nociceptif	30
2. Les systèmes de contrôle et de modulation	34
G) Un enjeu de Santé Publique	37
1. Épidémiologie	38
2. Les plans de lutte contre la douleur	42
II. Les structures douleur chronique (SDC)	44
A) Aspects organisationnels	44
1. Types de structure	44
2. La labellisation	45
3. Spécificité chez l'enfant	46
B) Au niveau national	47
1. Recensement des structures douleur chronique	47
2. L'impact de la réforme territoriale des régions	47
C) Au niveau local, la région Grand Est	48

Deuxième partie : L'étude	50
I. Matériel et Méthode	50
A) Objectifs de l'étude	50
B) Description de l'étude	51
1. Type d'étude	51
2. Choix du territoire d'étude.....	51
3. Choix de la population	51
4. Choix de la méthode	51
5. Description du questionnaire	52
6. Déroulement de l'étude.....	54
C) Analyse statistique.....	55
II. Résultats	56
A) Caractéristiques socio-démographiques.....	56
1. Sexe.....	56
2. Âge	56
3. Département d'exercice	57
4. Type d'exercice.....	57
5. Nombre d'actes par semaine	58
B) La douleur chronique	58
1. Nombre de patients douloureux chroniques par semaine.....	58
2. Formation sur la douleur	59
3. Ressenti du médecin dans la prise en charge d'un patient douloureux chronique.....	59
4. Les méthodes d'intervention connues des médecins généralistes dans la lutte contre la douleur	60
C) Les structures spécialisées dans la douleur	60
1. Le recours aux structures douleur chronique	60
2. Formation délivrée par les structures douleur chronique	61
3. Souhait de recevoir une formation	61
4. Connaissances vis-à-vis des structures spécialisées dans la douleur	62
D) La pratique des médecins généralistes du GHT	67
1. Indications d'adressage des patients vers les SDC	67
2. Raisons de non adressage des patients vers les SDC	67

III. Discussion	68
A) Discussion des résultats	68
1. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon	69
2. La formation	71
3. Les structures douleur chronique.....	73
B) Faiblesses de l'étude	79
C) Forces de l'étude	80
D) Perspectives	81
1. Projet de formation à destination des médecins généralistes	81
2. Étude complémentaire concernant l'adressage des patients douloureux chroniques vers une SDC	82
3. Des propositions d'amélioration récentes	83
Troisième partie : Outil pratique à destination des médecins généralistes	85
I. Élaboration de l'outil	85
A) Les entretiens semi-dirigés	85
B) Conception de l'outil.....	86
II) Présentation de l'outil	87
Conclusion	88
Bibliographie :	89
ANNEXE 1 : Le questionnaire	97
ANNEXE 2 : Verbatims Partie « commentaires ou remarques »	105
ANNEXE 3 : Guide des entretiens semi-dirigés	106
ANNEXE 4 : Retranscription entretien semi-dirigé n°1	107
ANNEXE 5 : Retranscription entretien semi-dirigé n°2	110
ANNEXE 6 : Retranscription entretien semi-dirigé n°3	113

Liste des abréviations

- **AMI** : Appel à Manifestation d'Intérêt
- **AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **ATU** : Autorisation Temporaire d'Utilisation
- **AVC** : Accident Vasculaire Cérébral
- **CBD** : Cannabidiol
- **CDOM** : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- **CH** : Centre Hospitalier
- **CIM 11** : Classification Internationale des Maladies version 11
- **CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- **DCPC** : Douleur Chronique Post-Chirurgicale
- **DCSi** : Dépense Courante en Santé au sens international
- **DESC** : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
- **DOM TOM** : Départements d'Outre-Mer et Territoires d'Outre-Mer
- **DPC** : Développement Professionnel Continu
- **DU** : Diplôme Universitaire
- **EMDR** : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*
- **ETP** : Équivalent Temps Plein
- **FMC** : Formation Médicale Continue
- **FST** : Formation Spécialisée Transversale
- **GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HDJ** : Hôpital De Jour
- **IASP** : *International Association for the Study of Pain*
- **IDE** : Infirmier Diplômé d'État
- **INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- **MIGAC** : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
- **MPR** : Médecine Physique et de Réadaptation
- **NMDA** : acide N-Méthyl-D-Aspartique

- **OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PCA** : *Patient Controlled Analgesia*
- **PIB** : Produit Intérieur Brut
- **rTMS** : *repetitive TransMagnetic Stimulation*
- **SDC** : Structures Douleur Chronique
- **SFAR** : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
- **SFETD** : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur
- **TCC** : Thérapie Cognitivo-Comportementale
- **TENS** : *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*
- **THC** : TétraHydroCannabinol
- **TRPA1** : *Transient Receptor Potential Ankyrin 1*
- **TRPM8** : *Transient Receptor Potential Melastatin 8*
- **TRPV1** : *Transient Receptor Potential Vanilloid 1*
- **UE** : Unité d'enseignement

Introduction

La douleur se présente comme une expérience désagréable connue de tous mais propre à chacun. Son aspect subjectif, influencé par l'environnement et les expériences, la rend à la fois unique et complexe, tant dans sa compréhension que dans sa prise en charge. La notion de douleur a traversé les siècles, évoluant au fil des connaissances et selon les croyances. Chaque époque lui a attribué une origine, qu'elle soit surnaturelle, mystique, divine, religieuse ou purement médicale. La douleur a été, est, et restera au cœur de nos sociétés (1).

Considérées de nos jours comme un réel enjeu de santé publique, la douleur et sa prise en charge sont devenues de véritables priorités. Des plans nationaux de lutte contre la douleur se sont succédés depuis 1998 la plaçant au centre des préoccupations en matière de santé. Des propositions d'amélioration dans sa prise en charge en ont découlé, comme des actions de formation destinées aux professionnels de santé ou une meilleure gestion des antalgiques, notamment morphiniques et opioïdes. L'une des propositions majeures a été la création de structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur. (2)

Près d'un tiers des français souffre actuellement de douleurs quotidiennes persistantes depuis plus de 3 mois (3). La douleur représente l'un des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale (4). Malgré cette forte prévalence, les professionnels de santé peuvent se sentir en difficulté dans la prise en charge de la douleur. Ce sont des consultations parfois complexes et chronophages, parfois même déstabilisatrices car le médecin peut se retrouver démuni. C'est pourquoi, les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur sont un réel atout dans le parcours de soins du patient. Le versant hospitalier devient complémentaire du versant ambulatoire, et la relation ville-hôpital trouve ici tout son sens pour permettre une parfaite continuité des soins pour le patient.

Durant mon internat, j'ai découvert l'une de ces structures et ses spécificités. J'ai constaté que je manquais d'informations sur le fonctionnement, les équipes ou la prise en charge au sein de ces structures douleur chronique (SDC). J'ai pu noter auprès des différents cabinets médicaux que j'ai côtoyés, qu'il en était de même pour les médecins. La douleur étant au cœur des préoccupations des professionnels de santé, ces structures sont une réelle ressource permettant d'obtenir un avis et une prise en charge spécialisés.

Cela m'a amenée à m'interroger sur les raisons pour lesquelles les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ne sont-elles pas un recours facile pour les médecins généralistes au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Cœur Grand Est.

L'objectif principal de cette thèse est de faire état des connaissances des médecins généralistes concernant les SDC au sein du GHT Cœur Grand Est. Cela nous mènera à rechercher les freins, et les leviers facilitant le recours aux structures de la douleur et les besoins en formation.

Dans un premier temps, nous aborderons la douleur à travers des rappels théoriques et des données épidémiologiques ; puis nous présenterons les structures spécialisées dans la douleur à travers leurs aspects organisationnels à différents niveaux. Dans un deuxième temps, nous détaillerons notre étude en revenant sur les objectifs, les éléments méthodologiques et les résultats qui seront analysés et discutés. Enfin, pour initier une réponse à la problématique observée, nous présenterons un outil informatif que nous avons élaboré à destination des médecins généralistes.

Première Partie : État des savoirs

I. La douleur

A) Définitions (5,6)

La définition de la douleur majoritairement acceptée dans la littérature est issue de l'*International Association for the Study of Pain* (IASP). Elle a été décrite en 1979 comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire actuelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes ». Au vu de l'évolution récente des connaissances, cette définition apparaît comme obsolète. C'est pourquoi en 2018, l'IASP a créé un groupe de travail international avec différents experts afin de mettre à jour la définition de la douleur. La version de 1979 utilisait le terme « décrite », ce qui impliquait la nécessité d'une forme d'expression verbale et excluait donc une partie de la population. Les personnes non communicantes, comme par exemple les nourrissons, jeunes enfants, personnes sédatées, comateuses, ou présentant un handicap cognitif n'avaient pas leur place dans cette définition. Une nouvelle version a été présentée et acceptée en 2020 en ces termes : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ». La dimension psycho-sociale y est décrite implicitement puisque la douleur peut « ressembler à celle associée à une lésion tissulaire ».

Cette définition est complétée par six points clés afin d'apporter davantage de précision et d'appuyer le caractère multidimensionnel de la douleur.

- « 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 être réduite uniquement à l'activité des neurones sensoriels.
- À travers leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur.

- L'expression d'une personne sur une expérience de douleur doit être respectée.
- Bien que la douleur joue généralement un rôle d'adaptation, elle peut avoir des effets négatifs sur le fonctionnement et le bien-être social et psychologique.
- La description verbale n'est qu'un des nombreux comportements permettant d'exprimer la douleur ; l'incapacité à communiquer n'exclut pas la possibilité qu'un être humain ou un animal éprouve de la douleur. »

1. La douleur aiguë (2,7)

La douleur aiguë, considérée comme un signal d'alarme émis par le corps en réaction à un ou plusieurs facteurs, active des réflexes de protection. Elle est d'apparition récente avec une durée d'évolution inférieure à 3 mois. Elle constitue généralement une réponse appropriée à sa cause, à la différence de la douleur chronique.

2. La douleur chronique

La douleur chronique est définie comme « une douleur évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient ». D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), le caractère chronique entre dans une dynamique « multidimensionnelle, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient » (7).

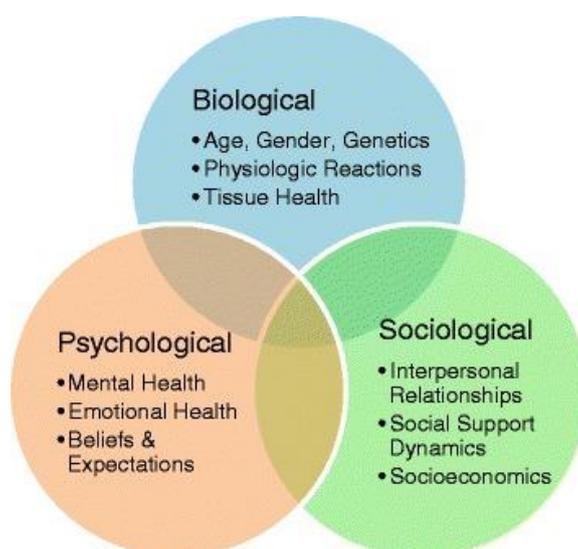
B) Le modèle biopsychosocial

Depuis le milieu du XIX^e siècle, le modèle biomédical prédomine dans le domaine de la santé. La maladie est perçue comme une lésion organique exogène qui doit être éliminée. Elle est considérée comme une entité à part entière indépendamment de la personne. Ce modèle restrictif s'est vu critiqué pour son approche purement biologique. Ainsi, en 1977, le psychiatre Georges Libman Engel propose un nouveau modèle. Il y intègre les dimensions psychologiques et sociales pour permettre d'appréhender la maladie dans son entièreté en considérant le malade et son environnement.

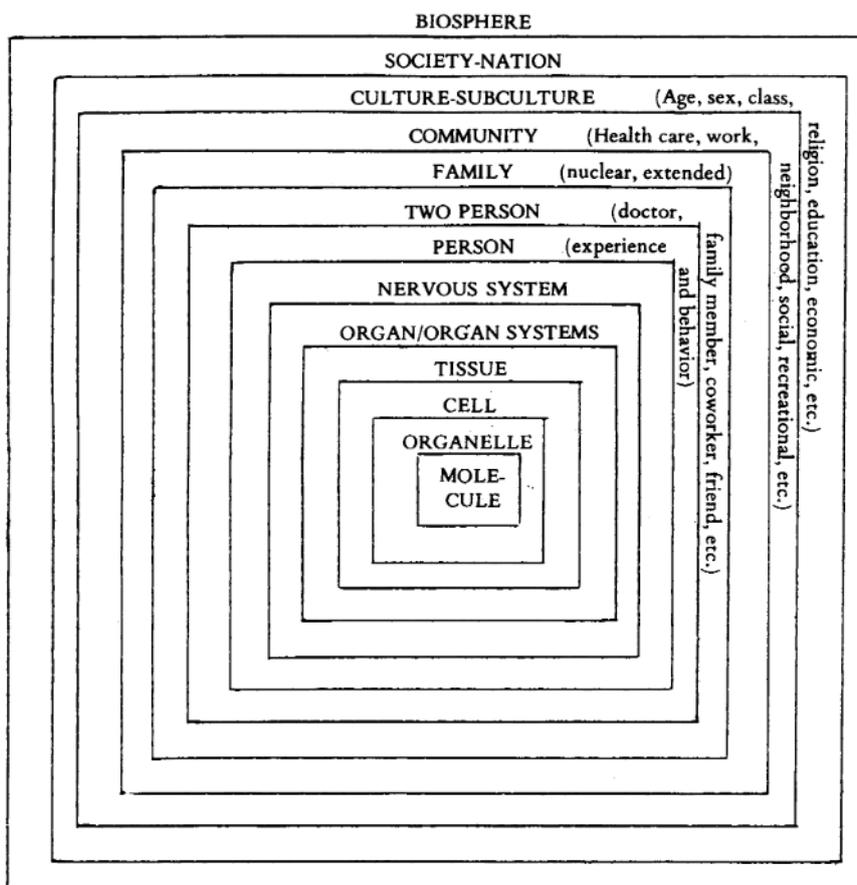
Ce modèle biopsychosocial, toujours accepté et utilisé de nos jours, vient abonder la définition de la douleur chronique. Il en permet une meilleure compréhension dans son aspect multidimensionnel avec des facteurs d'entretien et des conséquences à différents niveaux (physiques, morales et/ou sociales) (8,9).

« La douleur chronique détruit physiquement, psychologiquement et socialement »

Richard A. Sternbach 1974



Modèle biopsychosocial (10)



Modèle biopsychosocial selon G.L Engel (9)

C) La Classification Internationale des Maladies

Tous ces constats et révisions ont mené l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à intégrer la douleur chronique dans la dernière version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) adoptée le 1^{er} janvier 2022. Elle y est décrite sous deux catégories, la douleur chronique primaire considérée comme une maladie en soi, et la douleur chronique secondaire considérée comme un symptôme d'une maladie sous-jacente (les douleurs chroniques secondaires à un cancer, les douleurs post-traumatiques, les douleurs post-chirurgicales, les céphalées ou douleurs chroniques orofaciales, les douleurs neuropathiques chroniques, les douleurs chroniques viscérales ou les douleurs musculo-squelettiques secondaires) (11,12).

D) Les différentes composantes de la douleur (2,13)

Une douleur ressentie par le patient est complexe car elle associe plusieurs composantes qu'on peut classer en quatre grandes catégories :

- Sensori-discriminative : cette composante correspond aux mécanismes neurophysiologiques permettant de décrypter la douleur selon plusieurs critères
 - o Qualité
 - o Intensité
 - o Durée
 - o Localisation

En comparaison avec d'autres systèmes sensoriels, cette composante n'est que peu performante dans le décodage des messages nociceptifs. Elle peut même parfois manquer ou être modifiée dans des pathologies comme certains cancers.

- Affective et émotionnelle : cette composante attribue le caractère désagréable, pénible, voire insoutenable de la douleur et peut évoluer vers des états d'angoisse et/ou de dépression.
- Cognitive : cette composante correspond aux mécanismes mentaux susceptibles de modifier la perception de la douleur comme les expériences douloureuses vécues ou constatées, le rapport à la douleur et les connaissances personnelles sur le sujet.
- Comportementale : cette composante correspond aux réactions verbales et non verbales observables suite à l'apparition d'une douleur.

Ces quatre composantes sont elles-mêmes sous l'influence de divers facteurs environnementaux et s'inscrivent dans le modèle biopsychosocial.

Au fil des expériences douloureuses, la perception et le rapport à la douleur évoluent.

E) Les différents types de douleur (13–15)

Classiquement, trois types de douleur sont répertoriés et triés selon leur mécanisme. Ils peuvent s'exprimer seuls ou se cumuler.

- Douleur par excès de nociception

C'est la forme la plus fréquente, résultant d'une hyperstimulation des tissus périphériques (muscle, os, paroi cutanée...) menant à l'activation de nocicepteurs.

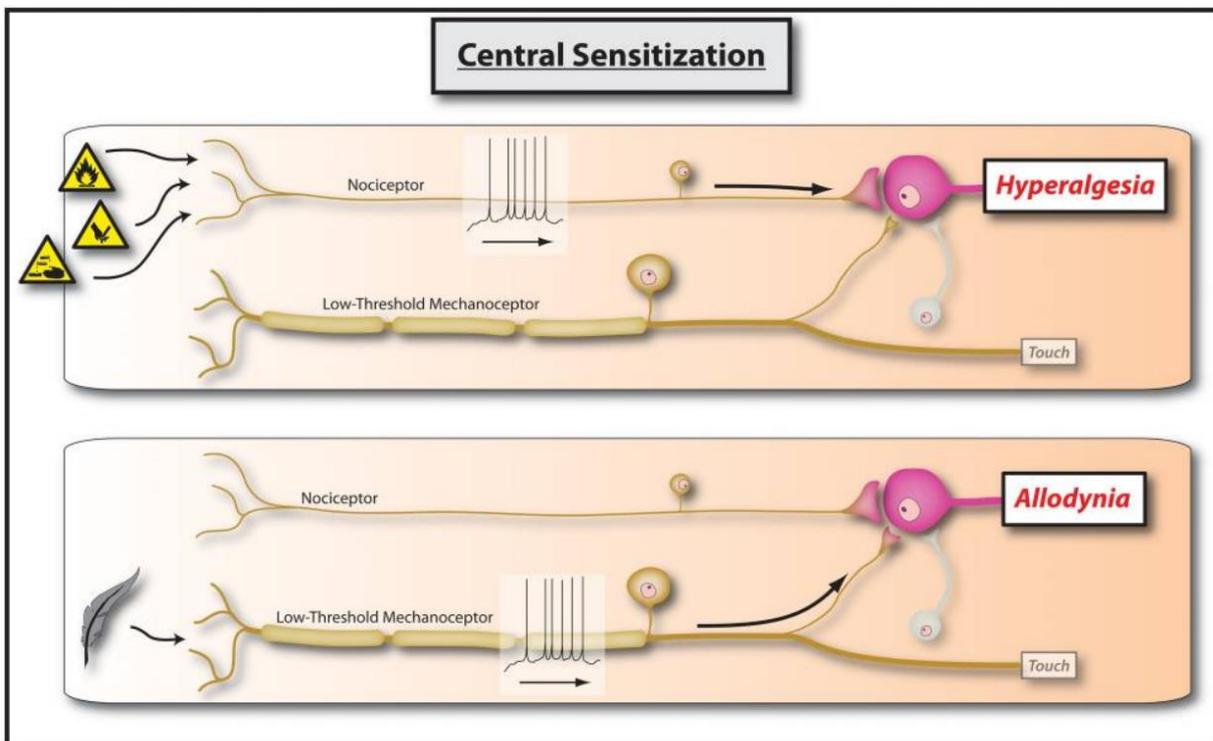
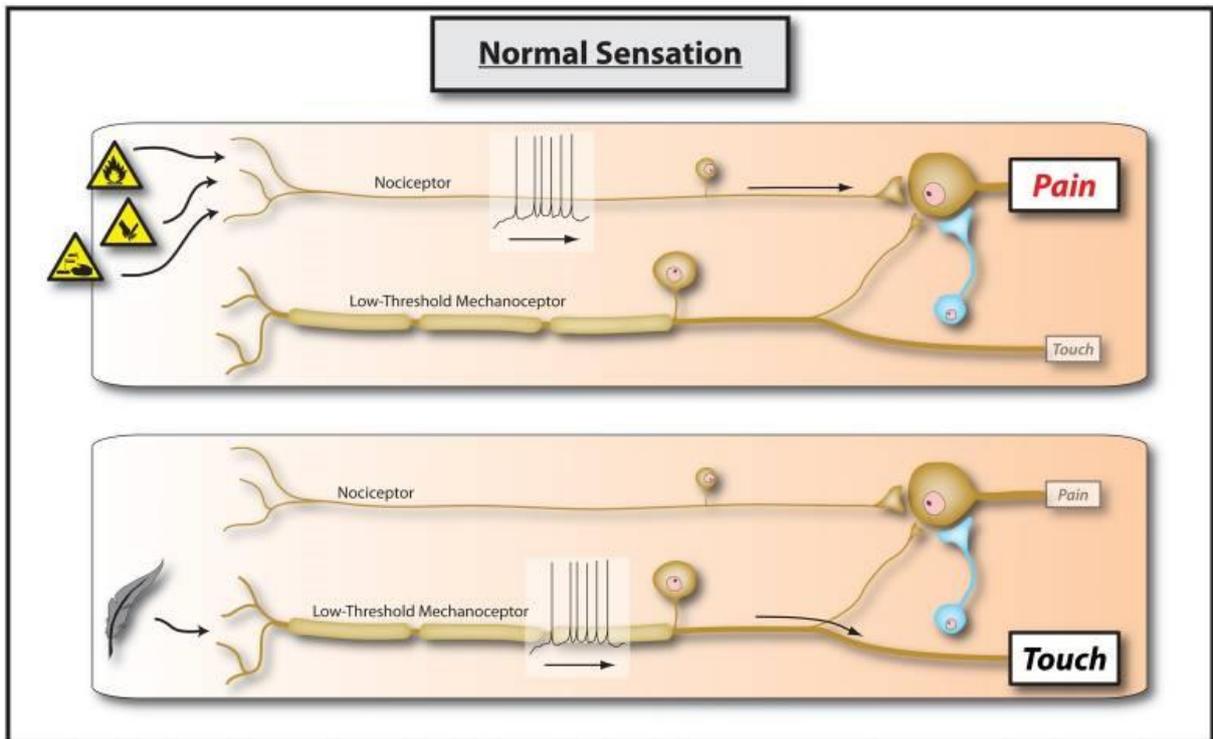
- Douleur neuropathique ou neurogène

Elle résulte d'une lésion ou d'une maladie affectant le système somato-sensoriel.

La troisième entité, anciennement qualifiée de douleur fonctionnelle ou idiopathique, était définie comme une douleur qui ne peut être catégorisée, ni comme nociceptive, ni comme neuropathique, et pour laquelle on ne retrouve pas de lésion mais un dysfonctionnement d'organe ou de système.

L'évolution des connaissances a permis de définir un nouveau mécanisme de la douleur, la sensibilisation centrale. D'après l'IASP, elle se caractérise comme « une réactivité accrue des neurones nociceptifs dans le système nerveux central face à des stimuli normaux ou inférieurs à leur seuil d'activation ». Le signal neuronal amplifié peut mener à :

- une hyperalgésie : sensibilité accrue des nocicepteurs à des stimuli nociceptifs
- une allodynie : douleur provoquée par des stimuli habituellement non nociceptifs
- une douleur qui s'étend au-delà de la zone douloureuse initiale
- une prolongation anormale de la sensation douloureuse après l'arrêt des stimuli nociceptifs



La sensibilisation centrale (15)

Les mots « fonctionnelle » et « idiopathique » devenus trop ambigus, ont été remplacés dans la nouvelle classification internationale par le terme :

- Douleur nociplastique

Selon l'IASP, elle résulte d'une « altération de la nociception malgré l'absence de preuve d'une lésion tissulaire activant les nocicepteurs, ou d'une maladie ou lésion affectant le système somato-sensoriel ». On y retrouve différents syndromes comme la fibromyalgie, la céphalée de tension, le syndrome de fatigue chronique ou le syndrome du côlon irritable.

F) Physiopathologie de la douleur

1. Le message nociceptif (14,16–19)

- Récepteurs et fibres nerveuses

Le message douloureux en périphérie est capté par des récepteurs appelés terminaisons nerveuses libres ou nocicepteurs. On peut les classer en différentes catégories, les mécano-nocicepteurs qui ne sont sensibles qu'à une douleur mécanique (étirement ou pression) et les nocicepteurs polymodaux qui sont sensibles à des stimuli mécaniques, mais également chimiques et thermiques. À noter qu'il existe des nocicepteurs silencieux qui ne s'activent qu'en présence d'une inflammation tissulaire ou en présence de la capsaïcine. Ils sont largement impliqués dans les phénomènes d'hyperalgésie et d'allodynie.

Ces différents récepteurs sont en continuité avec différentes fibres intervenant dans la nociception, les fibres A δ et C qui constituent le premier neurone aussi appelé protoneurone dont le corps cellulaire se situe dans le ganglion spinal de la racine dorsale de la moelle. Ces fibres sont respectivement faiblement myélinisées et amyéliniques avec une conduction lente. Les fibres A δ possèdent des champs récepteurs restreints et permettent une analyse plus fine et brève des stimuli. Les fibres C possèdent des champs récepteurs plus larges et donnent une sensation durable mais peu précise. Il existe également les fibres A α et A β qui sont fortement myélinisées avec une conduction rapide responsables du tact et de la proprioception.

- Transduction

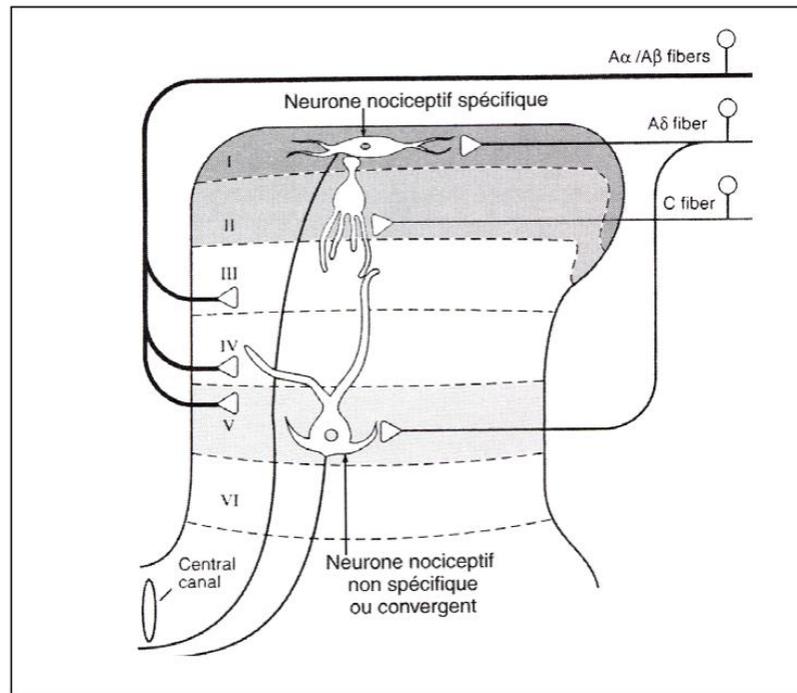
L'information nociceptive est créée à partir d'un stimulus périphérique qui va, soit activer directement les nocicepteurs correspondants, soit léser des cellules au sein des tissus en périphérie et entraîner la sécrétion et la libération de substances appelées « soupe inflammatoire ». Ces substances algogènes, telles que l'adénosine triphosphate, le proton H⁺, la bradykinine, les prostaglandines, l'histamine, la sérotonine, les interleukines, les leucotriènes ou les facteurs de croissance tumoraux, peuvent être activatrices ou sensibilisatrices des nocicepteurs. Selon les stimuli, différents récepteurs ou terminaisons libres vont être activés. D'autres neuropeptides algogènes, comme la substance P, la neurokinine A ou le peptide lié au gène de la calcitonine vont alors être libérés par les nocicepteurs des fibres C de manière antidromique ; on parle de réflexe d'axone. Ce phénomène va amplifier l'inflammation locale, se diffuser aux tissus sains adjacents et créer une hyperalgésie en « tache d'huile ». Ces processus entraînent une diffusion du message nociceptif vers le système nerveux périphérique en plus de son trajet orthodromique vers le système nerveux central.

Le message nociceptif est ensuite transformé en un message électrique grâce aux canaux sodiques volto-dépendants, on parle de transduction. Cette transduction peut être mécanique via les mécano-récepteurs, ou thermique via les TRP (*Transient Receptor Potential*). Les TRPV1, 2, 3 et 4 sont sensibles à la chaleur et à la capsaïcine ; les TRPM8 et TRPA1 sont eux, sensibles au froid. Les canaux sodiques une fois ouverts, laissent les ions sodium entrer dans la cellule et on observe une dépolarisation de la membrane. Un influx électrique se crée et se propage dans la fibre nerveuse jusqu'aux neurones sensoriels primaires localisés au sein du ganglion de la racine dorsale.

- Transmission

Le message est ensuite conduit jusque dans la corne dorsale de la moelle épinière au niveau de son apex. La terminaison du protoneurone fait relais avec les axones des neurones de deuxième ordre, les deutoneurones, en pénétrant les lames I, II et V de Rexed situées dans la substance gélatineuse de la corne dorsale.

Il existe deux types de deutoneurones, les neurones nociceptifs spécifiques qui ne reçoivent que les fibres A δ et C au niveau des lames I et II et ne s'activent qu'à partir d'un certain seuil de stimulation. Les neurones nociceptifs non spécifiques, situés au niveau de la lame V, sont dits non spécifiques, car ils reçoivent des informations nociceptives et non nociceptives. Selon l'intensité de la stimulation, le message peut devenir douloureux au-delà d'un certain seuil.



Distribution des fibres afférentes primaires dans la corne postérieure de la moelle (19)

Ce relais met en jeu des neurotransmetteurs au niveau synaptique tels que le glutamate et la substance P. Les axones des deutoneurones décussent et sont à l'origine des voies médullaires ascendantes.

Ces voies ascendantes se projettent au niveau supra-spinal via le faisceau antéro-latéral, et sont rejointes au niveau du bulbe par les axones issus du nerf trijumeau qui véhicule la sensibilité de la face. Deux voies semblent se distinguer :

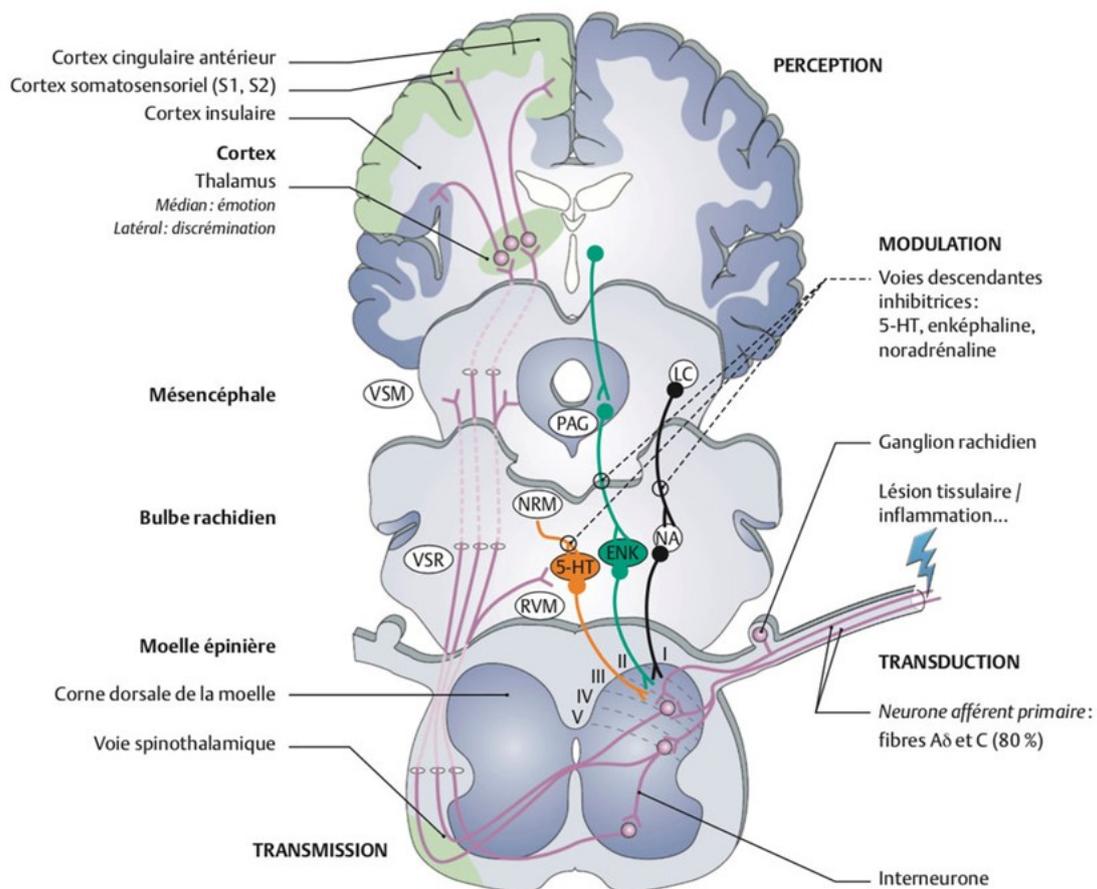
- la voie néo-spinothalamique se projette vers les noyaux thalamiques latéraux où s'effectue le dernier relais avec le 3^{ème} neurone, avant que le message nociceptif n'atteigne les aires du cortex somesthésique. Elle est responsable de la composante sensori-discriminative de la douleur et lui attribue ses caractéristiques (qualité, intensité, durée, localisation).

- la voie paléo-spinothalamique se projette vers les noyaux de la formation réticulée et vers les noyaux thalamiques médians où s'effectue le dernier relais avec le 3^{ème} neurone, avant que le message nociceptif n'atteigne les aires corticales préfrontales et le système limbique (le cortex insulaire et cingulaire antérieur). Elle est responsable de la composante affective et émotionnelle et lui confère son aspect désagréable.

L'hypothalamus reçoit également des afférences directes ou indirectes qui lui confèrent un rôle dans le contrôle des réactions végétatives de la douleur et du stress.

▪ Perception

Lorsque le message nociceptif atteint le cortex, on parle de perception, celle-ci pourra être modulée par divers facteurs intrinsèques et extrinsèques (expériences personnelles, connaissances, environnement...)



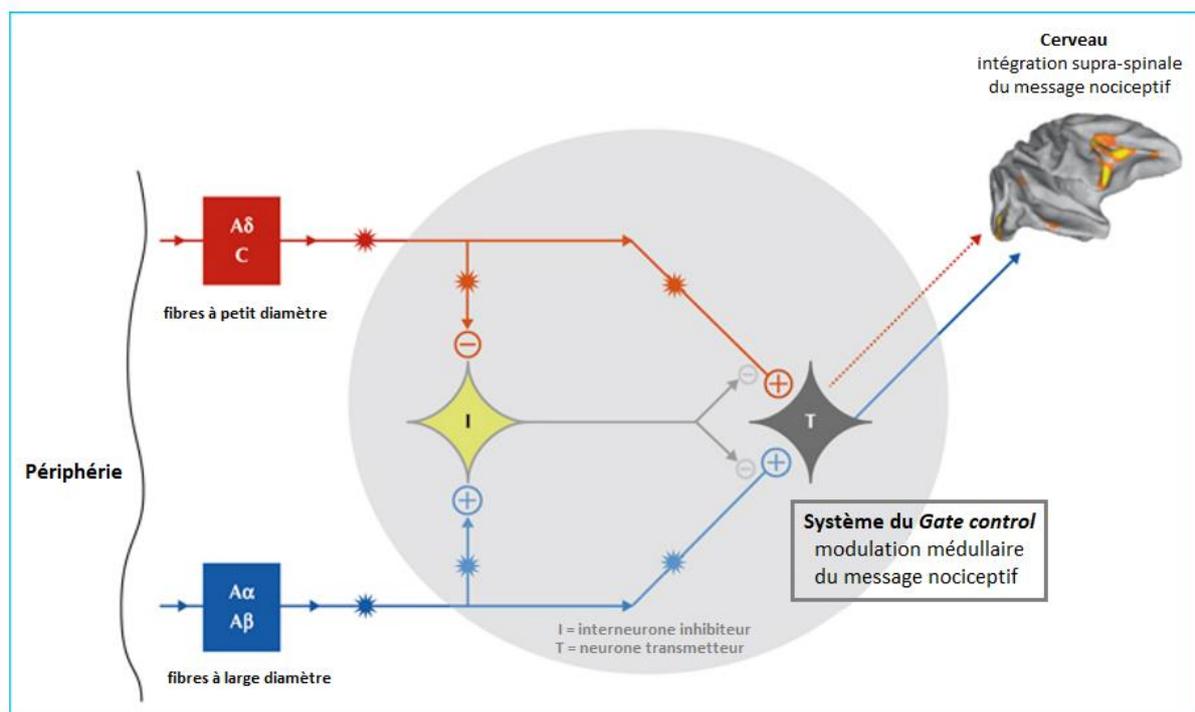
Message nociceptif (17),(18)

2. Les systèmes de contrôle et de modulation (14,17,18)

Les mécanismes de modulation de la douleur sont multiples. Ils interviennent à différents niveaux (cortical, tronc cérébral et spinal) avec de nombreux neuromédiateurs. Les phénomènes ne sont pas encore tous connus et beaucoup restent encore à découvrir.

- Théorie du portillon ou « *Gate control* »

Cette théorie a été proposée en 1965 par Ronald Melzack et Patrick Wall sur la régulation de la douleur. Elle repose sur la capacité d'inhiber un message nociceptif par un autre message non nociceptif adapté (le chaud, le froid, le frottement ou les vibrations par exemple). L'inhibition d'un message nociceptif passe par un interneurone inhibiteur GABAergique recruté par les fibres de gros diamètre ($A\alpha$ et $A\beta$) ayant été stimulées. Les fibres $A\alpha$ et $A\beta$ ont une conduction plus rapide car elles sont myélinisées. Cela permet lorsqu'elles sont stimulées, de « fermer la porte », via l'interneurone inhibiteur, au message nociceptif véhiculé par les fibres de petit diamètre ($A\delta$ et C) ayant une conduction plus lente.



Théorie du portillon ou « *Gate Control* » (20)

Ce mécanisme est repris dans la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) qui utilise des ondes électriques douces qui stimulent les fibres de gros diamètre, et permettent ainsi d'inhiber le message douloureux.

- Contrôles inhibiteurs descendants

Les voies inhibitrices descendantes intervenant dans le contrôle de la douleur ne sont pas encore bien connues. Elles se retrouvent à plusieurs niveaux et sont modulées via des neurotransmetteurs.

Dans le mésencéphale :

- La voie passant par la substance grise périaqueducale est modulée par des enképhalines et autres dérivés opioïdes endogènes

- La voie passant par le locus coeruleus est modulée par la noradrénaline

Dans le bulbe :

- La voie passant par le noyau réticulaire paragigantocellulaire et gigantocellulaire est modulée par la noradrénaline

- La voie passant par le noyau raphé magnus est modulée par la sérotonine

Dans la moelle épinière :

- La voie passant par la corne dorsale est modulée par les opioïdes avec une interaction du faisceau bulbo-spinal via la sérotonine.

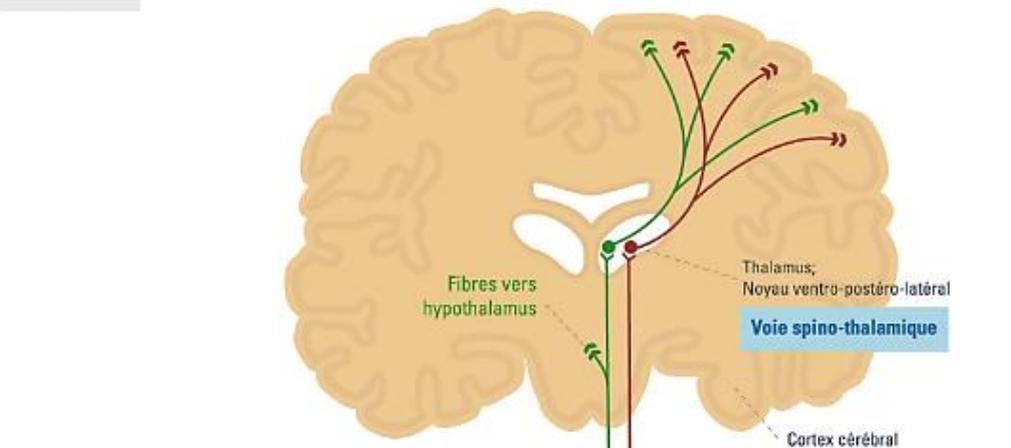
La dopamine, connue pour être l'hormone de la récompense, aurait également une fonction antalgique en potentialisant l'effet antinociceptif des opioïdes (21).

- Contrôle inhibiteur diffus nociceptif (CIDN)

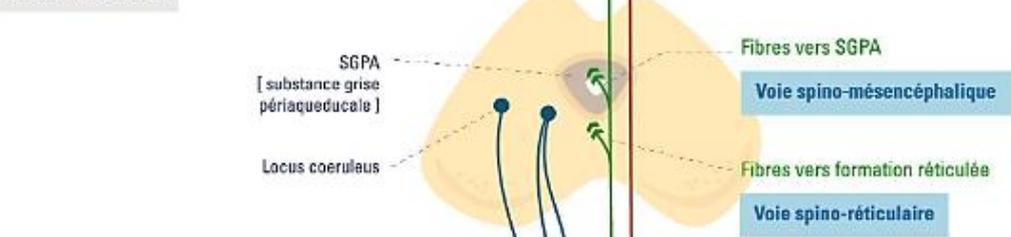
Ce mécanisme est activé lorsqu'il existe une stimulation nociceptive d'une autre partie du corps que celle de la douleur initiale. Le principe est de masquer une douleur par une autre douleur. Ce contrôle passe par des voies supraspinales avec des neuromédiateurs comme la sérotonine ou les endorphines.

Les systèmes de modulation de la douleur sont finement régulés via les neurotransmetteurs. L'hypothèse d'un déficit en sérotonine et/ou noradrénaline a été évoquée dans certaines études sur la fibromyalgie. Ce déficit entraînerait une inefficacité de certains mécanismes d'inhibition de la douleur (22–24).

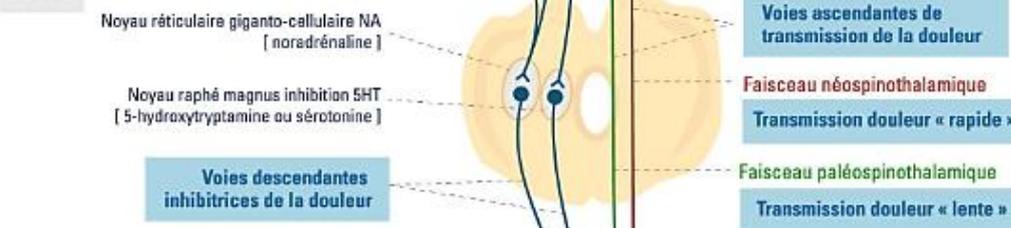
ENCÉPHALE



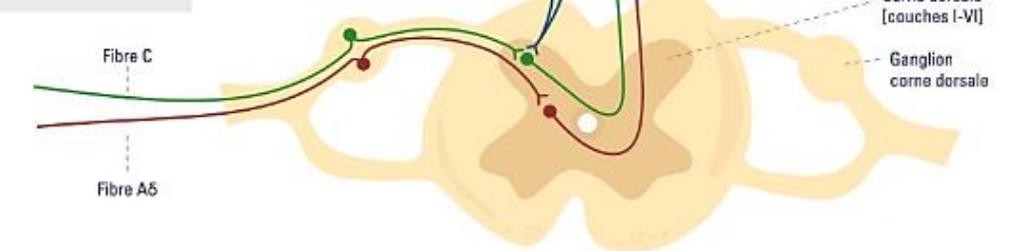
MÉSENCEPHALE



BULBE



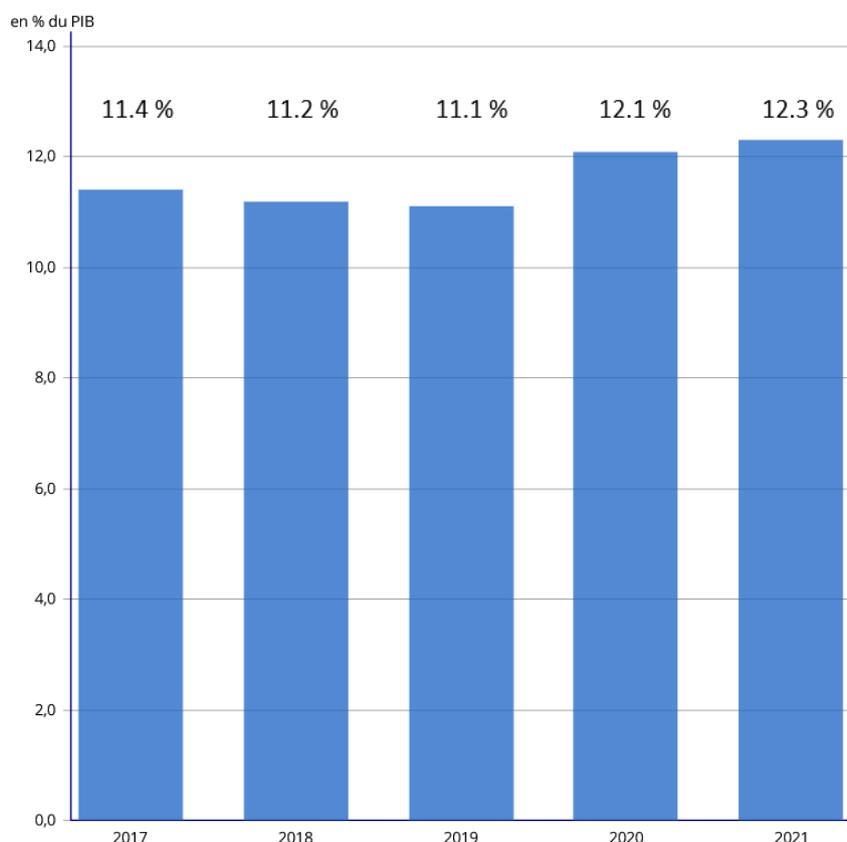
MOELLE ÉPINIÈRE



Voies ascendantes et descendantes inhibitrices (25)

G) Un enjeu de Santé Publique

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002, inscrite au Code de la santé publique, reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne (26). Complétée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la douleur est mise en exergue et devient l'un des principaux indicateurs de santé en France (27). D'après l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), la France fait partie des pays qui allouent l'un des budgets les plus importants à la santé. La DCSi (Dépense Courante de Santé au sens international) correspond à la consommation des services sanitaires et biens médicaux individuels ou collectifs. Elle représentait 12.3% du Produit Intérieur Brut (PIB) en 2021 (307.8 milliards d'euros). Ces dépenses ont augmenté depuis 2019 en raison de la crise sanitaire liée à la COVID-19 (28,29).

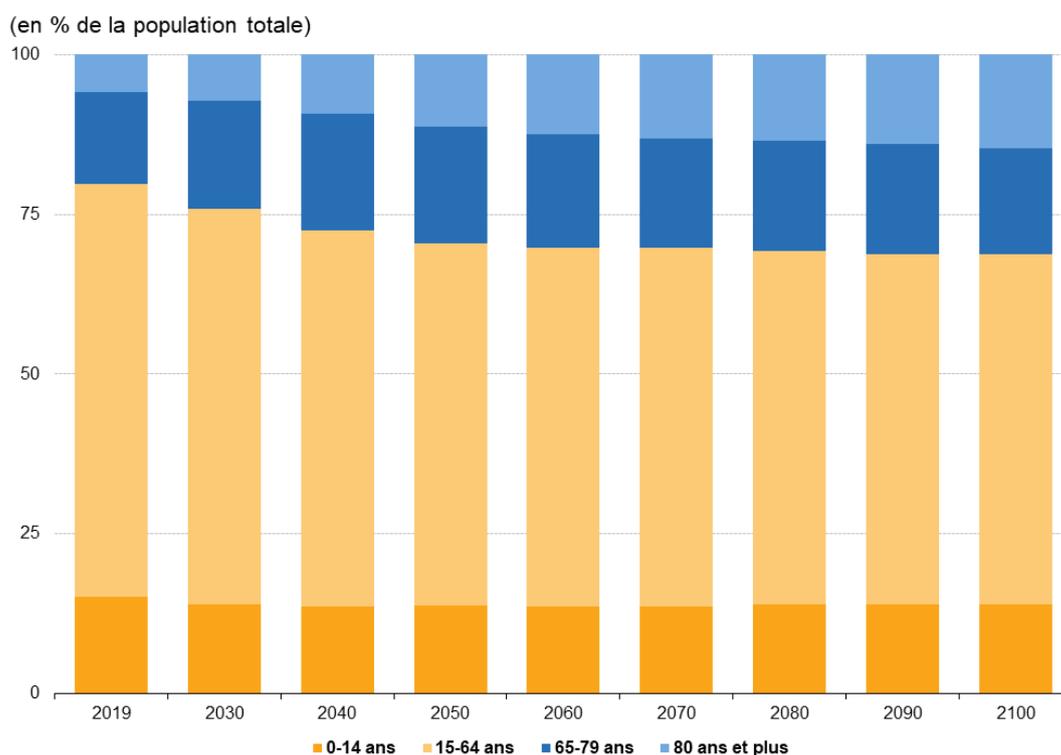


La Dépense courante de santé au sens international (DCSi) (29)

1. Épidémiologie

- En Europe

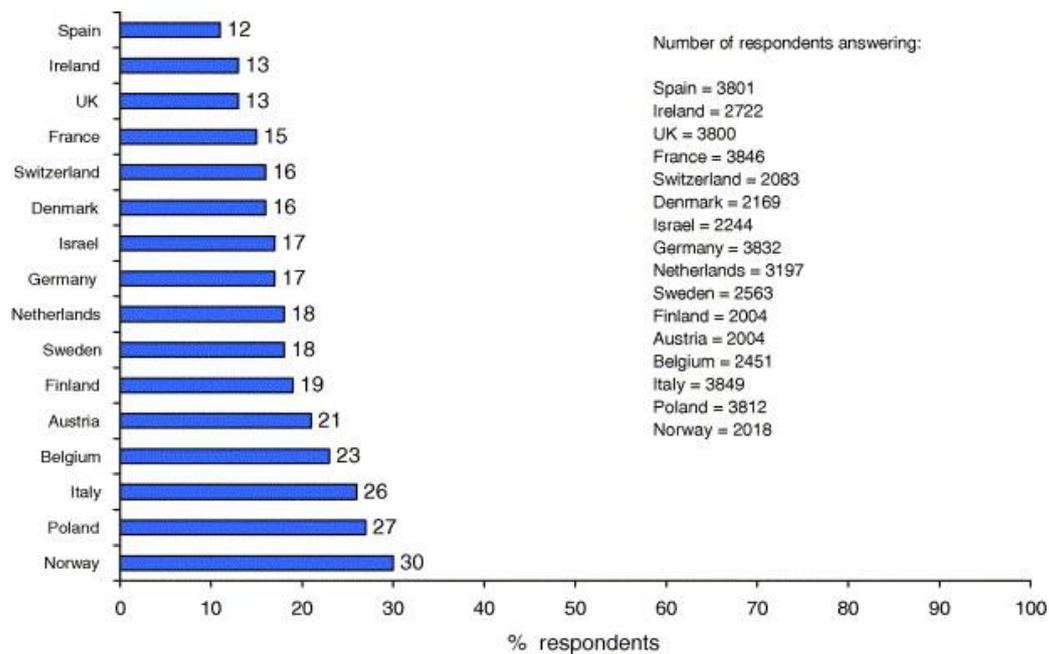
La population européenne est vieillissante ; selon les prévisions, entre 2019 et 2100, la part des 80 ans et plus devrait plus que doubler (30,31). En conséquence, la santé deviendra un axe de plus en plus important dans les années à venir, avec notamment la prise en charge des pathologies chroniques, dont la douleur chronique.



Structure de la population par tranche d'âge dans l'Union européenne de 2019 à 2100 (30)

Les études européennes sur la douleur chronique sont peu nombreuses. Il est difficile d'en estimer précisément la prévalence, d'autant plus que la définition de la douleur chronique diverge selon les études. Les données retrouvées par Ospina et al. varient entre 10.1% et 55.2% avec une prévalence moyenne estimée à 35.5%, ce qui représente 95 millions d'européens ressentant des douleurs au long cours (32).

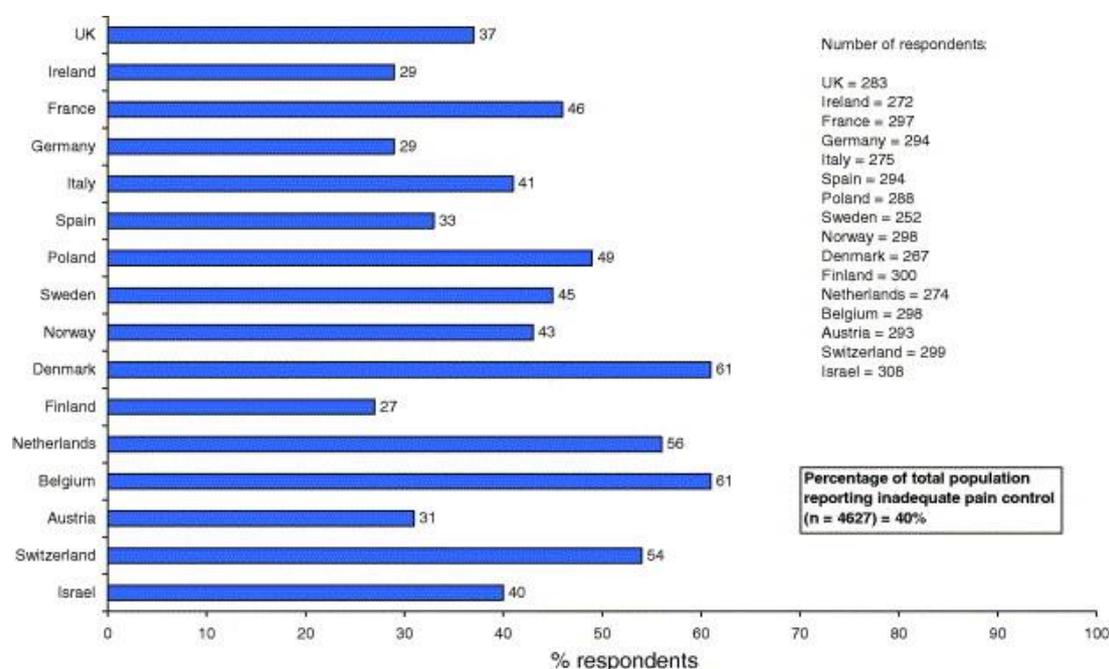
La plus large étude européenne a été réalisée en 2006 et regroupe 16 pays. La prévalence moyenne de la douleur chronique dans cette étude est estimée à 19%. La France se situe sous le seuil européen avec 15% (33). En effet, à l'échelle de l'Europe et même du monde, la France a été l'une des premières nations à s'intéresser et à lutter contre la douleur depuis la fin du XX^e siècle (34).



Prévalence de la douleur chronique (33)

Les médecins généralistes sont les plus sollicités dans le cadre de la prise en charge de la douleur (38%), suivis des services spécialisés dans la douleur (21%) et des hôpitaux (20%). Le délai d'adressage vers ces services spécialisés peut varier d'un pays à l'autre. L'Allemagne et le Royaume Uni ont les délais les plus longs avant une première consultation spécialisée pouvant aller à plus de 3 ans. La France reste dans la moyenne avec un délai d'environ 1 an (35).

Pour près de 40% des Européens, leur douleur n'est pas suffisamment contrôlée. Ce constat entraîne d'importantes conséquences sur le versant professionnel.



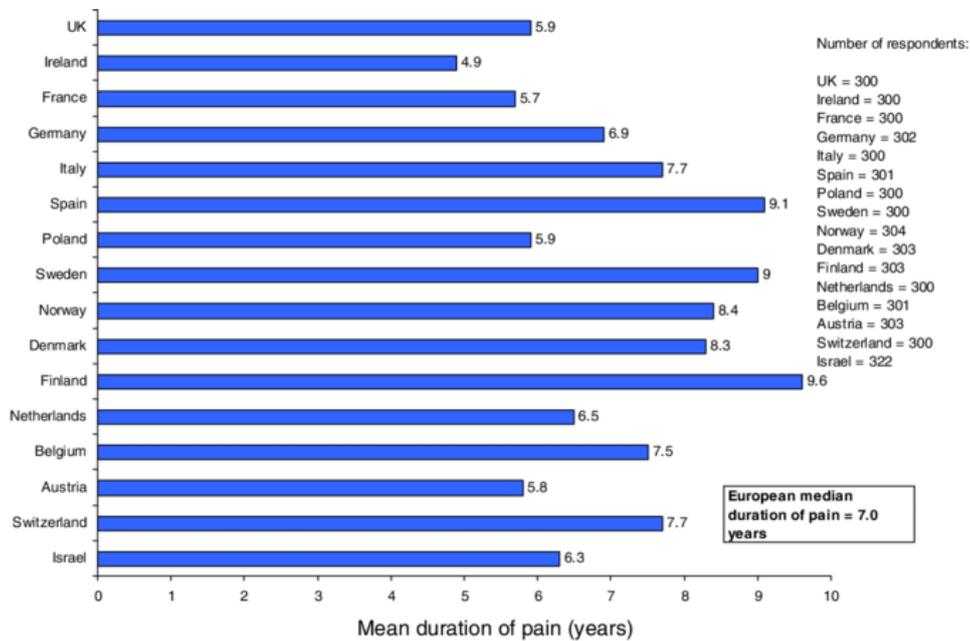
Pourcentage de la population déclarant un contrôle inadéquat de la douleur (33)

On retrouve 21% des patients douloureux chroniques en incapacité totale de travailler et près de 61% déclarent que leurs douleurs chroniques ont un impact direct sur leur travail (36). Selon l'enquête européenne PainSTORY de 2009, 33% des patients douloureux chroniques ont dû réduire leur temps de travail et jusqu'à 65% envisagent de cesser totalement leur activité professionnelle (37,38). Cette enquête révèle également un impact psycho-social important avec près de 2/3 des patients présentant un sentiment d'anxiété ou de dépression, et plus de 28% pouvaient même ressentir des idées suicidaires tellement la douleur était intense (37).

- En France

Selon l'enquête STOPNEP, près d'un tiers de la population, soit 31.7%, déclare souffrir de douleurs quotidiennes depuis plus de 3 mois. Les femmes sont les plus touchées tout comme les catégories socioprofessionnelles défavorisées. Cette prévalence augmente avec l'âge (3).

La durée moyenne de la douleur chez ces patients est de 5,7 ans en France contre 7 ans en Europe (33).



Durée moyenne de la douleur en Europe (années) (33)

La douleur représente l'un des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale (4). En moyenne, la douleur chronique pousse un patient à consulter son médecin traitant 10 fois par an et un autre médecin spécialiste (non médecin de la douleur) à 4 reprises. Cela se traduit par plus de 72 millions de consultations supplémentaires par an, soit un surcoût direct estimé à 1.163 milliards d'euros (39).

La douleur a une forte prévalence dans la population française et une vraie demande de soins associée s'en dégage au vu du nombre de consultations dédiées.

Pour 46% de patients douloureux chroniques français, leur douleur n'est pas suffisamment contrôlée et il faut attendre en moyenne une année pour être orienté vers une SDC (33). Ces chiffres révèlent une réelle discordance entre la demande de soins et l'orientation vers un médecin spécialisé dans la prise en charge de la douleur. Moins de 3% des patients souffrant de douleurs chroniques bénéficient d'une prise en charge au sein d'une structure spécialisée (4). Pourtant, une douleur non maîtrisée et persistante, crée un impact psycho-social indéniable. Plus d'un quart des patients douloureux chroniques ont dépassé leur seuil de tolérance entraînant des idées suicidaires (37).

La chronicisation de la douleur entraîne des répercussions tant sur la vie personnelle que professionnelle et peut progressivement exclure le patient de la société. 40% des patients douloureux chroniques sont impactés dans leur activité professionnelle (40), et près de 45% bénéficient d'arrêts de travail dont la durée moyenne cumulée excède les 4 mois par an (41).

2. Les plans de lutte contre la douleur

- Premier plan 1998-2001

C'est en 1998, à l'initiative de Bernard Kouchner, alors Secrétaire d'État à la Santé, qu'un premier plan de lutte contre la douleur voit le jour. Ce programme national triennal est le fruit d'une réflexion des pouvoirs publics visant à améliorer la qualité des soins promulgués aux malades. L'idée principale de ce plan repose sur le fait que la douleur ne doit plus être une fatalité. Le patient doit être remis au cœur du système de santé et bénéficier d'informations claires à propos de la douleur. De nombreuses mesures ont pu être mises en place, telles que la création de structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur, la formation des professionnels de santé renforcée ou encore l'accès simplifié aux antalgiques de classe 3 (2,42). Ce plan a été évalué par la Société Française de Santé Publique en 2001. Les conclusions révèlent une vraie prise de conscience et une dynamique positive d'amélioration, mais des progrès restent à faire. Les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur restent peu connues avec des délais d'accès trop longs, la formation initiale et continue des professionnels de santé reste encore insuffisante et l'accès aux antalgiques opioïdes n'est pas assez facilité (43).

- Deuxième plan 2002-2005

C'est donc dans une logique de continuité qu'un nouveau programme de lutte contre la douleur est proposé de 2002 à 2005. Ce programme poursuit les objectifs du premier plan de lutte contre la douleur auxquels s'ajoutent trois nouvelles priorités : la prise en charge de la migraine, la douleur chez l'enfant et la douleur provoquée par les soins et la chirurgie (44).

- Troisième plan 2006-2010

S'en suivra un troisième plan de 2006 à 2010 visant à améliorer la prise en charge des patients vulnérables, à renforcer la formation des professionnels de santé, à améliorer l'utilisation des méthodes médicamenteuses et non médicamenteuses et à permettre une meilleure structuration de la filière de soins de la douleur (45).

- Quatrième plan 2013

Un quatrième plan aurait dû voir le jour en 2013 mais n'a malheureusement jamais été finalisé. Depuis, aucun nouveau plan n'a été évoqué. Ces trois programmes nationaux ont pourtant permis une vraie prise de conscience et de nombreuses avancées concernant la douleur dans ses différents aspects.

- Livre blanc de la douleur

La Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) milite pour la poursuite d'actions de lutte contre la douleur, et publie régulièrement un « livre blanc de la douleur ».

En 2022, la SFETD s'associe avec la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) pour élaborer la dernière version de son livre blanc abordant la douleur post-opératoire et sa chronicisation (46). Une intervention chirurgicale est potentiellement pourvoyeuse de douleurs post-opératoires, mais au-delà de la durée prévisible, les douleurs persistantes évoluent vers des douleurs chroniques post-chirurgicales (DCPC). Comme toute douleur chronique, les DCPC ont un impact médico-socio-économique important.

Elles représentent, en France, environ 20% des consultations en structures de la douleur, les prévenir sont un des principaux objectifs en anesthésie et en médecine péri-opératoire (46). Parce qu'une intervention chirurgicale ne se limite pas à l'acte opératoire, il est important d'identifier et de tenir compte des différents facteurs favorisant les DCPC inhérents au patient, à l'environnement et à la chirurgie dans sa globalité.

La France a été pionnière dans la considération de la douleur comme le montrent les différents plans gouvernementaux depuis 1998 et sa prise en charge est devenue une priorité commune à toutes les spécialités.

Afin de concrétiser cette prise de conscience, l'une des mesures majeures a été la création et la labellisation en 2001 de structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur.

II. Les structures douleur chronique (SDC)

A) Aspects organisationnels

1. Types de structure

Dès 1994 la notion de structure de la douleur apparaît en France. La labellisation de ces structures par les Agences Régionales de Santé (ARS) a été mise en place en 2001 à l'issue du premier plan national de lutte contre la douleur. Le label doit être renouvelé tous les 5 ans. Les structures regroupent les « consultations » et les « centres » de la douleur. Les « consultations » assurent une prise en charge pluriprofessionnelle avec des missions simplifiées ; les « centres » doivent être équipés de lits d'hospitalisation et d'un plateau technique, ils doivent également assurer des missions d'enseignement et de recherche. Ces deux types de structures peuvent assurer des « permanences avancées » avec une équipe dédiée au sein d'un établissement de santé. Ces permanences doivent être rattachées à une structure labellisée (47).

Elles ne sont, pour l'instant, présentes que dans certaines régions comme la Bourgogne-Franche-Comté, le Centre-Val de Loire, le Grand Est, l'Île-de-France et la Nouvelle-Aquitaine et permettent un meilleur maillage territorial (48).

2. La labellisation

Pour obtenir la labellisation, les structures doivent respecter des critères spécifiques qui ont été révisés en 2011 puis en 2017 (48,49).

Les structures doivent répondre à 11 points (48) :

- Être sous la responsabilité d'un médecin diplômé douleur
- Cumuler un temps médical d'au moins 5 demi-journées par semaine
- Cumuler un temps non médical de 1,5 ETP (équivalent temps plein)
- Réaliser au moins 500 consultations par an
- Avoir une prise en charge pluriprofessionnelle avec au minimum un médecin formé à la douleur, un IDE (infirmier diplômé d'état), un psychologue et/ou psychiatre et une secrétaire
- Assurer une permanence téléphonique du lundi au vendredi avec un numéro dédié
- Regrouper l'activité pluriprofessionnelle dans des locaux communs
- Être en lien avec les correspondants libéraux, les institutions ou les associations
- Être rattaché à un établissement et participer à la prise en charge interne des patients douloureux
- Avoir accès à des avis spécialisés (neurologie, rhumatologie, anesthésie ...)
- Élaborer des projets thérapeutiques personnalisés avec des réunions de synthèse pluriprofessionnelles

La révision de 2017 a ajouté deux critères pour les SDC dites « centre » (48) :

- Effectuer au moins une réunion de concertation pluridisciplinaire par mois
- Répondre à au moins une des deux conditions suivantes :
 - o Coordonner ou avoir la responsabilité pédagogique d'un diplôme universitaire de la douleur
 - o Avoir une activité de recherche avec au moins 3 publications durant les 5 dernières années

La pluridisciplinarité et la communication sont des points essentiels dans la prise en charge de patients douloureux. Ces aspects sont souvent mis en échec et participent à la chronicisation de la douleur. Les structures douleur chronique ont pour but de pallier ces dysfonctionnements.

3. Spécificité chez l'enfant

La douleur a des spécificités chez l'enfant et l'adolescent qui nécessitent une prise en charge particulière. Il existe des structures dédiées à la pédiatrie réparties au niveau régional, mais les structures adultes peuvent accueillir tous les publics si les conditions sont réunies pour une prise en charge adaptée. Le médecin responsable doit à la fois être formé à la douleur et à la pédiatrie. Ces structures doivent réaliser au moins une réunion de concertation pluridisciplinaire par mois et pour les cas complexes des réunions régionales voire interrégionales (48,49).

B) Au niveau national

1. Recensement des structures douleur chronique

Tout citoyen doit avoir accès à une prise en charge optimale de sa douleur. Chaque région requiert au moins une structure spécialisée pour répondre à la demande.

La succession des trois plans nationaux de lutte contre la douleur a permis de développer rapidement les structures spécialisées. En 2001, elles étaient au nombre de 96 pour atteindre plus de 200 en 2006 (50).

Suite à une enquête démographique de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) réalisée en 2021, le nombre de structures spécialisées labellisées a augmenté. On recense 166 « consultations », 68 « centres » et 37 « permanences avancées », soit un total de 271 en France métropolitaine. Dans les DOM TOM on retrouve 4 « centres » et 2 « consultations » (49).

La dernière labellisation obtenue en 2017 devait être renouvelée en 2022. La pandémie due à la COVID-19 l'a repoussée d'un an et ne sera effective qu'à l'issue du premier trimestre 2023 (51).

2. L'impact de la réforme territoriale des régions

Le nouveau découpage régional de 2015 a eu une incidence négative sur la répartition de ces structures et leur accessibilité. Le territoire dépendant de la structure est devenu plus vaste, ce qui entraîne une perte de proximité pour les patients et des délais de prise en charge allongés. L'attente pour un premier rendez-vous est d'environ 4 mois mais peut atteindre, pour certaines structures, plus de 6 mois de délai (48). Pour accéder à ces structures, les patients doivent suivre le parcours de soins habituel et être adressés par un médecin. Ils ne peuvent pas, en théorie, venir de leur propre chef (47).

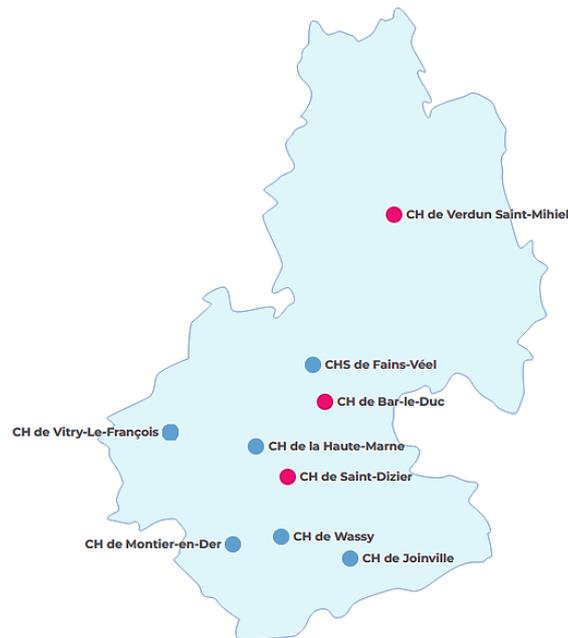
C) Au niveau local, la région Grand Est (49)

La région Grand Est regroupe 8 « centres », 10 « consultations » et 4 « permanences avancées ».

Type de structures	Ville	Établissement
Centres	<ul style="list-style-type: none"> - Colmar - Mulhouse - Strasbourg* - Troyes - Metz - Nancy* - Nancy - Reims* 	<ul style="list-style-type: none"> - Centre Hospitalier (CH) de Colmar - Groupe Hospitalier de Mulhouse et Sud-Alsace (MSA) - Hôpital de Hautepierre* - CH de Troyes - Hôpitaux privés de Metz, site Sainte Blandine - CHRU Brabois* - Institut de Cancérologie de Lorraine - CH de Reims*
Consultations	<ul style="list-style-type: none"> - Haguenau - Strasbourg - Charleville Mézières - Hayange - Metz - Sarreguemines - Nancy - Verdun - Saint-Dizier - Épinal 	<ul style="list-style-type: none"> - CH de Haguenau - Groupe Hospitalier de Saint Vincent - CH de Charleville-Mézières - CH de Hayange - CH de Mercy - CH Robert Pax - CHRU Central - CH de Verdun Saint-Mihiel - CH Geneviève De Gaulle Anthonioz - CH Émile Durkheim
Permanences avancées	<ul style="list-style-type: none"> - Thann - Bar-le-Duc - Chaumont - Langres 	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe Hospitalier MSA rattaché au CH de Mulhouse - CH de Bar-le-Duc - CH de Chaumont - CH de Langres

* = Prise en charge des enfants

Au sein du GHT Cœur Grand Est, il n'y pas de structure de type « centre » mais deux « consultations » réparties entre Saint-Dizier et Verdun et une « permanence avancée » située à Bar-le-Duc. Chacune de ces structures est hébergée au sein d'un établissement hospitalier (52).



Carte du GHT Cœur Grand Est (52)

La douleur représente un enjeu majeur de santé publique, sa prise en charge est devenue une priorité. Depuis cette prise de conscience, de nombreuses mesures ont vu le jour afin de limiter l'impact de la douleur sur les plans médico-socio-économiques. Chaque individu a été, est, ou sera confronté un jour au phénomène douloureux. Le premier maillon de recours reste le médecin traitant, mais parfois la complexité du phénomène peut nécessiter une prise en charge spécialisée. Comme dans toute spécialité, certaines pathologies ont besoin d'une expertise. Les médecins généralistes connaissent et adressent facilement leurs patients vers un pneumologue ou un cardiologue si nécessaire, mais l'adressage vers un médecin de la douleur est beaucoup moins courant en pratique.

On peut alors se demander pour quelles raisons les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ne sont-elles pas un recours facile pour les médecins généralistes au sein du GHT Cœur Grand Est ?

Deuxième partie : L'étude

I. Matériel et Méthode

A) Objectifs de l'étude

Les structures douleur chronique sont implantées en France depuis plusieurs décennies mais restent encore peu connues du grand public et des professionnels de santé.

Notre hypothèse est qu'il existe un manque d'informations et de connaissances des médecins généralistes envers les SDC.

Cette étude a donc pour objectif principal de faire état des connaissances des médecins généralistes concernant ces structures au sein du GHT Cœur Grand Est.

Les objectifs secondaires sont :

- de rechercher les freins de recours aux structures spécialisées dans la douleur
- de rechercher les besoins en formation sur la douleur et les structures spécialisées
- de créer un outil d'aide à la pratique quotidienne, à destination des médecins généralistes du GHT Cœur Grand Est

L'aboutissement de ce travail de thèse est de contribuer à l'amélioration du lien ville-hôpital et de la prise en charge des patients douloureux chroniques au sein du GHT Cœur Grand Est.

B) Description de l'étude

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale. Le but est de collecter des informations tirées d'une situation observée à un instant « T » afin de répondre à notre problématique.

2. Choix du territoire d'étude

Ayant effectué mes derniers stages d'internat dans le département de la Meuse et y exerçant en tant que médecin généraliste remplaçante, il était naturel que mon sujet prenne forme sur ce territoire. Les deux structures meusiennes spécialisées dans la prise en charge de la douleur, situées à Bar-le-Duc et Verdun, travaillent de concert avec celle de Saint-Dizier au sein du GHT Cœur Grand Est. Il était donc plus pertinent que mon travail de thèse s'étende au maillage territorial du GHT.

3. Choix de la population

L'étude s'est portée uniquement sur les médecins généralistes libéraux installés. Ils représentent le premier interlocuteur médical des patients douloureux. Les critères « libéraux » et « installés » sont importants afin de limiter le biais de confusion. En effet, l'exercice hospitalier peut favoriser la connaissance des structures douleur chronique étant hébergées dans les établissements de santé. Les médecins remplaçants étant mobiles sur différents territoires, il est difficile de sélectionner ceux qui exercent ou ont exercé uniquement au sein du GHT Cœur Grand Est. De plus, ils peuvent être influencés par des pratiques différentes lors de remplacements hors du GHT.

4. Choix de la méthode (53)

Un questionnaire à réponses fermées a été adressé aux médecins généralistes libéraux installés sur le territoire du GHT Cœur Grand Est. Cette méthode a été choisie pour sa simplicité de réponse et de mise en œuvre. Le questionnaire permet aux médecins de choisir le moment approprié pour y répondre. Il se veut volontairement court et à réponses fermées afin d'obtenir un taux de réponse acceptable.

5. Description du questionnaire (53)

Le questionnaire se présente sous forme d'un document « *Google Forms* » composé de 17 questions réparties en 4 thèmes. Ces questions ont été sélectionnées pour la pertinence des informations à en déduire.

- Les caractéristiques socio-démographiques

Nous nous sommes intéressés au sexe, à l'âge et au département des médecins pour savoir si notre population était représentative. Les données concernant l'âge des médecins ont volontairement été collectées sous forme de tranche d'âge et non en valeur absolue, afin de limiter l'identification des répondants. Le questionnaire a été paramétré pour garantir l'anonymisation des données et la suppression de celles-ci après leur analyse. Nous nous sommes également intéressés au type d'exercice (installé seul, installé en cabinet de groupe de médecins généralistes ou installé en cabinet de groupe pluridisciplinaire) afin d'en déduire ou non un lien avec les connaissances sur la douleur ou sur les structures spécialisées dans sa prise en charge. La douleur chronique ayant une forte prévalence en médecine générale, il était donc primordial de connaître la part de patients douloureux chroniques dans la patientèle des médecins répondants.

- La douleur chronique

Nous nous sommes intéressés à l'attitude des médecins généralistes face à la douleur chronique. Nous avons utilisé une échelle de Likert afin de recueillir leur ressenti. Les questions suivantes ont abordé la connaissance des méthodes de prise en charge de la douleur et la formation reçue sur la douleur chronique. Ces informations peuvent être pertinentes pour mettre en évidence une influence sur leur attitude face à la douleur chronique. Elles permettront de nous éclairer sur l'état d'esprit et les éventuels besoins en formation des médecins généralistes.

- Les structures spécialisées dans la douleur

Nous avons également utilisé une échelle de Likert pour rechercher la fréquence de recours à ces structures par les médecins généralistes. Une formation délivrée par les structures est intéressante à rechercher afin d'analyser l'influence de celle-ci sur la connaissance des structures par les médecins généralistes.

Puis, des tableaux à double entrée ont été construits afin d'étudier simultanément la connaissance des médecins généralistes du GHT sur les structures de Bar-le-Duc, Saint-Dizier et Verdun. Il a été proposé à notre échantillon de répondre pour une, deux ou les trois structures du GHT selon leurs connaissances et leurs habitudes d'adressage. Nous ne pouvions limiter les réponses à une seule structure par répondant pour les raisons suivantes. Les médecins généralistes n'adressent pas automatiquement leurs patients à la structure la plus proche ou bien, ils peuvent travailler avec plusieurs structures selon les besoins ou leur emplacement géographique. Les trois questions présentées sous forme de tableaux à double entrée comprennent des propositions multiples. Ces dernières sont listées de manière exhaustive pour les trois structures du GHT Cœur Grand Est. Pour limiter un potentiel biais de remplissage en cochant toute la liste, une ou plusieurs « propositions perturbatrices » ont été insérées dans chacune des trois questions. Concernant la composition des équipes, ce sont les propositions « kinésithérapeute » et « assistante sociale » qui ont été ajoutées. Ces deux professions de santé ne font pas partie des équipes des structures douleur chronique. Les « acouphènes » ont été ajoutés à la question sur les types de douleur pris en charge par les structures. Cette proposition est considérée comme « perturbatrice » car elle n'est prise en charge que dans une seule structure contrairement aux autres types de douleurs qui sont tous pris en charge par les trois structures appartenant au GHT Cœur Grand Est. La dernière question aborde les méthodes utilisées par les trois structures, et c'est la proposition « neurostimulation médullaire » qui a été insérée. Cette technique n'est pas pratiquée au sein du GHT.

- La pratique des médecins généralistes

Ce dernier thème vise à répertorier les différentes indications et les freins d'adressage des patients vers les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur. Ces informations permettront de déterminer des points à améliorer afin d'aider les médecins généralistes et les structures dans leur pratique quotidienne.

6. Déroulement de l'étude

- Phase de test du questionnaire

Une fois le questionnaire élaboré, il a été envoyé et testé auprès de 5 médecins généralistes répartis sur le territoire du GHT. Pour respecter la proportion de médecins généralistes du territoire concerné, il a été transmis à 3 médecins installés en Meuse, 1 en Marne et 1 en Haute-Marne.

Suite à cette phase, les propositions « DPC (Développement Professionnel Continu) » et « congrès » ont été ajoutés à la question sur les formations suivies. Une partie « commentaires et remarques » a également été insérée à la fin du questionnaire.

- Diffusion du questionnaire

Le format « *Google Forms* » a permis l'envoi du questionnaire par voie électronique. La diffusion s'est faite du 3 mai 2022 au 30 juin 2022 avec un rappel intermédiaire au bout d'un mois, également réalisé par voie électronique. Cette diffusion devait être effectuée par l'intermédiaire des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) de Marne, Meuse et Haute-Marne comme convenu au préalable.

Le CDOM de la Marne a finalement refusé de diffuser mon questionnaire aux professionnels de santé concernés. Devant ce refus, j'ai consulté l'annuaire national des médecins en libre accès sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Les médecins figurant sur cet annuaire n'ont pas manifesté d'opposition à la publication de leurs données professionnelles. J'ai sélectionné le département de la Marne et j'ai recoupé les données avec la carte du GHT Cœur Grand Est pour obtenir les identités des médecins marnais appartenant au territoire du GHT. Certaines coordonnées téléphoniques étaient manquantes, j'ai donc utilisé le moteur de recherche « Google » afin de compléter celles-ci.

Pour finir, j'ai contacté les différents cabinets médicaux afin d'obtenir leur accord et leur adresse e-mail pour leur faire parvenir mon questionnaire. Seul un des médecins contactés n'a pas souhaité recevoir le questionnaire évoquant un emploi du temps trop chargé pour y répondre.

Le CDOM de la Haute-Marne a accepté de diffuser le questionnaire, mais l'envoi a été retardé en raison de problèmes informatiques. J'ai donc utilisé le même procédé que celui du département de la Marne, afin d'adresser une première fois mon questionnaire dans le délai prévu initialement. Le CDOM de la Haute-Marne a finalement pu envoyer mon questionnaire au bout d'un mois, je l'ai considéré comme le rappel prévu dans notre méthodologie.

La première diffusion et le rappel via le CDOM de la Meuse se sont déroulés sans difficulté.

La version finale du questionnaire a été envoyée auprès des 189 médecins généralistes sur les 190 installés au sein du GHT Cœur Grand Est dont 130 sont en Meuse, 36 en Haute-Marne et 23 en Marne. Le médecin qui n'a pas reçu le questionnaire est celui qui a refusé de participer à l'étude.

C) Analyse statistique

La distribution des variables qualitatives est exprimée sous forme de pourcentage. Seuls les résultats issus des trois tableaux à double entrée sont exprimés en valeur absolue. Pour effectuer l'analyse statistique de l'étude, les données collectées ont été exportées sur le logiciel « Microsoft Excel 2019 » et nous avons utilisé les tests statistiques issus du site « BiostaTGV ». Ce site a été développé par une équipe de l'Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé publique affilié à l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) et à la Sorbonne Université. Le test de Kruskal-Wallis, le test exact de Fisher et le test de Friedman ont été utilisés pour analyser la significativité des résultats. Le seuil a été fixé pour un p-value ≤ 0.05 . Une triple vérification des résultats a été effectuée.

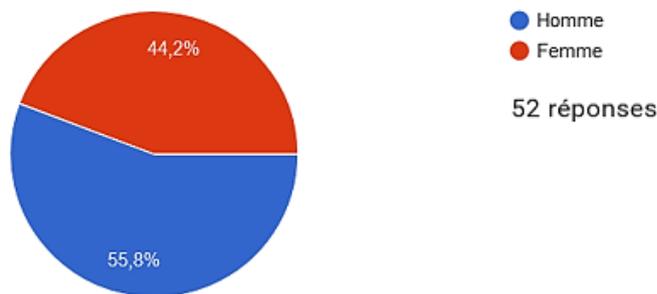
II. Résultats

Notre étude a ciblé 189 médecins généralistes installés au sein du GHT Cœur Grand Est. Nous avons obtenu 53 réponses dont une réponse arrivée après la date de fin de recueil. Cette dernière a été écartée, les 52 autres ont pu être exploitées dans leur totalité. Le taux de réponse s'élève à 27.5%.

A) Caractéristiques socio-démographiques

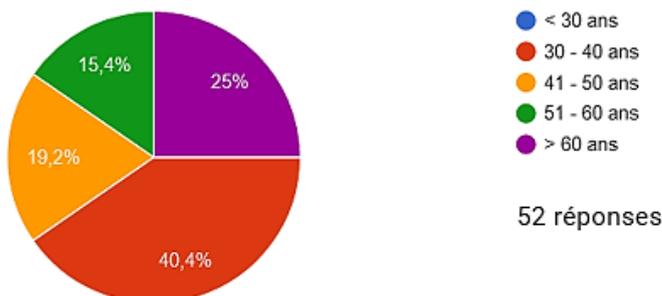
1. Sexe

Les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sont en majorité des hommes à 55.8 %.



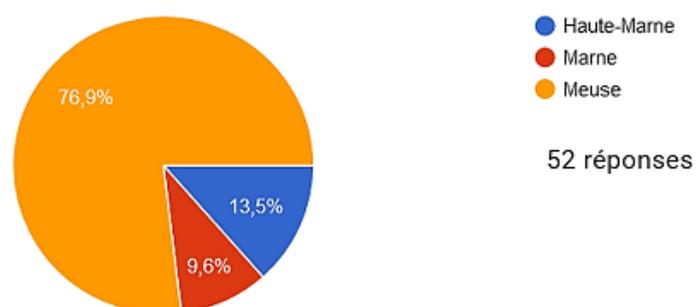
2. Âge

Notre échantillon présente une population diversifiée sur le critère de l'âge. Toutes les tranches d'âge sont représentées, hormis les moins de 30 ans.



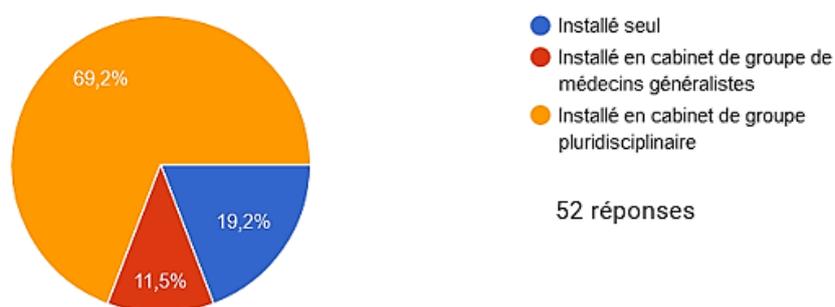
3. Département d'exercice

L'échantillon comprend des médecins généralistes installés majoritairement en Meuse avec 76.9%, viennent ensuite la Haute-Marne à 13.5% et la Marne à 9.6%.



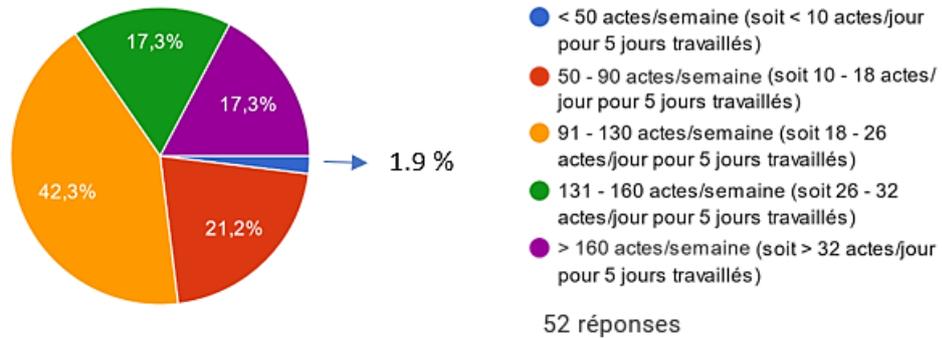
4. Type d'exercice

Les médecins généralistes de notre échantillon exercent majoritairement en cabinet de groupe avec d'autres catégories professionnelles médicales et/ou paramédicales.



5. Nombre d'actes par semaine

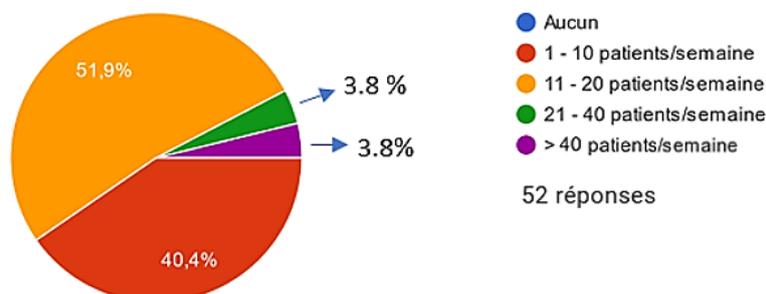
La majorité de l'échantillon réalise entre 91 et 130 actes par semaine et plus d'un tiers des médecins généralistes dépassent les 131 actes par semaine.



B) La douleur chronique

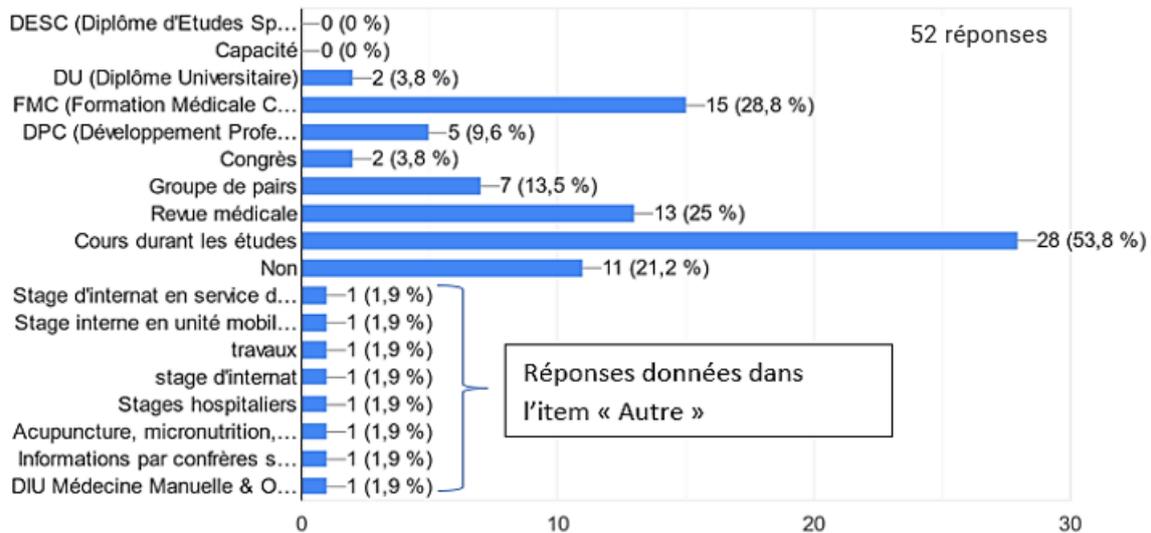
1. Nombre de patients douloureux chroniques par semaine

Plus de la moitié de l'échantillon voit en moyenne 11 à 20 patients douloureux chroniques par semaine.



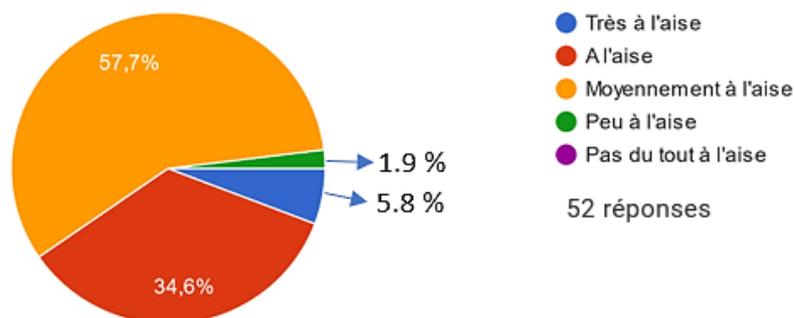
2. Formation sur la douleur

La formation la plus citée est la formation initiale durant les études. À noter que plus de 20% de l'échantillon a répondu « non » à la question : « Avez-vous bénéficié d'une formation sur la douleur ? ».



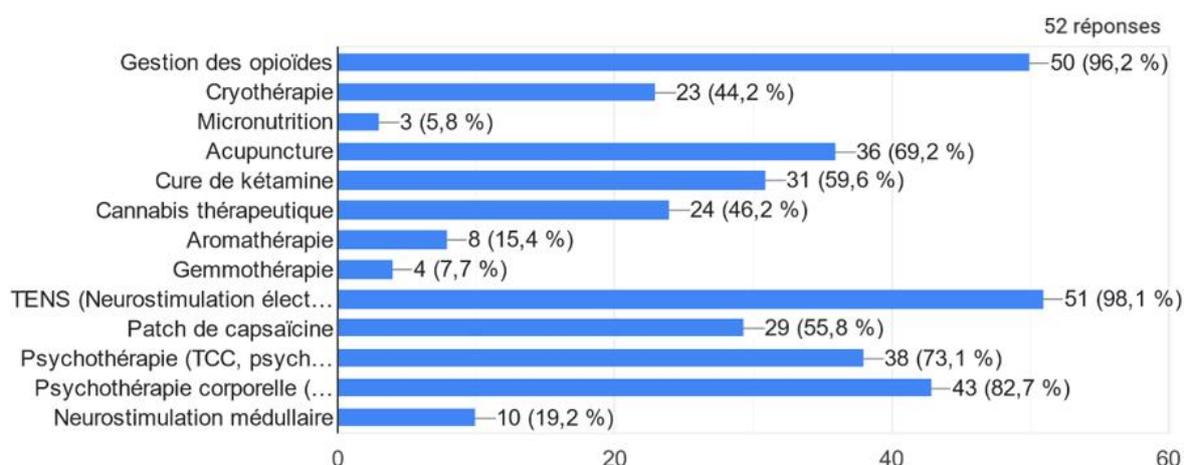
3. Ressenti du médecin dans la prise en charge d'un patient douloureux chronique

Les médecins généralistes du GHT Cœur Grand Est se sentent majoritairement « moyennement à l'aise » dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. Aucun ne se sent « pas du tout à l'aise » et 5.8 % déclarent se sentir « très à l'aise ».



4. Les méthodes d'intervention connues des médecins généralistes dans la lutte contre la douleur

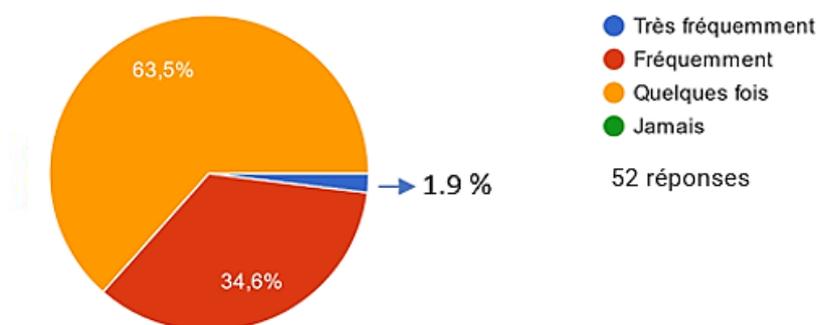
Les différentes méthodes énumérées sont toutes connues a minima. La TENS, la gestion des opioïdes, les différentes psychothérapies ou l'acupuncture sont les plus couramment citées, à l'inverse de la micronutrition, de la gemmothérapie ou de l'aromathérapie.



C) Les structures spécialisées dans la douleur

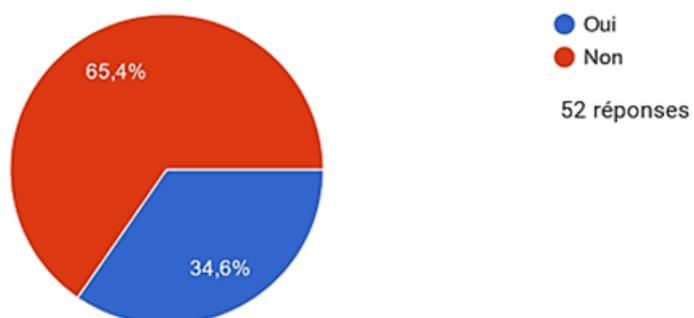
1. Le recours aux structures douleur chronique

Près des 2/3 de l'échantillon n'adressent que « quelques fois » leurs patients vers les structures douleur chronique.



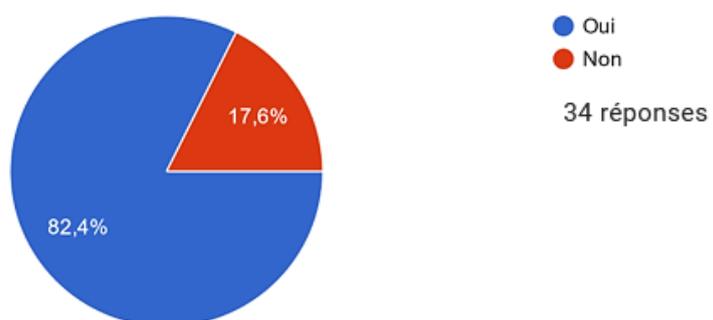
2. Formation délivrée par les structures douleur chronique

Une grande partie des répondants, soit près des 2/3, déclarent ne pas avoir reçu de formation de la part d'une SDC.



3. Souhait de recevoir une formation

La grande majorité de l'effectif, soit plus de 80%, est favorable à recevoir une formation.



4. Connaissances vis-à-vis des structures spécialisées dans la douleur

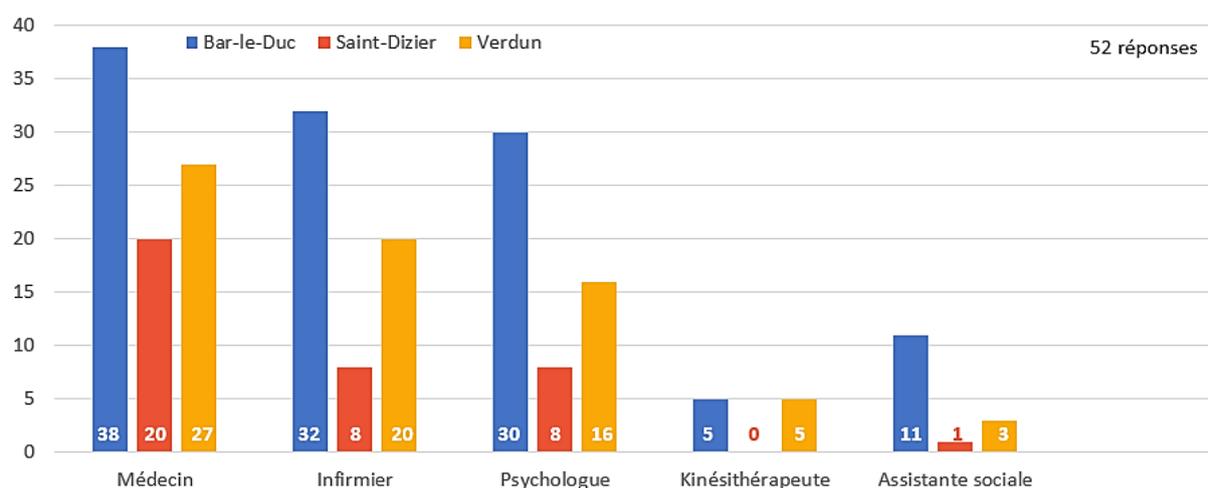
- Les professionnels qui composent les équipes de ces structures

Les médecins généralistes ont répondu selon leurs connaissances et leurs habitudes d'adressage sur une, deux ou sur les trois structures.

Parmi les 52 répondants :

- 15 médecins ont répondu uniquement pour la structure de Bar-le-Duc
- 4 médecins ont répondu uniquement pour la structure de Saint-Dizier
- 10 médecins ont répondu uniquement pour la structure de Verdun
- 7 médecins ont répondu pour les structures de Bar-le-Duc et de Saint-Dizier
- 8 médecins ont répondu pour les structures de Bar-le-Duc et de Verdun
- 0 médecin a répondu pour les structures de Saint-Dizier et de Verdun
- 8 médecins ont répondu pour les trois structures

Ce qui nous donne 38 réponses pour la structure de Bar-le-Duc, 20 pour celle de Saint-Dizier et 27 pour celle de Verdun. Ils ont tous validé la présence d'un médecin dans les équipes des trois structures mais restent divisés sur les autres professionnels de santé.



Total des réponses: **Bar-le-Duc 38** **Saint-Dizier 20** **Verdun 27**

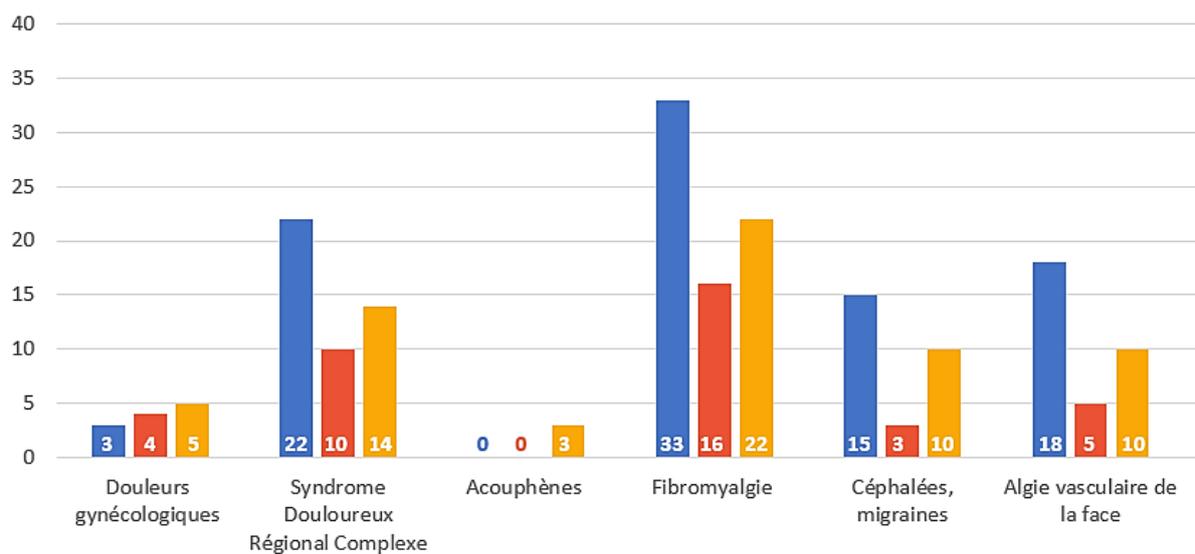
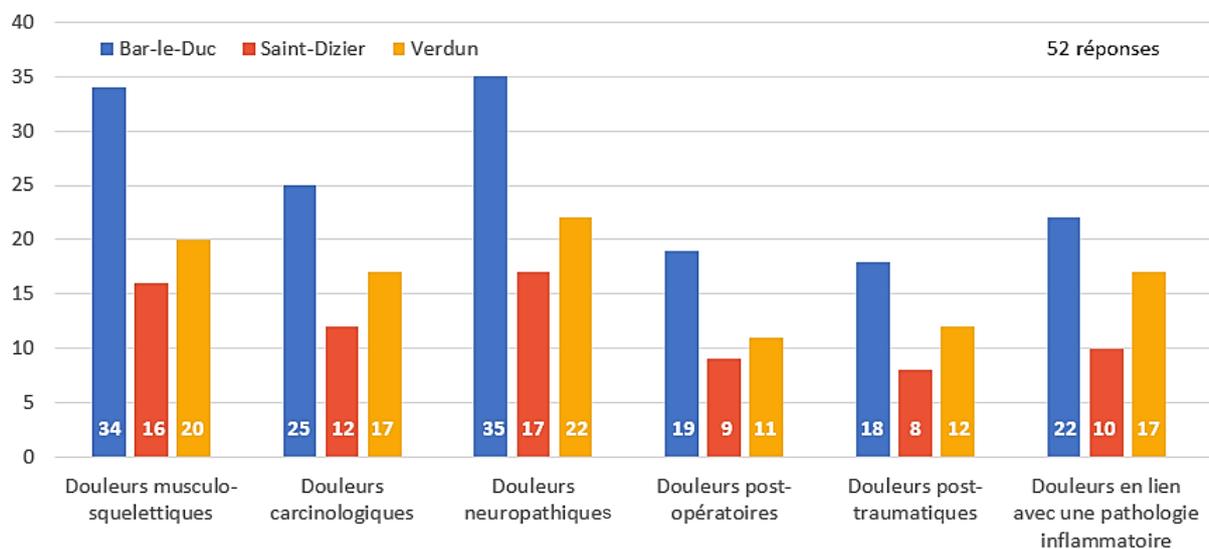
- Les types de douleur pris en charge dans ces structures

Les médecins généralistes ont répondu selon leurs connaissances et leurs habitudes d'adressage sur une, deux ou sur les trois structures.

Parmi les 52 répondants :

- 19 médecins ont répondu uniquement pour la structure de Bar-le-Duc
- 4 médecins ont répondu uniquement pour la structure de Saint-Dizier
- 13 médecins ont répondu uniquement pour la structure de Verdun
- 7 médecins ont répondu pour les structures de Bar-le-Duc et de Saint-Dizier
- 3 médecins ont répondu pour les structures de Bar-le-Duc et de Verdun
- 0 médecin a répondu pour les structures de Saint-Dizier et de Verdun
- 6 médecins ont répondu pour les trois structures

Ce qui nous donne 35 réponses pour la structure de Bar-le-Duc, 17 pour celle de Saint-Dizier et 22 pour celle de Verdun. Seule la douleur neuropathique a été citée à l'unanimité pour les trois structures. La fibromyalgie et les douleurs musculo-squelettiques arrivent juste derrière. On remarque que seule une minorité de médecins sait que les douleurs gynécologiques et les acouphènes sont des douleurs prises en charge dans ces structures.



Total des réponses: **Bar-le-Duc 35** **Saint-Dizier 17** **Verdun 22**

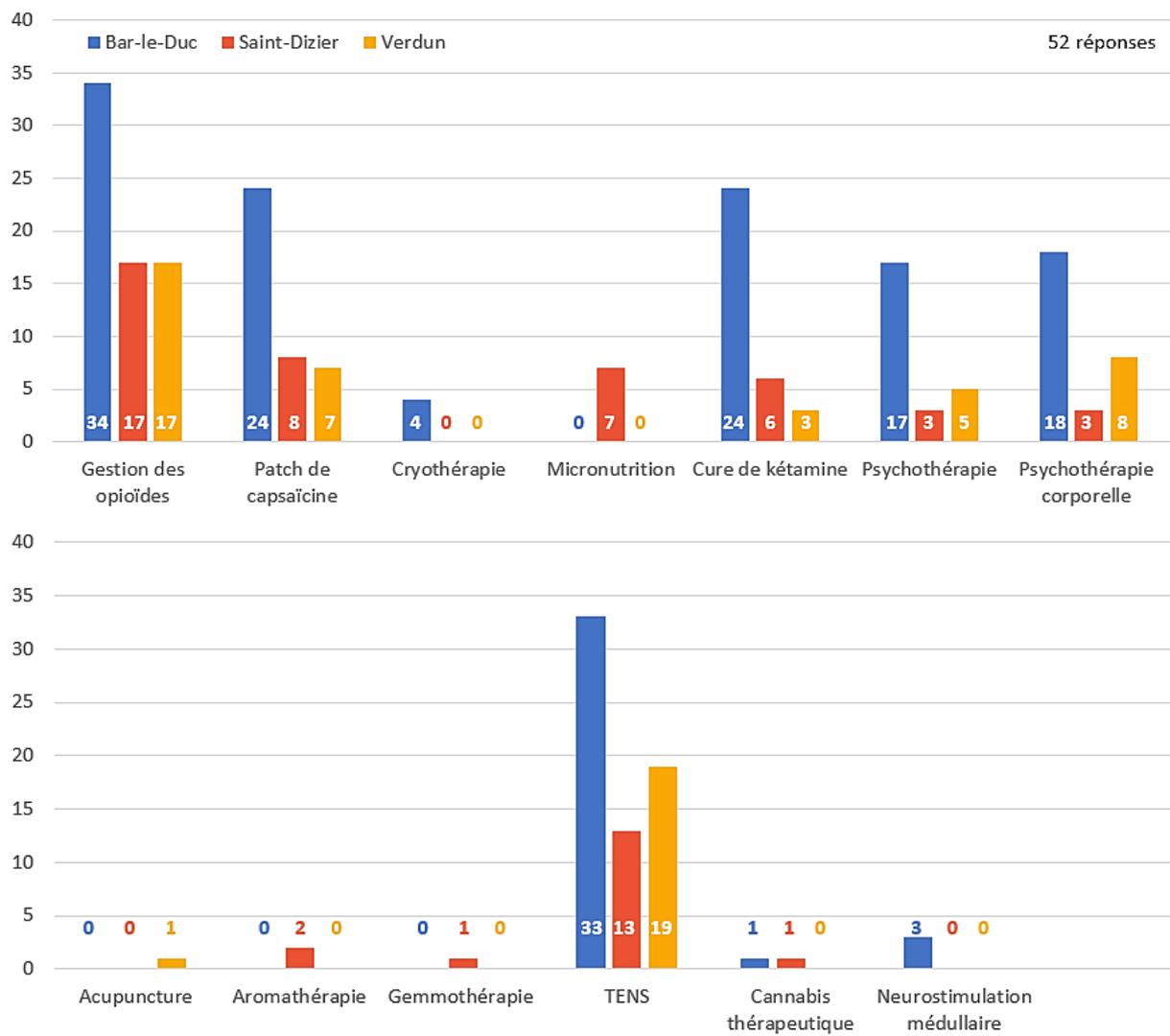
- Les méthodes utilisées dans ces structures

Les médecins généralistes ont répondu selon leurs connaissances et leurs habitudes d'adressage sur une, deux ou sur les trois structures.

Parmi les 52 répondants :

- 20 médecins ont répondu uniquement pour la structure de Bar-le-Duc
- 7 médecins ont répondu uniquement pour la structure de Saint-Dizier
- 11 médecins ont répondu uniquement pour la structure de Verdun
- 6 médecins ont répondu pour les structures de Bar-le-Duc et de Saint-Dizier
- 4 médecins ont répondu pour les structures de Bar-le-Duc et de Verdun
- 0 médecin a répondu pour les structures de Saint-Dizier et de Verdun
- 4 médecins ont répondu pour les trois structures

Ce qui nous donne 34 réponses pour la structure de Bar-le-Duc, 17 pour celle de Saint-Dizier et 19 pour celle de Verdun. Seule une méthode par structure a fait l'unanimité ; il s'agit de la gestion des opioïdes pour les structures de Bar-le-Duc et de Saint-Dizier, et la TENS pour celle de Verdun. Le reste des réponses est plus nuancé et réparti entre les trois structures.

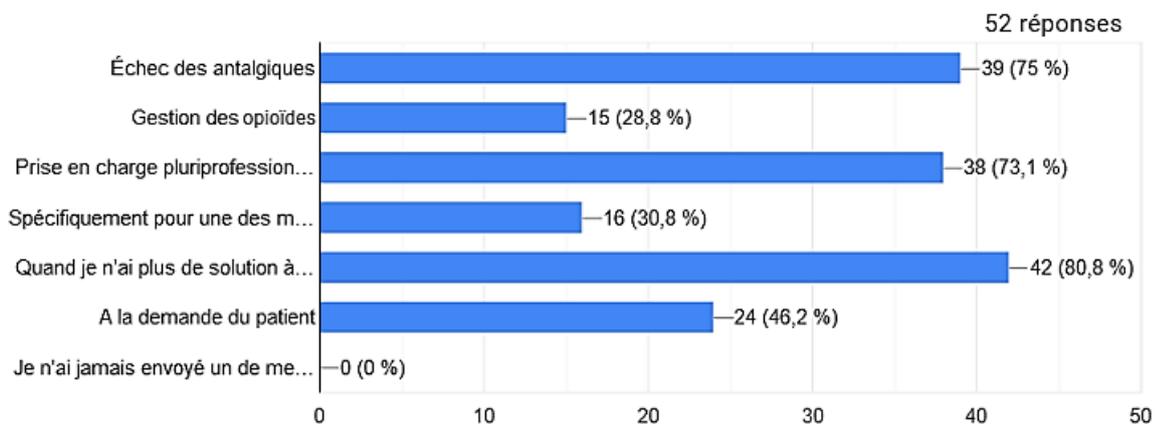


Total des réponses: **Bar-le-Duc 34** **Saint-Dizier 17** **Verdun 19**

D) La pratique des médecins généralistes du GHT

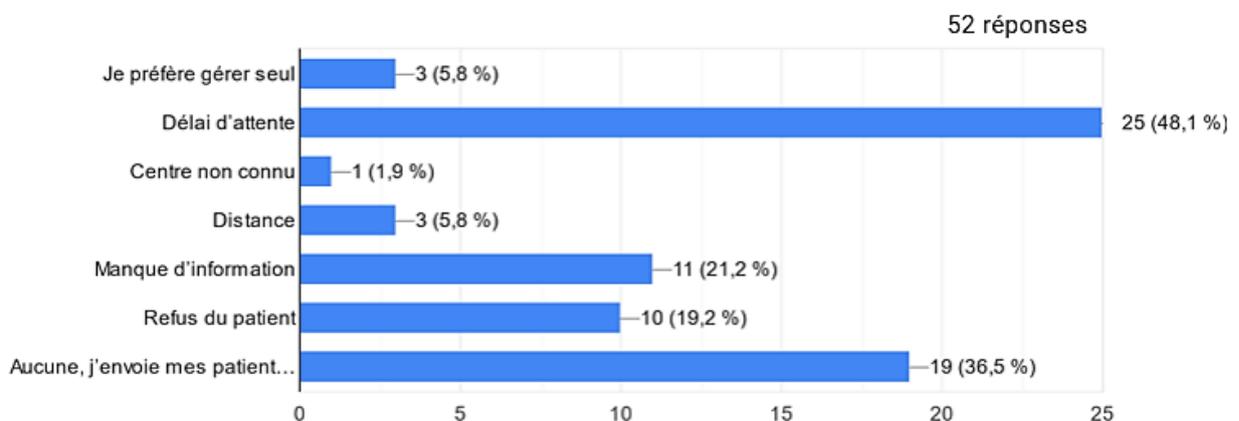
1. Indications d'adressage des patients vers les SDC

La première indication à plus de 80% est le fait « de n'avoir plus de solution à proposer » suivi de près par « l'échec des antalgiques » et la volonté de favoriser une « prise en charge pluriprofessionnelle ». Par ailleurs, on peut noter que tous les répondants ont déjà envoyé un patient vers une structure spécialisée dans la douleur.



2. Raisons de non adressage des patients vers les SDC

Le délai d'attente est le premier motif de non adressage pour près de la moitié des médecins ayant répondu. En deuxième et troisième position viennent respectivement le manque d'information et le refus du patient.



III. Discussion

A) Discussion des résultats

La démographie médicale, et notamment en médecine générale, poursuit sa décroissance. Depuis 2010, la population de médecins généralistes est en baisse et nos trois départements ne dérogent pas à cette tendance. La Meuse a perdu 16% de ses médecins, 10.4% pour la Marne et 28.8% pour la Haute-Marne.

Département	Variation 2010-2022	Variation 2021-2022
Jura	-13,3%	-5,9%
Landes	3,3%	1,4%
Loir et Cher	-24,5%	-4,3%
Loire	-6,0%	-1,3%
Haute Loire	0,0%	-3,0%
Loire Atlantique	12,8%	0,1%
Loiret	-23,5%	-3,3%
Lot	-18,4%	-5,8%
Lot et Garonne	-22,8%	-4,7%
Lozère	-16,7%	-3,4%
Maine et Loire	6,3%	-0,7%
Manche	-15,1%	-4,0%
Marne	-10,4%	-0,8%
Haute Marne	-28,8%	-5,6%
Mayenne	-17,2%	-1,8%
Meurthe et Moselle	-11,1%	-3,5%
Meuse	-16,0%	0,0%

Variations (en %) départementales du nombre de médecins généralistes en activité régulière entre 2010-2022 et 2021-2022 (54)

1. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

▪ Sexe

L'échantillon est constitué à 55.8% de médecins généralistes masculins. Ce chiffre est plus élevé que la moyenne nationale qui est de 47.5% (54). Cette proportion peut s'expliquer par le fait que l'échantillon soit principalement composé de médecins meusiens (76.9 %) et que ce département compte majoritairement des médecins de sexe masculin d'après les chiffres communiqués par le CDOM.

Cette répartition ne reflète pas la féminisation de la profession. La part de femmes médecins généralistes n'a cessé d'augmenter, en 2012 elles n'étaient que 42%, pour devenir majoritaires en 2021 et atteindre les 52.5% en 2022 (54,55).

▪ Âge

La moyenne d'âge nationale des médecins généralistes est de 50 ans en 2022 (54). L'échantillon se répartit à hauteur de 59.6% en dessous de cette moyenne et à 40.4% au-dessus. La population d'étude est donc plus jeune que la moyenne nationale. La part des moins de 40 ans est la tranche d'âge qui a le plus augmenté au niveau national ces dernières années, c'est également la tranche d'âge la plus représentée dans l'étude (54).

De manière générale, la population répondante aux questionnaires de thèse est souvent plus jeune que la moyenne nationale (56,57).

▪ Horaire de réponse

L'extraction des résultats du document « *Google Forms* » vers le logiciel « Microsoft Excel » a révélé la donnée « horodateur » correspondante à la validation de chaque questionnaire. La brève analyse de cette donnée originale a permis de constater qu'environ 21% des médecins ont répondu après 22h00. Cette population de « couche-tard » est majoritairement masculine et âgée de plus de 50 ans.

On peut alors supposer qu'il existe des différences de pratiques en fonction du sexe et de l'âge.

- Département d'exercice

L'échantillon se compose à 76.9% de médecins généralistes meusiens, à 13.5% de haut-marnais et à 9.6% de marnais. Malgré le biais méthodologique dans la diffusion du questionnaire, les trois secteurs composant le GHT Cœur Grand Est ont bien été représentés. Si l'on compare, de façon proportionnelle, le taux de réponse des trois secteurs, la Meuse y est prédominante. Le GHT est composé de 130 médecins généralistes meusiens, 36 haut-marnais et 23 marnais. 40 médecins meusiens ont répondu sur les 130 attendus (30.8%), 7 médecins haut-marnais ont répondu sur les 36 attendus (19.4%) et 5 médecins marnais ont répondu sur les 23 attendus (21.7%). Ce résultat peut s'expliquer du fait de la diffusion du questionnaire réalisée exclusivement par le CDOM de la Meuse et de mon statut de médecin remplaçante dans ce département (détail donné dans l'e-mail d'envoi des questionnaires). Ce statut a possiblement créé un biais géographique.

- Type d'exercice

L'exercice en groupe attire de plus en plus les médecins généralistes. En 2019 moins de 40% d'entre eux étaient installés seuls, ils sont à peine 19% dans notre étude. D'après les données de la littérature, 80% d'entre eux ont plus de 50 ans et même plus de 60 ans pour la moitié (58). Nos résultats sont tout à fait en adéquation avec ces chiffres avec un p-value significatif à 0.01. Notre population installée seule est composée à 80% de médecins de plus de 50 ans, et 50% d'entre eux ont même plus de 60 ans. Cette tendance à exercer en groupe est bien présente et plus marquée chez les jeunes médecins généralistes. La tranche des 30-40 ans, exerçant en cabinet de groupe, représente dans notre étude 95.2%. Notre population étant plus jeune que la moyenne nationale, notre pourcentage d'exercice en cabinet de groupe est donc logiquement plus important.

- Nombre de consultations par jour

En France, un médecin généraliste pratique en moyenne 22 consultations par jour (59). Dans cette étude, la tranche la plus représentée de l'effectif réalise entre 18 et 26 consultations quotidiennes. La moyenne nationale constitue donc la médiane de cette fourchette.

Les médecins déclarant pratiquer entre 18 et 26 consultations quotidiennes, voient en moyenne, entre 2 et 4 patients douloureux chroniques par jour ; ce qui représente quasiment 1/7^{ème} de leurs consultations (p-value = 0.047).

Comparativement aux données de la littérature et aux données nationales, la population de médecins généralistes du GHT Cœur Grand Est ayant répondu à cette étude semble représentative dans leur exercice en médecine générale (le type d'exercice et le nombre de consultations quotidiennes).

2. La formation

- La formation initiale

La douleur est l'un des principaux motifs de consultation en médecine générale, pourtant la formation reste minimale. Suite aux plans nationaux de lutte contre la douleur, un module dédié à la douleur et aux soins palliatifs a été ajouté au référentiel de formation initiale et se décline à hauteur de 20h d'enseignement (2). La réforme de 2016 a intégré ce module dans une Unité d'Enseignement (UE) plus large comprenant le handicap, la dépendance et le vieillissement (34). Cette UE est abordée durant les années d'externat, mais aucun enseignement dédié à la douleur n'est traité durant l'internat de médecine générale (60). Ce n'est que récemment, avec la réforme du troisième cycle des études de médecine, qu'apparaît dans l'arrêté du 21 avril 2017, la nouvelle notion de Formation Spécialisée Transversale (FST). C'est une formation facultative réalisée durant l'internat. Elle aborde un domaine spécifique, tel que la douleur, afin d'acquérir des compétences complémentaires à la formation initiale (61,62).

- La formation reçue

Dans notre étude, c'est bien la dispensation de cours pendant les études de médecine qui arrive en tête des formations suivies par les médecins généralistes. Et près d'un tiers de notre échantillon n'a bénéficié que de cet enseignement sur la douleur. En deuxième et troisième position viennent la formation médicale continue et les revues médicales. Par ailleurs, plus de 21% des médecins déclarent n'avoir eu aucune formation sur la douleur. Les autres moyens d'apprentissage évoqués dans les réponses ouvertes sont les stages hospitaliers. Le versant ambulatoire n'est jamais cité bien que la manipulation des techniques antalgiques y soit quotidienne. La formation en cabinet de ville est tout aussi importante que la formation hospitalière. Ces deux entités sont complémentaires, tout comme la formation pratique et la formation théorique. Pourtant, les étudiants avouent des difficultés dans la prise en charge de la douleur, et notamment de la douleur chronique, lors des stages ambulatoires. Ils sont demandeurs d'une formation renforcée et plus adaptée (63). On retrouve donc une certaine logique dans le ressenti des médecins généralistes prenant en charge les patients douloureux chroniques. Le fait d'être majoritairement « moyennement à l'aise » dans cette prise en charge peut trouver une origine dans ce manque de formation.

- Le manque d'informations et de formations

En croisant les données des freins d'adressage, dont le « manque d'informations », avec celle du ressenti, le résultat n'est pas significatif (p -value = 0.42) mais on peut tout de même observer une tendance. 72.7% des médecins ayant évoqué le manque d'informations ont aussi déclaré être « moyennement à l'aise » dans la prise en charge des patients douloureux chroniques.

Près des deux tiers de notre échantillon déclarent ne pas avoir reçu de formation venant d'une structure spécialisée dans la prise en charge de la douleur. La majorité d'entre eux se sentent « moyennement à l'aise » dans la gestion des consultations de leurs patients douloureux chroniques. C'est donc logiquement que nous avons pu observer que 82.4% des répondants sont favorables à recevoir une formation. Devant ce résultat, il paraît nécessaire d'envisager, avec les équipes des trois structures, l'organisation d'une formation répondant à leurs attentes.

3. Les structures douleur chronique

- Les connaissances des SDC du GHT par les médecins généralistes

- La composition des équipes

Ce manque d'informations se perçoit sur les questions concernant les structures douleur chronique. La composition des équipes est relativement connue pour Bar-le-Duc et Verdun, même si quelques réponses ont intégré à tort la présence d'un « kinésithérapeute » dans les équipes. Cette confusion peut s'expliquer pour Bar-le-Duc car la structure travaille en collaboration avec le service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) et a un accès facile à la kinésithérapie et à la balnéothérapie pour ses patients. Les répondants ont également intégré à tort la présence d'une « assistante sociale » dans les équipes. Cette profession est présente au sein des hôpitaux et peut intervenir sur demande, mais elle ne fait pas partie des équipes intervenant dans la prise en charge de la douleur. L'aspect pluriprofessionnel des structures semble moins manifeste dans les réponses pour Saint-Dizier. Or, l'organisation d'une équipe de la douleur repose sur le trinôme médecin, infirmier et psychologue auquel s'ajoute un temps de secrétariat (49).

- Les différents types de douleur

Nous nous sommes ensuite intéressés aux différents types de douleur considérés comme étant pris en charge au sein des trois structures. La distribution des réponses révèle une connaissance des différents types de douleurs mais pas leur répartition entre les trois structures. Hormis les acouphènes qui ne sont pris en charge qu'à Verdun, il n'existe pas de réelle répartition car les trois structures prennent en charge toutes les douleurs chroniques quelles qu'elles soient, ainsi que trois types de douleurs aiguës : l'algie vasculaire de la face, la névralgie du trijumeau et les douleurs carcinologiques. Cette réalité n'est connue que par 7.7% des médecins généralistes ayant répondu à ce questionnaire.

Toutes ces douleurs sont prises en charge selon différentes méthodes plus ou moins courantes.

- Les méthodes utilisées

L'analyse des résultats concernant les méthodes utilisées par les structures a mis en évidence une méconnaissance de certaines techniques et de leur répartition au sein des trois structures. Pour exemple, la cryothérapie est une technique connue par 21 médecins sur les 52 de notre effectif ; elle n'a pourtant été citée que 4 fois. Le cannabis thérapeutique est une technique connue par 22 médecins sur les 52 de notre effectif. Il a été cité 1 fois comme étant utilisé à Bar-le-Duc et 1 fois comme étant utilisé à Saint-Dizier. Il n'est pourtant pratiqué qu'à Saint-Dizier et Verdun.

La gestion des opioïdes et la TENS semblent être les méthodes les plus connues dans leurs utilisations et leurs répartitions.

La neurostimulation médullaire est une technique utilisée dans la prise en charge de la douleur mais non pratiquée au sein du GHT Cœur Grand Est, car elle nécessite un plateau technique spécifique. La neurostimulation médullaire a volontairement été ajoutée à la question en tant que perturbateur. Cette technique est connue par 11 médecins sur les 52 de notre effectif. Elle a pourtant été citée 3 fois comme étant utilisée à Bar-le-Duc. Ces impairs peuvent donc émaner d'une méconnaissance de la technique, d'une confusion avec la neurostimulation transcutanée (TENS) ou être induits par l'effet perturbateur.

De plus, nous pouvons nous interroger sur la formulation de la question : « Quelles méthodes intervenant dans la prise en charge de la douleur connaissez-vous parmi celles qui suivent ? ». Le terme « connaissez-vous » a pu être interprété de différentes manières. Pour certains médecins, connaître une méthode, c'est connaître son existence ; pour d'autres, c'est connaître son utilisation et ses protocoles.

D'autres techniques utilisées dans la prise en charge de la douleur auraient pu être ajoutées au panel des propositions : les infiltrations, la chirurgie, la Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive (rTMS), les traitements intrathécaux par PCA (*Patient Controlled Analgesia*) de baclofène, de morphine, de ziconotide et d'autres techniques interventionnelles. La liste des méthodes se voulait non exhaustive afin de faciliter la réponse. Ces techniques, éloignées de la pratique habituelle des structures de la douleur du GHT Cœur Grand Est, ne semblaient pas pertinentes au sein du questionnaire.

Les méthodes utilisées par les structures du GHT Cœur Grand Est ainsi que la neurostimulation médullaire ne semblent pas si bien connues. Il paraît intéressant de faire quelques rappels et de les définir brièvement. Il faudra également les détailler de manière plus approfondie dans le cadre d'une formation.

- La gestion des opioïdes est une méthode fréquemment rencontrée dans la lutte contre la douleur. On distingue les opiacés des opioïdes. Les opiacés sont des dérivés naturels du pavot comme par exemple l'opium, la morphine et la codéine. Les opioïdes sont des dérivés semi-synthétiques ou synthétiques du pavot comme par exemple la buprénorphine, le tramadol, l'oxycodone ou le fentanyl. Dans le langage courant, toutes ces substances sont classées sous le terme d'opioïdes. D'ailleurs, la classification initiale ou révisée des antalgiques selon l'OMS, ne fait pas de différence et utilise les termes « opioïdes faibles » et « opioïdes forts » (64,65). La gestion de ces substances à haut potentiel de dépendance ou de mésusage, comme le tramadol ou la codéine, peut relever d'un avis spécialisé.

- Le patch de capsaïcine (Qutenza®) est un dispositif transdermique dont le principe actif est extrait du piment rouge et entraîne une désensibilisation des nocicepteurs cutanés via les récepteurs TRPV1. Il est réservé à l'usage hospitalier et possède une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour les douleurs neuropathiques périphériques localisées chez les adultes non diabétiques (66).

- La cryothérapie utilisée comme méthode antalgique est aussi appelée cryothérapie gazeuse hyperbare ou neurocryostimulation. Elle consiste à pulvériser des microcristaux de dioxyde de carbone à -78°C sous haute pression, cela permet d'abaisser la température cutanée à 2° en 30 secondes et de provoquer ainsi un choc thermique. Cette technique est utilisée pour ses effets analgésiques, vasomoteurs, anti-inflammatoires et myorelaxants (67,68).

- La micronutrition est une discipline récente qui s'intéresse aux micronutriments (vitamines, minéraux et oligo-éléments) présents dans l'alimentation et utiles au bon fonctionnement du métabolisme (69). Agir au niveau des micronutriments pourrait avoir de nombreux rôles, notamment antalgiques par effet anti-inflammatoire, par exemple sur l'arthrose (70).

- La cure de kétamine : la kétamine est une molécule d'anesthésie utilisée également dans le traitement de la douleur chronique. C'est un agoniste des récepteurs Mu et Kappa et un antagoniste des récepteurs NMDA, ce qui participe à limiter l'hyperalgésie et à prévenir les douleurs chroniques post-opératoires. La kétamine a un effet d'épargne d'opioïdes et permet la diminution voire le sevrage de ces substances. En médecine de la douleur, elle est utilisée sous forme de perfusion intraveineuse en cure de plusieurs jours, renouvelable (71).

- La psychothérapie est une « méthode de traitement des souffrances psychiques par des moyens essentiellement psychologiques. Selon la démarche utilisée, la psychothérapie cherche, soit à faire disparaître une inhibition ou un symptôme gênant pour le patient, soit à remanier l'ensemble de son équilibre psychique. » Elle regroupe différentes techniques telles que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou la psychanalyse (72).

- La psychothérapie corporelle est définie comme une psychothérapie intégrant l'aspect corporel en plus de l'aspect psychique, elle regroupe la technique de l'hypnose, de la méditation pleine conscience, de la relaxation ou encore l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) (72).

- L'acupuncture consiste en la stimulation de points précis du corps à l'aide de divers dispositifs (aiguilles, ventouses, aimants ...). Elle activerait les systèmes impliqués dans la modulation du message nociceptif, notamment celui du « Gate control » pour exercer son effet antalgique (73).

- L'aromathérapie est une branche de la phytothérapie, consistant en l'utilisation médicale d'extraits aromatiques de plantes. Elle s'utilise sous forme d'huiles essentielles absorbées par voie orale ou rectale. Ces extraits peuvent présenter des propriétés anti-inflammatoires ou encore être des agonistes des récepteurs opioïdes comme le menthol ou l' α -santalol (74,75).

- La gemmothérapie est une branche de la phytothérapie qui repose sur l'utilisation de bourgeons et de jeunes pousses (parties embryonnaires du végétal en phase de multiplication cellulaire) considérés comme riches en acides nucléiques et en facteurs de croissance comme les hormones ou les enzymes. Ces substances permettraient de freiner le vieillissement tissulaire, notamment articulaire, et agiraient sur des pathologies ostéo-articulaires telles que l'arthrose, l'ostéoporose ou les fractures (74,76).

- La TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) consiste en une neurostimulation électrique transmise par des électrodes cutanées apposées sur des points spécifiques selon la pathologie traitée. Cette méthode met en jeu le système du « Gate control » et la décharge d'endorphines pour exercer son action antalgique. La TENS peut être utilisée dans de nombreuses indications telles que les céphalées de tension, le syndrome douloureux régional complexe, la fibromyalgie, les lombalgies chroniques ou les acouphènes (77).

- Le cannabis thérapeutique est défini comme l'utilisation du cannabis à visée médicale. Il est composé de CBD (substance non psychoactive) et de THC (substance psychoactive) dans des proportions variables. Seulement deux spécialités à base de cannabinoïdes possèdent une AMM en France, mais leur prescription est extrêmement limitée. En mars 2021, une expérimentation pour généraliser l'usage du cannabis thérapeutique a débuté et les premières conclusions sont attendues pour septembre 2023. Les indications retenues restent limitées aux « douleurs neuropathiques réfractaires aux traitements accessibles, à certaines formes d'épilepsies sévères et résistantes aux médicaments, à certains symptômes rebelles en oncologie, à certaines situations palliatives et à la spasticité douloureuse accompagnant certaines maladies du système nerveux central. » (78,79).

- La neurostimulation médullaire consiste « à délivrer une stimulation électrique à visée antalgique par l'intermédiaire d'électrodes implantées en regard des cordons postérieurs de la moelle épinière ». Cette méthode neurochirurgicale permet une antalgie au plus près des structures nerveuses véhiculant le message nociceptif. Ses indications sont précises et relèvent d'un avis pluridisciplinaire spécialisé (80).

Les trois questions concernant la connaissance des structures douleur chronique du GHT par les médecins généralistes révèlent un manque de connaissances dans l'organisation et le fonctionnement de ces structures. Ce constat rend compliqué l'adressage et surtout le bon adressage du patient. En témoignent, les deux tiers des médecins interrogés qui déclarent n'adresser que « quelques fois » leurs patients vers ces structures.

- L'adressage

Dans notre étude, la première indication d'adressage par les médecins généralistes est le fait de « n'avoir plus de solution à proposer ». Les patients peuvent alors errer plusieurs années avant de bénéficier d'une prise en charge adaptée. Le délai moyen entre l'apparition de symptômes douloureux et l'adressage du patient vers une structure douleur chronique est d'environ 1 an en France. Une prise en charge précoce permet de limiter la chronicisation de la douleur, ce délai est donc un point faible à améliorer (2,7).

L'échec des antalgiques et la prise en charge pluridisciplinaire sont les deux autres grandes indications d'adressage citées par les médecins de notre échantillon, respectivement, à 75% et 73.1%. Il est à noter que l'indication d'adressage vers une structure « à la demande du patient » est paradoxalement élevée à 46.2%. La relation médecin-patient s'inverse et l'alliance thérapeutique peut alors être remise en question, ce qui serait d'autant plus délétère chez un patient douloureux chronique.

- Les raisons de non-adressage

Il existe des freins à l'orientation des patients douloureux chroniques vers les structures spécialisées dans la douleur. Ces freins ont un réel impact dans le recours à ces structures par les médecins généralistes (p-value < 0.01). Celui qui se révèle principalement dans notre étude est le délai d'attente avant d'obtenir un premier rendez-vous au sein d'une structure spécialisée. Certains médecins ont mis l'accent sur ce frein en l'évoquant à nouveau dans la partie « commentaires et remarques ». Dans certaines structures, ce délai pourrait être atténué en incitant les médecins généralistes à prendre un avis auprès des structures afin d'obtenir une conduite à tenir dans l'attente d'une prise en charge spécifique.

D'une région à l'autre, le délai d'attente pour une première consultation est variable, il s'étend en moyenne de 3 à 6 mois (34,81). Ce délai révèle un dysfonctionnement plus global qui encadre les structures douleur chronique. Pourtant, la France a été pionnière dans la prise en charge de la douleur ainsi que dans la recherche et l'enseignement dans ce domaine (34). C'est en 1985 que le premier enseignement labellisé mondial sur la douleur, aboutissant à la délivrance d'un Diplôme Universitaire (DU), a été donné à la faculté de médecine Lariboisière à Paris (81). Mais n'étant pas reconnue comme une spécialité à part entière, la médecine de la douleur n'est pas valorisée, ce qui n'encourage pas les jeunes médecins vers ce domaine. Il est donc compliqué de trouver des remplaçants. De plus, les structures reposent, pour la plupart, sur un seul poste de médecin qui bien souvent approche de l'âge de la retraite. Les structures deviennent de plus en plus fragiles avec des moyens qui restent constants tandis que la demande ne cesse d'augmenter. Pour preuve, moins de 3% des patients douloureux chroniques ont pu bénéficier d'une prise en charge par une SDC (4).

La seconde raison de non adressage retenue par les médecins généralistes est « le manque d'informations » concernant les structures douleur chronique. Ce constat était sous-entendu dans les questions précédentes mais il est clairement formulé dans cette réponse. Cela confirme notre hypothèse de départ et renforce la cohérence de ce travail.

B) Faiblesses de l'étude

L'étude s'est basée sur un recueil de données qualitatives à l'aide d'un questionnaire diffusé auprès de médecins généralistes. Malheureusement, la diffusion n'a pas pu suivre exactement le schéma méthodologique prévu initialement, à savoir l'envoi du questionnaire par les trois CDOM concernés. La diffusion s'est bien déroulée dans le délai imparti, elle s'est simplement faite selon deux méthodes différentes au lieu d'une seule. En plus de ce biais de méthodologie s'ajoute un biais géographique lié à mon département d'exercice, la Meuse, et un biais de volontariat dont on ne peut s'affranchir de par le choix du questionnaire. Cette méthode a involontairement sélectionné les médecins généralistes se sentant les plus concernés par le sujet.

Certaines questions peu précises et les tableaux à double entrée ont pu perturber les répondants et être une source d'erreur au moment du remplissage. Ce biais semble faible car tous les questionnaires réceptionnés étaient complets. De plus, les questionnaires test et les consignes précisées pour chaque tableau ont permis d'atténuer ce biais. Les résultats issus de ces tableaux ont tout de même complexifié l'analyse.

L'étude avait comme population cible les médecins généralistes installés au sein du GHT Cœur Grand Est représentant un total de 190 médecins. Malgré un taux de participation correct à 27.5%, notre échantillon reste trop faible pour réaliser certaines analyses statistiques croisées.

C) Forces de l'étude

La douleur est une expérience désagréable vécue par chacun d'entre nous. La soulager est devenue une priorité de santé publique depuis les années 1990. C'est un phénomène fréquent et complexe, menant la population à recourir communément au système de soins. Cette étude aborde un sujet d'intérêt général, toujours d'actualité et de préoccupation quotidienne en médecine générale.

Pourtant, depuis plusieurs années, on observe une certaine stagnation dans les recommandations et les mesures gouvernementales concernant la douleur. Il est donc important de continuer à s'intéresser, à étudier et à approfondir cette thématique, afin d'améliorer encore et encore la prise en charge des patients douloureux. Cette étude participe à entretenir le focus sur la douleur et sa prise en charge à notre échelle. Cette réflexion est en parfaite adéquation avec les instances concernées, qui ont publié en janvier 2023 un guide présentant une nouvelle organisation du parcours de soins des patients douloureux chroniques.

La complexité de la prise en charge de ces patients peut nécessiter un recours aux structures hospitalières spécialisées dans la douleur.

Pourtant, on a pu constater que ce recours n'est pas si aisé avec l'existence de freins et de difficultés que nous avons pu mettre en évidence grâce à ce travail. L'identification des problèmes permet de se poser les bonnes questions afin d'améliorer les pratiques.

Ainsi, au vu de la demande objectivée dans l'étude, un projet de formation pour les médecins généralistes du GHT est en réflexion avec les équipes des services spécialisés dans la prise en charge de la douleur.

Il est essentiel d'avoir un lien ville-hôpital fonctionnel afin d'offrir au patient une prise en charge adaptée. L'un des enjeux de ce travail était de renforcer ce lien en améliorant la connaissance et la communication entre le versant ambulatoire et le versant hospitalier. C'est pourquoi nous avons créé un outil d'information sur les trois structures du GHT à destination des médecins généralistes de ce territoire. Sous la forme d'un dépliant, l'outil a pour vocation de donner des informations simples, pratiques et générales sur les trois structures pour améliorer l'exercice au quotidien des médecins généralistes.

D) Perspectives

1. Projet de formation à destination des médecins généralistes

L'un des constats révélés par cette étude, et sur lequel nous pouvons agir, est la demande en formation. Celle-ci pourrait se dérouler sur les trois sites accueillant les structures douleur chronique du GHT et de manière conjointe avec les médecins responsables. Chacune des trois formations pourrait suivre un plan commun tout en étant adaptée aux différentes spécificités de chaque site. Il semblerait intéressant de diviser la formation en deux parties. La première pourrait être théorique, avec des rappels généraux sur la douleur et une présentation de la structure détaillant l'aspect pluriprofessionnel, les indications d'adressage et les différentes méthodes de prise en charge. La seconde partie pourrait s'établir sur une période d'échanges et s'adapter aux demandes du public concerné. En effet, comme dans notre travail de thèse, différents profils de médecins se distinguent. Certains, très à l'aise dans la prise en charge de la douleur ont tout de même facilement recours aux structures pour diverses raisons ; d'autres, avec le même ressenti préféreront gérer seuls leurs patients. Les attentes ne seront donc pas les mêmes et l'enjeu de la formation sera de s'adapter aux différentes demandes.

2. Étude complémentaire concernant l'adressage des patients douloureux chroniques vers une SDC

Notre étude s'est focalisée sur le lien ville-hôpital en étudiant les structures douleur chronique conjointement à la médecine générale ambulatoire. Nous nous sommes intéressés à l'adressage des patients douloureux chroniques vers ces structures par les médecins généralistes. Un travail complémentaire serait intéressant à réaliser afin d'identifier la part que peut représenter l'adressage de ces patients par les médecins d'autres spécialités.

Afin d'éclairer notre questionnement et avec l'accord du chef de service, nous avons collecté des données auprès de la structure de Bar-le-Duc, de manière rétrospective sur une année, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2022. Ces données sont directement issues du bilan d'activité annuel de la structure et aucun dossier patient n'a été consulté. La structure de Bar-le-Duc a été préférée pour sa localisation centrale au sein du GHT, pour sa prédominance dans les réponses de notre étude et pour l'accessibilité aisée aux bilans d'activité.

Nous avons recherché, pour chaque patient vu au moins une fois en consultation douleur, s'il avait été adressé par un médecin généraliste ou par un autre médecin spécialiste. La structure de Bar-le-Duc compte une file active de 356 patients appartenant au GHT pour l'année 2022. Parmi eux :

- 75 patients ont été adressés par un médecin non généraliste. Les rhumatologues sont les spécialistes qui adressent le plus de patients vers la SDC de Bar-le-Duc. Ils sont suivis par les médecins de MPR, puis les chirurgiens (toutes spécialités confondues) et viennent ensuite les neurologues, les internistes et les autres spécialistes.
- 31 patients n'ont pas suivi le parcours de soins habituel et sont venus de leur propre chef. Ces patients ont déjà bénéficié d'un suivi antérieur il y a plus de 5 ans, ont un membre de leur famille déjà suivi par la structure ou une personne de leur entourage en lien avec la structure.

- 250 patients ont été adressés par un médecin généraliste. La structure de Bar-le-Duc a travaillé sur cette période avec 84 médecins généralistes différents, dont :
 - 38 médecins n'ont adressé qu'un seul patient
 - 32 médecins ont adressé entre 2 et 4 patients
 - 10 médecins ont adressé entre 5 et 10 patients
 - 4 médecins ont adressé plus de 10 patients dont 1 médecin ayant adressé 16 patients

Il se dégage différents profils de médecins généralistes à prendre en compte pour les formations. En effet, un médecin qui n'adresse qu'un patient par an vers une structure de la douleur n'aura pas les mêmes attentes qu'un médecin qui en adresse dix fois plus.

L'observation de ces chiffres montre que plus des deux tiers des patients suivis par les structures spécialisées dans la douleur sont orientés par le médecin généraliste et moins d'un tiers par un autre spécialiste. Cela nous conforte dans l'idée que des actions doivent être menées prioritairement auprès des médecins généralistes qui sont les principaux interlocuteurs.

Ce constat lève d'autres interrogations concernant cette disparité d'adressage entre les médecins généralistes et les autres médecins spécialistes. Est-ce simplement lié à la faible densité de médecins spécialistes au sein du GHT Cœur Grand Est ? Existe-t-il un manque d'information et de formation auprès des médecins non généralistes ? Ce bilan ouvre de nouvelles perspectives d'études.

3. Des propositions d'amélioration récentes

Depuis quelques mois, la douleur chronique revient au cœur des préoccupations de santé publique et place notre sujet de thèse au cœur de l'actualité.

En novembre 2022, un Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) pour l'élaboration d'un protocole de coopération national a été publié. Il avait pour thème « la prise en charge de la douleur par des infirmiers experts dans les structures douleur chronique labellisées ».

Cette démarche a pour objectifs de consolider et valoriser les acquis des infirmiers, libérer du temps médical pour prendre en charge plus de patients et réduire le délai d'attente. Cela permettrait également d'améliorer le lien ville/hôpital, notamment si les « infirmiers experts » venaient à se déplacer au sein des cabinets de ville.

La structure douleur chronique de Verdun a posé sa candidature.

Plus récemment, en janvier 2023, l'HAS a publié un guide sur « le parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique » (82). Cet outil a pour objectif de définir un parcours de soins hiérarchisé en trois niveaux. Le premier, s'attachant à une prise en charge « en ville », fait intervenir le médecin traitant ainsi que des acteurs de soins primaires. Des outils d'aide à la pratique ont été déployés, tels que des grilles d'hétéro et d'auto-évaluation des patients douloureux chroniques, des interfaces de télésanté avec une hotline dédiée ou la possibilité de réaliser des téléconsultations et des téléexpertises en lien avec les médecins des structures douleur chronique.

Le deuxième niveau représente la prise en charge par ces structures spécialisées. Un formulaire type a été créé pour faciliter et uniformiser l'adressage des patients douloureux chroniques. Le troisième et dernier niveau concerne les structures de type « centre », les patients y seront adressés par le niveau deux pour une prise en charge complexe et/ou spécifique.

On attribue au médecin traitant une place de plus en plus prépondérante dans le parcours de soins des patients douloureux chroniques. Les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur gardent leur rôle pivot entre les différents niveaux du parcours de soins des patients.

Pourtant, de nombreux éléments mettent en péril ces structures telles que la baisse de la démographie médicale avec de nombreux départs en retraite, la réduction des budgets alloués à la santé ou la dégradation du financement des MIGAC.

Il est donc important d'alerter les tutelles et les établissements institutionnels sur les menaces de plus en plus pesantes sur ces structures pour permettre une bonne efficacité du parcours de soins des patients douloureux chroniques.

Troisième partie : Outil pratique à destination des médecins généralistes

I. Élaboration de l’outil

L’hypothèse, à l’initiative de ce travail de thèse, était qu’il existait un manque d’informations et de connaissances des médecins généralistes du GHT Cœur Grand Est envers les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur.

En réponse à cette hypothèse, nous avons imaginé un outil informatif, simple, à visée pratique sur les structures douleur chronique du GHT Cœur Grand Est à destination des médecins généralistes.

Ce travail a été mené en deux temps.

A) Les entretiens semi-dirigés

Cette méthode a été choisie afin de récolter des données qualitatives précises sur des thématiques tout en structurant l’entretien. Les questions ouvertes et orientées permettent d’obtenir l’information souhaitée, tout en laissant la possibilité de rebondir, d’approfondir ou de clarifier certains propos. L’entretien est également mieux adapté à certaines explications, comme par exemple le fonctionnement du service. De plus, l’interaction directe avec les interlocuteurs était un point important permettant d’exposer le projet de thèse et d’échanger sur la création de l’outil pratique (83).

Les entretiens semi-dirigés ont été menés par la thésarde auprès des médecins responsables des trois structures de la douleur appartenant au GHT Cœur Grand Est (Bar-le-Duc, Saint-Dizier et Verdun). Ils ont été préparés en collaboration avec la directrice de thèse.

Ces entretiens se sont déroulés selon un recueil thématique qui a reposé sur cinq questions ouvertes ayant pour but de recenser pour chaque site : l'organisation du service, la description de l'équipe, les pathologies prises en charge, les offres de soins proposées et les moyens de contacter le service.

Un entretien semi-dirigé test a été réalisé auprès d'un médecin intervenant ponctuellement dans l'une des trois structures. Cet entretien d'entraînement a permis de clarifier certaines questions et d'améliorer la gestion de l'entrevue pour les futurs entretiens.

Un rendez-vous a été pris auprès du secrétariat de chaque structure afin d'exposer le projet de thèse et de rencontrer le médecin responsable. Les entretiens se sont déroulés dans chacune des trois structures, en tête-à-tête avec le médecin responsable.

Chaque entrevue a été enregistrée à l'aide d'une application dictaphone sur un téléphone portable avec l'accord préalable de chaque participant.

Les enregistrements audio ont été retranscrit directement après chaque entretien, mot à mot pour limiter la perte d'informations et garder le sens des propos recueillis.

B) Conception de l'outil

Nous avons réfléchi au meilleur moyen de diffuser simplement les informations recueillies à destination des médecins généralistes du GHT.

Nous avons choisi le dépliant trois volets qui peut être envoyé par e-mail et imprimé par les médecins qui le souhaitent. Le questionnaire comportait un champ libre où les médecins généralistes, ayant participé à l'étude, pouvaient renseigner leur adresse e-mail afin de recevoir directement le dépliant. La diffusion de notre outil aux autres médecins se fera via les CDOM et les adresses e-mail collectées pour l'envoi du questionnaire initial.

Le logiciel Canva a été utilisé pour concevoir le dépliant trois volets.

Cet outil a été validé par les trois structures douleur chronique du GHT Cœur Grand Est, ainsi que par la responsable de la communication du GHT Cœur Grand Est.

II) Présentation de l'outil

Les Urgences



Algie vasculaire de la face

Néuralgie du trijumeau

Douleurs carcinologiques



Délai de prise en charge plus court (quelques jours à 2 semaines)

Acouphènes

Algie vasculaire de la face

Céphalées et migraines

Douleurs carcinologiques

Douleurs en lien avec une pathologie inflammatoire

Douleurs gynécologiques

Douleurs musculo-squelettiques

Douleurs neuropathiques

Douleurs post-opératoires

Douleurs post-traumatiques

Fibromyalgie

Syndrome Dououreux Régional Complexe

Les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur



Bar-le-Duc
Saint-Dizier
Verdun

Mars 2023

Bar-le-Duc

Centre Hospitalier



Dr Thiltges Isabelle



03 29 45 86 07
du lundi au vendredi
9h-12h et 14h-17h



ithiltges@pssm.fr

Tous types de douleur et urgences

Techniques :

- Antalgie médicamenteuse
- TENS
- Cure kétamine
- Patch de capsaïcine
- Psychothérapie
- Psychothérapie corporelle
- Cryothérapie

Saint-Dizier

Centre Hospitalier



Dr Kasueschke Antje



03 25 56 85 50
du lundi au vendredi
9h-12h30 et 13h30-17h

Tous types de douleur et urgences

Techniques :

- Antalgie médicamenteuse
- TENS
- Cure kétamine
- Patch de capsaïcine
- Psychothérapie
- Psychothérapie corporelle
- Micronutrition
- Acupuncture
- Aroma-gemmothérapie
- Cannabinoïdes

Verdun

Centre Hospitalier



Dr Zitoli Jean-Louis



03 29 83 64 47
du lundi au vendredi
8h-12h et 13h-17h

Tous types de douleur et urgences

Techniques :

- Antalgie médicamenteuse
- TENS
- Patch de capsaïcine
- Psychothérapie
- Psychothérapie corporelle
- MEOPA (soins dentaires)
- Cannabinoïdes

Conclusion

La douleur est une préoccupation majeure en France de par sa fréquence, sa diversité et sa complexité. Sa prise en charge passe d'abord par le médecin généraliste qui, dans la plupart des cas, représente le premier relais pour un patient douloureux. Mais parfois, lorsque la douleur se chronicise ou devient trop complexe, la prise en charge ambulatoire n'est plus suffisante et le recours à d'autres moyens est nécessaire. Les structures spécialisées dans la douleur trouvent ici toute leur place afin d'assurer, conjointement avec le médecin généraliste, une prise en charge adaptée et un suivi spécifique. En théorie, le lien ville-hôpital semble facile, mais il en est autrement en pratique.

Ce travail a permis de mieux comprendre pourquoi le recours à ces structures spécialisées n'est pas homogène pour la majorité des médecins généralistes au sein du GHT Cœur Grand Est. La principale raison objectivée dans cette étude est le manque de connaissances concernant ces structures et leur fonctionnement. De plus, l'analyse des pratiques d'adressage et de non adressage a mis en évidence certains freins. Les plus cités par les médecins sont, le délai d'attente pour obtenir une première consultation et le manque d'informations sur les structures spécialisées dans la douleur. D'ailleurs, la majorité des médecins généralistes de notre échantillon a exprimé un réel besoin de formation.

Ces différentes problématiques nous ont mené à rechercher des pistes d'amélioration dans la prise en charge des patients douloureux chroniques.

À notre échelle, la création d'un outil d'information sur les structures du GHT Cœur Grand Est et la future formation à destination des médecins généralistes, sont des débuts de réponses aux problématiques retrouvées dans ce travail.

Il pourrait être intéressant de réaliser une nouvelle étude a posteriori de ces propositions, afin d'observer si les pratiques des médecins généralistes ont évolué au sein du GHT Cœur Grand Est.

Enfin, nous pouvons nous demander si les difficultés identifiées au niveau local sont les mêmes dans d'autres GHT. Ce travail pourrait ainsi être partagé avec d'autres territoires afin de contribuer à l'amélioration du lien ville-hôpital.

Bibliographie

1. Rey Roselyne. Histoire de la douleur / Roselyne Rey ; avec la collaboration de la Société française de la douleur. Paris: Éditions La Découverte; 1993. 414 p. (Histoire des sciences).
2. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFEDT). Livre blanc de la douleur 2017, Etat des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen [Internet]. Med-Line. 2017. 280 p [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf
3. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. juin 2008;136(3):380-7.
4. Haute Autorité de Santé. Parcours de soins d'un patient douloureux chronique - note de cadrage [Internet]. 2019 [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/app_253_cadrage_douleur_post_coi_2019_11_13_v0.pdf
5. Aydede M. Does the IASP definition of pain need updating? Pain Rep [Internet]. 13 août 2019 [cité 23 avril 2022];4(5):e777. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6882577/>
6. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain [Internet]. 1 sept 2020 [cité 23 avril 2022];161(9):1976-82. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680716/>
7. HAS. Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. 2008 [cité 25 avril 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf
8. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 8 avr 1977;196(4286):129-36.
9. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. mai 1980;137(5):535-44.
10. Gliedt JA, Schneider MJ, Evans MW, King J, Eubanks JE. The biopsychosocial model and chiropractic: a commentary with recommendations for the chiropractic profession. Chiropr Man Therap [Internet]. 7 juin 2017 [cité 25 avril 2022];25:16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5461754/>

11. OMS. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [cité 25 avril 2022]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http://id.who.int/icd/entity/1326332835>
12. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. janv 2019;160(1):19-27.
13. Brennstuhl Marie-Jo. Prendre en charge la douleur chronique: avec les thérapies non médicamenteuses / sous la direction de Marie-Jo Brennstuhl ; [préface d'Élisabeth Spitz]. Malakoff: Dunod; 2018. 191 p. (<<Les >>Ateliers du praticien).
14. Douleur [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/fr/deuxieme-cycle/douleur>
15. Woolf CJ. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* [Internet]. mars 2011 [cité 10 mai 2022];152(3 Suppl):S2-15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3268359/>
16. Calvino B. Les bases neurales de la douleur. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement* [Internet]. 1 mars 2006 [cité 10 mai 2022];4(1):7-20. Disponible sur: http://www.jle.com/en/revues/pnv/e-docs/les_bases_neurales_de_la_douleur_268043/article.phtml?tab=texte
17. Beaulieu P. La douleur. Guide pharmacologique et thérapeutique. Les Presses de l'Université de Montréal. 2013. 242 p.
18. Fields H. State-dependent opioid control of pain. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. juill 2004 [cité 12 mai 2022];5(7):565-75. Disponible sur: <https://www.nature.com/articles/nrn1431>
19. Sol JC, Chaynes P, Lazorthes Y. Chapitre 2 Douleurs : Bases anatomiques, physiologiques et psychologiques. :27 [Internet]. juin 2018 [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: https://etudiant-hospitalier.com/wp-content/uploads/2018/06/DCEM_VOIES_DOULEUR.pdf
20. Béchir Jarraya, Barbara Szekely, Chantal Hausser-Hauw, Bernard Boisaubert, Stéphane Gaillard. Traitement des douleurs chroniques par stimulation médullaire. *Médecine thérapeutique*. 1 avr 2014;20(2):93-9.
21. Johnson SW, North RA. Opioids excite dopamine neurons by hyperpolarization of local interneurons. *J Neurosci*. févr 1992;12(2):483-8.
22. Russell IJ, Vaeroy H, Javors M, Nyberg F. Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. mai 1992;35(5):550-6.
23. Yunus MB, Dailey JW, Aldag JC, Masi AT, Jobe PC. Plasma tryptophan and other amino acids in primary fibromyalgia: a controlled study. *J Rheumatol*. janv 1992;19(1):90-4.

24. Julien N, Goffaux P, Arsenault P, Marchand S. Widespread pain in fibromyalgia is related to a deficit of endogenous pain inhibition. *Pain* [Internet]. 1 mars 2005 [cité 13 mai 2022];114(1):295-302. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395905000023>
25. Beaulieu P. Anatomie et physiologie de la douleur (aiguë et chronique) [Internet]. 2020; Montréal [cité 13 mai]. Disponible sur: <https://anesthesiologie.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/33/2020/03/CSB-Douleur-PBeaulieu-anat-mars-2020.pdf>
26. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
27. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1). 2004-806 août 9, 2004.
28. DRESS. Les dépenses de santé en 2021- édition 2022 - Résultats des comptes de la santé [Internet]. 2022 p. 273 [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/CNS2021_MAJ101122.pdf
29. Dépense courante de santé au sens international | Insee [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2384508#graphique-figure1>
30. Archive:Structure et vieillissement de la population [Internet]. [cité 12 août 2022]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Structure_et_vieillissement_de_la_population#La_part_des_personnes_.C3.A2g.C3.A9es_continue_d.E2.80.99augmenter
31. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. 2020 [cité 12 août 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
32. Ospina M, Harstall C. Prevalence of chronic pain: an overview. Edmonton, Alta.: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2002.
33. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. mai 2006;10(4):287-333.
34. SFETD. LIVRE BLANC - STRUCTURES DOULEUR EN FRANCE - SFETD. Prise en charge de la douleur chronique en France en 2014-2015. [Internet]. 2015 2014;60 [cité 25 août]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/06/livreblanc2015-interactif.pdf>
35. Pain Alliance Europe (PAE). Survey on chronic pain. Diagnosis, treatment and impact of pain [Internet]. 2017. [cité 25 août 2022]. Disponible sur: <https://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2017/12/PAE-Survey-on-Chronic-Pain-June-2017.pdf>

36. Baker M, Collett B, Fischer A. Pain proposal - Improving the current and future management of chronic pain - A European consensus report [Internet]. 2016 p.19 [cité 25 août 2022]. Disponible sur: https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2016/06/pain_proposal.pdf
37. Institut Ipsos MORI. PainSTORY (Pain Study Tracking Ongoing Responses for a Year) - Témoignage de patients douloureux - Résultats France. sept 2009; [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.painstory.org/fr/resultats-france>
38. Jubert H. Prise en charge des douleurs chroniques au sein du réseau de santé AVH-LCD. Quels bénéfices médico-économiques pour le patient et l'assurance maladie ? [Internet]. Université Angers; 2015. [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20070376/2015PPHA4484/fichier/4484F.pdf>
39. Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Eschalier A, Langley P, et al. Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement [Internet]. 1 avr 2013 [cité 5 sept 2022];14(2):57-66. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1624568713000073>
40. Boureau F, S B, Bernard C, F C, G D, JM L, et al. Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs : module 6. 2^oéd. rev. et augm. Paris: Med-line; 2004. 475 p. (Modules transdisciplinaires).
41. Lanteri-Minet M. ECONEP : évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. Société française d'étude et de traitement de la douleur, 6e Congrès. 2006.
42. Direction générale de la santé. Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés. :4. [internet]. 24 sept 1998. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/plan_douleur_1998.pdf
43. Société Française de santé publique. Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur [Internet]. 2001. 17 p [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/evaluation_plan_triennal.pdf
44. Ministère délégué à la santé. Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005 [Internet]. 2006 [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-2005.pdf
45. Ministère de la santé et des solidarités X. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur. 2006-2010. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement [Internet]. avr 2006 [cité 14 sept 2022];7(2):3. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1624568706711180>

46. Maurice-Szamburski A, Martinez V. Livre Blanc de la Douleur. La douleur post-opératoire et sa chronicisation. [Internet]. avr 2022;216. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: https://sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2022/sfar_livre_blanc_de_la_douleur_2022_interactive_file.pdf
47. DGOS. Les structures spécialisées douleur chronique - SDC [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc>
48. Aubrun Frédéric. Structures Douleur Chronique en France (SDC): guide de bonnes pratiques / ouvrage dirigé par le Pr Frédéric Aubrun ; groupe de pilotage, Frédéric Aubrun, Séverine Conradi, Aline Le Chevalier... [et al.] SFETD, Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur. Paris: Éditions Med-line; 2019. 216 p.
49. Structures spécialisées - pro [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d'Étude et du Traitement de la Douleur. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/structures-specialisees-pro/>
50. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur. Annuaire des structures spécialisées dans la douleur chronique. 2006. Paris; 2006.
51. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. La fibromyalgie [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-fibromyalgie>
52. Accueil • GHT Coeur Grand Est [Internet]. GHT Coeur Grand Est. [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://ght-coeurgrandest.fr/>
53. De Singly F. Le Questionnaire. 3e édition. Armand Colin; 2012. 124 p.
54. ARNAULT F. Atlas de la démographie médicale en France. CNOM. [Internet] 1 janv 2022;141 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf
55. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
56. François MP, Yves MJ, Yves MM, Mathias MP, Jean-Marie MH. Etude du niveau d'information des patients fumeurs, des médecins généralistes et des internes de médecine générale concernant la cigarette électronique. :131.
57. Woerther A. La féminisation de la médecine générale en Lorraine: enquête auprès des résidents de la faculté de médecine de Nancy en 2005. :101.

58. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: <https://en.ars.sante.fr/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en-groupe>
59. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 15 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>
60. Université de lorraine. Calendrier de la formation hors stage du DES de médecine générale, année 2022-2023. :7. [Internet] 2022-2023 [cité 16 oct 2022]. Disponible sur: https://arche.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/2262874/mod_resource/content/18/PLANNING%202022-2023%20-%2018%2001%2023.pdf
61. Informations générales FST [Internet]. CEMD-Collège des Enseignants de Médecine de la Douleur. [cité 16 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.college-douleur.org/fst-infos-generales.php>
62. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Légifrance [Internet]. Légifrance. [cité 16 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/>
63. Mathieu C. Difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les internes de Médecine Générale de Paris 7 et attentes concernant leur formation initiale. [Internet]. Paris Diderot - Paris 7; 2015 [cité 16 oct]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4865_MATHIEU_these_DOULEUR_these.pdf
64. Anekar AA, Cascella M. WHO Analgesic Ladder. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/>
65. Yang J, Bauer BA, Wahner-Roedler DL, Chon TY, Xiao L. The Modified WHO Analgesic Ladder: Is It Appropriate for Chronic Non-Cancer Pain? J Pain Res [Internet]. 17 févr 2020 [cité 2 nov 2022];13:411-7. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7038776/>
66. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence, Capsaïcine [Internet]. 2016 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13442_QUTENZA_PIC_REEV_Avis3_CT13442.pdf

67. Steindorsson J. Effets et indications de la cryothérapie dans la prise en charge de la fatigue chez les patients atteints de sclérose en plaques - Revue Systématique de la Littérature. [Internet]. 2019;84 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://kinedoc.org/work/kinedoc/6ee7c482-c4b1-4b03-a50c-dd374405680b.pdf>
68. Rozenblat M. Neurocryostimulation. In Ozoir; [Internet]. 2021. p. 3 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.antalvite.fr/wp-content/uploads/2021/08/La-neurocryostimulation.pdf>
69. Fouquet S. Impact de la nutrition et de la micronutrition dans les maladies auto-immunes: exemple de la polyarthrite rhumatoïde [Internet]. 2022;149 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03788383/document>
70. Chos D. La Micronutrition, une nouvelle approche de la nutrition médicalisée. Hegel [Internet]. 2022 [cité 2 nov 2022];4(4):414-414. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-hegel-2022-4-page-414.htm>
71. Admin B. Mise au point sur l'utilisation de la KETAMINE - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2018 [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://sfar.org/mise-au-point-sur-lutilisation-de-la-ketamine/>
72. Doron roland, Parot F. Dictionnaire de psychologie. Puf. 2011. 768 p. (Dictionnaires Quadrige)
73. Direction générale de la santé (DGS). L'acupuncture-fiche produits de santé, thérapeutiques et cosmétiques [Internet]. 2015 [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_acupuncture.pdf
74. Qu'est-ce que l'aromathérapie ? [Internet]. VIDAL 2012. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/utilisation/bon-usage-phytotherapie-plantes/aromatherapie.html>
75. Mayer F. Utilisations thérapeutiques des huiles essentielles: Etude de cas en maison de retraite [Internet]. lorraine; 2018 [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734464/document>
76. Dursus C. La gemmothérapie appliquée aux pathologies ostéo-articulaires fréquemment rencontrées en officine [Internet]. 2018 [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01714565/document>
77. TENS en pratique [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/tens-en-pratique/>
78. A D, A D. Olivier Véran donne le feu vert au cannabis médical en France : une expérimentation menée dans 215 structures de soin volontaires sur l'ensemble du territoire [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2021 [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/olivier-veran-donne-le-feu-vert-au-cannabis-medical-en-france>

79. Cannabis thérapeutique : publication du décret autorisant l'expérimentation sur la mise à disposition dans 5 indications [Internet]. VIDAL 2020. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/25970-cannabis-therapeutique-publication-du-decret-autorisant-l-experimentation-sur-la-mise-a-disposition-dans-5-indications.html>
80. Haute Autorité de Santé. Fiche de bon usage des technologies de la santé - Neurostimulateurs médullaires implantables [Internet]. 2014 [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/fiche_de_bon_usage_neurostimulation_2014-04-03_10-38-24_855.pdf
81. Queneau P, Serrie A, Trèves R, Bontoux D. Les douleurs chroniques en France Recommandations pour une meilleure prise en charge: Recommandations de l'Académie nationale de médecine. Douleur analg [Internet]. sept 2019 [cité 3 déc 2022];32(3):147-54. Disponible sur: <https://dea.revuesonline.com/10.3166/dea-2019-0073>
82. Haute Autorité de Santé. Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2023 [cité 17 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218057/fr/parcours-de-sante-d-une-personne-presentant-une-douleur-chronique
83. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers [Internet]. 2010 [cité 14 déc 2022];102(3):23-34. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>

ANNEXE 1 : Le questionnaire

Travail de Thèse : Le recours aux structures douleur chronique par les médecins généralistes au sein du groupement hospitalier de territoire Cœur Grand Est.

17 questions fermées, temps de réponse évalué : 4 à 5 minutes

***Obligatoire**

1ère Partie : Caractéristiques socio-démographiques

5 questions

Sexe *

- Homme
- Femme

Âge *

- < 30 ans
- 30 - 40 ans
- 41 - 50 ans
- 51 - 60 ans
- > 60 ans

Département d'exercice *

- Haute-Marne
- Marne
- Meuse

Type d'exercice *

- Installé seul
- Installé en cabinet de groupe de médecins généralistes
- Installé en cabinet de groupe pluridisciplinaire

Nombre d'actes réalisés par semaine en moyenne *

- < 50 actes/semaine (soit < 10 actes/jour pour 5 jours travaillés)
- 50 - 90 actes/semaine (soit 10 - 18 actes/jour pour 5 jours travaillés)
- 91 - 130 actes/semaine (soit 18 - 26 actes/jour pour 5 jours travaillés)
- 131 - 160 actes/semaine (soit 26 - 32 actes/jour pour 5 jours travaillés)
- > 160 actes/semaine (soit > 32 actes/jour pour 5 jours travaillés)

2ème Partie : La douleur chronique

4 questions

Combien de patients douloureux chroniques voyez-vous par semaine en moyenne ? (Douleur > 3-6 mois) :

*

- Aucun
- 1 - 10 patients/semaine
- 11 - 20 patients/semaine
- 21 - 40 patients/semaine
- > 40 patients/semaine

Avez-vous bénéficié d'une formation sur la douleur ? *

- DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires)
- Capacité
- DU (Diplôme Universitaire)
- FMC (Formation Médicale Continue)
- DPC (Développement Professionnel Continu)
- Congrès
- Groupe de pairs
- Revue médicale
- Cours durant les études
- Non
- Autre : _____

Êtes-vous à l'aise dans la prise en charge de patient douloureux chronique ? *

- Très à l'aise
 - A l'aise
 - Moyennement à l'aise
 - Peu à l'aise
 - Pas du tout à l'aise
-

Quelles méthodes intervenant dans la prise en charge de la douleur connaissez-vous parmi celles qui suivent ? *

- Gestion des opioïdes
- Cryothérapie
- Micronutrition
- Acupuncture
- Cure de kétamine
- Cannabis thérapeutique
- Aromathérapie
- Gemmothérapie
- TENS (Neurostimulation électrique transcutanée)
- Patch de Qutenza
- Psychothérapie (TCC, psychanalyse ...)
- Psychothérapie corporelle (hypnose, méditation, EMDR ...)
- Neurostimulation médullaire

3ème Partie : Les structures spécialisées dans la douleur (SDC)

6 questions

Avez-vous recours à ces structures ? *

- Très fréquemment
- Fréquemment
- Quelques fois
- Jamais

Avez-vous reçu une formation de la part d'une structure douleur chronique ? *

- Oui
- Non

Si vous avez répondu "Non" à la question précédente, cela vous intéresserait-il ?

- Oui
- Non
-

Connaissances vis à vis des trois structures douleur chronique au sein du GHT. *

Quels professionnels composent les équipes des SDC ?

Selon vos connaissances et l'adressage de vos patients, vous pouvez remplir le tableau pour 1, 2 ou les 3 structures

	Bar Le Duc	Saint Dizier	Verdun
Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Connaissances vis à vis des trois structures douleur chronique au sein du GHT. *

Quels types de douleur sont pris en charge ?

Selon vos connaissances et l'adressage de vos patients, vous pouvez remplir le tableau pour 1, 2 ou les 3 structures

	Bar Le Duc	Saint Dizier	Verdun
Douleur musculosquelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur carcinologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur neuropathique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur post-opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur post-traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur en lien avec des pathologies inflammatoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur gynécologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome Douloureux Régional Complexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acouphène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Céphalées et migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algie vasculaire de la face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Connaissances vis à vis des trois structures douleur chronique au sein du GHT. *

Quelles méthodes sont utilisées ?

Selon vos connaissances et l'adressage de vos patients, vous pouvez remplir le tableau pour 1, 2 ou les 3 structures

	Bar Le Duc	Saint Dizier	Verdun
Gestion des opioïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patch de capsaïcine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cryothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Micronutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cure de Kétamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychothérapie (TCC, psychanalyse...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychothérapie corporelle (Hypnose, méditation, EMDR...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuncture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aromathérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemmothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TENS (Neurostimulation électrique transcutanée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimulation médullaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4ème Partie : Votre pratique

2 questions

Pour quelle(s) indication(s) adressez-vous vos patients vers une structure spécialisée dans la douleur ? *

- Échec des antalgiques
 - Gestion des opioïdes
 - Prise en charge pluriprofessionnelle
 - Spécifiquement pour une des méthodes citées à la question précédente
 - Quand je n'ai plus de solution à proposer à mon patient
 - A la demande du patient
 - Je n'ai jamais envoyé un de mes patients
-

Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas ou peu recours à une structure spécialisée dans la douleur ? *

- Je préfère gérer seul
 - Délai d'attente
 - Centre non connu
 - Distance
 - Manque d'informations
 - Refus du patient
 - Aucune, j'envoie mes patients facilement
-

Commentaires ou remarques

Votre réponse

Merci de votre participation !

Ce travail mènera à la création d'un outil d'aide à la pratique concernant la douleur chronique à destination des médecins généralistes. Si vous souhaitez le recevoir, merci de laisser vos coordonnées.

Votre réponse

ANNEXE 2 : Verbatims

Partie « commentaires ou remarques »

J'envoie facilement mes patients vers une structure de la douleur mais sachant le délai d'attente je tempore en le revoyant régulièrement

le non adressage lorsque je le propose résulte généralement d'antécédent de prise en charge inefficace par le centre en question ou de mauvais vécu du patient par communication insuffisante

je regrette les consultations avancées d'infirmières de la douleur au sein de ma msp perte d'efficacité et moins de travail collaborative

Encore des progrès à réaliser à titre personnel

Je gère seul lorsque cela est possible et contacte pour conseils ou prise en charge si échec ou mauvais résultats des traitements

Meilleurs vœux de these

pratiques et habitudes de pec semblent différentes entre st Dizier et bld...

gros problème de prescription de médicaments non remboursés (vitamines, huiles essentielles ...)ou hors AMM (versais...) ou aux effets thérapeutiques non validés

ANNEXE 3 : Guide des entretiens semi-dirigés

Présentation du sujet de thèse :

- Titre
- Choix du sujet
- Problématique
- Hypothèse
- Objectif principal et secondaire
- Méthode
- Présentation du projet de l'outil d'aide à la pratique

Thèmes à aborder :

- Présentation du service et des équipes (organisation, spécificités des professionnels de santé, horaires, téléphone)
- Pathologies prises en charge
- Techniques utilisées dans le service
- Contact avec le service (comment prendre un rendez-vous ? comment adresser un patient ? comment avoir un avis ?)
- Situation urgente (quelles sont les indications urgentes ? comment adresser en urgence un patient ? quel est le délai ?)

ANNEXE 4 : Retranscription entretien semi-dirigé n°1

Bar-le-Duc

Commençons, la première question est assez générale. Donc, pouvez-vous me présenter votre consultation, l'organisation, les équipes, me décrire une semaine type par exemple ?

Alors, à Bar-le-Duc c'est une consultation avancée de la douleur, et associée avec des soins de support et palliatifs. Les semaines sont assez variables, mais euh... en général, on a euh... 4-5 matinées par semaine de consultation. On a aussi l'HDJ, en début d'après-midi et aussi 4 fois par semaine. Et puis, en HDJ, on réalise sur 2 jours des cures de kétamine. Le reste du temps se répartit avec des avis dans les services de l'hôpital. Dans le service, on a 2 médecins pour 1 équivalent temps plein. On a la capacité ou le DU douleur, avec euh... le DESC de médecine palliative et le DU de cancérologie. Il y a aussi une « Faisant Fonction d'Interne ». Nous avons donc 3 infirmières et une psychologue.

D'accord. Et, euh... est-ce qu'elles ont des formations spécifiques ?

Oui, alors pour les infirmières, elles ont différentes formations, le DU de soins palliatifs, de sophrologie, de méditation pleine conscience. Elles sont également formées au TENS et à la cryothérapie. La psychologue, elle, elle a un master d'éthique, un DU de psycho-oncologie et hypno-analgésie.

D'accord. Et quels sont les horaires de l'équipe et du secrétariat ?

Le secrétariat est joignable de 9h à 12h et de 14h à 17h. Et pour l'équipe, euh... environ de 8h30 à 18h30 5 jours/7.

Et à quel numéro ? Au 03 29 45 86 07.

Ok. Sinon, une autre question plutôt vaste, quelles indications ou pathologies prenez-vous en charge ?

Oui, assez vaste. Alors, tous les types de douleurs oncologiques, les troubles musculo-squelettiques, les migraines et algie de la face, euh... les fibromyalgies, aussi les douleurs neuropathiques qui peuvent être post-traumatiques. Souvent, on les prend en charge avec la MPR ou en post-AVC.

On fait aussi la gestion des opioïdes, les pathologies rhumatologiques en lien avec la rhumatologie, les algodystrophies souvent postchirurgicales. On a aussi quelques algies pelviennes envoyées par la gynécologie. Les pathologies inflammatoires et de système, et aussi les neuropathies diabétiques ou post-zona.

D'accord. Et pour toutes ces indications, quelles sont les techniques médicamenteuses, non médicamenteuses ou interventionnelles que vous pouvez-utiliser ?

Alors, toutes sortes d'antalgiques, le sevrage d'opioïdes et autres antalgiques, les cures de kétamine, les patchs de Qutenza®. On utilise aussi le TENS, la cryothérapie, la relaxation, l'hypnose, sinon, on ne fait pas d'interventionnel ici.

Et en tant que médecin généraliste, est-ce que je peux vous contacter pour simplement un avis et si oui, par quel moyen ?

Oui oui, sans problème. Soit par téléphone auprès de la secrétaire ou d'une infirmière qui me passe le message et je réponds de suite, si je suis disponible, sinon, je rappelle le médecin. Et il y a un répondeur si l'appel est en dehors des horaires du secrétariat. Sinon, c'est également possible par mail, ithiltges@pssm.fr. Il y a un renvoi automatique vers le service pendant mes vacances.

Parfait. Et quelle est la démarche à suivre pour un médecin généraliste pour vous adresser un patient en consultation ?

Le plus simple, c'est de faire un courrier et que le patient ou le médecin téléphone au secrétariat pour prendre un rendez-vous. On a également pour projet de mettre en place un questionnaire à remplir par le patient avant son rendez-vous pour mieux cerner sa douleur.

D'accord. Et que doit contenir le courrier, y a-t-il des choses particulières à noter ?

Il faut un courrier standard avec le nom du patient, le motif de la consultation, ses antécédents et ses traitements. Ce qui est intéressant pour nous, c'est de noter les médicaments essayés avec leur posologie et la durée d'essai et, s'il y a eu, des intolérances à certains traitements. Et puis, une biologie pour avoir une fonction rénale et hépatique. Surtout, pas besoin d'un roman non plus (rires).

Et si on veut vous envoyer un patient en urgence, par exemple une algie vasculaire de la face ou des douleurs de cancer, y a-t-il un protocole ?

Non, pas vraiment de protocole, mais le médecin peut soit envoyer une lettre bien détaillée par mail ou appeler directement. Et, selon la situation, on fixe un rendez-vous rapidement.

Quel est le délai moyen habituel pour une première consultation et pour une urgence ?

En ce moment, pour une consultation standard, on est à 3-4 mois de délai et si c'est une situation urgente, comme une névralgie du trijumeau, une algie vasculaire de la face, des douleurs de cancer ou une situation très invalidante pour le patient, on essaye de le voir dans les 15 jours. Mais de toute façon, je donne toujours un avis ou une conduite à tenir en attendant le rendez-vous. Ça permet de ne pas perdre de temps et de recentrer le médecin traitant dans la prise en charge.

ANNEXE 5 : Retranscription entretien semi-dirigé n°2

Verdun

La première question est assez générale, pouvez-vous me présenter votre consultation, au niveau organisationnel, vos équipes, une semaine type ?

Oui, alors on a une secrétaire à mi-temps pour la douleur et l'autre mi-temps pour les soins palliatifs. La première consultation est conjointe avec le médecin et la psychologue pour faire un entretien plus vaste et avoir un premier contact avec la psychologue. On s'est rendu compte que si on propose de voir la psychologue plus tard dans notre prise en charge, sans première rencontre avec elle, il est plus difficile de convaincre les patients. Ils se braquent plus facilement, alors que, lorsqu'elle a participé au premier entretien, ils acceptent plus facilement de la voir par la suite. La psychologue est là à mi-temps également. Elle est arrivée récemment, n'a pas encore de formation particulière, mais c'est en projet. On a également deux infirmiers à mi-temps. Un infirmier formé à l'hypnose et à la relaxation, avec éducation thérapeutique des patients. L'autre infirmière est formée aussi à l'hypnose, elle s'occupe plus spécifiquement des TENS avec également éducation thérapeutique des patients et la pose des patches de Qutenza®. Une autre activité réalisée par les infirmiers est d'administrer du Kalinox® au cabinet dentaire de l'hôpital, notamment pour les enfants, afin d'éviter une anesthésie générale pour des soins dentaires qui nécessiteraient une prise en charge à Nancy. C'est réalisé le jeudi matin. Et sur le plan médical, je suis présent mais pas à temps plein, et j'ai également une formation à l'hypnose.

Une question très pratique, quels sont les horaires de secrétariat et de présence ?

Tout d'abord, il y a des horaires préconisés pour être labellisé, de 8h à 12h et de 13h à 17h, 5j/7. Il m'arrive de consulter de 17h à 18h sans secrétariat.

Il y a des créneaux de consultations tous les jours ?

Oui, il y en a tous les jours, même si je ne suis pas à temps plein, mais on essaye de répartir, le lundi toute la journée, le mardi matin, l'après-midi est plutôt réservé à l'hôpital de jour pour les patches de Qutenza®.

Il m'arrive parfois de caler quelques consultations plus urgentes ou de suivi. Par exemple, je prescris du Marinol®, qui doit être renouvelé tous les mois, un peu comme la morphine, sauf que le médecin traitant ne peut pas le renouveler.

Le Marinol® peut être prescrit dans tous les centres de la douleur ? Comment cela se passe ?

Le Marinol®, c'est du CBD qui existe depuis des années et qui est toujours en Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU), car le produit ne peut être pris qu'au niveau de la pharmacie de l'hôpital. Donc, c'est une certaine contrainte et le renouveler tous les mois, avec une nouvelle demande d'ATU tous les 3-6 mois, en plus.

Très bien. Et sinon, autre question assez large, les indications et les pathologies que vous prenez en charge dans votre service ?

Oui, c'est assez large, en plus on est un peu isolé, donc on prend beaucoup de choses en charge. On prend les douleurs neuropathiques de différentes origines, même centrales, les fibromyalgies, des sciatalgies et autres douleurs musculo-squelettiques, des douleurs postchirurgie, des douleurs en lien avec la cancérologie, l'algodystrophie, les migraines et céphalées, douleurs gynécologiques avec endométriose, névralgie pudendale, incontinence urinaire en lien avec le service de gynécologie de l'hôpital. Après, il y a des choses qu'on ne fait pas ici mais, si elles sont indiquées, on va orienter le patient à Nancy, Strasbourg ou ailleurs pour qu'il puisse en bénéficier.

Oui, c'est important de savoir réorienter le patient si besoin. Sinon, quelles techniques médicamenteuses, non médicamenteuses ou interventionnelles utilisez-vous ?

Dans les techniques médicamenteuses, on peut prescrire toutes sortes d'antalgiques, le Marinol®. Dans les techniques non médicamenteuses, je me suis rapidement intéressé à l'hypnose, la relaxation, avec éducation du patient à l'autohypnose. Le TENS avec éducation des patients, on l'utilise également dans la prise en charge des acouphènes en stimulant le nerf vague, technique également utilisée dans la prise en charge de la migraine. Et aussi, la ionophorèse qui consiste à faire pénétrer en transdermique un anti-inflammatoire par un courant électrique, surtout au niveau des articulations, bénéfique pour les patients qui ne souhaitent pas d'infiltration.

En interventionnel, je pratiquais les infiltrations, maintenant beaucoup moins, même s'il m'arrive encore d'infiltrer des névralgies d'Arnold qui sont le moins à risque infectieux. Les patchs de Qutenza® aussi, en hôpital de jour.

Est-ce que vous utilisez la kétamine ?

On en utilise peu, car il n'existe pas un protocole auquel se référer.

Et la cryothérapie ?

Ça, nous ne faisons pas, mais je prescris facilement des séances de kinésithérapie qui en font, ou aussi la balnéothérapie. Après, je propose facilement des cures thermales.

Est-ce qu'on peut vous contacter juste pour un avis ? Et si oui, par quel moyen ?

Le plus simple, c'est par téléphone. Il faut contacter le secrétariat qui me passe le message et je rappelle le médecin traitant. Si la secrétaire n'est pas là, il y a un répondeur où on peut laisser un message.

Quel est le numéro de téléphone ? C'est le 03 29 83 64 47.

Et si l'on souhaite vous adresser un patient, quelle est la démarche à suivre ?

Il faut prendre un RDV, le médecin ou le patient, selon « l'urgence de la situation » et faire un courrier. S'ils ont des examens complémentaires, qu'ils viennent avec également. Et avant le RDV, on leur envoie un questionnaire sur leur douleur à remplir au préalable et à apporter pour le RDV.

Quelles sont les informations à intégrer dans le courrier ?

Un courrier standard avec identité du patient, antécédents, traitements en cours, et les traitements essayés ou mal tolérés.

Pour terminer, si on veut vous adresser un patient assez urgemment, y a-t-il une procédure particulière à faire ? Quels sont les délais ?

La procédure, c'est de nous appeler pour discuter de la situation. Nos délais, c'est environ 3-4 mois pour une première consultation, difficile de faire mieux. Si c'est des douleurs en lien avec la cancérologie, on essaye de les voir dans les 15 jours. Pareil pour des situations très invalidantes, comme l'algie vasculaire de la face ou la névralgie du trijumeau.

ANNEXE 6 : Retranscription entretien semi-dirigé n°3

Saint-Dizier

Je vais commencer par une question très générale, est-ce que vous pouvez me présenter le service de la douleur, au niveau de l'organisation, des équipes et une semaine type, par exemple ?

On a une consultation médicale pour un médecin euh... qui consulte en principe le lundi, le mardi, le mercredi matin et le vendredi, mais euh... tous les 15 jours, parce qu'il y a les hospitalisations de Qutenza®. Il y a environ 12 hosp[it]alisations] de Qutenza®, je ne peux pas consulter à côté, sauf urgence pour un nouveau patient. Le mercredi après-midi, je dois faire un petit peu la paperasse. Donc, les jeudis, j'ai une consultation avancée à... à Chaumont, qui appartient euh... à notre consultation depuis le début et... et qui compte pour Saint-Dizier, pour le GHT. Donc, euh... après, il y a une infirmière douleur à 0,5 ETP, il y a une psychologue à 0,5 ETP et il y a 0,5 ETP de secrétariat partagé par 2 secrétaires qui font aussi 2 autres services. **D'accord.** On a un téléphone dédié et la secrétaire prend des rendez-vous directement avec les patients qui sont envoyés.

Ok. Et est-ce que l'infirmière a eu une formation spécialisée ?

L'infirmière a un DU douleur, après, elle a fait une formation relaxation, après, elle a fait une formation hypnose qui vient de se terminer, et euh... elle est infirmière anesthésiste de base. Et la psychologue a fait un DU psychologie en douleur chronique, mais n'a pas fait le DU douleur, elle ne voulait pas, mais elle euh... maîtrise la technique EMDR.

Ah, c'est intéressant. Oui, on a pas mal de choses. Tous les 15 jours, on a un staff avec le personnel, donc, là, en ce moment, euh... c'est le staff pluriprofessionnel. Normalement, les médecins traitants sont toujours invités, mais malheureusement, il n'y en a aucun qui est venu. Et là, euh... euh... on planifie comment on va faire pour les hosp[it]alisations], la prise en charge des patients, on voit les choses euh... difficiles, certains dossiers, c'est tous les 15 jours.

Sinon, à côté, il y a les hospitalisations avec la kétamine, les lundis, les mardis, les vendredis, et les Qutenza® les vendredis à peu près tous les 15 jours. Sinon, une consultation pour un nouveau patient c'est 60 min, 30 min euh... pour une consultation euh... de... de réévaluation. Après, le rythme pour les revoir, c'est euh... on essaye à 2 mois, 2 mois et demi, et après à 3 mois, et après 4 mois, et 6 mois si les patients sont bien et qu'ils ne veulent pas nous lâcher [rires].

Oui, ça les rassure de revenir et d'avoir un suivi régulier pour certains.

Oui, parfois, il y a des patients qui viennent juste une fois par an pour nous dire bonjour [sourires]. Le but, c'est aussi la réinsertion socio-professionnelle, et euh... là, on en a une cinquantaine qui ont repris le boulot.

D'accord, et du coup, vous avez une assistante sociale qui travaille avec vous ?

Non, mais il y en a une, à l'hôpital, avec qui on peut travailler et parfois, j'envoie euh... à la sécu[rité sociale] pour l'assistante sociale, parce qu'elle est euh... accessible.

Euh... facilement ? Gratuitement [rires].

La deuxième question, qui est également assez euh... générale, quelles sont les indications et les pathologies que vous prenez en charge ici ?

Ben, toutes les douleurs euh... qui viennent ..., tout. Donc, ça peut être euh... les douleurs neuropathiques d'origine centrale et périphérique, les céphalées de plusieurs origines, les douleurs rhumatologiques y compris auto-immunes, les fibromyalgies. On fait également du sevrage en opiacés. J'ai une formation en micronutrition, plus en aromathérapie, plus en acupuncture, plus en euh... euh... gemmothérapie, donc, on euh... on utilise tout ça dans les pathologies auto-immunes.

Ah, d'accord, et est-ce que vous pouvez m'expliquer euh... euh... en quelques mots ces thérapies ?

Par exemple, on a la nutrition anti-inflammatoire, antalgique pour décalcifier en cas d'arthrose, par exemple. Parce qu'il n'y a pas de traitement pour l'arthrose, donc, il faut traiter la cause. Elle est souvent nutritionnelle et un manque de mobilisation, de mobilité. C'est une alimentation surtout végétarienne le soir, je travaille avec des compléments alimentaires aussi, et euh... je fais des bilans élargis sur le plan nutritionnel, mais ce n'est pas remboursé, donc, donc c'est à voir avec le patient.

Et souvent, le patient vient pour ça quand il est envoyé par le rhumatologue et son suivi par les biothérapies. Et il n'y a pas beaucoup d'autres moyens, car ils ont déjà épuisé toutes les autres thérapies. Donc, il vient spécifiquement pour ça, et je travaille aussi beaucoup avec l'aromathérapie. Et quand on peut, on prend le TENS. Ah, et j'ai oublié, on a beaucoup de douleurs abdomino-pelviennes envoyées par le gynéco[logue] ou l'urologue. Normalement, c'est des douleurs pas trop aimées en douleur chronique, parce que c'est très euh... flou, mais l'aromathérapie marche pas mal, en externe et interne.

Et euh... est-ce que vous pouvez m'en dire 2 mots ?

C'est des applications d'huiles essentielles, mais faut connaître, euh... bien connaître la biochimie et euh... le métabolisme, mais c'est des bombes atomiques [sourires]. Ça marche très bien sur des douleurs d'endométriose. Et on prend aussi des douleurs de cancer, pendant ou avec les séquelles de radio[thérapie] ou chimiothérapie, et après, ça bascule dans les soins palliatifs.

Alors, euh... troisième question, donc, qui peut euh... aussi, un petit peu, recouper la précédente, c'était justement quelles sont les techniques que vous utilisez dans le service, que ce soit médicamenteux, non médicamenteux, interventionnels ?

Ah oui, on a les patches de Qutenza® en hospitalisation de jour, euh... la technique du TENS, la cryothérapie, humm j'utilise la balnéothérapie, surtout pour les troubles articulaires, je les envoie même à la piscine. Dans le service, on a l'acupuncture, mais je n'ai plus trop de pièce pour le faire. Euh... euh... on a donc l'aromathérapie, la gemmothérapie c'est le travail avec les bourgeons et la micronutrition. En psychologie, on a le soutien avec l'EMDR, du côté infirmière, l'éducation du TENS, le suivi hypnose et relaxation et on a fait des ateliers miroir pour les algodystrophies.

Et cette méthode consiste en quoi ?

Ça, c'est un atelier que j'ai monté pour euh... comment dire, la réadaptation du cerveau, parce que le cerveau fait de fausses communications, de faux messages et ça permet de faire une sorte de remise à zéro avec la rééducation dans le miroir avec le côté sain.

D'accord, ça fait un peu comme avec les membres fantômes ?

Oui, c'était fait originellement pour cela. On l'utilise quand il y a un côté qui ne fonctionne pas, ça peut être une douleur neuropathique, un AVC, une algodystrophie, n'importe quelle douleur unilatérale.

Alors, après, en tant que médecin généraliste, est-ce que je peux vous contacter, juste pour un avis, pour un patient suivi ou non dans le service, et si oui, par quel moyen ?

Euh... oui, souvent les médecins généralistes appellent la secrétaire et je les rappelle après, pour qu'on discute de la situation. En ce moment, on a beaucoup de demandes d'avis euh... sur la prise de cannabis. Je travaille beaucoup avec le cannabis, j'ai ... j'ai des patients qui en prennent, mais euh... ce n'est pas remboursé.

Ok, d'accord pour un avis, et si, toujours en tant que médecin généraliste, je veux vous adresser un patient, quelle est la démarche à suivre ?

Alors, il faut faire un courrier avec le motif, pourquoi vous l'adressez, le traitement actuel, les antécédents. Le patient ou le médecin peut prendre le rendez-vous sur le numéro direct dédié et selon l'urgence, la secrétaire donnera le rendez-vous. De toute façon, euh... elle sait faire le tri et... et sinon, elle me demande.

Et quel est le numéro dédié ? 03 25 56 85 50.

Et on peut joindre la secrétaire de quelle heure à quelle heure ?

Normalement de 9h à 17h du lundi au vendredi et sinon, il y a un répondeur, on peut laisser un message et la secrétaire rappelle le lendemain.

On vient d'en parler un petit peu, euh... mais si on veut vous adresser une urgence, est-ce qu'il y a un protocole ?

Alors, euh... le médecin appelle le service et selon l'indication, on fixe le rendez-vous. Les urgences, euh... on retrouve la névralgie du trijumeau euh... qui attendra maximum 1 semaine, l'AVF [algie vasculaire de la face] pour mettre en route l'oxygène rapidement, et les douleurs dans le cadre d'un cancer, on ne laisse pas attendre, je le vois dans la semaine s'il est en évolution, si c'est des douleurs séquellaires, ça peut prendre quelques semaines. Et, euh... vraiment si besoin, j'ai des créneaux d'urgence le mercredi.

VU

NANCY, le **27 février 2023**
Le Président de Thèse

NANCY, le **27 février 2023**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **12877C**

NANCY, le **06 mars 2023**

La Présidente de l'Université de Lorraine

Madame Hélène BOULANGER

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La douleur représente le motif de consultation le plus fréquent en médecine générale. Sa prise en charge constitue donc un enjeu majeur de santé publique. Le premier programme national de lutte contre la douleur a vu le jour en 1998 et a été révisé de 2002 à 2005 puis de 2006 à 2010. L'une des grandes mesures a été la création de structures hospitalières spécialisées dans la prise en charge de la douleur. Pourtant, seulement 3% des patients douloureux chroniques sont suivis par ces structures.

On peut se demander pourquoi le recours aux structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur n'est pas une pratique courante en médecine générale au sein du Groupement Hospitalier de Territoire Cœur Grand Est ?

L'objectif principal est de faire état des connaissances des médecins généralistes vis-à-vis de ces structures. Les objectifs secondaires sont de rechercher les freins de recours aux structures douleur chronique et les besoins en formation des médecins généralistes du GHT.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale réalisée à l'aide d'un questionnaire diffusé aux médecins généralistes installés au sein du GHT.

Résultats : Notre population ayant participé à l'étude est majoritairement masculine, âgée de moins de 50 ans et exerçant en cabinet de groupe. Cette étude a révélé un manque de connaissances de notre effectif par rapport aux structures spécialisées dans la douleur au sein du GHT Cœur Grand Est, notamment sur la composition des équipes, les types de douleur pris en charge et les méthodes utilisées. Des freins limitant le recours à ces structures ont pu être mis en évidence, comme le délai d'attente ou le manque d'informations des médecins généralistes qui a été clairement évoqué dans les réponses. De plus, une vraie demande de formation sur la douleur et sur les structures spécialisées a pu être objectivée.

Ce travail a abouti à la création d'un outil simple, informatif, à destination des médecins généralistes vis-à-vis des structures de la douleur.

TITRE EN ANGLAIS :

REFERRAL TO CHRONIC PAIN UNITS BY GENERAL PRACTITIONERS FROM THE
« CŒUR GRAND EST » TERRITORIAL HOSPITAL GROUP

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – 2023

MOTS CLÉS : douleur, chronique, structure spécialisée, médecin généraliste, groupement hospitalier de territoire

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex