

Table des matières

I.	INTRODUCTION	2
A.	Définition	2
B.	Epidémiologie	2
C.	Objectif de notre étude	2
II.	MATERIEL ET METHODE	3
A.	Type d'étude	3
B.	Analyse des données	3
C.	Éthique	3
III.	RÉSULTATS	4
A.	Les difficultés	4
1.	Concept incompris et stigmatisation des patients.....	4
2.	Difficultés des médecins généralistes.....	5
3.	Difficultés liées aux algologues.....	6
4.	Difficultés liées aux patients	6
5.	Difficultés liées aux thérapeutiques médicamenteuses :	7
6.	Difficultés liées aux thérapeutiques non médicamenteuses	7
7.	Une triangulation de la prise en charge nécessaire.....	8
B.	Les pistes d'amélioration	9
1.	Un changement de vision :	9
2.	Médecins généralistes :	9
3.	Algologues : un accès facilité	10
4.	Thérapeutiques non médicamenteuses.....	11
5.	Importance de la communication	11
C.	Modélisation	12
IV.	DISCUSSION	13
A.	Comparaison avec la littérature existante.	13
1.	Les attentes des patients :	13
2.	Influence de la société dans la relation médecin-patient :	13
3.	Etat des lieux des plans gouvernementaux existants	13
B.	Forces et faiblesses de l'étude	15
C.	Implications futures	15
V.	CONCLUSION	16
VI.	BIBLIOGRAPHIE	17
VII.	ANNEXES	19
A.	Tableau des caractéristiques de la population	19
A.	Guides d'entretiens	20
B.	Résumé Français	22
C.	Résumé anglais	23
VIII.	ACRONYMES	24

I. INTRODUCTION

A. Définition

Selon la définition officielle de l'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur (IASP), "la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion". On distingue quatre composantes de la douleur : sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale.⁽¹⁾

La douleur chronique est par définition une douleur évoluant depuis plus de trois mois. Elle correspond à un syndrome multidimensionnel avec des facteurs d'entretien psychologiques, sociaux et culturels, et des conséquences physiques morales et sociales telles que la désinsertion socio-professionnelle. C'est une pathologie du système de perception de la douleur. Cette dernière, de par son caractère chronique perd sa valeur protectrice pour devenir destructrice.⁽²⁾

B. Epidémiologie

Selon *Le Livre Blanc de la Douleur* paru en 2017, au moins 12 millions de Français souffrent de douleurs chroniques, soit 30 % des adultes. 70 % d'entre eux ne reçoivent pas de traitement approprié.⁽³⁾ La douleur constitue le premier motif de consultation aux urgences et en cabinet de médecine générale.⁽⁴⁾ Elle concerne principalement les personnes âgées et les femmes⁽⁵⁾ et on constate que moins de 3% des patients bénéficient d'une prise en charge dans un centre spécialisé⁽³⁾.

La prise en charge de la douleur chronique est un enjeu économique (du fait de son coût important) et social car elle présente une forte répercussion sur la qualité de vie des patients et est source d'une grande limitation dans les activités professionnelles et domestiques.⁽⁶⁾

Selon l'enquête ECONEP, les arrêts de travail des patients douloureux sont plus fréquents que dans la population générale et 45% d'entre eux bénéficient d'arrêts d'une durée moyenne cumulée de plus de 4 mois.

La douleur chronique constitue un enjeu moral car elle est aussi synonyme de souffrance qu'elle soit psychique, sociale et/ou existentielle : un tiers des patients douloureux chroniques estiment que la douleur est parfois tellement forte qu'ils ressentent l'envie de mourir.⁽⁷⁾ Plusieurs circulaires depuis 1991 ont tenté de préciser sa prise en charge par les soignants. Trois plans gouvernementaux se sont succédé de 1998 à 2011, permettant la mise en place d'un réseau de consultations et de centres spécialisés sur l'ensemble du territoire. Ils ont aussi permis l'élaboration de pistes d'amélioration de la prise en charge de ces patients.

C. Objectif de notre étude

Malgré la mise en place du programme national de lutte contre la douleur, on constate l'absence de mesure visant à promouvoir la prise en charge de ces patients en ambulatoire.

L'objectif de notre étude est donc de mettre en évidence les différentes difficultés rencontrées en médecine générale afin d'élaborer d'éventuelles pistes de travail pour améliorer la prise en charge des patients douloureux chroniques.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins algologues et de médecins généralistes installés en région PACA. Cette méthode nous a paru être un choix judicieux car les difficultés rencontrées et les ressentis des praticiens relèvent en partie d'un phénomène subjectif.

En effet, la recherche qualitative ne sert ni à quantifier, ni à mesurer ; mais consiste le plus souvent à recueillir des données verbales, permettant une démarche interprétative. Elle permet d'explorer les émotions, les sentiments, ainsi que les comportements et les expériences personnelles. ⁽⁸⁾

Le recueil de données a été réalisé à partir d'entretiens semi-dirigés en présentiel ou en visioconférence (en raison de la crise sanitaire de la Covid-19) d'une durée de dix-huit minutes pour le plus court, à quarante-six minutes pour le plus long.

Nous avons élaboré conjointement deux guides d'entretien distincts pour chaque population. Ils ont évolué au cours de l'étude.

Les questions étaient ouvertes, au nombre maximum de huit et accompagnées de reformulations et de relances.

Les vingt-deux entretiens se sont déroulés entre les mois d'avril 2021 et février 2022, onze dans chaque population interrogée. La saturation des données ayant été acquise à partir du neuvième entretien chez les algologues et du dixième entretien chez les médecins généralistes.

Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone ; et ont été retranscrits mot à mot sur Word® en conservant les rires, les silences et les aposiopèses.

Chaque intervenant a consenti oralement à l'enregistrement des données et tous les entretiens ont été anonymisés.

Afin d'enrichir la triangulation des données et de ne pas cloisonner la réflexion, chaque investigatrice a effectué un nombre d'entretiens équivalent par catégorie de population.

B. Analyse des données

Une méthode qualitative a été utilisée pour l'analyse des données. L'ensemble du corpus initial a été codé progressivement et indépendamment par les deux chercheuses permettant ainsi de bénéficier d'une triangulation des données par la confrontation des résultats.

La catégorisation puis la modélisation des données ont été analysées en s'appuyant sur la méthode de théorisation ancrée. ⁽⁹⁾

La qualité de rédaction de notre étude qualitative est garantie par le respect des critères COREQ.

C. Éthique

Cette étude classée « hors loi Jardé » ne nécessitait pas d'autorisation auprès d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) ni du CNIL.

Elle n'a pas nécessité non plus d'accord de la part d'un comité d'éthique car elle ne comporte ni recueil de données sensibles sur l'orientation sexuelle ou la religion, ni entretien avec des personnes mineures ou majeures sous mesure de protection considérées alors comme vulnérables.

Cependant, dans un objectif final de publication, un dossier au comité d'éthique a été envoyé et sera étudié lors de la prochaine commission.

III. RÉSULTATS

A. Les difficultés :

1. Concept incompris et stigmatisation des patients

Une notion méconnue de la société :

La douleur chronique est encore trop souvent présentée et perçue comme un symptôme et non comme une maladie à part entière : « *Il faut vraiment considérer que c'est une maladie pour vraiment la prendre en charge parce que c'est vrai que pour l'instant... on ne l'a pas reconnu comme une maladie avec un substrat physiopathologique quoi.* »

Une vision souvent trop causaliste des médecins généralistes :

Les médecins généralistes ont besoin de justifier la douleur chronique par la présence d'une étiologie somatique : « *Trop souvent encore c'est la réponse médicamenteuse qui prévaut et une réponse causaliste. C'est-à-dire, toujours trouver une étiologie à tout alors que la douleur chronique peut s'autonomiser indépendamment au décours d'une pathologie rhumatismale ou autre.* »

En effet, ils expliquent leur difficulté à accepter la douleur chronique quand aucune cause somatique n'est retrouvée : « *Un patient algique de façon chronique on sait que on va juste pouvoir le gérer ; enfin ouai la douleur et pas toujours traiter la cause... donc ça peut être stressant quoi...* »

Selon les algologues, l'écoute et l'accompagnement sont parfois les seuls traitements encore nécessaires. Cette notion est difficile à accepter et à appliquer pour les médecins généralistes : « *Ils cherchent peut-être plus une écoute, une prise en charge un peu autre que purement médicale et somatique et parfois je ne suis pas capable de leur offrir ça* »

Une incompréhension de la part des patients :

Les patients n'ont pas encore conscience que la douleur chronique est un mécanisme cyclique qui nécessite une prise en charge sur du long terme : « *Les gens n'ont pas conscience eux même que leur tableau est un tableau chronique donc euh ce qui est compliqué déjà à prendre en charge.* »

De plus, ils sont largement influencés par la société. Elle divulgue l'illusion que la médecine actuelle est capable de trouver une cause à leur douleur et donc de les soigner : « *C'est une difficulté vis-à-vis de la société. Le patient c'est un reflet de la société, quand le patient on lui fait croire qu'on va le réparer bah il pense qu'on va le réparer.* »

Il est donc compliqué pour le médecin de faire accepter au patient le changement de vision sur sa douleur et donc sur sa prise en charge : « *Moi je ressens des difficultés dans l'arrêt des examens, la prévention quaternaire, l'arrêt des examens complémentaires chez un douloureux chronique. Le faire*

changer de paradigme de « je suis une multitude d'appareils, on va les réparer un par un ; à je suis malade de la douleur chronique. »

Parallèlement, de nombreux soignants, non formés sur le concept de douleurs chroniques confortent cette idée : *« On n'est pas aidés par les paramédicaux qui prennent en charge... oh bah faut aller voir le spécialiste... Tous les gens dysfonctionnent dans le parcours de soin. »*

Une stigmatisation des patients douloureux chroniques trop présente dans la société et le corps médical :

Les patients fibromyalgiques sont souvent présentés comme des cas compliqués pour lesquels la prise en charge reste insatisfaisante et inefficace : *« J'ai entendu un médecin traitant dire la dernière fois : Oh je ne vais pas t'envoyer des malades, les fibromyalgiques vont t'embêter plus qu'autre chose ».*

Selon les algologues, la stigmatisation de ces patients vient du fait de la mauvaise connaissance des mécanismes de douleurs chroniques : *« Nous en CAPA, on nous explique qu'est-ce qui se passe dans la fibromyalgie et pourquoi ils sont aussi douloureux. A partir du moment où tu sais pourquoi ils sont comme ça euh... bah c'est aussi peut-être plus simple de le comprendre. »*

2. Difficultés des médecins généralistes

Émotionnelles :

Les médecins généralistes interrogés rapportent se sentir "impuissants, seuls face aux patients" et "en échec" dans leur prise en charge. Il est angoissant voire désespérant pour eux de ne pas réussir à soulager le malade : *« On est souvent en première ligne devant les plaintes des patients, et souvent assez seuls. » « C'est rarement satisfaisant, on se sent toujours un peu, un peu en échec face à ces patients. »*

De plus, ils sont nombreux à rapporter avoir beaucoup de difficultés à gérer l'inefficacité de leur prise en charge. Cette incompréhension serait, selon les algologues, une des causes du désintérêt des médecins généralistes pour les douleurs chroniques : *« Ils n'ont pas bien la solution ni la cause à tous ces maux et du coup je pense que ça peut être frustrant et agaçant et ça peut mettre en colère et on peut ne plus s'investir autant dans cette prise en charge »*

Organisationnelles :

Au-delà des difficultés émotionnelles, les médecins généralistes rencontrent des difficultés organisationnelles. En effet, les patients douloureux chroniques relèvent d'une prise en charge complexe, pluridisciplinaire et chronophage difficilement adaptable à l'emploi du temps des médecins généralistes : *« En médecine de ville, le temps est un élément qui est quand même important et les consultations sont moins longues que celles que demande souvent ce type de thématique. »*

Théoriques :

Les médecins interrogés sont persuadés que le manque de formation est à l'origine de la plupart des difficultés rencontrées dans la prise en charge des douleurs chroniques en médecine. Elle concerne

aussi bien la médecine de ville que la médecine hospitalière : « *Moi en tant que rhumatologue, c'est quand même une spécialité où la plainte première c'est la douleur et on n'a pas eu une seule formation en douleur chronique.* »

De plus, le peu de formation existante conforte la vision causaliste « *La douleur on l'apprend comme un symptôme d'une pathologie qu'on va essayer de traiter ; on doit toujours chercher l'étiologie. On ne l'apprend pas comme une pathologie en soi dans nos études ; donc après bah on ne l'appréhende pas non plus comme ça avec nos patients quoi.* »

3. Difficultés liées aux algologues

Manque d'accès :

Malgré eux, les algologues restent difficilement accessibles, aussi bien du fait de leur délai de consultation qui dépasse parfois les 6 mois, qu'à cause de leur manque de proximité : « *Il n'y a pas un suivi suffisamment facile et de proximité avec les centres d'algologie.* »

En effet, les médecins algologues ne sont pas assez nombreux pour répondre à la demande et pour assurer un suivi suffisant : « *Je pense qu'aussi il y a une balance qui est très en défaveur entre la prévalence de la douleur en population générale et le nombre de médecins hyper spécialisés parce qu'on est très peu nombreux.* »

4. Difficultés liées aux patients

Mise en échec de la part des patients :

Les médecins interrogés soulignent un manque d'implication de la part des patients :

« *Parfois on a l'impression qu'il y a des choses qui devraient être entre les mains des patients et qu'ils ne s'en saisissent pas. On peut être en colère contre cet aspect-là...* »

De plus, la douleur chronique a une forte répercussion psychologique sur les patients : « *Ce sont des gens qui sont à bout psychologiquement et qui sont très pessimistes et on a l'impression de ne pas arriver à les aider.* »

Demande de réponse :

Comme dit précédemment, les patients ne sont pas assez acteurs de leur santé mais attendent une solution curative de leurs médecins : « *Il y en a qui attendent de nous le traitement miracle... en étant assez passifs sur leur pathologie. Et du coup c'est nous qui devons déployer toute notre énergie pour essayer de les aider, ce qui est complètement contre-productif.* »

Manque de coopération :

Les médecins généralistes décrivent des difficultés relationnelles avec leurs patients : « *tu as ceux où tu as l'impression que tu essaieras tout, de toute façon, ça n'ira pas et même quand ils sortent de là-bas c'est ouai ils m'ont proposé ça, ça ne va pas, ça je ne supporte pas, ça l'activité physique docteur j'y arriverai jamais.* »

D'autres tirent un bénéfice secondaire de leur douleur : « *je pense qu'il y a certains patients ils ne vivent que par ça... que par la douleur. Quoi qu'on fasse ils ont besoin d'être pris en charge quoi.* »

Les médecins généralistes décrivent des comportements de patients mettant en échec la prise en charge comme regarder sur internet les effets indésirables des traitements ou s'opposer à la prise en charge psychologique : « *Et puis il y a des patients qui te disent : moi je ne veux pas voir la psychologue, parce que moi j'ai mal je veux dire. Et je veux qu'on me soulage je ne veux pas expliquer encore une fois que j'ai mal.* ».

5. Difficultés liées aux thérapeutiques médicamenteuses :

Manque de formation :

Le manque de formation semble être la cause principale de frein à la prescription de médicaments par les médecins généralistes.

En effet, dès que la prescription de palier III est nécessaire, les médecins ne se sentent pas suffisamment à l'aise : « *Au moment où il faudrait donner des dérivés morphiniques, comme par exemple pour des douleurs de dos, à ce moment moi j'ai envie de passer la main. Parce que je ne suis pas sûre de maîtriser complètement ce genre de choses sur le long terme.* ».

Effets secondaires fréquents : addiction, mésusages, effets indésirables :

Les médecins sont également très prudents vis-à-vis des effets indésirables des médicaments, ce qui limite leurs prescriptions : « *La problématique qu'on a en douleur, c'est que tous les médicaments qu'on a ont des effets psychotropes, donc ont des inconvénients plus ou moins tolérables pour les patients et ça, je les crois à 100%, c'est une réalité.* ».

Au contraire, quelques médecins se sentent freinés dans leurs prescriptions par certaines recommandations : « *De toute façon maintenant tu peux plus rien donner parce que tout est néfaste. Tu ne peux plus donner d'anti-inflammatoires parce que c'est... la personne de plus de 60 ans bah tu peux plus en donner, tu peux plus donner de doliprane, tu peux plus donner d'aspirine... donc je suis désolé mais je continue à en donner.* »

6. Difficultés liées aux thérapeutiques non médicamenteuses

Manque d'accès :

Tous les médecins interrogés s'accordent à dire que les prises en charge non médicamenteuses sont à privilégier et à proposer dès le début de la prise en charge. En revanche, l'absence de remboursement de la plupart des pratiques est un grand frein à leur prescription : « *Ce n'est pas proposé mais il faut voir aussi que l'accès à ce type de prise en charge est compliquée... parce que non remboursée et que donc c'est un accès qui est assez complexe.* ».

De plus, il est difficile d'organiser une prise en charge pluridisciplinaire en ville. Les algologues disent même qu'elle « *ne peut pas être proposée en ville* ». Les centres antidouleurs sont donc présentés dans nos entretiens, comme une solution à cette problématique : « *A partir du moment où sur le plan médicamenteux tout a été géré, bah ça les oblige à nous les adresser pour justement que le patient puisse bénéficier de cette structure de l'unité douleur.* »

Manque de formation :

Les médecins généralistes ressentent un manque de formation sur les thérapeutiques disponibles accessibles en ville ou en centre anti-douleur ce qui les limite dans leurs prescriptions (ex : TENS) : « *Il y a des tonnes de thérapeutiques dont on ne connaît même pas l'existence donc les patients sont privés d'une prise en charge optimale par le fait que leurs soignants ne soient pas assez informés.* »

Parallèlement, les médecins interrogés insistent sur l'importance de la formation du personnel paramédical sur le concept de douleur chronique. Cela permettrait d'homogénéiser les discours et optimiser la prise en charge en ville : « *Le manque d'éducation des paramédicaux qui vont parfois à l'encontre de ce qu'on dit.* »

Risque de dérives :

Il semble important pour les médecins de souligner le risque de dérives des disciplines paramédicales : « *Les gens qui sont douloureux chroniques, ils sont plus fragiles et plus susceptibles aussi d'être attirés dans des pratiques un petit peu moins reconnues et qui n'ont pas fait leurs preuves ou pas suffisamment quoi.* »

Le rôle du médecin serait alors de conseiller son patient sur ces pratiques : « *je leur explique que ce qu'ils peuvent en attendre et à quoi il faut faire attention.* »

7. Une triangulation de la prise en charge nécessaire

Entre médecins généralistes et algologues :

Les médecins ont la volonté d'améliorer la communication entre eux pour faciliter le parcours de soin et la prise en charge : « *Une alliance thérapeutique est nécessaire c'est une prise en charge dans la globalité* »

Cependant, les algologues admettent leurs difficultés à se rendre disponibles et ils placent le médecin traitant comme coordinateur de la prise en charge : « *Parfois ce qu'on essaie de faire c'est d'appeler le médecin traitant quand on a des prises en charge complexes mais moi je sais que je ne le fais pas assez* »

« *Moi j'essaie de remettre le médecin traitant au cœur de la prise en charge.* »

Entre médecins généralistes et patients :

Les algologues soulignent que la relation entre les patients et leur médecin traitant est privilégiée mais peut être aussi déséquilibrée: « *Le médecin généraliste il n'a pas ces filtres là en fait et donc du coup, il se récupère un patient semaine après semaine qui a mal, qui a mal, qui a mal, avec pas forcément un support lésionnel qui justifie un traitement quoi...* »

Parallèlement, les patients consultent souvent leur médecin avec de nombreuses problématiques différentes. Cela oblige le médecin à prioriser et peut être à négliger la plainte douloureuse. « *C'est souvent un motif qui intervient noyé au milieu de plein d'autres choses et euh en médecine libérale le temps nous est un peu compté en consultation.* »

Entre algologues et patients

Les médecins nous expliquent que, à cause de l'éloignement géographique et du manque de disponibilité, les patients rapportent une certaine lassitude dans la prise en charge en centre antidouleur : *« Quand le patient arrive, il a un courrier avec une ordonnance pour plusieurs mois et 2 fois sur trois, ça marche pas le traitement. Donc il faudrait qu'il y retourne pour avoir le suivi, pour essayer autre chose et là le patient se décourage parce que c'est un peu le parcours du combattant pour avoir un rendez-vous et là, c'est difficile de le remotiver. »*

B. Les pistes d'amélioration

1. Un changement de vision :

Pour une meilleure prise en charge des patients douloureux chroniques, certains médecins généralistes et algologues insistent sur la nécessité d'un changement de vision à la fois des patients, des médecins et de la société : *« Tant qu'il n'y aura pas cette éducation-là, tant que la société sera cultivée par la médecine d'organe... quand on a mal à un organe, on va voir le réparateur d'organes et il vous répare bah.... Ça ne marchera pas. »*

Cependant certains algologues rappellent que les douleurs chroniques sont avant tout une souffrance extrême que les médecins doivent respecter et prendre en charge au même titre que les autres pathologies : *« La douleur c'est quand même un truc subjectif donc on est censés croire à 100% son patient et s'arrêter là quoi »*.

Les algologues insistent sur la finalité de la prise en charge qui n'est plus de guérir mais d'accompagner le patient *« On n'est pas des guérisseurs de douleurs chroniques. On est que des accompagnateurs de patients, on aide les gens à redevenir acteur d'une vie qui était... »*

2. Médecins généralistes :

Une formation

Les médecins généralistes sont demandeurs de la mise en place d'une formation médicale continue et initiale en douleurs chroniques ou de l'élaboration d'un protocole. *« Quand tu es sur le terrain c'est de ça dont tu as besoin. Un protocole ! »*

« Une formation médicale continue de temps en temps pour refaire le point ce serait pas mal, pour notre formation, on n'est jamais assez formés. »

Les algologues proposaient à leur tour la mise en place de formations effectuées au sein même des CPTS et en cabinet de médecine générale. *« Sans faire un cours aux médecins mais qu'on ait une réunion auprès des CPTS ou dans certains cabinets, on pourrait faire des petites formations dans le cadre de la formation médicale continue pour dire ce que nous on peut proposer en douleurs chroniques. »*

Pour améliorer la communication entre les médecins généralistes et les algologues, certains praticiens proposaient de diffuser des informations et recommandations via la mise en place d'une mailing liste.

« Sinon, une interne de médecine générale m'avait parlé d'une mailing liste de médecins généralistes où on pourrait diffuser une sorte de pancarte en précisant dans quels cas adresser. »

« Donc je pense qu'il faut améliorer la communication des nouvelles recommandations au sein des médecins généralistes. »

Des outils pratiques

L'utilisation d'applications dans la prise en charge des patients douloureux chroniques est mentionnée dans certains des entretiens. Des médecins généralistes proposent la création d'un site internet comme support dans la prise en charge thérapeutique : « *Oh bah c'est pas compliqué, il suffit qu'on est un cours ; un protocole mis sur internet genre douleur clic tu vois.* ».

Certains outils informatiques sont proposés au patient par les médecins généralistes pour la gestion de leurs symptômes : « *Tu peux toujours conseiller quelques outils à tes patients, il y a des applications comme mon sherpa, active dos moi j'en conseille aux patients* ».

Dans un des entretiens est mentionné l'importance des associations de patients dans l'accompagnement des douleurs chroniques. En effet, le partage d'expérience est un grand soutien et permet de lutter contre la désinsertion socio-professionnelle. « *J'ai l'impression que ce qui marche le mieux c'est parfois les groupes de parole pour les fibromyalgiques* ».

Une amélioration organisationnelle

Algologues et médecins généralistes évoquent dans leurs entretiens la mise en place d'une cotation spécifique pour la réalisation des consultations concernant la prise en charge des douleurs chroniques : « *Moi je pense que s'il pouvait y avoir une consultation dédiée avec un temps dédié et du coup forcément parce qu'on parle de libéral une rémunération dédiée ; bah déjà pour les médecins, ce serait plus simple* ».

3. Algologues : un accès facilité

Une ligne téléphonique directe

Les médecins généralistes ont, à de nombreuses reprises, insisté au cours des entretiens sur l'importance de la mise en place d'une ligne téléphonique d'avis ou d'un accès direct aux algologues. « *Justement peut être avoir un contact, un mail, un numéro de téléphone qui réponde facilement dans les équipes douleurs et qui puisse te donner un avis pour patienter entre le délai de consultation pour qu'on puisse être un peu accompagnés !* ».

Une plateforme de téléexpertise :

Une des algologues évoque la mise en place d'une plateforme de téléexpertise pour répondre à la demande des médecins généralistes et des patients :

« *J'aimerais bien créer une plateforme de téléexpertise à laquelle aurait accès le médecin traitant ou une infirmière à domicile du patient.* »

Un algologue en ville :

Un médecin généraliste évoque l'installation d'algologues en ville afin de faciliter l'accès et la communication : « *Un truc tout bête. J'ai besoin d'un truc simple. Un algologue de ville qui voit le patient régulièrement* ».

4. Thérapeutiques non médicamenteuses

Un réseau de proximité :

Certains médecins généralistes demandent la mise en place de professionnels paramédicaux formés à proximité : *« moi je pense qu'il faudrait pouvoir reproduire un peu le fonctionnement des centres antidouleurs mais sur du local en fait, qu'on puisse arriver à faire des parcours de soins d'un territoire donc peut-être par le biais des CPTS d'ailleurs avec plusieurs professionnels », « Peut-être être en lien avec des équipes paramédicales formées aussi et plus proches quoi. C'est-à-dire que s'il y a des kinés qu'on connaissait bien qui étaient un peu plus formés et plus accessibles ça serait pas mal. »*

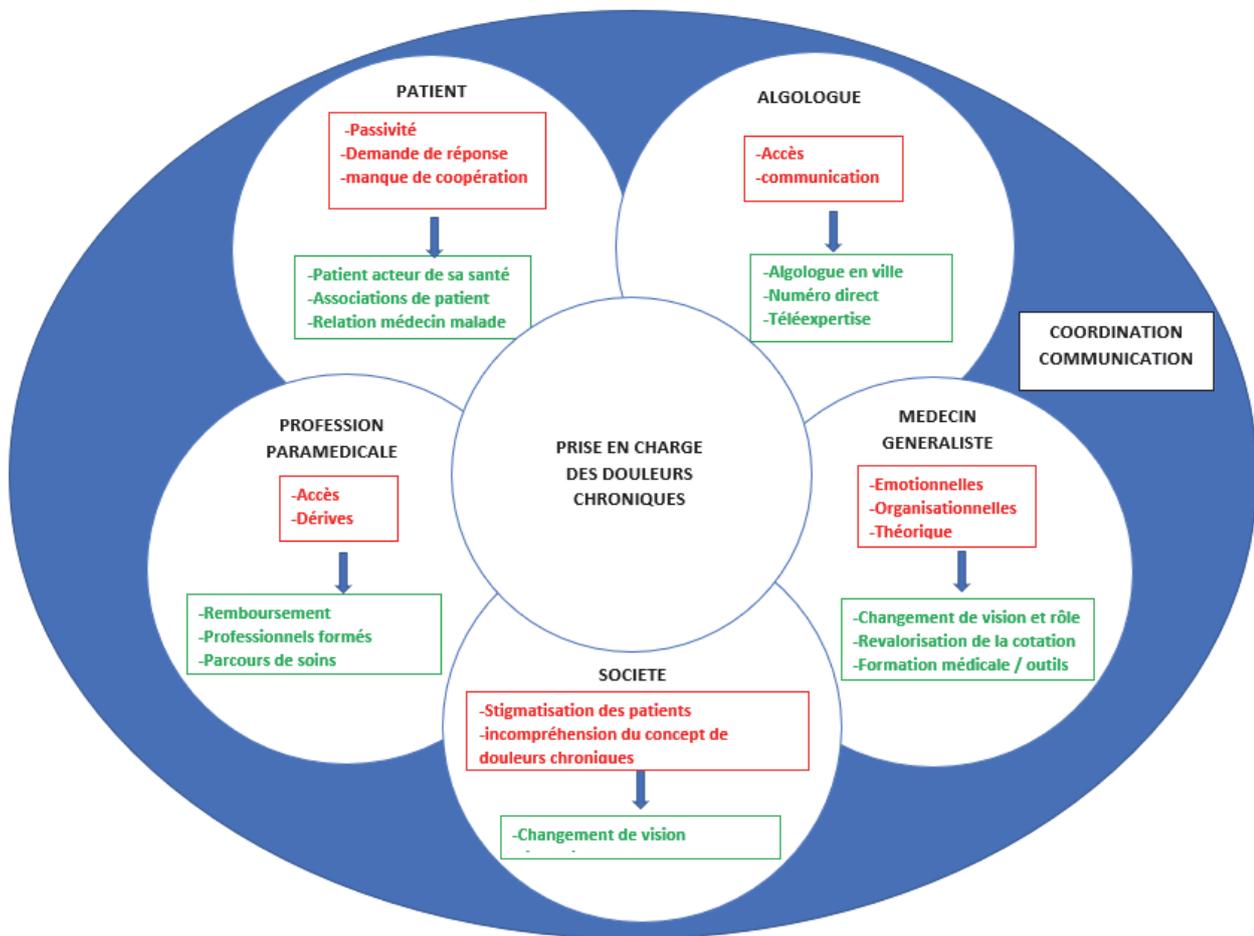
Un remboursement demandé :

La nécessité d'un remboursement des thérapeutiques non médicamenteuses pour faciliter l'accès à toutes les populations est mentionnée dans de nombreux entretiens : *« Bon il y a par exemple l'activité physique donc soit avec un kiné qui devrait être remboursé soit avec certaines associations sport santé par exemple. »*

5. Importance de la communication

Comme vu précédemment, le manque d'écoute et de communication entre le médecin et son patient sont des freins à leur prise en charge. *« En fait c'est ce que je fais avec les patients : quand on leur explique comment ils ont mal et pourquoi ils ont mal, je pense que c'est déjà un soulagement pour eux de comprendre. »*

C. Modélisation



IV. DISCUSSION

A. Comparaison avec la littérature existante.

1. Les attentes des patients :

Dans la littérature, les études analysant la vision des patients douloureux chroniques sur leur prise en charge, une majorité des patients sont satisfaits même s'ils ne sont que partiellement soulagés. ⁽¹⁰⁾

Les patients apprécient la relation de confiance, l'écoute et la prise en charge globale proposée par leur médecin traitant comme le confirment nos résultats.⁽¹⁰⁾

Ils attendent du médecin généraliste un rôle de coordinateur, une orientation personnalisée ainsi que la réalisation de synthèse pour centraliser les différents examens et avis.⁽¹¹⁾ Pour cela, une communication entre les spécialistes et les médecins généralistes est nécessaire afin de faciliter l'orientation et la discussion entre intervenants dans la prise en charge.

Actuellement, comme le prouvent nos résultats, il existe très peu de liens directs entre eux.

2. Influence de la société dans la relation médecin-patient :

Un programme de médiatisation avait été effectué lors du plan gouvernemental de 1998-2000 afin de sensibiliser la société, les médecins et les patients à la douleur chronique.

Les patients sont des grands consommateurs d'information santé à travers les médias, les sites médicaux et ont confiance en ces sources. ⁽¹²⁾ Ce fond culturel concurrence l'autorité médicale, et renforce la perception de vulnérabilité et de faillibilité des médecins. Ainsi, le patient se place sur un pied d'égalité avec son médecin ⁽¹³⁾ et cela l'encourage à demander encore plus de recherches, de certitude diagnostique et d'efficacité de prise en charge. ⁽¹⁴⁾ Or, la cascade iatrogène d'examen paracliniques et leur normalité est souvent source d'angoisse et accentue le caractère désespérant de la situation. ⁽¹⁴⁾

De ce constat, un nouveau modèle consumériste d'inspiration nord-américaine est en train d'apparaître : la relation médecin patient initialement basée sur un rapport de confiance bascule vers un rapport contractuel. L'acte médical est revendiqué comme un dû et non comme un service rendu ce qui accentue également le devoir de résultat du médecin. ⁽¹⁵⁾

Parallèlement, la tendance actuelle à la judiciarisation de la médecine est un facteur supplémentaire de sur-investigation des symptômes par les médecins. ⁽¹⁴⁾

Il est donc très complexe pour le médecin de mettre un terme à la recherche diagnostique, comme nous le souligne une de nos interviewés.

3. Etat des lieux des plans gouvernementaux existants

Nous retrouvons de nombreuses similitudes avec les résultats de notre étude et les différents plans douleur élaborés de 1998 à 2011.⁽¹⁶⁾ Cependant nous constatons dans les différents axes d'amélioration des plans gouvernementaux une approche très hospitalo-centrée avec une absence de réflexion permettant d'impliquer davantage la médecine de premier recours.

Le manque de formation initiale et continue.

Les patients attendent de leur médecin généraliste qu'il ait une formation adaptée à leur pathologie, afin de pouvoir les conseiller et les éclairer au mieux.⁽¹¹⁾

Les mesures prises par les différents plans gouvernementaux ont permis la création d'un DESC de douleur et soins palliatifs, d'un DIU et d'un module d'enseignement consacré aux douleurs chroniques et soins palliatifs. Cependant, la mise en place et le volume horaire du module restent inégaux d'une faculté à l'autre.⁽¹⁷⁾

Un renforcement des programmes de formation sur la douleur chronique dite rebelle dans le DES de médecine générale a pu être effectué, contrairement aux DES des autres spécialités médicales et chirurgicales qui n'en ont pas bénéficié.⁽¹⁷⁾

Le manque de formation des personnels médicaux et paramédicaux a de nombreuses conséquences dont un phénomène de stigmatisation des patients. L'absence d'une cause organique claire permettant d'expliquer la persistance de la douleur rend certaines personnes sceptiques quant à la véracité des symptômes vécus et par conséquent remet en question la crédibilité de la personne souffrante.⁽¹⁸⁾

Or, les patients douloureux chroniques s'isolent socialement à cause des répercussions de leur pathologie douloureuse. Cette stigmatisation sociale et médicale accentue ce phénomène d'isolement.⁽¹⁹⁾

Il est donc nécessaire de mieux former les médecins ainsi que le personnel paramédical sur les phénomènes physiopathologiques impliqués dans la douleur afin d'améliorer leur compréhension et limiter ainsi la stigmatisation.

Les difficultés de prescription concernant les paliers III sont des problématiques soulevées par le plan douleur 2006-2010 et par notre étude. Ainsi pour simplifier et sécuriser l'accès aux antalgiques de palier III la réalisation d'un mémento avait été réalisée afin d'aider les professionnels hospitaliers et libéraux dans leurs prescriptions.⁽¹⁷⁾ Lors des entretiens réalisés avec les différents professionnels, les difficultés et la réticence à la prescription des antalgiques de palier III sont encore bien présentes.

Algologues : un manque de personnel.

Le plan douleur 2002-2005 a permis la création de nombreuses consultations spécialisées et de huit centres anti-douleurs au niveau national.⁽²⁰⁾ Pour faciliter l'accès, un renforcement en personnel au sein de ces structures avait été évoqué dans le plan douleur de 2006-2010 à travers une aide budgétaire.⁽¹⁷⁾ Malgré cela, on constate une perte de personnel et un manque de moyens sous la pression de la restructuration hospitalière. Cela souligne une absence de transparence des crédits affectés par les ARS. En effet, de nombreuses équipes douleurs ne connaissent pas les crédits spécifiques attribués à leur établissement et leurs services.⁽¹⁷⁾

Les thérapeutiques non médicamenteuses.

Le non-remboursement des soins non pharmacologiques reste un obstacle, ainsi que le manque de professionnels formés et la méconnaissance des médecins de certaines thérapeutiques. Le plan douleur de 2006-2010 avait pour objectif d'améliorer auprès des personnels de santé la connaissance des thérapeutiques non médicamenteuses. Les résultats de notre étude prouvent que cet objectif n'a pas été atteint, la formation restant insuffisante d'après les médecins interrogés.⁽¹⁷⁾

B. Forces et faiblesses de l'étude

Les forces

On retrouve plusieurs forces dans cette étude.

Cette dernière est multicentrique en région PACA ce qui a permis de pouvoir personnaliser les résultats pour les adapter à notre lieu d'exercice.

La vision croisée des médecins généralistes et des algologues nous a permis d'étudier le sujet en tenant compte des situations et difficultés des deux populations.

De plus, nous avons veillé à la variété de la population au sein de nos enquêtés (ancienneté, lieu, habitudes de pratique et formations complémentaires réalisées).

Sur le plan méthodologique, la réalisation de ce travail en binôme a été une véritable force. Cela nous a permis d'assurer la triangulation lors des analyses des données et de limiter ainsi la subjectivité de l'étude. Les critères COREQ ont été respectés.

Les faiblesses :

En ce qui concerne les faiblesses, nous pouvons souligner notre manque d'expérience puisque nous participions pour la première fois à une recherche qualitative.

De plus, la crise sanitaire de la COVID-19 nous a obligé à réaliser certains entretiens en visioconférence ce qui peut limiter la communication non verbale et la spontanéité des réponses.

Les médecins étaient interrogés sur la base du volontariat ce qui a pu être à l'origine d'un biais de recrutement.

De plus, 5 des 11 médecins généralistes interrogés étaient des maîtres de stages universitaires, ce qui pouvait également participer à un biais de recrutement.

C. Implications futures

A l'issue de ce travail de thèse, nous avons identifié des priorités et émis des recommandations favorables à l'amélioration de la prise en charge des douleurs chroniques en médecine de premier recours. ⁽²¹⁾

- Améliorer la formation initiale et continue des professionnels de santé ainsi que l'éducation des patients.
- La mise en place d'outils informatiques destinés aux médecins généralistes comme aide à la prescription de certains traitements pourrait faciliter la décision thérapeutique.
- Sensibiliser la population aux problématiques de douleurs chroniques à travers des campagnes de communication, afin d'initier un changement de vision et reconnaître cette dernière comme une pathologie et un facteur de handicap.
- Le renforcement de la coordination du parcours de soins de proximité avec la création de réseaux multidisciplinaires en ambulatoire composés de professionnels formés.
- Développer la coopération ville-hôpital par un accès direct téléphonique ou par une plateforme de téléexpertise.
- Augmenter les ressources consacrées à la prise en charge des douleurs pour permettre une revalorisation de la cotation en médecine générale, un remboursement des thérapeutiques non médicamenteuses et une augmentation du nombre de personnel formé.

V. CONCLUSION

Cette étude a permis de soulever un grand nombre de problématiques aussi bien émotionnelles qu'organisationnelles rencontrées par le médecin généraliste. Certaines semblent dépendantes du système de soin, de sa formation et de son organisation ; d'autres touchent un domaine beaucoup plus vaste impliquant la société et son influence sur le système de santé. En effet, une éducation sociétale au concept de douleur chronique est indissociable d'une meilleure prise en charge.

Malgré les idées concrètes d'amélioration soulevées par notre étude, l'incompréhension de la pathologie douloureuse chronique semble être le premier obstacle à sa prise en charge.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Grand dictionnaire terminologique - douleur chronique [Internet]. [cité 28 juin 2022]. Disponible sur: https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8382029
2. Douleur · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/douleur/>
3. Livre blanc de la douleur 2017- Etat des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen [Internet]. SFETD. 2017. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf
4. Queneau P, Serrie A, Trèves R, Bontoux D. Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*. 1 déc 2018;19(6):265-72.
5. Douleur chronique : les aspects organisationnels [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 16 août 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_813396/fr/douleur-chronique-les-aspects-organisationnels
6. 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.
7. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 2006;10(4):287-287.
8. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
9. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. 5. paperback print. New Brunswick: Aldine Transaction; 2010. 271 p.
10. Bouaiche F. *Les attentes des patients douloureux chroniques de leur médecin généraliste*. Faculté de médecine Aix Marseille; 2017.
11. Midy V. *Vécu et attentes des patients douloureux chroniques en médecine générale*. Faculté de médecine Nancy; 2013.
12. Delforge F. Place des médias dans la relation médecin-malade en médecine générale: impact de la médiatisation d'une question de santé publique. :63.
13. Pierron JP. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*. 2007;25(2):43-66.
14. Cathébras P, Lachal P. Problématique de la prise en charge du patient fonctionnel. *EMC - Traité de médecine AKOS*. janv 2011;6(2):1-7.
15. Seznec JC. La relation médecin-patient fonctionne de plus en plus mal! [Internet]. Le blog à palabres. [cité 1 août 2022]. Disponible sur: <http://docteur-seznec.over-blog.com/2017/12/la-relation-medecin-patient-fonctionne-de-plus-en-plus-mal.html>
16. Plans douleur [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur/>
17. Haut Conseil de la Santé Publique -Evaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement

- de la Douleur. 2011. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/hcspr20110315_evaldouleur20062010.pdf
18. Lévesque-Lacasse A, Cormier S. La stigmatisation de la douleur chronique : un survol théorique et empirique. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*. 1 juin 2020;21(3):109-16.
 19. Guy-Coichard C, Rostaing-Rigattieri S, Doubrère JF, Boureau F. Conduite à tenir vis-à-vis d'une douleur chronique. *EMC - Anesthésie-Réanimation*. févr 2005;2(1):1-22.
 20. Le Ministère de l'emploi et de la solidarité- Ministère délégué à la santé -Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005 [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf
 21. Serrie A, Laroche F, Carton L, Crespo M. pain proposal amélioration de la prise en charge de la douleur : Recherche [Internet]. Pain proposal. 2010 [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://www.bing.com/search?q=pain+proposal+am%C3%A9loration+de+la+prise+en+charge+de+la+douleur&cvid=5ea84a1e52214a2d8cd23b03b8d722c7&aqs=edge..69i57.14258j0j4&FORM=ANAB01&PC=ASTS>

VII. ANNEXES

A. Tableau des caractéristiques de la population

Algologue	Sexe	Années de pratique	Lieux d'exercice	Formation
A1	F	20	Consultations d'algologie	Anesthésiste-réanimateur
A2	F	30	Consultations d'algologie	Médecin généraliste
A3	F	30	Consultations d'algologie	Neurologue
A4	F	10	Consultations d'algologie	Médecin urgentiste
A5	F	28	Centre anti-douleur	Anesthésiste-réanimateur
A6	H	25	Consultations d'algologie	Médecin généraliste
A7	F	10	Consultations d'algologie	Médecin généraliste
A8	F	30	Consultations d'algologie	Anesthésiste-réanimateur
A9	F	2	Consultations d'algologie	Médecin généraliste
A10	F	18	Centre anti-douleur	Rhumatologue
A11	F	1	Consultations d'algologie	Médecin généraliste
Médecin généraliste	Sexe	Années de pratique	Lieux d'exercice	Formation
MG1	F	3	Cabinet libéral en Maison de santé urbaine	-aucune
MG2	F	35	Cabinet libéral seule semi-urbaine	-Médecin du sport -MSU
MG3	H	15	Cabinet libérale seul en centre-ville	-MSU
MG4	F	8	Cabinet de groupe libéral en maison de santé /CPTS urbaine	-Formation continue
MG5	F	11	Cabinet de groupe libéral en maison de santé /CPTS urbaine	-MSU -Formation continue
MG6	H	5 mois	Permanence médicale urbaine	-Stage internat en soins palliatif -Équipe mobile de soins palliatif
MG7	F	5	Permanence médicale urbaine	-Aucune
MG8	H	9	Cabinet libéral Maison de santé urbaine	-MSU -Stage d'internat oncologie
MG9	F	35	Cabinet de groupe, SCI	-DU en douleur -MSU
MG10	F	27	Cabinet libéral de groupe Semi-urbain	-Aucune
MG11	F	18	Cabinet libéral de groupe Semi-urbain	-Aucune

A. Guides d'entretiens

Guide d'entretien de thèse adressé aux algologues.

Préambule :

Profession de la personne interrogée :

Lieu d'exercice :

Formation initiale :

Années de pratique :

File active de patient par an :

-Quels types de patients recevez-vous dans votre centre ?

(Âge/ Pathologie/ Durée d'évolution du symptômes douloureux)

-Qui vous les adresse ?

(Médecin traitant ? démarche personnelle de la part des patients ?)

1) Que pensez-vous de la prise en charge de la douleur chronique en médecine de ville ? Pourquoi ?

2) A quel niveau de la prise en charge pensez-vous qu'il y a une amélioration à apporter et pourquoi ?

- Au niveau de l'évaluation et caractérisation de la douleur chronique ?
- Au niveau des thérapeutiques médicamenteuses utilisées ?
- Concernant les thérapeutiques non médicamenteuses ?
- Concernant le suivi des patients ?

3) Quels sont les délais de consultation dans votre centre ? Qu'en pensez-vous ?

- Quels sont vos délais d'attente ? Pourquoi ?
- A quel moment aimeriez-vous recevoir les patients ?

4) Comment gérez-vous ce lien ville hôpital ?

- Comment vous sollicite-t-on ?
- Avez-vous des idées pour l'améliorer ?

5) Selon vous, quelles sont les erreurs de prise en charge ambulatoire fréquentes.

- Sur le plan thérapeutique ?
- Sur le plan du suivi ?
- Sur l'orientation ?

6) Quelles pourraient être les causes de ces erreurs ?

7) Que pourriez-vous proposer pour faciliter la prise en charge des patients douloureux chroniques tout au long de leur parcours de soins ?

Guide d'entretien de thèse adressé aux médecins généralistes.

Préambule :

Profession de la personne interrogée :

Lieu d'exercice :

Formation :

Années de pratique :

1) Comment évaluez-vous vos connaissances concernant la prise en charge des patients douloureux chroniques ? Pourquoi ?

2) Que pensez-vous personnellement de la prise en charge de la douleur chronique en médecine générale ?

Quelles sont les difficultés ou facilités que vous relevez ?

Au niveau de l'évaluation et caractérisation de la douleur chronique ?

Au niveau des thérapeutiques médicamenteuses utilisées ?

Concernant les thérapeutiques non médicamenteuses ?

Concernant le suivi des patients ?

3) Quels sentiments ressentez-vous quand un patient consulte pour des douleurs chroniques ? Pourquoi ?

4) Qu'est-ce que vous appréciez et n'appréciez pas dans la prise en charge des douleurs chroniques ? Pourquoi ?

5) Quelles sont les difficultés et obstacles concernant la prise en charge des patients douloureux chroniques que vous avez rencontrés personnellement ?

Concernant l'évaluation de la douleur : comment procédez-vous ?

De quels outils vous aidez-vous pour évaluer une douleur ?

Concernant la prise en charge médicamenteuse :

Comment orientez-vous vos choix thérapeutiques médicamenteux ?

Concernant la prise en charge non médicamenteuse :

A quel moment de la prise en charge, orientez-vous le patient vers une thérapeutique non médicamenteuse ?

Concernant le suivi

Comment trouvez-vous l'efficacité de vos prises en charge chez les patients douloureux chroniques.

6) Vers qui orientez-vous vos patients atteints de douleurs chroniques ?

Où orientez-vous vos patients ? par quel moyen, téléphone ? mail ?

A quel moment orientez-vous vos patients dans un centre ?

7) Que pensez-vous de la réponse des services de consultations d'algologie à la demande des médecins généralistes ?

Concernant leur visibilité ?

Concernant leur délai de consultation ?

Comment décrieriez-vous le contact avec ces services spécialisés ?

Quel est votre avis sur le suivi effectué dans ces lieux spécialisés ?

8) Qu'est-ce qui vous serait utile pour améliorer votre prise en charge des patients douloureux chroniques ?

9) Quels sont les points importants à améliorer ?

B. Résumé Français

Contexte : La douleur chronique compte parmi les principales causes d'invalidité dans le monde. Trois plans gouvernementaux de 1998 à 2010 se sont succédés pour tenter d'améliorer sa prise en charge. Un quatrième plan douleur n'a jamais pu voir le jour et de grandes difficultés persistent dans la prise en charge de ses patients en médecine de ville. De plus, l'accès aux consultations et centres spécialisés restent difficiles.

Objectif : Explorer les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients douloureux chroniques en médecine de ville. Élaborer des pistes d'amélioration dans la prise en charge de ces patients à travers la vision des algologues et médecins généralistes.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi dirigés auprès des médecins généralistes et algologues de la région PACA selon un échantillonnage théorique. L'analyse a été menée selon la méthode de théorisation ancrée, avec une triangulation des données. Le recueil des données a été réalisé jusqu'à saturation théorique des données.

Résultats : Vingt-deux entretiens ont été réalisés entre avril 2021 et février 2022. Les médecins interrogés ont rapporté de nombreuses difficultés dans la prise en charge des patients douloureux chroniques en médecine de ville. Notamment les contraintes organisationnelles des médecins généralistes, les difficultés inhérentes au parcours de soins et la stigmatisation des patients à l'échelle sociétale ont été décrites. Pour tenter d'améliorer la prise en charge de ces patients, ont été élaborés différentes pistes. Les axes principaux soulevés par notre étude étaient une meilleure coordination entre les différents acteurs, une formation adaptée et une campagne de communication afin de sensibiliser la population à ces problématiques.

Conclusion : Notre étude aura permis de mettre en évidence qu'une éducation sociétale au concept de douleur chronique est indissociable d'une meilleure prise en charge.

Malgré les idées concrètes d'amélioration soulevées, l'incompréhension de la pathologie douloureuse chronique semble être le principal obstacle à sa prise en charge.

Mots-clés : patients douloureux chronique ; difficultés ; médecine générale ; pistes d'amélioration ; algologie ; douleur chronique.

C. Résumé anglais

Background: Chronic pain is one of the main causes of disability in the world. Three governmental plans from 1998 to 2010 tried to improve its management and care. A fourth “Plan douleur” has never been implemented and major difficulties persist in the management of these patients in general practice. In addition, the access to consultations and specialized centers remains difficult.

Objective: To explore the difficulties encountered in the management of patients with chronic pain in general medicine.

To develop various ideas and ways to improve the care of these patients through the vision of algologists and general practitioners.

Method: Qualitative study by semi-structured interviews with general practitioners and algologists in the PACA region according to a theoretical sampling. The analysis was conducted according to the anchored theorization method, with a data triangulation. Data collection was carried out until the saturation of data.

Results: 22 interviews were conducted between April 2021 and February 2022. The physicians interviewed reported many difficulties in the management of patients who suffer from chronic pain in general practice. In particular, were described: the organizational constraints of general practitioners, the inherent difficulties of the care pathway and the social stigmatization of patients. To try to improve the care of these patients, different ideas have been developed. The main axes raised by our study were better coordination between the different actors, adapted training and a communication campaign to raise public awareness on these issues.

Conclusion: Our study has highlighted the fact that societal education in the concept of chronic pain is essential to improve its care. In spite of the concrete ideas of improvement raised, the lack of understanding of chronic pain pathologies seems to be the main obstacle to its management.

Keywords: patients with chronic pain; difficulties; general medicine; areas for improvement; algology; chronic pain.

VIII. ACRONYMES

MSU :	Maître de Stage Universitaire
DU :	Diplôme Universitaire
COREQ :	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
PACA:	Provence-Alpes-Côte d'Azur
CPP :	Comité de Protection des Personnes
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPTS:	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DES:	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC:	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 seront 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.

Résumé

Contexte : La douleur chronique compte parmi les principales causes d'invalidité dans le monde. Trois plans gouvernementaux de 1998 à 2010 se sont succédés pour tenter d'améliorer sa prise en charge. Un quatrième plan douleur n'a jamais pu voir le jour et de grandes difficultés persistent dans la prise en charge de ses patients en médecine de ville. De plus, l'accès aux consultations et centres spécialisés restent difficiles.

Objectif : Explorer les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients douloureux chroniques en médecine de ville. Élaborer des pistes d'amélioration dans la prise en charge de ces patients à travers la vision des algologues et médecins généralistes.

Méthode Etude qualitative par entretiens semi dirigés auprès des médecins généralistes et algologues de la région PACA selon un échantillonnage théorique. L'analyse a été menée selon la méthode de théorisation ancrée, avec une triangulation des données. Le recueil des données a été réalisé jusqu'à saturation théorique des données.

Résultats : vingt-deux entretiens ont été réalisés entre avril 2021 et février 2022. Les médecins interrogés ont rapporté de nombreuses difficultés dans la prise en charge des patients douloureux chroniques en médecine de ville. Notamment les contraintes organisationnelles des médecins généralistes, les difficultés inhérentes au parcours de soins et la stigmatisation des patients à l'échelle sociétale ont été décrites. Pour tenter d'améliorer la prise en charge de ces patients, ont été élaborés différentes pistes. Les axes principaux soulevés par notre étude étaient une meilleure coordination entre les différents acteurs, une formation adaptée et une campagne de communication afin de sensibiliser la population à ces problématiques.

Conclusion : Notre étude aura permis de mettre en évidence qu'une éducation sociétale au concept de douleur chronique est indissociable d'une meilleure prise en charge.

Malgré les idées concrètes d'amélioration soulevées, l'incompréhension de la pathologie douloureuse chronique semble être le principal obstacle à sa prise en charge.

Mots-clés : patients douloureux chronique ; difficultés ; médecine générale ; pistes d'amélioration ; algologie ; douleur chronique.

Abstract

Background: Chronic pain is one of the main causes of disability in the world. Three governmental plans from 1998 to 2010 tried to improve its management and care. A fourth "Plan douleur" has never been implemented and major difficulties persist in the management of these patients in general practice. In addition, the access to consultations and specialized centers remains difficult.

Objective:

To explore the difficulties encountered in the management of patients with chronic pain in general medicine.

To develop various ideas and ways to improve the care of these patients through the vision of algologists and general practitioners.

Method: Qualitative study by semi-structured interviews with general practitioners and algologists in the PACA region according to a theoretical sampling. The analysis was conducted according to the anchored theorization method, with a data triangulation. Data collection was carried out until the saturation of data.

Results: 22 interviews were conducted between April 2021 and February 2022. The physicians interviewed reported many difficulties in the management of patients who suffer from chronic pain in general practice. In particular, were described: the organizational constraints of general practitioners, the inherent difficulties of the care pathway and the social stigmatization of patients. To try to improve the care of these patients, different ideas have been developed. The main axes raised by our study were better coordination between the different actors, adapted training and a communication campaign to raise public awareness on these issues.

Conclusion: Our study has highlighted the fact that societal education in the concept of chronic pain is essential to improve its care. In spite of the concrete ideas of improvement raised, the lack of understanding of chronic pain pathologies seems to be the main obstacle to its management.

Keywords: patients with chronic pain; difficulties; general medicine; areas for improvement; algology; chronic pain.