

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

Thèse N°

**INTERET DE LA COORDINATION DES MOYENS
POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
EN LIMOUSIN**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 25 juin 2013

par

Gaëlle Anne Marie DUBREUILH-ESPAGNE

née le 3 mai 1983, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THESE

Mme le Professeur VERGNE-SALLE PascalePrésidente

Mr le Professeur CLEMENT Jean-Pierre.....Juge

Mr le Professeur SALLE Jean-Yves.....Juge

Mme le Professeur DUMOITIER NathalieJuge

Mr le Docteur TERRIER Gérard (Directeur)Juge

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

Thèse N°

**INTERET DE LA COORDINATION DES MOYENS
POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
EN LIMOUSIN**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 25 juin 2013

par

Gaëlle Anne Marie DUBREUILH-ESPAGNE

née le 3 mai 1983, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THESE

Mme le Professeur VERGNE-SALLE PascalePrésidente

Mr le Professeur CLEMENT Jean-Pierre.....Juge

Mr le Professeur SALLE Jean-Yves.....Juge

Mme le Professeur DUMOITIER NathalieJuge

Mr le Docteur TERRIER Gérard (Directeur).....Juge

UNIVERSITE de LIMOGES
FACULTE de MEDECINE

TITRES des PROFESSEURS et MAITRES de CONFERENCES des UNIVERSITES pour la REDACTION des DEDICACES

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE Responsable de service
BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service
BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire
BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE
CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service

CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
COLOMBEAU Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRVAIL Responsable de service
DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service
ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service
FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
FEISS Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service

FUNALOT Benoît	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service
MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur

MOULIES Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE
MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-RENIMATION Responsable de service
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur
ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLAT Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
VERGNENEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE

VIDAL Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service
VINCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
WEINBRECK Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service
YARDIN Catherine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE Responsable de service
BUCHON Daniel	Professeur des Universités MEDECINE GENERALE
BUISSON Jean-Gabriel	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
DUMOITIER Nathalie	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
AJZENBERG Daniel	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE Responsable de service
BOURTHOUMIEU Sylvie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
ESCLAIRE Françoise	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LAROCHE Marie-Laure	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE

LE GUYADER Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
MARIN Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MOUNIER Marcelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
MENARD Dominique	Maître de Conférences associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
BONNETBLANC Jean-Marie	Professeur des Universités Emérite
DENIS François	Professeur des Universités Emérite
SAUVAGE Jean-Pierre	Professeur des Universités Emérite
VANDROUX Jean-Claude	Professeur des Universités Emérite

Le 15 Janvier 2013

Remerciements

A Madame le Professeur Pascale VERGNE-SALLE,
Professeur des Universités, Rhumatologue, Responsable du centre d'évaluation et de traitement de la douleur.

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse. Votre soutien m'a été précieux. Recevez l'expression de ma profonde reconnaissance et mon admiration.

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT,
Professeur des Universités, Chef de service de Psychiatrie adulte.

Vous m'avez accompagnée avec bienveillance dans mes études et mon Diplôme universitaire de relaxation psychothérapique. Je suis honorée de votre présence dans ce jury. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Yves SALLE,
Professeur des universités, Chef de service de Médecine Physique et de Réadaptation.

J'ai découvert l'hôpital grâce à vous et votre service, merci de m'avoir aidée dans mes premiers pas d'étudiante en médecine. Soyez assuré de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Gérard TERRIER,
Chef de service d'accompagnement et soins palliatifs.

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci pour votre aide précieuse, votre écoute et votre disponibilité. Mon passage dans votre service restera à jamais gravé dans ma mémoire. Soyez assuré de ma sincère admiration et de ma profonde gratitude.

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER,
Professeur associée de Médecine Générale.

Vos enseignements pendant mon internat m'ont apporté une image noble de la médecine générale. Je vous remercie d'avoir accepté de lire et de juger mon travail. Trouvez ici l'assurance de mon profond respect.

A Julien, pour ta présence à mes côtés tout au long de ce travail et je l'espère pour la vie. Merci pour ton soutien, ta patience et ton amour.

A mes parents, pour votre soutien et vos encouragements tout au long de ces années. Merci pour vos précieuses remarques et surtout pour tout l'amour que vous m'avez donné.

A mon Tad Coz pour ta présence tranquille. Mam et Mamie mes pensées sont avec vous.

A Marc et Isabelle pour nos échanges, votre soutien fraternel et votre présence précieuse; vous êtes les meilleurs !

A Viviane, Annabelle et Agnès, mes amies. Pour notre complicité et nos rires; votre présence, votre soutien et vos conseils (vive les aprèm boulot-muffins!)

Merci à Mlle Labrunie et à l'équipe du CEBIMER pour son aide précieuse dans l'exploration des mystères des statistiques.

Merci à tous les autres...

Sommaire

Introduction	12
I. Douleur et prise en charge	14
1. Généralités.....	14
2. Les 4 mécanismes de douleur.....	15
a. Mécanisme nociceptif.....	15
b. Mécanisme neuropathique.....	15
c. Mécanisme idiopathique.....	15
d. Mécanisme psychogène.....	15
3. Durée d'évolution : douleurs aiguës et chroniques	17
4. Les composantes de la douleur.....	18
a. La composante sensori-discriminative	18
b. La composante affective-émotionnelle	18
c. La composante cognitive.....	18
d. La composante comportementale.....	18
5. Le modèle pluridimensionnel de la douleur.....	19
6. Syndrome douloureux chronique	20
II. La douleur : aspect éthique et législatif	22
1. Soulager la douleur, un engagement et un devoir médical	22
2. La douleur problème de santé publique	22
a. Le plan triennal 1998-2000	22
b. Le programme national de lutte contre la douleur 2002-2005	23
c. Le plan de prise en charge de la douleur pour les années 2006-2010	24
3. La douleur: engagement éthique médical en formation	25
4. Aspect particulier : les douleurs en fin de vie	26
III. Les réseaux de soins	28
1. Généralités.....	28
a. Les différents types de réseaux.....	28
b. Les règles de fonctionnement des réseaux	29
c. Les acteurs des réseaux de santé	29
d. Les critères de qualité.....	30
e. Evaluation des réseaux de santé	30
2. L'historique des réseaux	30
3. Cas des réseaux d'évaluation et de prise en charge de la douleur.....	32
a. Les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique.....	33
b. Critères d'identification des structures spécialisées.....	34
4. Exemple de réseau d'évaluation et de traitement de la douleur: l'Association Ville-hôpital de Lutte Contre la Douleur (AVH-LCD) à Paris	36
a. Historique	36
b. Mode de fonctionnement.....	37
c. Les actions du réseau.....	38
d. Référentiel et recommandations propres.....	39

IV. Etat des lieux des consultations d'évaluation et de traitement de la douleur en Limousin	40
1. Haute-Vienne	40
2. Corrèze	43
3. Creuse.....	44
V. Enquête auprès des médecins généralistes	45
1. Hypothèse de travail.....	45
2. Matériel et méthode.....	45
3. Analyse Statistique	46
a. Objectifs de l'étude.....	46
b. Design de l'étude.....	47
c. Méthodes statistiques et logiciel utilisé.....	47
4. Données générales de l'étude	48
5. Analyse descriptive: résultats.....	48
a. Variables quantitatives	48
b. Variables qualitatives	49
6. Analyses statistiques : Résultats.....	58
a. Objectif principal.....	58
b. A cet objectif principal s'ajoutent plusieurs objectifs secondaires :	59
c. Synthèse des résultats	67
VI. Discussion	69
1. Recommandations pour une prise en charge des patients douloureux chroniques.	69
2. Malgré ces recommandations les difficultés perçues restent nombreuses.	71
3. Les généralistes limousins désirent participer à un projet de réseau douleur	73
4. En Limousin des solutions, adaptées aux besoins des généralistes, peuvent être apportées par un réseau d'évaluation et de traitement de la douleur.	75
a. Une plus grande ouverture des structures vers l'extérieur	75
b. Une liste de correspondants médecins et paramédicaux	76
c. La création de médecins libéraux « référents » (spécialiste ou généraliste).	77
d. La création d'une équipe mobile d'évaluation et de traitement de la douleur	77
e. Le développement de sessions de « Formation continue »	77
f. L'ouverture des réunions départementales pluridisciplinaires de discussion de dossier aux médecins généralistes.	78
5. Les perspectives	78
Conclusion	82
Bibliographie	84
Annexes	88
Glossaire	92
Table des figures	903
Serment d'Hippocrate	94

Introduction

La douleur est un des principaux sujets de consultation en médecine générale. La fréquence de la douleur augmente avec l'âge, or le Limousin est une des régions françaises ayant la moyenne d'âge la plus élevée [1]. La prise en charge de la douleur concerne donc tout particulièrement notre région.

Une étude française montre que plus d'un tiers de la population souffre de douleurs chroniques [2]. En opposition à la douleur aiguë, «utile et protectrice», souvent correctement et suffisamment traitée en libéral, la douleur chronique est complexe, «inutile et destructrice». Elle «détruit physiquement, psychologiquement et socialement» [3]. Une prise en charge précoce et optimale de la douleur semble essentielle.

Le parcours habituel du patient douloureux chronique est de multiplier les avis spécialisés et les examens complémentaires à la recherche d'un diagnostic précis, d'où un «nomadisme médical». L'absence de concertation entre les différents intervenants est un obstacle important à l'amélioration clinique et une source de dépenses inutiles.

Idéalement l'évaluation du patient douloureux chronique devrait être globale : somatique, psychologique et sociale, pour aboutir à une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée. Les équipes multidisciplinaires des structures d'évaluation et traitement de la douleur mettent en œuvre cette approche globale. Cependant ces structures ne sont pas présentes partout sur le territoire français et demeurent insuffisamment connues. Le recours à une consultation douleur pour un patient souffrant depuis plus de trois mois est loin d'être systématique.

La coordination des soins et la concertation entre les professionnels sont mal intégrées dans la pratique de ville. Le médecin généraliste, pivot central de la prise en charge, se heurte rapidement à des difficultés organisationnelles.

Il semble alors utile de proposer des soins coordonnés entre la ville et l'hôpital comme le précise l'ordonnance du 24 avril 1996 qui incite à la création de réseaux de soins: «des formes nouvelles de prise en charge des patients et (...) un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention. [Il peut s'agir] de filières de soins organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins [ou] de réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques». [4]

En Limousin des consultations multidisciplinaires de la douleur existent dans certains centres hospitaliers avec quelques contacts inter-établissements mais il n'y a pas de structure de réseaux pour la prise en charge de la douleur. Pour qu'un réseau fonctionne, il faut que ses membres soient convaincus de son intérêt. Il nous a paru alors essentiel d'analyser les besoins des médecins généralistes du Limousin et leurs attentes. Sont-ils motivés pour un réseau d'évaluation et d'aide au traitement de la douleur?

Dans ce travail, après avoir précisé la définition de la douleur, sera décrit l'état actuel de sa prise en charge en Limousin. Puis une enquête réalisée auprès des généralistes du Limousin et ses résultats seront présentée. Enfin les perspectives à retenir pour mieux définir et orienter les actions à mener en Limousin, pour aider à l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique seront dégagées.

I. Douleur et prise en charge

1. Généralités

La douleur a été définie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou simplement décrit en termes d'un tel dommage » [5]

Elle est un des principaux sujets de consultation en médecine. Les douleurs les plus souvent rencontrées en consultation sont :

- les douleurs « musculaires »
- les douleurs à type de « lombalgies », « rachialgies »
- les céphalées, les migraines, les algies faciales
- les douleurs dues à des lésions nerveuses, les douleurs post-zostériennes
- les douleurs des personnes âgées (douleurs articulaires, rhumatismales, artérite des membres inférieurs ...)
- les douleurs cancéreuses
- les douleurs abdomino-pelviennes

Mais des douleurs de fin de vie et des douleurs atypiques comme les glossodynies, les polyalgies diffuses sont aussi rencontrées.

La spécificité de la douleur est qu'elle se définit comme un phénomène perceptif personnel, un vécu subjectif. Il y a douleur si le malade le déclare, sans qu'on puisse présumer du mécanisme en cause.

La douleur est complexe et différents éléments et mécanismes ont été décrits pour permettre d'orienter la recherche étiologique.

2. Les quatre mécanismes de douleur

a. Mécanisme nociceptif

On parle de douleur nociceptive quand il y a une activation du système de transmission des messages nociceptifs par stimulation excessive des récepteurs périphériques. Ce sont les douleurs les plus fréquentes.

Les causes sont complexes et parfois intriquées, relevant de mécanismes lésionnels (traumatisme, tumeur), inflammatoires, ischémiques (sténose artérielle, angor), mécaniques (fractures, distensions viscérales, étirements ligamentaires) ...

b. Mécanisme neuropathique

On parle de douleur neuropathique (anciennement de désafférentation ou neurogène) quand il s'agit de douleurs liées à la destruction ou à la lésion d'une structure nerveuse périphérique (nerf, plexus, racine) ou centrale (tissu médullaire, tronc cérébral).

Typiquement il existe un fond douloureux permanent dès le réveil, avec de fréquents paroxysmes. Contrairement aux douleurs par excès de nociception, elles sont peu sensibles aux antalgiques périphériques et centraux.

Les principales situations sont les douleurs après traumatismes médullaires, les douleurs des membres fantômes, les douleurs post zostériennes, les névrites, les douleurs carcinologiques (envahissement tumoral, post opératoire ou iatrogène (plexite post-radique)).

c. Mécanisme idiopathique

On parle de douleur idiopathique quand la physiopathologie est mal élucidée comme dans les céphalées, la fibromyalgie ou la glossodynie.

d. Mécanisme psychogène

Une origine psychogène est suspectée, après élimination des mécanismes précédents, devant une description luxuriante, imprécise ou variable et une sémiologie atypique.

On peut évoquer une conversion hystérique, une somatisation d'un désordre émotionnel (dépression) ou une hypochondrie.

Il faut avoir à l'esprit que dans de nombreux cas les facteurs somatiques et psychosociaux sont intriqués.

Les différences entre les deux mécanismes principaux sont illustrées ci-dessous :

	douleur par excès de nociception	douleur neuropathique
Physiopathologie	Stimulation des nocicepteurs	Lésions nerveuses périphériques ou centrales
Sémiologie	Rythme mécanique ou inflammatoire	Composante continue (brûlure) ou fulgurante (décharge électrique) Dysesthésie (fourmillement, picotement)
Topographie	Régionale ; non neurologique	Origine neurologique périphérique (tronc, racine) ou centrale (douleur hémi corporelle)
Examen neurologique	Normal	Signes d'hypo sensibilité (hypoesthésie, anesthésie) ou d'hypersensibilité (allodynie)
Mécanisme	Résulte d'une lésion tissulaire : Hyperstimulation des voies de transmission	Défaillance des contrôles inhibiteurs Facteurs périphériques : générateurs ectopiques Facteurs centraux : hyperactivité neuronale, Décharges spontanées, épileptiformes
Type de traitement	Répond aux analgésiques	Répond mal aux analgésiques Efficacité des antidépresseurs et des antiépileptiques

Figure 1 : différences entre douleur neuropathique et par excès de nociception [6]

Remarque : en cas de douleur neuropathique il peut y avoir absence de lésion somatique et, si lésion il y a, un intervalle libre est possible après la lésion initiale.

3. Durée d'évolution : douleurs aiguës et chroniques [7]

Une douleur quel que soit son mécanisme peut être aiguë ou chronique. La durée d'évolution d'une douleur aiguë (inférieure à 3 mois) ou chronique (supérieure à 3-6 mois) conditionne l'abord du malade et la démarche thérapeutique.

Des différences d'ordre neurophysiologique, neuropsychologique et comportemental justifient la distinction entre la douleur aiguë-symptôme et la douleur chronique-syndrome.

Les différences sont présentées ci-dessous.

	Douleur aiguë (symptôme)	Douleur chronique (syndrome)
Finalité biologique	Utile, protectrice, signal d'alarme	Inutile, destructrice, maladie à part entière
Aspect évolutif	Douleur transitoire	Douleur permanente ou récurrente
Mécanisme générateur	Unifactoriel	Plurifactoriel
Manifestations somatovégétatives	Réactionnelles sympathiques (tachycardie, sueurs, polypnée, mydriase)	Habituation ou entretien (intervention des composantes de la douleur qui la maintiennent ou l'amplifient)
Retentissement psychologique	Anxiété	Dépression : anhédonie, anorexie, troubles du sommeil, repli sur soi et diminution de tolérance à la douleur. Plainte envahissante. Modification du mode de vie, de l'activité, des loisirs. Augmentation de la consommation d'antalgiques
Traitement	Curatif, étiologique, antalgique	Réadaptatif, anxiolytique, antalgique et antidépresseur Modèle de compréhension pluridimensionnelle « somato-psycho-social »

Figure 2 : Comparaison des douleurs aiguës et chroniques (non cancéreuses)

4. Les composantes de la douleur

Toute douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, peut être analysée selon les 4 composantes ci-dessous:

a. La composante sensori-discriminative

Elle correspond aux mécanismes neurophysiologiques de la nociception. Ils assurent la détection du stimulus nociceptif et l'analyse de ses caractères qualitatifs, temporo-spatiaux.

b. La composante affective-émotionnelle

Elle donne la connotation désagréable, pénible, rattachée à la perception douloureuse. Elle peut se prolonger vers des états affectifs plus différenciés tels que l'anxiété ou la dépression.

c. La composante cognitive

Elle se réfère à un ensemble de processus mentaux susceptibles de moduler la perception d'un stimulus et les réactions comportementales qu'elle détermine : phénomènes d'attention-distraction, signification et interprétation de la situation présente, référence à des expériences passées, vécues ou observées.

d. La composante comportementale

Elle correspond à l'ensemble des manifestations observables : physiologiques (paramètres somato-végétatifs), verbales (plaintes, gémissements...) ou motrices (attitudes antalgiques, immobilité ou agitation, etc.)

5. Le modèle pluridimensionnel de la douleur

La douleur est souvent un phénomène subjectif et complexe de par ses mécanismes, de par l'importance de chacune de ses composantes et de son retentissement psychique et comportemental.

Ainsi il faut toujours avoir à l'esprit le modèle pluridimensionnel de la douleur qui permet de mieux comprendre les douleurs et d'envisager différentes modalités de prise en charge.

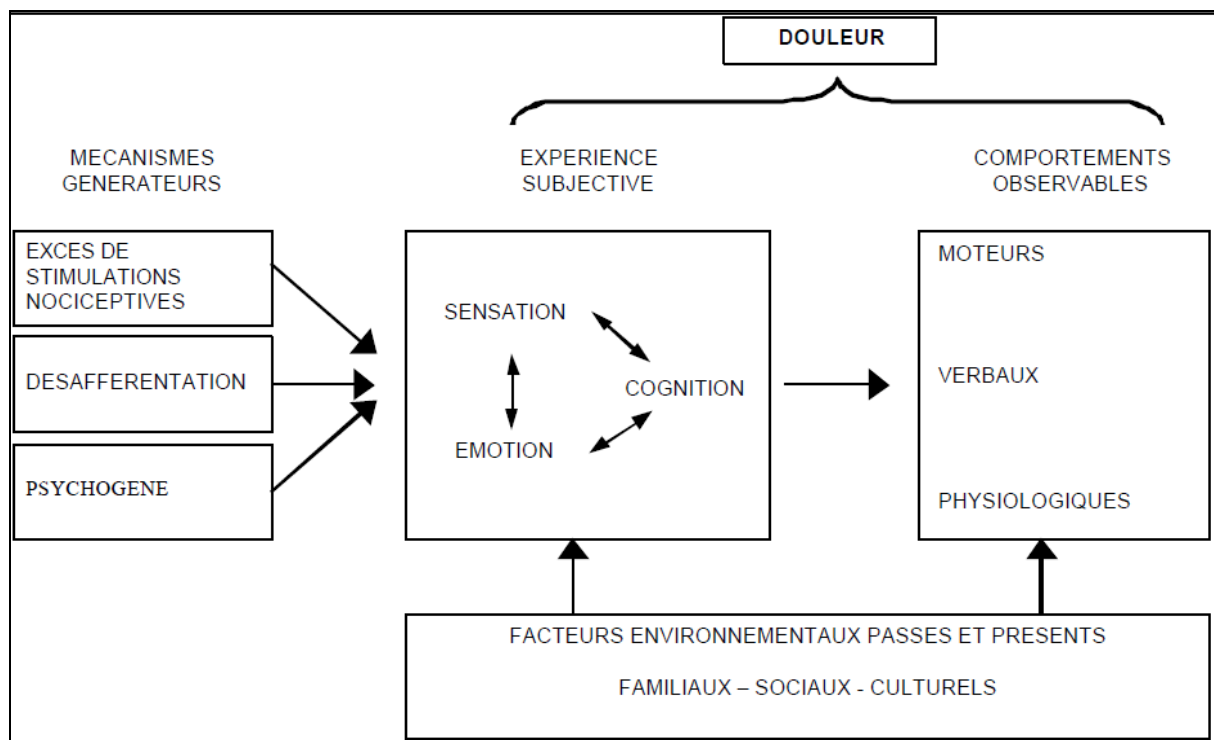


Figure 3: Modèle pluridimensionnel de la douleur [6]

Au-delà de 6 mois, malgré des traitements adaptés, la persistance d'une douleur fait suspecter une évolution pour son compte propre. On peut alors parler de l'apparition d'un Syndrome Dououreux Chronique [7]

6. Syndrome douloureux chronique

Le terme de Syndrome Douloureux Chronique (SDC) est utilisé pour décrire l'ensemble des manifestations physiques, psychologiques, comportementales et sociales qui tendent à faire considérer la douleur persistante, quelle que soit son étiologie, plus comme une maladie, voire un « langage » [8] à décrypter, que comme le simple signe d'un désordre physiopathologique. Ce syndrome peut s'observer à des degrés divers dans des douleurs d'étiologies initiales variées : migraines, lombalgies, affections neurologiques, rhumatismales et douleurs post-zostériennes, etc.

La définition proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS) combine celle de l'IASP et celle de l'Organisation Mondiale de la Santé, associant à la notion d'évolution temporelle celle d'impact négatif sur l'individu : «Une douleur chronique est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne».

Cependant des douleurs persistantes ne correspondent pas toujours nécessairement à un SDC. Un malade qui s'adapte psychologiquement à la situation douloureuse et qui maintient des capacités fonctionnelles peut ne pas évoluer vers un SDC. Il est difficile d'établir la limite entre douleur persistante et SDC. Ainsi des attitudes thérapeutiques appropriées précoces pourront prévenir l'évolution vers un SDC constitué [7].

Les points importants du syndrome douloureux chronique sont [9] :

- **La plainte douloureuse** associée à une douleur permanente depuis plus de six mois. Son origine physiologique est incertaine avec souvent de nombreux antécédents de traitements inefficaces, une surconsommation d'antalgiques voire des conduites toxicomaniaques. Le handicap fonctionnel est parfois exagéré.
- **Un comportement anormal vis à vis de la maladie de la part du patient** qui a la conviction de l'origine somatique pure de la maladie. Il y a fréquemment un déni des conflits interpersonnels et un désir de chirurgie.
- **Une symptomatologie dépressive** avec asthénie, trouble de la concentration, anhédonie, insomnie, anorexie.
- **Présence de facteurs de renforcement comme** l'évitement d'activités néfastes avec kinésiophobie, les attentions et sollicitudes de l'entourage, des bénéfiques secondaires.
- **Un contexte socio-familial parfois particulier** avec des antécédents familiaux de douleur chronique, de dépression ou d'alcoolisme.

Quand le symptôme douleur devient un syndrome (douleur-maladie) les traitements sont souvent mis en échec ou insuffisants. L'approche médicale usuelle adaptée au stade aigu n'est plus suffisante au stade chronique: elle serait inefficace voire iatrogène. Une prise en charge spécifique devient nécessaire d'un point de vue tant socio-psychologique que physiologique car «la douleur détruit physiquement et psychologiquement mais aussi socialement» [3]

Il est important de considérer l'impact psychique de la douleur : «la souffrance altère la conscience de soi-même. [il y a morcellement, perte de l'unité et faillite narcissique] Elle réduit la capacité d'action, modifie et déstructure le rapport au temps. (...) l'homme souffrant se fige comme pour tenter de contenir la désintégration qu'il subit», «cet enfermement est (...) efficace, car permettant à la personne de continuer de vivre, mais il est onéreux sur le plan psychique. Contrôler, maîtriser, refouler, s'isoler est épuisant». [10]

«La souffrance est l'expérience de la passivité, elle s'impose [mais paradoxalement] alors que la souffrance nous déstructure, la conscience de soi semble accrue» «je souffre, je suis», ceci aide à comprendre la situation de certains patients ; ainsi parfois un nouveau mode de fonctionnement voire même de vie (pathologique) peut se mettre en place.

Dans le désordre psychique créé par la douleur les soignants, dont le médecin généraliste, ont un rôle majeur à jouer. En effet, «le soignant (...) est celui qui accompagne une personne souffrante remaniée dans son existence et contestée dans son aspiration à l'accomplissement de soi-même [...] par sa présence son attitude, son regard, ses paroles, il témoigne que l'autre souffrant n'est pas réduit à l'image déchu de lui-même. (...) il réintroduit le temps, désenclave de l'instant et autorise l'avenir». [11]

La douleur qui n'était un temps considérée que comme un signal est envisagée de plus en plus comme une pathologie à part entière en cas de douleur chronique à bilan étiologique négatif. Elle est alors multifactorielle (avec un retentissement socio-psychologique) et requiert une approche pluridisciplinaire, des prises en charges thérapeutiques spécifiques adaptées à la situation individuelle et globale de chaque patient douloureux : il n'y a pas une mais des douleurs.

Cette prise en charge pluridisciplinaire est recommandée dans les textes législatifs.

II. La douleur : aspect éthique et législatif

1. Soulager la douleur, un engagement et un devoir médical

De tout temps la prise en charge de la douleur a été considérée comme importante, ainsi dans son serment Hippocrate affirme : « Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. » Depuis les docteurs en médecine suivent cet engagement.

Le Code de la Santé Publique (CSP) rappelle que « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.* » ; « Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. »

2. La douleur problème de santé publique

Les gouvernements successifs ont pris conscience de l'intérêt d'une politique de prise en charge de la douleur. Ainsi trois programmes d'actions se sont succédé sur les 15 dernières années.

a. Le plan triennal 1998-2000[12]

Il a été initié par Monsieur Bernard Kouchner afin d'améliorer la prise en compte et le soulagement de la douleur. Ce programme qui s'inscrit dans la politique d'amélioration de la qualité des soins dispensés aux malades s'est articulé autour de trois axes :

- la prise en compte de la demande du patient ;
- le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins ;
- l'information et la formation des professionnels de santé pour mieux évaluer et traiter la douleur.

La philosophie de ce programme pouvait se résumer ainsi : « la douleur n'est pas une fatalité, elle doit être au centre des préoccupations de tout professionnel de santé ».

Son évaluation rappelle entre autre les priorités suivantes:

- intégrer en formation initiale, particulièrement dans le cadre des études de médecine, un enseignement spécifique sur la douleur (de manière à aborder l'évaluation, la prévention, le traitement et les alternatives thérapeutiques d'un point de vue médical mais aussi relationnel)
- mieux prendre en charge la dimension psychologique de la douleur ; renforcer les liens entre les professionnels (...)
- (...) créer des outils de liaison entre les médecins de ville et les services hospitaliers

b. Le programme national de lutte contre la douleur 2002-2005

Il a été mis en place pour poursuivre les actions entreprises [13]. Ses objectifs étaient notamment d'améliorer :

- l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques à des structures spécialisées
 - par la création de structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle dans les régions et départements qui en sont dépourvus ;
 - par le renforcement des centres de prise en charge de la douleur chronique rebelle dont l'activité est saturée
- l'information et la formation des personnels de santé
- l'information aux usagers.

Il a également abordé la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant, la prise en charge de la migraine.

La Circulaire relative à sa mise en œuvre [14] insiste sur le renforcement des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle : « La personne souffrant de douleurs chroniques rebelles doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique (...). Afin de mieux informer les usagers et les professionnels sur leur existence, la liste de ces structures a été dressée et diffusée sur le site Internet du ministère. Toutefois, compte tenu des inégalités régionales et pour améliorer l'accès de la personne souffrant de douleurs chroniques rebelles à des structures spécialisées, chaque département et chaque région devront disposer respectivement, d'ici 4 ans, d'au moins une consultation et d'un centre de prise en charge de la douleur chronique rebelle. (...) des postes de praticiens hospitaliers viendront conforter les équipes (...) dans les centres de prise en charge de la douleur chronique rebelle pour diminuer le délai d'attente pour une première consultation. »

Cette circulaire précise les modalités de mise en œuvre pour les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) : « Vous devrez, (...), veiller à ce que chaque établissement de santé de votre région ait défini un programme spécifique d'actions visant à améliorer la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille. (...) ; à ce que toute personne souffrant de douleurs chroniques rebelles puisse avoir accès facilement à des structures spécialisées au sein de chaque département et région. »

Face à l'importance des défis à relever un nouveau plan a été décidé en mars 2006 par le ministre de la santé.

c. Le plan de prise en charge de la douleur pour les années 2006-2010 [15]

Ce plan repose sur quatre axes :

- Améliorer la prise en charge de la douleur des populations les plus vulnérables.

Pour les enfants et les adolescents, cette amélioration passe par le développement de la prise en charge de la douleur provoquée par les soins, le développement des formes pédiatriques d'antalgiques et un meilleur dépistage et traitement des douleurs chroniques.

Pour les personnes handicapées, âgées et en fin de vie cela passe par la diffusion d'outils d'évaluation de la douleur et d'aide à la prescription, la réalisation de formations de sensibilisation dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et les services de soins à domicile. L'accent est mis sur la prise en charge de la douleur psychologique de ces personnes et sur leur accompagnement lors de l'annonce du diagnostic (cancer, maladie d'Alzheimer...).

- Renforcer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé.

Par la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires sur la douleur et sur les soins palliatifs, une meilleure intégration de la douleur au sein du diplôme d'études spécialisées de médecine générale et l'inscription de ce thème dans le cadre de la formation professionnelle continue des médecins libéraux.

- Améliorer les traitements médicamenteux et les méthodes non pharmacologiques dans des conditions de sécurité et de qualité (en simplifiant le circuit des substances exerçant un effet physiologique similaire à celui de la morphine, déterminant les conditions de mise en œuvre des traitements à domicile, prévenant les douleurs induites par les soins et en développant les traitements physiques ou les méthodes psycho-corporelles.)

- Structurer la filière de soins.

En valorisant et renforçant les structures de prise en charge de la douleur chronique ; dans le parcours de soins, les réseaux de santé, la coopération inter-hospitalière et au sein des établissements médico-sociaux.

3. La douleur: engagement éthique médical en formation

La circulaire du 7 janvier 1994 [16] précise au plan juridique le rôle du médecin face à la douleur de son patient : « Le médecin traitant est le premier confronté à la plainte d'un malade douloureux et, quelle que soit la filière de soins vers laquelle il oriente son malade, en fonction de la persistance de la douleur, il est garant de la prise en charge globale de celui-ci. Il doit donc être partie prenante dans toutes les décisions thérapeutiques. Encore faut-il qu'il possède la parfaite connaissance de la clinique et du maniement des antalgiques, mais également les qualités nécessaires d'écoute du malade et de sa famille.»

En effet, malgré l'importance reconnue du traitement de la douleur par le monde médical jusqu'à un passé récent, les médecins devaient être volontaires pour acquérir une formation sur la douleur. Il a fallu attendre la rentrée universitaire de 1996 pour que l'enseignement sur le traitement de la douleur et les soins palliatifs devienne obligatoire et soit intégré dans le programme de la formation médicale universitaire initiale.

Par la circulaire du 9 mai 1995, les ministres de l'enseignement supérieur et de la santé ont modifié les enseignements du premier et du second cycle des études médicales en mettant en place des séminaires obligatoires. L'enseignement de la douleur fait aussi désormais partie de l'enseignement obligatoire des thérapeutiques.

L'Ordonnance du 24 avril 1996 rend obligatoire la Formation Médicale Continue (FMC) et crée un Conseil national de la Formation Médicale Continue (CNFMC) ainsi que des conseils régionaux.

L'article 37 du code de déontologie modifié le 6 septembre 1995, met l'accent sur l'obligation déontologique de la prise en charge de la douleur pour tout médecin: « En toute circonstance, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations et la thérapeutique.»

Les modifications des articles L.4133-1 à L.4133-8 du CSP rappellent que: « Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins.»

« L'obligation de formation peut être satisfaite, au choix du médecin, soit en participant à des actions de formation agréées, soit en se soumettant à une procédure adaptée d'évaluation des connaissances réalisée par un organisme agréé, soit en présentant oralement au conseil régional un dossier répondant à l'obligation mentionnée au présent article. Le respect de l'obligation fait l'objet d'une validation. La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires.»

Suite à loi du 9 juin 1999 sur l'accès aux soins palliatifs, une formation des personnels de santé aux soins palliatifs (dont la prise en charge de la douleur) est préconisée.

Une nouvelle étape est l'instauration par la loi du 13 août 2004 de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), distincte de la FMC. Tout praticien, par période de 5 ans, doit valider un total de « crédits » ou de « points » se répartissant entre les actions de FMC et d'EPP.

Enfin l'article L.1112-4 du CSP modifié par l'Ordonnance du 23 février 2010 précise que les Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) doivent assurer (...) la formation initiale et continue des professionnels de santé. Ils doivent diffuser les connaissances acquises en ville comme dans les établissements et favoriser le développement de la recherche.

La prise en charge de la douleur étant une obligation éthique et légale, cela devrait inciter les professionnels de santé à suivre ces formations.

4. Aspect particulier : les douleurs en fin de vie

Ce sujet d'actualité est sensible, notamment du fait de l'évolution des mœurs.

Par l'article 38 du code de déontologie les médecins ont une responsabilité pénale: «Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.»

Dans la loi n°99-477 du 9 juin 1999, la prise en charge de la douleur fait partie intégrante des soins palliatifs qui sont définis comme : « des soins actifs et continus, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement ».

La loi *Léonetti*, loi du 22 avril 2005 relative aux droits des patients et à la fin de vie, apporte plusieurs modifications au droit des malades. [17]

Pour tous les malades, y compris ceux qui ne sont pas en fin de vie, la loi affirme pour la première fois l'interdiction de l'obstination thérapeutique déraisonnable. L'objectif est d'autoriser la suspension d'un traitement ou de ne pas l'entreprendre, si ses résultats escomptés sont inopportuns, c'est-à-dire inutiles, disproportionnés ou se limitant à permettre la survie artificielle du malade.

Le patient peut demander la limitation ou l'interruption de tout traitement. S'il est hors d'état d'exprimer sa volonté, ces traitements pourront être limités ou interrompus après consultation des consignes qu'il aurait pu laisser, de la personne de confiance qu'il aurait pu désigner et de son entourage (famille ou proches), dans le respect d'une procédure collégiale.

Le texte recherche un équilibre entre les droits du malade et la responsabilité du médecin en prévoyant l'information la plus complète du patient. Cela est important en cas de prescription de médicaments à « double effet » (la morphine, notamment) qui, en même temps qu'ils adoucissent les souffrances, peuvent aussi abrégé la vie. Cet équilibre est également essentiel pour une prise de décision en parfaite connaissance de cause par le malade quand, conscient, il refuse un traitement mettant ses jours en danger, ou lorsque en fin de vie il demande l'interruption des traitements pour maîtriser ses derniers instants.

La loi précise la responsabilité du médecin qui est de choisir, avec le consentement de son malade, le traitement approprié, ou de l'interrompre parfois, dans le respect des procédures prévues dans le texte et aussi celle d'accompagner son patient dans ses derniers instants, grâce aux soins palliatifs appropriés à son état.

En décembre 2012 le rapport de la commission dirigée par le Pr Sicard [18] réaffirme les points soulignés par la loi *Leonetti* tout en donnant des précisions suite au débat sur l'assistance au suicide et la dépénalisation de l'euthanasie.

La commission rappelle deux observations centrales :

- l'application insuffisante de plusieurs lois: celle permettant à tout citoyen français un accès aux soins palliatifs, celle relative aux droits des malades (loi *Kouchner*) et enfin la loi *Leonetti*
- le caractère particulièrement dramatique des inégalités au moment de la fin de vie.

Elle souligne:

- avant tout, l'impératif du respect de la parole du malade et de son autonomie.
- le développement absolument nécessaire d'une culture palliative et l'abolition de la frontière entre soin curatif et soin palliatif.
- l'impératif de décisions collégiales.
- l'exigence d'appliquer résolument les lois actuelles plutôt que d'en imaginer sans cesse de nouvelles.
- l'utopie de résoudre par une loi la grande complexité des situations de fin de vie.
- le danger de franchir la barrière d'un interdit.

Pour aider à l'application de la prise en charge multidisciplinaire de la douleur et le renforcement des relations ville-hôpital, qui sont affirmés dans la loi, des réseaux d'évaluation et de traitement de la douleur ont été développés.

III. Les réseaux de soins

1. Généralités

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. [19]

En 1996 il y avait en France environ 500 réseaux, 1000 en 1998 et 2000 en 2000. De multiples chiffres circulent sur le nombre de réseaux existants et tous n'ont pas l'agrément de leur Agence Régionale de Santé (ARS). En 2012 le site internet de l'ARS du Limousin, recensait 19 réseaux toutes spécialités confondues.

a. Les différents types de réseaux

Trois types de réseaux peuvent être décrits :

- *Les réseaux inter établissements*

Exemple : les réseaux d'urgence de prise en charge de la périnatalité entre hôpitaux.

- *Les réseaux thématiques*

Souvent issus de l'hôpital, ces réseaux s'organisent entre établissements, puis vers la ville lorsque le patient quitte l'hôpital: lutte contre la douleur, soins palliatifs, diabète, Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH), cancer, etc.

- *Les réseaux de proximité*

Destinés à la prise en charge d'une pathologie, ils intègrent des médecins hospitaliers ou de ville mais aussi des paramédicaux et/ou des pharmaciens.

b. Les règles de fonctionnement des réseaux

- *Pour les pathologies et dépendances*

Lorsqu'elles justifient la création d'un réseau, elles doivent faire l'objet de recherche et de règles consensuelles (conférence de consensus, recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation des Soins (ANAES)...). De plus, une stratégie thérapeutique doit être mise en place ainsi qu'un protocole de prise en charge et d'accompagnement social.

- *Pour les patients*

Toute personne concernée doit être mise au courant de la structure en réseau qui lui est proposée et des choix qu'elle peut faire. Le dossier médical doit respecter, dans sa composition et son usage, les règles de déontologie et être mis à jour régulièrement.

- *Pour le fonctionnement en réseau entre les professionnels de santé et les institutions*

- La coordination comprend régulation et médiation pour les patients et leur entourage, coordination des professionnels dans leur pratique et leur formation. Cette fonction qui prend du temps, n'étant pas rémunérée, l'Etat finance avec l'assurance maladie des postes de coordonnateurs de réseaux.

- La formation continue doit être relative aux pathologies concernées et doit aussi porter sur le fonctionnement en réseau.

- L'évaluation des moyens mis en œuvre et des résultats atteints est exigée de tout réseau candidat à un financement public.

Depuis le début de l'année 2000 tous les réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux candidats à un soutien de l'Etat doivent remplir un dossier unique qui sera transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ce dossier doit répondre à un cahier des charges commun.

c. Les acteurs des réseaux de santé [19]

Les réseaux de santé doivent être constitués par des professionnels de santé aux compétences interdisciplinaires et complémentaires, associant la ville et l'hôpital, notamment :

- professionnels de santé libéraux ou salariés hors établissements de santé, (médecins généralistes, spécialistes, médecins du travail,...)
- professionnels paramédicaux,
- établissements de santé,
- centres de santé,
- institutions sociales et médico-sociales

Les organisations à vocation sanitaire ou sociale ainsi que les représentants des usagers peuvent également intervenir.

d. Les critères de qualité

Quelle que soit la thématique retenue, les réseaux doivent répondre à un certain nombre de critères de qualité :

- proposer une prise en charge adaptée aux besoins des patients tant sur le plan du soin que de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic,
- apporter une plus-value au regard de l'organisation de l'offre de soins existante, que ce soit de nature médicale, économique ou organisationnelle,
- prévoir les modalités de suivi et d'évaluation dès l'élaboration du projet,
- concourir à l'amélioration effective des pratiques des professionnels de santé,
- respecter un équilibre et une coordination entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire,

Les réseaux de santé qui satisfont aux critères de qualité, aux conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation bénéficient de subventions de l'Etat, des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie.

e. Evaluation des réseaux de santé

Pour la création d'un réseau de santé et la demande de financement auprès du Fond d'Investissement Régional (FIR), les promoteurs doivent répondre à une réglementation et à une procédure bien établie. Chaque réseau bénéficiant d'une décision de financement au titre du FIR fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation.

2. L'historique des réseaux [6]

A la fin des années 1980, face à l'apparition du Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA), les réseaux de soins se développent sur l'initiative de professionnels et de patients. Ils trouvent une légitimité et des moyens de fonctionnement avec la Circulaire Durieux du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection au VIH.

Au début des années 1990, les professionnels multiplient les réseaux en ciblant soit des populations, soit des pathologies. Ils sont accompagnés et organisés par une série de circulaires ministérielles sur des thèmes tels que la toxicomanie, l'alcool, la précarité ou l'hépatite C.

En 1994, les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), en application de la réforme hospitalière de 1991, se donnent dans leur majorité pour objectif de restructurer le tissu sanitaire en privilégiant les logiques médicales par rapport aux logiques institutionnelles.

En avril 1996, les ordonnances franchissent une étape supplémentaire en légalisant la notion de réseau et de filière aussi bien dans le domaine de soins de ville [4] que dans le champ hospitalier (ordonnance n° 96-346 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée). Les deux ordonnances envisagent également que les réseaux puissent être transversaux et relier la ville et l'hôpital.

Une circulaire de mars 1998 pour la préparation des SROS de deuxième génération insiste sur la nécessité d'harmoniser la médecine de ville et celle de l'hôpital.

En 1999 un Fond d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins (FIQCS) a été créé pour financer des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville et les réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé.

Puis sont créés les Comités Régionaux des Réseaux (CRR) qui centralisent les propositions régionales permettant une lisibilité sur les réseaux et une cohérence régionale tout en aidant les promoteurs dans la construction de leur projet.

Un an plus tard une décentralisation de la procédure d'agrément pour les filières et réseaux d'intérêt régional est instaurée.

La volonté politique de créer des réseaux de santé a été traduite dans les textes en 2002 :

- Par la loi du 4 mars 2002 les réseaux ont perdu leur caractère expérimental et recouvrent les différents champs sanitaires et sociaux, libéraux et hospitaliers, depuis la prévention primaire jusqu'à la réadaptation.
- Le décret N°2002-1298 du 25 octobre 2002 a créé un fonds spécifique : la dotation de développement des réseaux (DRDR) pour le financement de tout ou partie des dépenses du réseau et notamment les prestations dérogatoires. Il est remplacé par le FIQCS qui donne les conditions d'attribution et le cahier des charges auquel doit répondre le réseau. Les modalités de prise ou de retrait de la décision de financement et les conditions de suivi et d'évaluation de chaque réseau restent dans l'immédiat inchangées.

- Le décret N°2002-1465 du 17 décembre 2002 fixe les critères de qualité ainsi que des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation aux réseaux de santé souhaitant bénéficier de financement ou de subventions des collectivités territoriales ou de l'Etat.

Il prévoit que les réseaux de santé devront répondre à un besoin de santé dans une aire géographique définie et en tenant compte de l'environnement sanitaire et social.

La formalisation du réseau passe par la rédaction :

- d'une convention constitutive, avec création de statuts
- d'un document d'information aux usagers,
- d'une charte du réseau,
- d'un plan de financement.

Enfin l'ordonnance du 4 septembre 2003 modifie et précise les articles du Code de Santé Publique (CSP) relatifs aux réseaux de soins [19] en précisant leur définition, leur composition et que « afin de remplir les missions (...), les réseaux de santé peuvent se constituer en groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public ou associations. »

3. Cas des réseaux d'évaluation et de prise en charge de la douleur

Le travail en réseau a pour objectif

- d'améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur par une approche multidisciplinaire, cohérente et souple,
- d'assurer une meilleure orientation du patient,
- de faciliter l'information du patient,
- de permettre la continuité et la délivrance de soins de proximité de qualité,
- de favoriser la coordination des soins,
- de rompre l'isolement des professionnels.

Il est utile d'établir un réseau de correspondants formés et opérationnels afin de créer un véritable maillage. En tenant compte des contraintes économiques et des pertinences locales et régionales, le réseau doit pouvoir réunir les différents intervenants pour des discussions, une information, une coordination et la formation, dans la continuité, la sécurité, la proximité.

A la base de ces réseaux il y a des structures spécialisées

a. Les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique

La circulaire du 4 février 1998 [20], en distingue trois types :

- *les consultations pluridisciplinaires*, implantées au sein des établissements de santé publics ou privés. Ces structures de base permettent une approche globale : prévention, soin, réinsertion, prise en compte du contexte familial, social et professionnel du patient. Ces structures représentent le maillon essentiel du réseau.

- *les unités pluridisciplinaires* qui disposent, en plus des consultations, de lits de jour ou d'hospitalisation, ainsi que l'accès au plateau technique hospitalier lorsque la mise en route de thérapies spécifiques le nécessite.

- *les centres pluridisciplinaires* implantés dans certains CHU. Ces centres disposent en plus de la fonction d'enseignement et de recherche portant sur des thématiques «douleur».

D'après le recensement réalisé auprès des ARH par la Direction Hospitalière et de l'Organisation des Soins (DHOS) en 2006, il existait plus de 200 structures spécialisées. En octobre 2012 le ministère de la santé a recensé 92 centres et 141 consultations.

Le rôle, les activités et les objectifs en termes de prise en charge de la douleur chronique des structures spécialisées sont énoncés dans la circulaire du 7 janvier 1994 [16].

Quatre types d'activités sont distingués dans les structures spécialisées:

- « évaluation et orientation thérapeutique : le médecin traitant adresse le patient pour avis diagnostique et thérapeutique,
- traitement et suivi à long terme : en collaboration avec le médecin traitant, les services de soins et d'hospitalisation à domicile,
- enseignement auprès des autres services et des médecins,
- recherche fondamentale et appliquée. »

b. Critères d'identification des structures spécialisées

Suite à la circulaire de 1998 un guide développant les critères d'identification des structures de prise en charge de la douleur chronique a été diffusé. Ils ne concernent pas les unités ou équipes pour lesquelles la douleur ne constitue qu'un élément parmi d'autres dans la prise en charge de la pathologie du patient (rééducation fonctionnelle, rhumatologie, soins palliatifs...).

Puis l'HAS a édité en avril 2009: « Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées » rappelant et précisant les bases de fonctionnement et d'organisation.

Ainsi pour être reconnue comme une structure de type consultation douleur, l'organisation doit remplir les critères suivants :

Concernant la composition de l'équipe médicale et non médicale :

- le médecin responsable est titulaire du diplôme universitaire (DU), diplôme interuniversitaire (DIU) ou de la capacité d'évaluation et de traitement de la douleur ou directeur d'enseignement clinique de la douleur,
- la structure regroupe, en plus du médecin responsable, trois médecins : deux somaticiens de disciplines différentes dont un neurologue ou un neurochirurgien et obligatoirement un médecin psychiatre,
- le nombre total de personnel non médical (psychologue, infirmier, aide-soignante, assistante sociale, kinésithérapeute, secrétaire...) est supérieur à 0,5 équivalent temps plein.

Concernant le temps de présence et de consultation des professionnels :

- le médecin responsable est présent pendant le fonctionnement de la structure,
- les trois médecins effectuent chacun au moins deux demi-journées de consultation «douleur» par semaine, et au moins deux demi-journées de consultation communes à deux médecins,
- le nombre total d'heures de consultation de toute l'équipe médicale est supérieur à 18 heures par semaine.

Concernant l'organisation opérationnelle de la structure :

- les professionnels mettent en place une réunion pluridisciplinaire formalisée et à fréquence régulière,
- une permanence téléphonique est mise en place du lundi au vendredi,
- des moyens sont mis en œuvre pour rendre visible et transparente l'existence de la structure spécialisée, auprès des professionnels de santé en ambulatoire et des patients (internet, courrier, séminaire, etc.).

Concernant l'organisation matérielle de la structure :

- l'équipe a un accès simultané à deux salles de consultation sur le même site au moins deux demi-journées par semaine,
- la structure dispose d'une salle destinée à effectuer des actes à visée antalgique,
- la structure dispose de différents locaux à proximité les uns des autres.

Concernant le volume d'activité :

- l'activité de la structure est égale ou supérieure à 500 consultations médicales externes dans l'année.

Pour être reconnue comme une unité, la condition d'identification d'une consultation doit être remplie au préalable. De plus, «il est nécessaire de disposer de places ou de lits d'hospitalisation en propre ou mis à disposition». L'unité doit aussi disposer d'un personnel formé et doit pouvoir avoir accès à un plateau technique adapté.

Pour créer un centre, il est nécessaire de remplir au préalable à la fois les critères d'une consultation et d'une unité. La structure doit, de plus, être située au sein d'un CHU et «être habilitée à délivrer la capacité d'évaluation et de traitement de la douleur».

Le SROS III, dans un cahier des charges régional pour les structures spécialisées, a modifié et précisé les critères d'identification

- la structure devait regrouper au minimum deux somaticiens de disciplines différentes (à adapter selon les pathologies rencontrées) et un médecin psychiatre,
- la structure devait disposer d'un secrétariat et d'un temps d'infirmier formé, et devait pouvoir faire appel aux compétences d'une assistante sociale, d'un masseur-kinésithérapeute et d'un psychologue,
- le médecin responsable devait consacrer au moins un mi-temps de son activité au sein des structures spécialisées, pour les unités et les centres,
- une réunion de synthèse pluridisciplinaire devait être effectuée au minimum deux fois par mois pour les consultations et toutes les semaines pour les unités et les centres,
- l'accès à, au minimum, une salle de consultation, une salle de soins et une salle de réunion sur le même site devait être possible.

Les réseaux d'évaluation et de traitement de la douleur permettent une synthèse pluridisciplinaire par la collaboration des différents acteurs. Par cet échange un meilleur accueil de la plainte, enjeu majeur de la relation thérapeutique, est possible ce qui renforce la confiance du malade envers son médecin (d'où une meilleure observance) et aide à rendre le patient acteur de son traitement et non plus spectateur de sa maladie.

4. Exemple de réseau d'évaluation et de traitement de la douleur : l'Association Ville-hôpital de Lutte Contre la Douleur (AVH-LCD) à Paris [6]

a. Historique :

Ce réseau douleur est né d'une volonté de médecins hospitaliers et de médecins libéraux (généralistes et spécialistes) de plusieurs départements de la région parisienne. L'objectif était de se regrouper et de former des généralistes dans des sessions de formation pour mieux gérer le quotidien du malade douloureux.

Le réseau LCD a été créé en janvier 1995 sous la forme d'une association loi 1901. Il entend promouvoir un réseau de soins ayant pour objet l'évaluation et le traitement de la Douleur chronique quelle que soit son origine (lombalgies, céphalées, migraines, fibromyalgies et autres douleurs non étiquetées). Initialement cela se déroulait au sein de l'équipe pluridisciplinaire du Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur (CETD) de l'hôpital Saint Antoine à Paris.

De 1995 à 1998, l'institut des Laboratoires UPSA de la douleur, avec l'accord de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), a permis la formation de médecins généralistes à la prise en charge de la douleur sous forme de vacations rémunérées au sein du CETD.

Les objectifs étaient :

- de sensibiliser les médecins généralistes à la prise en charge des patients douloureux chroniques,
- de mieux identifier les difficultés de prise en charge de ces patients par le médecin généraliste,
- de participer à un travail d'équipe d'une structure hospitalière,
- de sensibiliser et motiver des généralistes pour mieux assurer le relai et le suivi des patients adressés au CETD,
- d'organiser des formations portant sur la prise en charge du patient douloureux chronique et répondant aux problèmes rencontrés.

b. Mode de fonctionnement

Au sein du réseau, il existe trois niveaux de prise en charge :

• Niveau 1. Médecin généraliste correspondant du réseau

C'est le médecin traitant du malade. En adhérant au réseau, il accepte de participer aux formations proposées, de bénéficier des moyens logistiques et de communication mis à disposition.

Son rôle est de prendre en charge les patients douloureux chroniques selon les principes détaillés dans le référentiel du réseau [9]. Il assure le suivi des patients qu'il a pu adresser au CETD. Il doit respecter le principe de cohérence dans la prise en charge. En cas de difficulté, il peut utiliser les ressources du réseau : médecins et professionnels de santé des niveaux 2 et/ou 3.

• Niveau 2. Médecin « algovigilant », généraliste ou spécialiste

Ces médecins libéraux exerçant en ville ont reçu une formation spécifique douleur (DU ou Capacité).

Ils reçoivent des malades, adressés par les collègues de ville ou par le CETD, pour des consultations «douleurs» ; notamment ceux qui ne peuvent y être reçus dans un délai suffisant ou ceux qui ont besoin d'un suivi nécessitant une bonne connaissance de la douleur chronique.

Ces médecins participent à la prise en charge en coordination avec une équipe de professionnels de proximité et permettant un fonctionnement pluridisciplinaire (psychiatre, rhumatologue, etc.) en pratique de ville.

• Niveau 3. Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur (hôpital Saint Antoine, Paris)

Ce niveau est constitué par l'équipe pluridisciplinaire du CETD de Saint Antoine. Il a un rôle coordonnateur pour l'animation du réseau. Il collabore avec des médecins des niveaux 1 et 2 notamment pour l'orientation des malades (en cas de nouveaux malades nécessitant un avis rapide, ou pour des malades ayant besoin d'un suivi par un médecin ayant une bonne connaissance de la douleur.)

Le délai d'attente au CETD étant de plusieurs semaines il y a besoin d'organiser un flux de malades pour voir les patients dans des délais plus rapides, leur proposer un programme de prise en charge adapté et les orienter vers un suivi approprié.

L'ensemble des médecins participant au réseau s'engage sur les points suivants :

- motivation à la prise en charge de la douleur qu'elle soit aiguë ou chronique, maligne...
- sensibilisation à la prise en charge globale et au fonctionnement en équipe pluridisciplinaire
- respect des objectifs élaborés par le réseau.

c. Les actions du réseau

- Réunion mensuelle de discussion de cas cliniques où des médecins de ville et des professionnels de santé viennent discuter leurs cas difficiles.
- Réunion trimestrielle de formation.
- Formation
- Constitution d'un groupe de médecins référents permettant une assistance téléphonique pour l'ensemble des professionnels de santé du réseau.
- Rédaction de brochures et d'ouvrages
- Participation à des essais cliniques.

Les actions réalisées se sont maintenues dans le temps avec comme objectifs de :

- promouvoir la qualité des soins en matière de traitement de la douleur chronique,
- faciliter l'accès aux soins en mettant en place un dispositif de prise en charge structuré et organisé,
- développer un programme de FMC à la prise en charge de la douleur chronique pour les médecins du réseau,
- développer une prise en charge globale médicale, psychologique et sociale,
- assurer la continuité des soins et les coordonner en utilisant un dossier médical partagé,
- accroître l'éducation des patients douloureux chroniques par des séances de formation et d'information,
- élaborer des indicateurs de suivi des effets de la prise en charge,
- revaloriser la prise en charge de la douleur par l'obtention de dérogations tarifaires dans le cadre d'expérimentation.

d. Référentiel et recommandations propres.

Un ouvrage, *La douleur, le réseau et le médecin généraliste* [9], sert de référentiel pour définir les principes d'évaluation et de prise en charge.

Certaines recommandations ont été rédigées et servent à définir les principes du réseau :

- Tout malade douloureux chronique (après 6 mois à 1 an) devrait bénéficier d'une évaluation globale par une équipe pluridisciplinaire.
- Au terme d'une évaluation globale différents facteurs sont souvent mis en évidence, conduisant à un programme thérapeutique pluridisciplinaire.
- Le programme thérapeutique plurimodal doit comporter des principes validés et consensuels. Il comporte :
 - . une éducation du malade concernant la maladie et son rôle vis à vis d'elle,
 - . des médicaments adaptés aux mécanismes supposés,
 - . une réactivation physique et un projet de réhabilitation,
 - . un renforcement des capacités adaptatives.

La reconnaissance officielle d'un réseau a pu être réalisée après le montage du dossier et l'obtention de moyens de fonctionnement.

IV. Etat des lieux des consultations d'évaluation et de traitement de la douleur en Limousin

1. Haute-Vienne

- **A Limoges au CHU:**
- *Service de rhumatologie:*

Les intervenants sont :

Pr Bertin, rhumatologue, chef de service,
Pr Vergne-Salle, rhumatologue, praticien hospitalier,
Dr Duforet-Lombard, rhumatologue, praticien hospitalier,
Dr Dumont, rhumatologue, praticien hospitalier,
Dr Leflahec, psychiatre attaché,
Une infirmière diplômée d'état (IDE) dédiée, qui réalise de la relaxation et le toucher bien-être et participe au staff pluridisciplinaire,
Une IDE du service réalise la formation, la pose et le suivi de neurostimulation électrique transcutanée (TENS),
Des kinésithérapeutes interviennent dans la prise en charge.

Les consultations pluridisciplinaires avec le médecin puis le psychiatre ont lieu tous les vendredi matin. Les consultations douleurs réalisées par le Pr Vergne-Salle ont lieu tout au long de la semaine. Les patients sont adressés par les médecins généralistes ou spécialistes avec un courrier.

Les interventions réalisées sont des infiltrations, des poses de TENS. Des hospitalisations peuvent être réalisées dans le service de rhumatologie. De la relaxation psychothérapique est proposée.

Un staff pluridisciplinaire est organisé tous les 15 jours avec discussion de dossiers. Des réunions pluridisciplinaires avec les équipes de l'hôpital, les anesthésistes, les médecins rééducateurs et les neurochirurgiens sont organisées en fonction des besoins.

Une collaboration hospitalière est réalisée avec les spécialistes d'organes (notamment les médecins rééducateurs, les neurologues) et les autres consultations douleurs départementales. Une coopération avec le libéral existe également pour l'hypnose, la relaxation et la nutrition.

Des Enseignement Post Universitaires (EPU) sont également proposés.

- Service d'anesthésie

Les intervenants sont:

- Dr Dupuis, anesthésiste, praticien hospitalier,
- Dr Huron-Levève, gériatre, praticien hospitalier,
- Dr Therme, psychiatre, praticien hospitalier,
- Mme Guilleuvic, psychologue,
- 2 infirmières anesthésistes diplômées d'état (IADE) affectées aux consultations et aux traitements des malades hospitalisés.

Cette consultation douleur était initialement orientée vers les douleurs aiguës et chroniques péri-opératoires, neurologiques, néoplasiques ou non. Les consultations ont lieu dix demi-journées par semaine. Les patients voient le Dr Dupuis ou/et le Dr Huron, et si nécessaire le psychiatre ou la psychologue. Les patients sont adressés par les médecins généralistes ou les spécialistes avec un courrier.

Les interventions réalisées sont notamment des infiltrations, des poses de TENS ou de pompe d'analgésie commandée (Patient Controlled Analgesy, PCA), des traitements par patch de Qutenza®, des rééducations pelviennes par Urostim®...

Il y a des possibilités d'hospitalisation (souvent en hospitalisation de jour pour la réalisation d'intervention). Deux lits sont ouverts sur demande, des lits de salle de réveil sont utilisés.

Une réunion de discussion de dossiers complexes a lieu tous les 15 jours et les consultations du jour sont discutées en réunion tous les matins.

Il existe une coopération avec les spécialistes d'organes hospitaliers ou libéraux (neurologues...). Il y a peu de contact avec les autres consultations douleurs.

- Service d'accompagnement et de soins palliatifs:

Les intervenants sont :

- Dr Terrier, anesthésiste, chef de service
- Dr Grouille, anesthésiste, praticien hospitalier
- Dr Sardin, anesthésiste, praticien hospitalier
- Dr Bourzeix, praticien hospitalier
- Une IDE de l'Unité Mobile de Soins Palliatifs (UMPS)
- 2 psychologues

En cas de douleurs en soins palliatifs ces médecins donnent des avis téléphoniques et consultent. L'UMPS donne des avis dans les services du CHU et se déplace si besoin sur les Etablissements d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes (EHPAD), les Centres Hospitaliers de Haute-Vienne publics ou privés. La nuit et les week-ends lorsque les 2 consultations douleurs sont fermées il est parfois fait appel au praticien d'astreinte du service d'accompagnement et de soins palliatifs.

- *A l'hôpital mère-enfant dans le service de pédiatrie:*

Les pédiatres assurent l'évaluation et le traitement des douleurs pédiatriques. Il n'y a pas de consultation « douleur » en tant que telle; le Dr Piguet assure des consultations pour le traitement de la douleur parmi ses consultations de pédiatrie.

Une IADE du pôle pédiatrique, assure des séances de relaxation psychothérapique le mercredi toute la journée et le reste de la semaine après 17h. Elle fait des évaluations de la douleur dans les services. Une autre IDE assure des touchers bien-être. En cas de besoin de TENS les enfants sont adressés au service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) à l'hôpital Jean Rebeyrol.

- **A Saint Junien** : il n'y a aucune consultation douleur.
- **A Saint Leonard** : il n'y a pas de consultation douleur
- **A Saint Yrieix-la-Perche** :

Des consultations douleur sont assurées par le Dr Vigneras, praticien hospitalier, deux demi-journées par semaine.

Les patients sont adressés par des généralistes, des praticiens hospitaliers ou des spécialistes libéraux; quelques patients viennent directement.

Lors des matinées pluridisciplinaires interviennent :

- des IDE attachées aux consultations douleur,
- une psychomotricienne (qui pratique la relaxation),
- un kinésithérapeute attaché (qui réalise aussi l'éducation au TENS),
- une ergothérapeute attachée,
- un ostéopathe attaché,

De plus sur 2 matinées une psychologue attachée intervient. Elle pratique aussi l'hypnose.

- **Hôpital Intercommunal du Haut Limousin:**

A Bellac: il n'y a pas de consultation douleur

Au Dorat: il n'y a aucune consultation douleur

A Magnac-Laval: il n'y a pas de consultation douleur

- **Le secteur privé** ne propose pas de consultation douleur

2. Corrèze

- **A Tulle :**

Il n'y a plus de consultation douleur. Le Dr Maddaleno de l'UMPS réalise des évaluations douleur à l'hôpital ou à domicile pour des patients avec des douleurs en soins palliatifs et douleurs oncologiques non palliatives. Il donne par téléphone quelques avis pour les généralistes.

- **A Brive :**

Il n'y a plus (temporairement ?) de consultations douleur depuis mai 2013. Le suivi des patients jusqu'alors pris en charge est assuré par la psychologue (qui fait du toucher bien-être et de l'hypnose, trois demi-journées par semaine), l'IDE (trois jours) et la psychomotricienne (deux demi-journées). Le Dr Barbara Horlé donne des avis pour les douleurs pédiatriques.

- **A Ussel :**

Il n'y a pas de consultation douleur

- **A Bort les Orgues :**

Il n'y a aucune consultation douleur

- **Dans le secteur privé :**

Il n'y a pas de consultation douleur

3. Creuse

- **A Guéret** :

Au centre hospitalier le Dr Amilhaud effectue des consultations douleur avec l'aide d'une IDE qui assure la pose et le suivi de TENS, la pose de patch de Qutenza®. Elle peut également compter sur une psychologue et une relaxatrice (qui fait aussi de l'hypnose).

Pour les douleurs pédiatriques le chef de service de pédiatrie, donne des avis.
Un réseau informel s'est créé avec les généralistes et une FMC est délivrée à la demande

Des contacts interdépartementaux existent avec des réunions sur le CHU, avec présentations et discussion sur des sujets/cas cliniques ou la gestion de problèmes administratifs. Un projet de visio-conférence est à l'étude.

- **A Aubusson** :

Il n'y a pas de consultation douleur

- **A Bourgneuf** :

Il n'y a aucune consultation douleur

- **A La Souterraine** :

Il n'y a pas de consultation douleur

- **A Evaux les Bains** :

Il n'y a aucune consultation douleur

- **Dans le secteur privé** :

Il n'y a pas de consultation douleur

V. Enquête auprès des médecins généralistes

1. Hypothèse de travail

La douleur, complexe et multiple, représente la majorité des motifs de consultation en médecine générale.

Les médecins généralistes du Limousin ont-ils des difficultés pour traiter les différentes douleurs ?

Il existe en France des réseaux d'évaluation et de traitement de la douleur qui permettent une aide. Un tel réseau est-il ressenti comme utile par les médecins généralistes du Limousin ? Si oui qu'en attendent-ils ?

2. Matériel et méthode

Cette étude de type descriptive a été réalisée grâce à un questionnaire envoyé aux médecins généralistes installés en Limousin (et inscrits dans les pages jaunes).

Chaque médecin généraliste installé a reçu, sans avoir été prévenu, une enveloppe contenant :

- une lettre explicative (annexe I) présentant l'étude et ses objectifs.
- un questionnaire (annexe I).
- une enveloppe-réponse timbrée.

Les enveloppes ont été envoyées ou déposées entre avril et mai 2012 avec une date butoir de réponse au 30 juin 2012.

L'étude portait sur les consultations de médecine générale. Les praticiens choisis pour participer à l'étude étaient tous des médecins généralistes. Les généralistes à orientation particulières (nutrition, homéopathie, acupuncture...) n'ont pas été contactés.

Les médecins qui ont reçu une enveloppe étaient libres de participer ou non à l'étude.

3. Analyse statistique

a. Objectifs de l'étude

- **Objectif et critère de jugement principal**

Objectif principal

Savoir si les généralistes limousins, en 2012, ont des difficultés à traiter les douleurs de leurs patients et s'ils ressentent le besoin d'un réseau douleur.

Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est le souhait d'un réseau douleur par les médecins généralistes du Limousin, en 2012, qu'ils aient ou non des difficultés à traiter la douleur.

- **Objectifs et critères secondaires de jugement**

Objectifs secondaires

- Y a-t-il un lien entre le sexe des médecins et le fait d'avoir des difficultés à traiter la douleur ?
- Y a-t-il un lien entre l'âge des médecins et le fait d'avoir des difficultés à traiter la douleur ?
- Y a-t-il un lien entre la zone d'exercice (rural, urbain ou semi-rural) et le fait de souhaiter un réseau ?
- Y a-t-il un lien entre la zone d'exercice et le fait de souhaiter une équipe mobile ?
- Y a-t-il un lien entre le mode d'exercice, le fait de travailler en groupe ou seul, et d'avoir des difficultés à traiter la douleur ?
- Y a-t-il un lien entre le fait de travailler en groupe ou seul et le souhait d'un réseau ?
- Y a-t-il un lien entre le fait de travailler en groupe ou seul et le souhait d'une équipe mobile ?
- Quels sont les types de douleur que les médecins ont le plus de mal à traiter ?
- Quels sont les médecins qui ont un référent en cas de difficulté de traitement de la douleur ?
- Quels sont ces référents ?
- Quelle est la proportion de médecins qui souhaite une équipe mobile parmi ceux qui souhaitent un réseau douleur ?
- Quelle est la proportion de médecins qui souhaite une équipe mobile et une aide au traitement des douleurs morales parmi ceux qui souhaitent un réseau douleur ?
- Quels types d'aide souhaitent ceux qui sont pour un réseau ?
- Y a-t-il un lien entre l'âge du médecin et le fait d'avoir des difficultés à traiter la douleur avec l'âge recodé en 3 catégories (≤ 50 ans, > 50 ans et ≤ 60 ans et > 60 ans) ?

Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires susceptibles d'être en lien avec le souhait d'un réseau, le souhait d'une équipe mobile ou la difficulté à traiter la douleur sont :

- le sexe.
- l'âge catégorisé en trois classes (moins de 50 ans, entre 50 et 60 ans, plus de 60 ans).
- la zone d'exercice.
- le mode d'exercice.
- les différents types de douleur (douleurs chroniques, aiguës, neuropathiques, nociceptives, post-opératoires, de soins palliatifs et morales).
- la présence ou l'absence d'un médecin référent dans le traitement de la douleur.
- le type de référent (médecin collègue généraliste, médecin spécialiste libéral, médecin hospitalier).
- le souhait d'une équipe mobile.
- le souhait d'aides complémentaires (aide paramédicale, formation continue ou orientation du patient)
- souhait d'une aide à la prise en charge des douleurs morales.

b. Design de l'étude

- **Type d'étude**

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, descriptive, régionale.

- **Population d'étude**

La population ciblée était les médecins généralistes installés en Limousin en 2012.

c. Méthodes statistiques et logiciel utilisé

- **Analyses descriptives**

- Pour les variables continues (année d'installation): moyenne, écart-type, médiane, minimum et maximum, effectif concerné et nombre de données manquantes au total sont présentés.

- Pour les variables qualitatives (sexe...): effectif et pourcentage (exprimés avec une décimale) au total sont présentés.

- **Analyses comparatives**

Pour comparer les sous-groupes en fonction des variables qualitatives, un test du Chi2 de Pearson a été réalisé car tous les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5.

Le degré de significativité a été fixé à 5% en situation bilatérale.

Les analyses statistiques sont faites à l'aide du logiciel SAS 9.3 (SAS Institute, Cary, USA).

4. Données générales de l'étude

Sur les 754 questionnaires envoyés 445 médecins généralistes ont répondu, soit un taux de réponse de 59%.

Les variables recueillies concernent :

- les données sociodémographiques du médecin telles que le sexe, l'âge, l'année d'installation, la zone de travail, le mode de travail
- les données sur les pratiques du médecin : difficultés face au traitement de la douleur, le type de douleurs rencontrées, la présence d'un référent en cas de problème d'antalgie, le type de référent, le souhait d'un réseau douleur, le souhait d'une équipe mobile, le type d'aides souhaitées de la part du réseau douleur, le souhait d'une aide à la prise en charge des douleurs morales.

5. Analyse descriptive: résultats

a. Variables quantitatives

Le tableau suivant contient la description des variables quantitatives :

Variable d'analyse : Date Installation					
N	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Médiane
434	1989.27	10.5	1972.00	2012.00	1987.00

11 médecins n'ont pas de valeur renseignée pour cette variable.

La majorité des médecins s'est installée à la fin des années 80. Cela correspond aux données d'âge retrouvées.

Remarque : Dans le questionnaire il a été demandé l'année d'installation mais cette donnée n'a pas eu d'impact sur l'étude. A l'inverse il aurait été judicieux de demander le département d'installation pour pouvoir ultérieurement faire des statistiques départementales à la recherche d'une différence en fonction de l'offre de consultations douleurs.

b. Variables qualitatives

- **Sexe** : 139 femmes et 295 hommes ont répondu soit 32.03% et 67.97%. 11 médecins n'ont pas de valeur concernant cette variable.

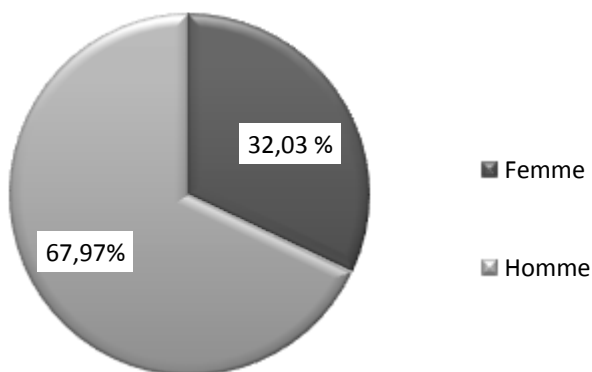


Figure 4 : répartition homme/femme

Ce graphique montre une répartition des hommes et des femmes qui correspond aux données de démographie médicale connues. Il est à noter que la proportion va s'inverser dans les années à venir. Ainsi une étude de l'Inter Syndicale Nationale Autonome et Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) [21] montre une proportion de femmes parmi les internes de médecine générale de plus de 70%.

- Concernant leurs **âges** voici les chiffres obtenus :

Age	Fréquence	Pourcentage
Moins de 30 ans	5	1.13
30-35 ans	12	2.72
36-40 ans	33	7.48
41-45 ans	34	7.71
46-50 ans	54	12.24
51-55 ans	77	17.46
56-60 ans	122	27.66
Plus de 60 ans	104	23.58

4 médecins n'ont pas de valeur concernant cette variable.

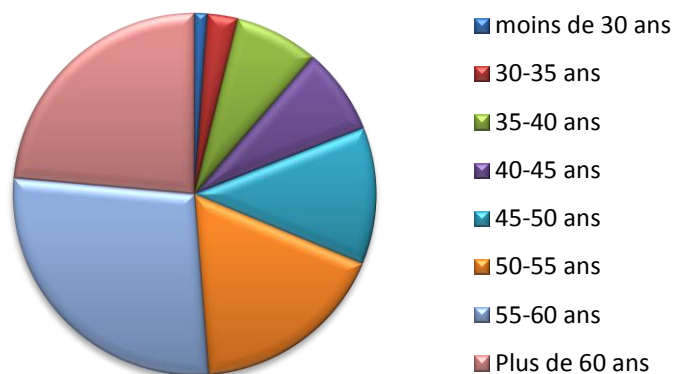


Figure 5: Répartition des âges

Une grande majorité de médecins généralistes installés a plus de 50 ans ce qui est conforme aux données de démographie médicale connues. Des départs à la retraite massifs sont à prévoir dans les 15 ans à venir.

- Pour le **type de zone d'activité** :

146 médecins se déclarent en zone urbaine (soit 33,18%), 134 en zone semi rurale (soit 30,45%) et 160 en zone rurale (soit 36,36%). 5 médecins n'ont pas de valeur concernant cette variable.

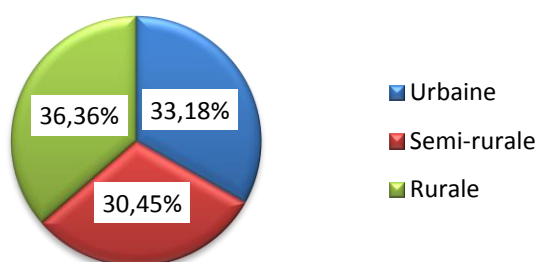


Figure 6 : Répartition selon la zone d'activité

Le type de lieu d'exercice se répartit de façon équitable entre l'urbain, le semi-rural et le rural en lien avec les bassins de population mais cela n'est pas équitable en ce qui concerne la surface de territoire couverte.

- **Sur le type d'exercice :**

51.81% des médecins interrogés ont déclaré exercer seul (soit 196) et 48.15% ont déclaré exercer en groupe (soit 182). Cependant 67 médecins n'ont pas renseigné cette variable.

Il y a un peu plus de généralistes exerçant seul qu'exerçant en groupe mais il est raisonnable de penser qu'avec la féminisation de la population médicale et l'évolution de la pratique [21], l'exercice en groupe va se développer.

- **A propos d'une difficulté ressentie dans le traitement de la douleur au cours de la pratique :**

92.57 % ont répondu oui (soit 411) et seulement 7.43% non (soit 33). Un seul médecin n'a pas renseigné cette variable.

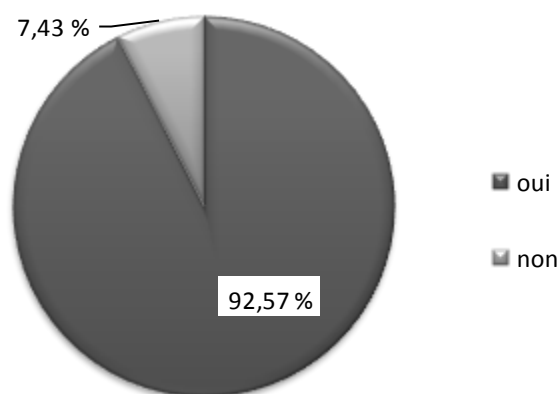


Figure 7: Difficulté dans le traitement de la douleur

Une très grande majorité (92.57%) des médecins généralistes du Limousin ressent avoir déjà eu des difficultés dans le traitement de douleurs. La complexité des douleurs et l'intérêt porté à celles-ci ces dernières années (socialement et politiquement) ont probablement participé aux sensations de difficultés perçues.

- 292 médecins soit 65.91% ont déclaré avoir eu des **difficultés dans la prise en charge de douleurs chroniques** (contre 151 médecins soit 34.09% qui ont répondu non). 2 médecins n'ont pas renseigné cette variable.

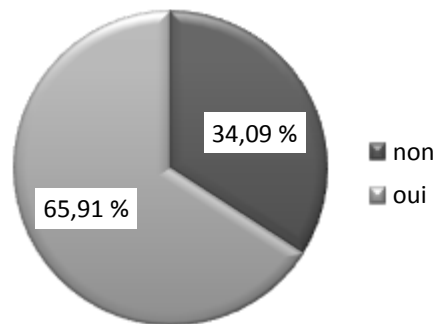


Figure 8 : Difficulté dans le traitement des douleurs chroniques

- Seul 90 médecins (soit 20.32%) ont eu des **difficultés dans la prise en charge de douleurs aiguës** (79.68% soit 353 médecins ont répondu non). 2 médecins n'ont pas renseigné cette variable.
- Quand on les interroge sur une **gêne dans la prise en charge des douleurs neuropathiques**, 63.66% (282 généralistes) déclarent en avoir eu et 36.34% (161 médecins) n'en signalent pas. 2 médecins n'ont pas renseigné cette variable.

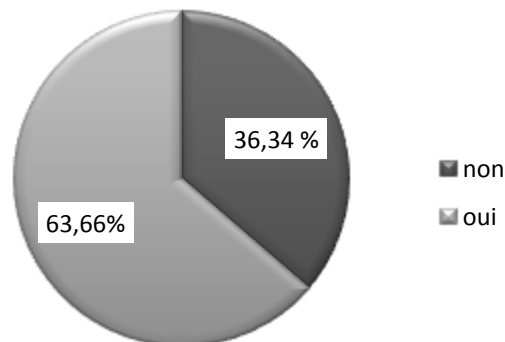


Figure 9 : Difficulté dans le traitement des douleurs neuropathiques

- Les médecins ont moins de **difficultés dans la prise en charge des douleurs par excès de nociception**. En effet seuls 103 médecins (soit 23.25%) en ont eu, 76.75 % (340) n'en n'ont pas eu. 2 médecins n'ont pas renseigné cette variable.
- Seuls 7% des médecins (31) signalent avoir eu des **difficultés dans la prise en charge de douleurs post-opératoires**. Ils sont 93% (412) à ne pas en avoir eu. 2 médecins n'ont pas renseigné cette variable.

- Pour ce qui est des **difficultés dans la prise en charge de douleurs en soins palliatifs** : un peu plus de la moitié, 52.82% (soit 234), en a eu. Ils sont 209 (soit 47.18%) à ne pas en déclarer. 2 médecins n'ont pas renseigné cette variable.

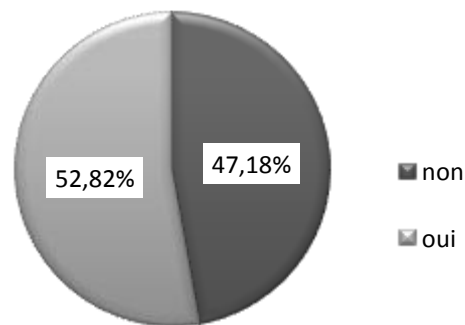


Figure 10 : Difficulté dans le traitement des douleurs en soins palliatifs

- Les **difficultés dans la prise en charge de douleurs morales**
Elles se retrouvent chez 183 d'entre eux soit 41.31% (260 soit 58.69% ne ressentent pas de difficulté). 2 médecins n'ont pas renseigné cette variable.

Il est à noter qu'un biais statistique est intervenu dans cette analyse : certains médecins n'ayant pas déclaré avoir des difficultés ont coché des types de douleurs. Parmi ceux qui déclarent avoir eu des difficultés les proportions sont de 71% pour les douleurs chroniques, 68% pour les douleurs neuropathiques, 25% pour les douleurs nociceptives, 46% pour les douleurs palliatives; pour les douleurs post-opératoires il n'y a pas de différence.

Les douleurs posant problème sont majoritairement chroniques. En effet par définition elles évoluent depuis plus de 3 mois et sont plus complexes avec de multiples composantes. Leurs traitements nécessitent plus que la simple prise en charge d'un excès de nociception aiguë.

Parmi les douleurs chroniques posant des difficultés diagnostiques et thérapeutiques (et nécessitant des réévaluations très rapprochées) deux catégories majeures ont été mises en évidence dans l'étude du Dr Soyeux [6] : les lombalgies et les douleurs musculaires (syndromes myofasciaux, fibromyalgies...).

Les douleurs neuropathiques et douleurs palliatives arrivent juste après en fréquence. Elles peuvent être intégrées au sein des douleurs chroniques et présentent des complexités supplémentaires.

Le tabou actuel de notre société vis à vis de la mort, le fait qu'elle doit être cachée, met les médecins généralistes dans des situations complexes avec de possibles difficultés de gestion des douleurs en soins palliatifs. Cependant l'organisation des fins de vie au domicile du patient est ressentie comme une moindre source de difficultés pour les généralistes en Limousin grâce aux UMSP départementales très actives. De plus le nouveau réseau « pallialim » va conforter cette situation.

Les douleurs morales posent des difficultés aux généralistes. Une formation plus approfondie de leur prise en charge serait peut-être utile au cours de l'internat. Souvent les médecins généralistes «gèrent» ces situations avec leur bon sens et l'expérience acquise sur le terrain.

- Les médecins ont ensuite été questionnés sur la **présence ou non d'un référent** en cas de difficulté avec une prise en charge de douleur.

53.39 % (236) des généralistes ont un référent ; 206 soit 46.61%, n'en n'ont pas. 3 médecins n'ont pas renseigné cette variable.

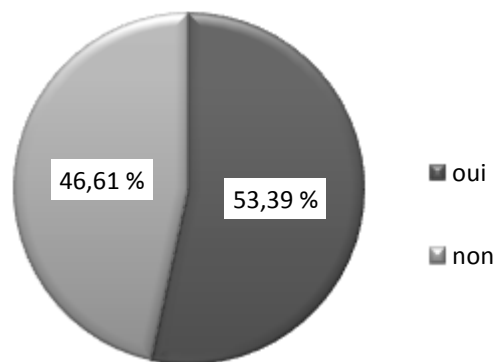


Figure 11 : présence d'un référent douleur

Il faut noter que de nombreux médecins n'ont pas de référent en cas de problème d'antalgie. Or une grande majorité a eu des problèmes. Est-ce par non information (non connaissance des consultations-douleurs), indécision, ou la difficulté d'un référent unique (face à la grande variété des douleurs) ?

- A propos du **type de référent** : il était proposé un médecin du CHU, un spécialiste libéral ou un confrère généraliste. 2 médecins n'ont pas renseigné cette variable.

Une majorité, 46.05% (204), des médecins interrogés avaient en référent un médecin hospitalier. Pour 32 (7.22%) il s'agissait d'un spécialiste libéral et pour 13 d'entre eux (2.93%) d'un collègue médecin généraliste.

Pour cette question il y avait la possibilité de réponses multiples. Ceux qui ont un référent ont sans grande surprise majoritairement un référent hospitalier, souvent au sein des consultations-douleurs hospitalières. Cela donne la possibilité d'une prise en charge par plusieurs spécialistes, adaptés à chaque type de douleur.

Les spécialistes libéraux interviennent souvent pour des douleurs précises (rhumatologue pour l'arthrose, neurologue en cas de migraine).

Une critique du questionnaire doit être faite: Comme référent un praticien du CHU était proposé or de nombreux médecins ont comme référent un médecin dans un centre hospitalier non universitaire. Cela a probablement gêné la réponse à cette question.

- Ensuite les médecins ont été interrogés sur l'**intérêt** qu'ils trouvaient à la mise en place d'un **réseau d'évaluation et de traitement de la douleur en Limousin**:

61.54 % (264) trouvent un intérêt au réseau. 165 soit 38.46 % n'y trouvent pas d'intérêt. Malheureusement 16 médecins n'ont pas renseigné cette variable.

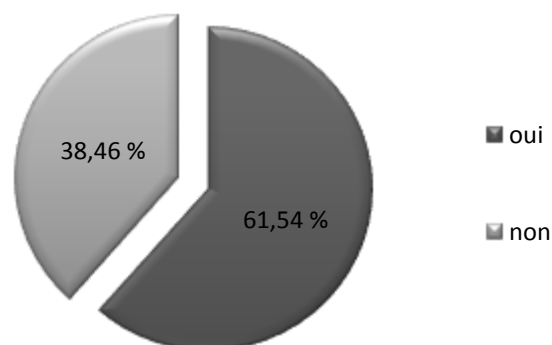


Figure 12 : intérêt pour un réseau douleur en Limousin

- La question d'un **souhait d'une équipe mobile de prise en charge de la douleur** a été posée et une forte majorité soit 70.42% (300 médecins) est pour; 126 (29.58 %) sont contre. 19 médecins n'ont pas renseigné cette variable.

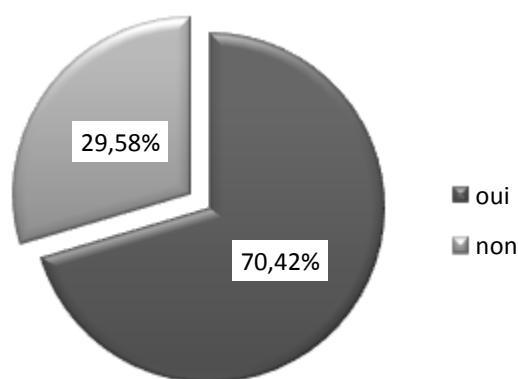


Figure 13 : intérêt pour une équipe mobile de traitement de la douleur

Une majorité des médecins ayant répondu est intéressée par un réseau douleur et surtout par une équipe mobile ce qui confirme l'intérêt pour un « rapprochement » des relations ville-hôpital et une décentralisation des consultations. Cela peut limiter la sensation d'isolement évoquée par certains médecins.

- A propos du **type d'aide souhaité de la part du réseau.**

Les praticiens avaient la possibilité de choix multiples parmi : les aides paramédicales, la formation continue, l'aide à l'orientation. 4 médecins n'ont pas renseigné cette variable.

- 203 souhaits d'une aide paramédicale ont été émis
- 156 souhaits de formation, médicales continue ont été exprimés
- 195 souhaits d'une aide à l'orientation ont été manifestés

⇒ Aide paramédicale :

Aide Paramédicale	Fréquence	Pourcentage
non	238	53.97
oui	203	46.03

⇒ FMC :

FMC	Fréquence	Pourcentage
non	285	64.63
oui	156	35.37

⇒ Aide à l'orientation :

Orientation	Fréquence	Pourcentage
non	246	55.78
oui	195	44.21

Il faut noter que ces résultats comprennent les avis de nombreux médecins qui ne se sont pas déclarés pour le réseau. Face à ce biais statistique une description des types d'aides souhaitées par les 264 médecins généralistes qui souhaitent un réseau douleur a donc été réalisée:

⇒ Aide paramédicale :

Aide Paramédicale	Fréquence	Pourcentage
non	93	35.23
oui	171	64.77

⇒ Formation continue:

FMC	Fréquence	Pourcentage
non	137	51.89
oui	127	48.11

⇒ Orientation du patient :

Orientation	Fréquence	Pourcentage
Non	109	41.29
Oui	155	58.71

Les proportions des aides demandées sont équivalentes.

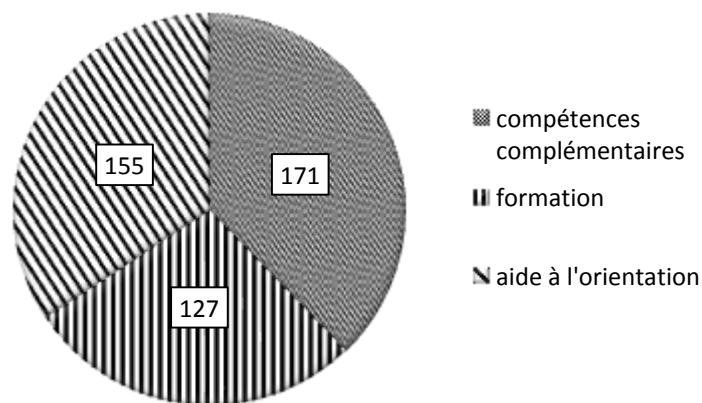


Figure 14 : Type d'aide souhaitée de la part du réseau

Les médecins attendent surtout du réseau une aide pour des compétences complémentaires (kinésithérapie/balnéothérapie, TENS, relaxation, acupuncture, mésothérapie, ergothérapie...) ce qui peut s'expliquer par la difficulté d'obtenir des contacts et des rendez-vous rapides (notamment en cas d'exercice rural).

Puis vient l'aide à l'orientation des patients. Les généralistes parfois ne savent pas vers qui orienter leurs patients ou bien ils sont gênés par les délais de rendez-vous.

La formation médicale continue est moins plébiscitée; peut-être les médecins estiment-ils être informés par les magazines professionnels (cependant ils ont des difficultés. Ce mode de communication est-il suffisant pour suivre les évolutions de traitement ?). Peut-être est-ce par manque de temps pour suivre les formations (horaires inadéquats, peur de formations longues).

- A la proposition d'une **aide à la prise en charge des douleurs morales**: une majorité (295, (67.82%) répond oui, 5.98% (26) non et 26.21%(114) répondent peut être. 10 médecins n'ont pas renseigné cette variable.

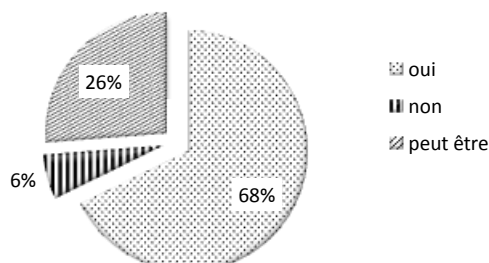


Figure 15 : demande d'aide à la prise en charge des douleurs morales

L'aide à la prise en charge des douleurs morales est plébiscitée, cela est peut-être dû au côté difficile et chronophage de la prise en charge des douleurs morales.

6. Analyses statistiques : Résultats

a. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude consiste à savoir s'il existe un lien entre la difficulté des médecins généralistes en Limousin à traiter la douleur et leur souhait d'un réseau d'évaluation et de traitement de la douleur. L'analyse porte sur 429 praticiens car 16 n'ont pas renseigné au moins une des deux variables.

Les médecins ayant répondu se répartissent ainsi : 264 médecins sont pour le réseau et 165 contre. Ils sont 397 à avoir eu des difficultés pour traiter des douleurs et seulement 32 n'en n'ont pas eu.

Parmi les 397 médecins qui ont des difficultés à traiter la douleur 261, soit la majorité (65.74%), souhaitent un réseau. 136 (34.26%) ne souhaitent pas de réseau dans ce cas.

Parmi les 32 médecins n'ayant pas de difficultés à traiter la douleur, seul 3 (9.38%) sont pour le réseau, 90.63 % (29) sont contre.

Les effectifs attendus étant supérieurs à 5, les résultats du test du Chi² sont interprétés :

Statistique	DDL	Valeur	Prob
Chi-Square	1	39.7536	<.0001

La p-value associée au test est significative (p < 0,0001), un lien est donc détecté entre les deux variables.

Les médecins généralistes qui souhaitent un réseau douleur sont significativement plus nombreux à avoir des difficultés à traiter la douleur (261/397, 65,7%) qu'à ne pas en avoir (3/32, 9,4%).

65.74% des médecins qui ont des difficultés avec la prise en charge de la douleur sont pour le réseau d'évaluation et de traitement de la douleur en Limousin mais 34.26% ressentent des difficultés sans souhaiter un réseau.

Cela pourrait s'expliquer par le rejet des réseaux de la part de certains généralistes. En effet, il existe déjà plusieurs réseaux régionaux pour la cardiologie, le diabète, la néphrologie. Plusieurs généralistes expriment un côté chronophage alors qu'ils ont déjà peu de temps. La lourdeur administrative (dossiers à remplir et feuilles de consultation) est refusée.

Peut-être craignent-ils de « perdre » leur patient ? Ceci bien sûr n'est pas le but du réseau. La prise en charge du réseau serait complémentaire avec le maintien du médecin traitant déclaré comme référent central.

b. A cet objectif principal s'ajoutent plusieurs objectifs secondaires :

• **Lien entre le sexe du médecin et la difficulté dans le traitement de la douleur :**

L'analyse porte sur 433 médecins car 12 n'ont pas renseigné au moins une des deux variables. Il s'agit de 139 femmes et 294 hommes. Ils sont 401 à avoir eu des difficultés pour traiter des douleurs et 32 n'en n'ont pas eu.

135 femmes (soit 97.12% des femmes) et 266 hommes (soit 90.48% des hommes) déclarent avoir eu des difficultés à traiter la douleur. Seuls 4 femmes (2.88%) et 28 hommes (9.52%) n'en n'ont jamais rencontré.

Les effectifs attendus sont tous supérieurs à 5. Les résultats au test du Chi² sont donc interprétés et présentés dans le tableau suivant :

Statistique	DDL	Valeur	Prob
Chi-Square	1	6.091	0.0136

La p-value associée au test est de $p = 0,0136$. Le test est donc significatif.

Ainsi, les femmes ont significativement plus de difficultés à traiter la douleur (135/139, 97,1%) que les hommes (266/294, 90,5%).

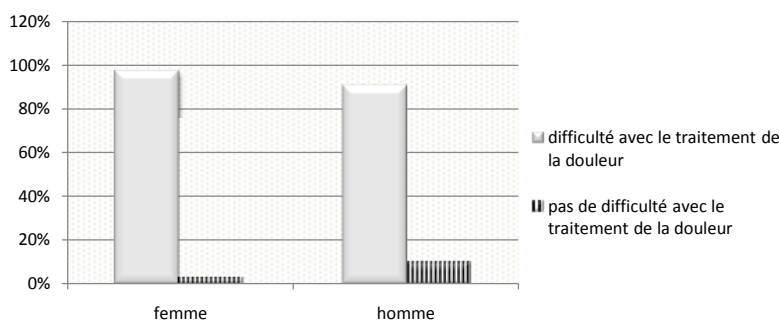


Figure 16 : Lien entre le sexe et la difficulté avec le traitement de la douleur

Le fait que les femmes soient plus en difficulté avec le traitement de la douleur (lien statistiquement significatif) pourrait s'expliquer par le fait que les émotions et la sensibilité sont plus exprimées chez les femmes. Lorsqu'un patient dit n'être que partiellement soulagé elles considèrent peut être plus vite ne pas avoir été efficaces dans le traitement de la douleur alors que les médecins hommes estiment peut être avoir été efficaces face à un soulagement seulement partiel.

- **Lien entre l'âge et la difficulté à traiter la douleur :**

L'âge ayant trop de modalités, la variable est recodée en trois catégories :

- catégorie 1 : âge \leq 50 ans
- catégorie 2 : âge $>$ 50 ans et \leq 60 ans
- catégorie 3 : âge $>$ 60 ans

La description de cette nouvelle variable est contenue dans le tableau suivant :

Catégorie d'âge	Fréquence	Pourcentage
1	138	31.36
2	199	45.23
3	103	23.41

L'analyse porte sur 440 médecins car 5 n'ont pas renseigné au moins une des deux variables. Soit 138 médecins de moins de 50 ans, 199 entre 50 et 60 ans et 103 de plus de 60 ans. Ils sont 407 à avoir eu des difficultés pour traiter des douleurs et 33 n'en signalent pas.

Les médecins ayant eu des difficultés à traiter la douleur représentent 94.93% (131) des moins de 50 ans, 91.96% (183) des 50-60 ans et 90.29% (93) des plus de 60 ans.

Inversement ils sont 9.7% (10) des plus de 60 ans, 8.04% (16) des 50-60 ans et 5.07% (7) des moins de 50 ans à n'avoir jamais eu de difficultés pour le traitement de douleurs.

Les effectifs théoriques étant tous supérieurs à 5, les résultats au test du Chi² sont interprétés et contenus dans le tableau suivant :

Statistique	DDL	Valeur	Prob
Chi-Square	2	1.9802	0.3715

La p-value associée au test est supérieure à 0,05. Aucun lien n'est donc détecté entre les deux variables.

L'âge ne semble pas intervenir dans la difficulté à traiter les douleurs bien que la prise en charge et le traitement des douleurs aient été abordés dans la formation initiale d'une partie des moins de 50 ans. Cela est peut-être dû au fait que les plus âgés ont acquis de l'expérience ou suivi des formations continues sur la prise en charge de la douleur ce qui diminue leurs difficultés.

- **Lien entre la zone d'exercice (urbain, semi-rural, rural) et le souhait d'un réseau :**

L'analyse porte sur 425 médecins car 20 n'ont pas renseigné au moins une des deux variables. Soit 142 médecins exerçant en zone urbaine, 127 en zone semi-rurale et 156 en zone rurale. 262 sont pour le réseau et 163 contre.

Le souhait d'un réseau est exprimé par 59.86% des médecins urbains (85), 63.7% des médecins semi-ruraux (81) et 61.54% des médecins exerçant en zone rurale (96). Le nombre de médecins ne souhaitant pas de réseaux est de 57 (40.14%) en zone urbaine, 46 (36.22%) en zone semi-rurale et de 60 (38.46%) en zone rurale.

Les effectifs théoriques étant tous supérieurs à 5, les résultats du test du Chi² sont interprétés et présentés dans le tableau suivant :

Statistique	DDL	Valeur	Prob
Chi-Square	2	0.437	0.8037

La p-value associée au test est de $p = 0,8037$ et n'est pas inférieure à 0,05. Le test n'est donc pas significatif et aucun lien n'est détecté entre les deux variables.

Le réseau est souhaité majoritairement par des médecins exerçant en zone semi-rurale puis par les médecins exerçant en zone rurale. Les médecins exerçant en zone urbaine sont moins intéressés.

Cela pourrait s'expliquer par la plus grande facilité d'orienter les patients vers des spécialistes libéraux ou des consultations douleurs pour les médecins urbains à proximité des centres hospitaliers. Les médecins semi-ruraux sont un peu plus nombreux que les ruraux à le souhaiter; peut-être sont-ils plus disposés à travailler en groupe.

- **Lien entre la zone d'exercice (urbain, semi-rural, rural) et le souhait d'une équipe mobile :**

L'analyse porte sur 422 médecins car 23 n'ont pas renseigné au moins une des deux variables. Ils sont 141 exerçant en zone urbaine, 127 en zone semi-rurale et 154 en zone rurale. 297 souhaitent une équipe mobile contre 125.

En zone urbaine ils sont 102 (72.34%) à souhaiter une équipe mobile. La proportion diminue en zone semi-rurale (89 soit 70.08%) et en zone rurale (106 soit 68.83%).

S'expriment contre l'équipe mobile : 39 médecins (27.66%) en zone urbaine, 38 (29.92%) en zone semi-rurale et 48 (31.17%) en zone rurale.

Les effectifs attendus étant tous supérieurs à 5, les résultats du test du Chi² sont interprétés et présentés dans le tableau ci-dessous :

Statistique	DDL	Valeur	Prob
Chi-Square	2	0.4427	0.8014

La p-value associée au test est de $p = 0,8014$ et n'est pas inférieure à 0,05. Le test n'est donc pas significatif et aucun lien entre les deux variables n'est détecté.

On aurait pu penser que le fait d'être loin des centres hospitaliers favoriserait le souhait d'un réseau et d'une équipe mobile avec avis spécialisé et apport de compétences complémentaires mais aucun lien statistiquement significatif n'a été trouvé.

Peut-être que les médecins qui se sont installés en zone rurale ont appris à gérer seuls certains problèmes, ils n'ont pas le réflexe de déléguer ou de référer les situations sensibles, et donc ne ressentent pas le besoin d'une aide. La crainte d'une « perte » du patient est également toujours envisageable.

- **Lien entre le mode d'exercice (seul, en groupe) et la difficulté à traiter la douleur :**

L'analyse porte sur 378 médecins car 67 n'ont pas renseigné au moins une des deux variables. 196 exercent seuls et 182 en groupe. 347 signalent avoir eu des difficultés pour traiter des douleurs et 31 n'en signalent pas.

Parmi les médecins exerçant seuls, 177 (90.31%) ont déjà eu des difficultés et 19 (9.69%) n'en ont jamais eu. Parmi ceux qui exercent en groupe 170 (93.41%) ont eu des difficultés à traiter des douleurs et 12 (6.59%) n'ont jamais rencontré de difficultés.

Les effectifs attendus sont tous supérieurs à 5, les résultats du test du Chi² sont donc interprétés et représentés dans le tableau suivant :

Statistique	DDL	Valeur	Prob
Chi-Square	1	1.205	0.2723

La p-value associée au test est de 0,2723 et n'est pas inférieure à 0,05. Le test n'est donc pas significatif et aucun lien n'est détecté entre les deux variables.

Parmi les médecins exerçant en groupe on retrouve de façon surprenante une majorité de praticiens confrontés à des difficultés à traiter les douleurs. Beaucoup de femmes-généralistes exercent en groupe (près de 53% des femmes interrogées) : est-ce une explication ?

- **Lien entre le mode d'exercice (seul, groupe) et le souhait d'un réseau :**

L'analyse porte sur 364 médecins car 81 n'ont pas renseigné au moins une des deux variables. Ils sont 188 à exercer seuls et 176 en groupe. 224 sont pour le réseau et 140 contre.

Parmi les médecins exerçant seuls, 111 (59.04%) sont pour le réseau et 77 (40.96%) contre. Parmi les médecins exerçant en groupe 113 (64.2%) sont pour le réseau et 63 (35.8%) sont opposés au réseau.

Les effectifs théoriques sont tous supérieurs à 5, les résultats du test du Chi² sont donc interprétés et présentés dans le tableau suivant :

Statistique	DDL	Valeur	Prob
Chi-Square	1	1.0234	0.3117

La p-value associée au test est de $p = 0,3117$ et n'est pas inférieure à 0,05. Le test n'est donc pas significatif et aucun lien n'est détecté entre les deux variables.

Les médecins exerçant en groupe sont plus favorables à un réseau que les médecins exerçant seul. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils ont déjà l'habitude d'échanger sur des situations, des dossiers et de « partager » les patients (lors des absences...).

- **Lien entre le mode d'exercice (seul, en groupe) et le souhait d'une équipe mobile :**

L'analyse porte sur 366 médecins car 79 n'ont pas renseigné au moins une des deux variables. Parmi eux 191 exercent seuls et 175 en groupe. Ils sont 255 à souhaiter une équipe mobile et 111 contre.

Parmi les médecins exerçant seuls, 128 (67.02%) souhaitent une équipe mobile alors que 63 (32.98%) n'en souhaitent pas.

Parmi les médecins exerçant en groupe ils sont 127 (72,57%) à souhaiter une équipe mobile et 48 (27.43%) n'en veulent pas.

Les effectifs théoriques sont tous supérieurs à 5, les résultats du test du Chi² sont donc interprétés et contenus dans le tableau ci-dessous :

Statistique	DDL	Valeur	Prob
Chi-Square	1	1.334	0.2481

La p-value associée au test est de $p = 0,2481$ et n'est pas inférieure à 0,05. Le test n'est donc pas significatif et aucun lien n'est détecté entre les deux variables.

Les médecins exerçant en groupe souhaitent plus une équipe mobile que ceux exerçant seuls. Ils demandent peut être plus facilement un avis complémentaire et sont moins gênés par l'intervention au cabinet d'autres professionnels. L'existence de plusieurs salles rend aussi plus facilement envisageable pour eux l'intervention de quelqu'un d'extérieur.

- **Description des types de douleurs que les médecins généralistes ont du mal à traiter :**

La répartition des types de douleurs (chroniques, neuropathiques, nociceptives, post-opératoires, palliatives) ayant gêné les médecins déclarant avoir eu des difficultés à traiter la douleur est la suivante :

- ⇒ Douleurs chroniques : 290 médecins, soit 70.56%, ont répondu oui et 121, soit 29.44%, ont répondu non.
- ⇒ Douleurs neuropathiques: 280 médecins, soit 68.13%, ont répondu oui et 131, soit 31.87%, ont répondu non.
- ⇒ Douleurs nociceptives: 101 médecins, soit 24.57%, ont répondu oui et 310, soit 75.43%, ont répondu non.
- ⇒ Douleurs post-opératoires: seuls 29 médecins, soit 7.06%, ont répondu oui et 382, soit 92.94%, ont répondu non.
- ⇒ Douleurs palliatives: 232 médecins, soit 46.45%, ont répondu oui et 179, soit 43.55%, ont répondu non.

Les douleurs que les médecins ont le plus de mal à traiter sont les douleurs chroniques (70,56%). En effet celles-ci sont les plus complexes et demandent plus de temps de prise en charge. Les douleurs post-opératoires sont celles pour lesquelles ils ont le moins de difficulté (7,06%).

Remarque 1: Certains médecins ont répondu qu'ils n'avaient pas de difficulté à traiter la douleur mais ont quand même complété les types de douleurs. Les descriptions précédentes ne se basent que sur les 411 praticiens qui ont déclaré avoir des difficultés dans le traitement de la douleur.

Remarque 2: Le questionnaire aurait dû être formulé différemment : les douleurs par excès de nociception, les douleurs neuropathiques, les douleurs lors de soins palliatifs, les douleurs morales et post-opératoires pouvant toutes être chroniques ou aiguës.

- **Description de la présence ou de l'absence d'un référent en cas de difficulté à traiter la douleur :**

L'analyse porte sur 442 médecins car 3 n'ont pas renseigné la variable « référent ». Ainsi, 206 médecins sur 442 (46,61%) n'ont pas de référent « douleur » et 236 soit 53.39% en ont un.

Sur les 411 médecins qui ont des difficultés à traiter la douleur, 185 (45,01%) n'ont pas de référent et 226 (54.99%) en ont un.

La majorité des médecins confrontés des difficultés dans le traitement de la douleur a un référent. Probablement que suite aux premières difficultés ils ont trouvé un interlocuteur.

- **Description des types de médecins référents en cas de difficulté à traiter la douleur :**

Les résultats des types de médecins référents sur les 226 médecins généralistes qui ont un référent et des difficultés à traiter la douleur sont (des réponses multiples étaient possibles):

- ⇒ 12 (moins de 5%) médecins ont déclaré avoir un collègue généraliste comme référent en cas de difficultés à traiter une douleur (214 n'ont pas coché la case).
- ⇒ 30 (un peu plus de 13%) déclarent avoir comme référent un spécialiste libéral (196 n'ont pas coché la case).
- ⇒ 195 (plus de 86%) disent avoir un référent praticien hospitalier (31 n'ont pas coché la case).

En cas de difficulté à traiter la douleur les référents sont majoritairement en centres hospitaliers. Viennent ensuite les spécialistes libéraux puis les généralistes.

Effectivement beaucoup des praticiens formés au traitement de la douleur exercent en milieu hospitalier (souvent au sein des consultations douleurs). Les spécialistes libéraux interviennent plus pour des douleurs précises (neurologues pour les douleurs neuropathiques ou les migraines, psychiatres pour les douleurs morales ou psychosomatiques ...).

- **Description des souhaits d'une équipe mobile chez les médecins qui souhaitent un réseau douleur :**

258 médecins souhaitant un réseau douleur ont émis un avis sur la l'intérêt d'une équipe mobile. 6 médecins généralistes n'ont pas répondu.

Parmi eux 232 médecins, soit **89,92%**, souhaitent une équipe mobile. Seuls 26 (10.08%) des médecins en faveur du réseau sont contre l'équipe mobile.

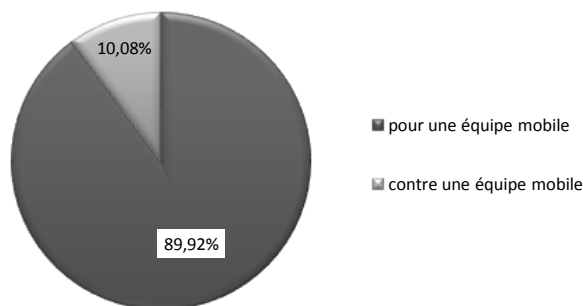


Figure 17 : intérêt pour une équipe mobile par ceux qui souhaitent un réseau

Comme on pouvait s'y attendre la majorité (près de 90%) des médecins souhaitant un réseau d'évaluation et de traitement des douleurs est favorable à une équipe mobile.

- **Description des souhaits d'une équipe mobile et d'une aide au traitement des douleurs morales parmi ceux qui souhaitent un réseau douleur :**

Parmi les 264 qui souhaitent un réseau douleur 181 médecins, soit 68,56%, souhaitent également une équipe mobile et une aide au traitement des douleurs morales. 83, soit 31.44% n'en souhaite pas.

c. Synthèse des résultats

Cette étude réalisée auprès des médecins généralistes installés en Limousin a permis d'obtenir de nombreux résultats dont se dégagent des différences statistiquement significatives et des tendances.

Les résultats ont montré que les 59 % des médecins généralistes limousins ayant répondu sont majoritairement des hommes (près de 68%, 32% de femmes) de plus de 50 ans (près de 69%).

52 % d'entre eux déclarent exercer seuls et surtout en zone rurale (36.36%), qui représente l'essentiel dans notre belle région : un tiers se déclare en zone urbaine, 30,45% en zone semi rurale.

Près de **93% des médecins généralistes du Limousin ressentent avoir déjà eu des difficultés dans le traitement de douleurs**. Dans presque deux tiers des cas il s'agit de difficultés dans la prise en charge de douleurs chroniques. Très fréquentes en consultation de médecine générale celles-ci peuvent être provoquées par une grande diversité de pathologies et sont complexes, d'où des difficultés face à ce type de patient.

Près de 64% rapportent une gêne dans la prise en charge des douleurs neuropathiques, 53% en cas de douleurs en soins palliatifs et 41% dans la prise en charge de douleurs morales. Les praticiens rapportent de moindres difficultés pour la prise en charge des douleurs par excès de nociception (23%), les douleurs aiguës (20 %) et les douleurs post-opératoires (7%). Parmi les médecins ayant déclaré avoir eu des difficultés dans la prise en charge des douleurs, les douleurs chroniques atteignent 71%, les douleurs neuropathiques 68% mais les douleurs en soins palliatifs ne représentent que 46%.

Parmi les généralistes interrogés 47% n'ont pas de référent « douleur » et 53% en ont un. Pour plus de 86% le référent est un praticien hospitalier ; parmi eux moins de 5% des médecins ont un collègue généraliste comme référent et un peu plus de 13% médecins déclarent s'adresser un spécialiste libéral.

Il ressort de l'étude effectuée qu'**une majorité de médecins généralistes installés en Limousin souhaite un réseau et une équipe mobile d'évaluation et de traitement de la douleur**. Le réseau est plébiscité par près de 62% des généralistes et 70 % souhaitent la création d'une équipe mobile !

L'apport d'aides complémentaires par le réseau est souhaité par 203 praticiens; 195 demandes d'aide à l'orientation ont été émises, 156 souhaits de FMC et d'échanges ont été exprimés. Ils sont près de 68% à être intéressés par une aide dans la prise en charge des douleurs morales.

Lors des analyses deux résultats statistiquement significatifs ont été retrouvés :

- **Les généralistes souhaitant un réseau douleur sont significativement plus nombreux à avoir des difficultés à traiter la douleur.**
- **Les femmes ont significativement plus de difficultés à traiter la douleur que les hommes.**

L'étude met également en lumière plusieurs tendances importantes bien que statistiquement non significatives:

- La plus marquante est que près de 90% des médecins qui souhaitent un réseau d'évaluation et de traitement des douleurs souhaitent également une équipe mobile.
- Dans la difficulté à traiter les douleurs ni l'âge ni le mode d'exercice n'interviennent significativement (90% des médecins exerçant seuls ont eu des difficultés et 93% de ceux exerçant en groupe).
- La zone d'exercice n'intervient pas significativement pour le souhait d'un réseau douleur ou d'une équipe mobile. En zone urbaine ils sont 60% à souhaiter un réseau et 72% une équipe mobile. En zone semi-rurale 64% sont favorables à un réseau et 70% à une équipe mobile. En zone rurale ces chiffres descendent à 62 % pour le réseau et près de 69% pour l'équipe mobile.
- Autre tendance: les médecins exerçant en groupe souhaitent plus (73%) une équipe mobile que les médecins exerçant seuls (67%).
- Plus de 68% de ceux qui souhaitent un réseau douleur souhaitent également une équipe mobile et une aide au traitement des douleurs morales.

VI. Discussion

1. Recommandations pour une prise en charge des patients douloureux chroniques.

Nous avons vu précédemment la fréquence et la complexité du diagnostic (et de la prise en charge) de la douleur chronique. Ceci en fait une source de difficultés pour les praticiens comme le souligne l'étude. Pour les aider des recommandations ont été émises [22, 23].

Elles abordent entre autre la première « étape » de la prise en charge à savoir le déroulement de la première consultation. La prise en charge spécifique nécessite des consultations avec des praticiens formés, attentifs aux différents aspects physico-psychosociologiques de la douleur, et ayant le temps nécessaire à consacrer à ces patients. Les consultations et surtout la première évaluation doivent être minutieusement menées.

La consultation d'un patient douloureux chronique devrait contenir, en plus d'un examen clinique complet, un entretien semi-structuré (Annexe 2). Cet entretien tout en laissant le patient s'exprimer librement doit pouvoir le réorienter vers les informations recherchées. L'interrogatoire doit être précis sur le début de l'histoire de la douleur, puis, il aborde la chronologie des consultations, examens divers, traitements antérieurs et en cours. Ensuite il évalue la douleur et le handicap fonctionnel, selon l'environnement et le contexte socio-économique (Annexe 2). Le recueil de tous ces éléments prend du temps et peut demander plusieurs consultations.

Tout au long de l'entretien, il est important de garder à l'esprit les préoccupations suivantes :

- Donner au patient le sentiment d'être cru quant à la réalité de sa douleur et de sa souffrance.
- Se garder de toute réaction d'agacement ou de suspicion vis-à-vis du patient, malgré le caractère rebelle de sa douleur.
- Eviter de tomber dans le piège de certains préjugés :
 - préjugés en faveur d'une organicité systématique : ne pas rechercher un diagnostic somatique à tout prix.
 - préjugés en faveur d'une cause psychologique systématique : ne pas décréter comme étant de nature psychologique toute douleur non associée à des symptômes objectifs et/ou des lésions décelables par des examens para-cliniques.
 - préjugés consistant à interpréter les bénéfices secondaires (arrêt de travail, prise en charge à 100 %, pension...) comme jouant le rôle primordial dans la pérennisation de la douleur.
- Expliquer la nature du mal en termes simples et compréhensibles pour le malade.

Parallèlement à la démarche d'interrogatoire, il faut essayer de répondre aux questions suivantes :

- Le diagnostic initial a-t-il été posé correctement et quelles explications ont été apportées au patient ?
- Quel est le mécanisme de la douleur ?
- Quelle a été la nature du traitement étiologique ? du traitement antalgique ? Les doses ont-elles été suffisantes et bien réparties sur le nycthémère ?
- Quelles sont les parts des grandes composantes de cette douleur chronique ?

Ainsi, au terme de l'entretien, on devrait être en mesure :

- D'expliquer au patient en mots simples son mal et son mal-être.
- De lui faire comprendre qu'une douleur persistante n'est pas synonyme d'une affection qui évolue.
- De commencer à pointer les malentendus divers venus se greffer autour du problème initial.
- De revaloriser le malade et de lui expliquer que la composante psycho-affective et émotionnelle de sa douleur est la preuve d'une grande sensibilité (au sens le plus noble du terme) et donc d'une personnalité riche.

L'évaluation du malade douloureux chronique est primordiale.

Les outils de base sont :

- Une mesure de l'intensité de la douleur par une échelle visuelle analogique (EVA) ou une échelle numérique (EN) ou une échelle verbale simple (EVS)
- Une liste d'adjectifs sensoriels et affectifs descriptifs de la douleur
- Une évaluation de l'anxiété et de la dépression (Hospital Anxiety and Depression scale, HAD)
- Une évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement

2. Malgré ces recommandations les difficultés perçues restent nombreuses.

Elles gênent la prise en charge globale, pluridisciplinaire et coordonnée nécessaire aux patients douloureux chroniques [24]. En attestent les remarques des généralistes de l'étude et de celle menée à Paris [6].

- Des difficultés existent au niveau de la démarche diagnostique. De nombreux praticiens abordent encore toute douleur comme s'il s'agissait uniquement d'une douleur aiguë et méconnaissent les spécificités de la douleur chronique.

Certains patients relèvent de diagnostics insuffisamment connus (douleurs neuropathiques, fibromyalgie, céphalée par abus médicamenteux, etc.) et de tableaux cliniques qui résultent d'un ensemble de mécanismes (physiopathologiques, mais aussi émotionnels et sociaux) susceptibles d'amplifier et d'entretenir la douleur.

La non mise en pratique des principes de la prise en charge de ces douleurs (rôle passif du malade, défaut de maniement des analgésiques, plan consultation non suivi...) indiquent un besoin de formation sur l'évaluation et la prise en charge des douleurs chroniques. Ceci est confirmé par la demande de formation exprimée par les généralistes interrogés.

- Il y a inadéquation entre la pratique quotidienne en médecine générale classique et la prise en charge recommandée. Celle-ci demande une très grande disponibilité pour ces patients et les généralistes. Elle doit se faire dans la durée et être personnalisée, avec des consultations longues difficilement gérables dans un planning classique de médecine générale. Il semble alors essentiel d'identifier des médecins motivés par cette pathologie.
- Une autre difficulté est l'incohérence des avis et des propositions, du fait d'un manque de coordination entre les différents correspondants (médecins, kinésithérapeutes, psychologues, centre de prise en charge de la douleur...). Il est nécessaire de développer un travail d'équipe avec une bonne circulation de l'information et une étroite coordination pour une cohérence des avis et des attitudes.
- La prise en charge psychologique des douloureux chroniques (et plus largement des douleurs morales) est source de difficultés pour les médecins de l'étude. Cette gêne a aussi été rapportée par plus de 50% des médecins interrogés par le Dr Soyeux [6], notamment pour « *la relaxation et la gestion du stress* » et « *l'envoi vers le psychiatre* ».

La douleur est souvent abordée de façon dichotomique: elle est soit physique soit psychique. Or en cas de douleur chronique il est impossible de privilégier un facteur étiologique unique dans une causalité linéaire. Au niveau psychologique, l'impact de la douleur est différent pour chaque patient, car le sens de la douleur à travers son vécu est unique pour chaque individu; « le corps est porteur de l'histoire affective du sujet » [25].

En outre le patient douloureux chronique ne discrimine plus parfois les variations de sa douleur, il vit dans un perpétuel souvenir des douleurs passées et dans l'anticipation anxieuse des douleurs à venir. Dans ce cas une technique psychothérapique avec un abord corporel peut s'avérer utile.

- Les traitements physiques et méthodes psycho-corporelles que le plan de lutte contre la douleur 2006-2010 recommandait de développer sont encore méconnus. En libéral le traitement antalgique repose encore beaucoup sur la pharmacologie. Les techniques antalgiques non médicamenteuses comme le TENS, la relaxation et les techniques kinésithérapiques sont souvent peu ou non utilisés.

Une étude du Dr Mollas-Goryl [26] présente des résultats édifiants: seul 23 % des généralistes en Limousin connaissent les thérapies de relaxation. Mais plus de 80% de ceux qui y ont recours en sont satisfaits. Il est à noter que le seul diplôme universitaire de relaxation psychothérapique français est dispensé à Limoges, mais 87.8% des généralistes du Limousin ne le connaissent pas !

- Les médecins signalent une saturation des consultations d'évaluation et de traitement de la douleur, avec des délais de consultation très importants, ce qui est ressenti comme inadapté pour une prise en charge optimale de la douleur chronique.

Ces obstacles, dans l'organisation des soins donnés aux patients douloureux chroniques, soulèvent la question de l'intérêt d'un travail en réseau qui étendrait le fonctionnement en équipe à la pratique de ville.

La prise en charge multidisciplinaire et globale recommandée pourrait être réalisée par des soins coordonnés entre la ville et l'hôpital, grâce à l'organisation de l'ensemble des moyens humains et matériels de notre région.

3. Les généralistes limousins désirent participer à un projet de réseau douleur

La grande majorité (93%) des médecins généralistes en Limousin ressent avoir déjà eu des difficultés dans le traitement de douleurs. Les deux tiers des médecins interrogés sont confrontés à des patients douloureux chroniques. Près de **62% souhaitent la création d'un réseau douleur.**

Les besoins pour la pratique quotidienne exprimés au cours de cette étude sont :

- Une diminution des délais pour un rendez-vous en consultation d'évaluation et de traitement de la douleur. Un praticien a noté : « les délais actuels des rendez-vous (plusieurs semaines) sont incompatibles avec cette pathologie ».
- Un fort besoin d'aides complémentaires et d'avis en cas de prise en charge difficile (notamment par téléphone) : plusieurs généralistes soulignent que les moyens techniques associés aux traitements de la douleur sont difficilement accessibles pour les généralistes (balnéothérapie...).

Les avis sont demandés pour l'évaluation de la douleur, les traitements médicamenteux et surtout non médicamenteux. De très nombreux généralistes demandent dans leurs commentaires des moments d'échanges, de discussions. Plusieurs d'entre eux ressentent un besoin de soutien moral pour leur permettre de faire face à la douleur des patients dans leur pratique quotidienne isolée.

- De très nombreux médecins souhaitent avoir « simplement » un référent. En effet 45% des médecins qui ont des difficultés à traiter la douleur n'ont pas de référent. Parmi les référents les intervenants des consultations douleurs et ceux des soins palliatifs sont souvent mentionnés.
- Parmi les aides souhaitées de la part du réseau il y a une demande de formation médicale. Plusieurs généralistes expriment avoir une formation médicale actuelle insuffisante concernant la prise en charge de la douleur. Dans la pratique quotidienne les recommandations pour la prise en charge de la douleur ne sont pas toujours connues ou appliquées.
- Certains médecins évoquent la possibilité de gain de temps pour eux dans leur pratique quotidienne. En effet les consultations des patients douloureux chroniques, devant être très minutieuses, sont chronophages sur des plannings souvent déjà très chargés.

- La création d'une unité mobile est plébiscitée par 70% des généralistes limousins (près de 90% de ceux qui souhaitent un réseau douleur). Du fait de patientelles souvent âgées et sans moyen de locomotion ils sont intéressés par la possibilité de consultations à distance.

Une prise en charge locale éviterait selon certains des hospitalisations. Nous pouvons citer le cas d'Hémipass : l'équipe mobile du service de médecine physique et de réadaptation qui s'occupe du suivi et du maintien à domicile des patients ayant fait un accident vasculaire cérébral. Elle semble donner satisfaction et pourrait servir d'exemple.

- Une aide à la prise en charge des douleurs morales est demandée par plus des deux tiers des praticiens.

La prise en charge psychologique des patients douloureux chroniques doit être spécifique. Une étude réalisée par le Dr Morlon en 2012 [27] a montré que les sujets douloureux ont un faible niveau de maturation individuelle et sociale. Les sujets non douloureux seraient des personnes plus solidaires, plus empathiques avec une plus grande volonté d'aboutir et un sens des responsabilités plus prononcé. L'absence de douleur pourrait avoir un rôle positif sur le développement du caractère en permettant une meilleure adaptation à l'environnement et aux autres.

Les patients douloureux chroniques doivent donc être pris en charge par des médecins préparés et pouvant accompagner ces patients vers des modifications psychologiques.

Dans l'étude des généralistes ont émis des avis contre un réseau douleur :

- Parmi eux on retrouve surtout des médecins déjà formés (DU douleur ou soins palliatifs) et des médecins satisfaits de ce qui est en place et ne ressentant donc pas la nécessité d'une structure différente.

- De façon plus surprenante on retrouve un refus du réseau par un rejet de ce qui est actuellement en place avec souvent un sentiment de non-efficacité.

- Beaucoup expriment le manque de temps et le refus de «paperasse» pour refuser le réseau. Cela peut se concevoir mais le réseau d'évaluation et de traitement de la douleur pourrait fonctionner dans la simplicité comme le font les réseaux de professionnels sur la Haute-Vienne (Pallialim...).

- L'argument de la proximité de la retraite, et le manque de motivation pour s'investir dans un outil qu'ils n'auront pas le temps d'utiliser, reviennent à plusieurs reprises.

- Enfin certains disent être déjà en réseau. Est-ce un refus du fonctionnement en réseau ou une méconnaissance du fonctionnement actuel dans le traitement de la douleur ?

4. En Limousin des solutions, adaptées aux besoins des généralistes, peuvent être apportées par un réseau d'évaluation et de traitement de la douleur.

Un réseau douleur intégrant les structures préexistantes pourrait proposer:

a. Une plus grande ouverture des structures vers l'extérieur

La communication assurée par le courrier adressé au médecin traitant et/ou au médecin qui a adressé le patient pourrait être renforcée par :

- Une permanence téléphonique élargie et la mise en place d'un numéro d'appel direct permettant aux généralistes d'avoir l'avis d'un algologue.

En ce qui concerne la permanence téléphonique, une enquête de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) de 2005 citée par le Dr Soyeux [6] a montré qu'elle permettait essentiellement la prise de rendez-vous; mais aussi le conseil aux professionnels et le soutien des patients.

Le réseau LCD propose une assistance téléphonique « algovigilance ». Douze membres du réseau spécialisés dans le traitement de la douleur, répartis sur Paris et sa région, sont disponibles pour répondre par téléphone ou par courrier électronique. Les demandes peuvent être très diverses (avis, maniement de dose, recherche de correspondants, orientation sur une équipe, soins palliatifs etc...). Pour chaque appel une fiche est, en principe, établie et discutée lors de la réunion mensuelle.

- La diffusion des informations est essentielle pour se faire connaître. La mauvaise connaissance des structures de prise en charge de la douleur chronique par le public et par les médecins libéraux, déjà déplorée dans le plan de 2005, est malheureusement encore d'actualité en Limousin. Ainsi de nombreux médecins disent être déjà en réseau pour la douleur ou encore n'ont pas de référent par méconnaissance des structures existantes. La liste de ces structures est disponible sur le site Internet du ministère de la santé: <http://www.sante.gouv.fr/douleur>.

Ces informations pourraient être diffusées par la création d'un site internet.

Il permettrait la circulation des données et les échanges entre l'ensemble des acteurs du réseau :

- Pour le patient, on peut envisager de mettre sur le site une version électronique des brochures d'information sur la douleur chronique.

- Pour les professionnels de santé : des informations générales, des référentiels de bonne pratique, des protocoles validés (demandés par plusieurs généralistes), des fiches d'informations sur certains nouveaux médicaments et un système d'auto évaluation des connaissances et des pratiques; voire éventuellement un forum de discussion.

Dans le cadre du réseau un dossier patient partagé avec une feuille de suivi destinée à recueillir les informations (tolérance aux traitements, observance, évolution du retentissement, etc.) pourrait être accessible aux médecins adhérents. La confidentialité des données doit être respectée grâce à un accès nominatif crypté.

b. Une liste de correspondants médicaux et paramédicaux

Elle permettrait d'identifier des correspondants motivés et compétents pour ce problème de santé.

Ces correspondants peuvent être des médecins (généralistes ou spécialistes) ayant le DESC ou le DU d'évaluation et de traitement de la douleur ou de soins palliatifs, des kinésithérapeutes qui ont l'habitude de certaines pathologies ou techniques (TENS, balnéothérapie...), des relaxateurs, des psychologues, des psychomotriciens et pourquoi pas des infirmières, des ergothérapeutes ou des assistantes sociales dûment formés.

Certaines approches dites complémentaires trouvent largement leur place dans le traitement de la douleur chronique (relaxation, hypnose, sophrologie, biofeedback, acupuncture, etc.)

Après s'être assuré de la démarche des thérapeutes avant leur adhésion (pour respecter le principe de cohérence) le réseau facilitera leur accès auprès des médecins libéraux. Il faut garder à l'esprit que le choix des intervenants influence la qualité de la prise en charge du patient.

Cette liste comporterait :

- le lieu d'exercice du praticien,
- le type d'activité (spécialité)
- ses coordonnées.

Ce fichier, utile pour faciliter la prise en charge à proximité du patient, permettrait de réduire le délai d'attente auprès des CETD.

La liste d'autres structures pouvant prendre en charge la douleur peut également être fournie aux correspondants (structures des départements limitrophes, centres de médecine physique et rééducation, consultations de neurologie pour les migraines...).

Des difficultés d'orientation vers un psychiatre ou un psychologue sont signalées mais l'existence de contacts personnalisés, et la cohérence entre les intervenants, permettraient de diminuer la réticence du malade à consulter et la difficulté pour obtenir des rendez-vous.

La diffusion de cette liste peut se faire par courriel ou par voie postale, certains professionnels de santé étant encore non informatisés.

c. La création de médecins libéraux « référents » (spécialistes ou généralistes).

Ils pourraient réaliser la première consultation d'accueil du patient pour l'évaluation initiale et remplir un dossier de prise en charge (qui serait discuté en réunion multidisciplinaire).

Ensuite le patient serait suivi par eux ou adressé à la consultation-douleur la plus proche, pour des prises en charges spécifiques, ou encore à des professionnels paramédicaux. Ceci permettrait peut-être d'améliorer le long délai pour une première consultation qui est l'argument le plus fréquent en faveur du réseau.

d. La création d'une équipe mobile d'évaluation et de traitement de la douleur

Elle est plébiscitée à plus de 70 %. Elle pourrait réaliser des consultations dans des Centres Hospitaliers ne bénéficiant pas de consultation douleur et aussi dans des cabinets ou des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP).

Ce type de consultation est attendu par les généralistes qui exercent loin des centres hospitaliers et permettraient une évaluation complète sans prendre du temps au médecin généraliste.

En cas d'avis téléphonique insuffisant cela permettrait d'éclairer des situations et de donner un premier avis plus rapide, sans avoir à faire déplacer les patients. Des séances de relaxations pourraient également être proposées dans ce cadre.

e. Le développement de sessions de « Formation continue »

Le réseau doit faire connaître le rôle qu'il peut jouer dans la formation continue. Ceci d'autant plus que le réseau serait rattaché au Centre d'évaluation et de Traitement de la douleur qui a, par définition, une mission pédagogique.

A Paris, dans le cadre du réseau LCD, une réunion trimestrielle est organisée. Elle se déroule le soir, après 20h et pendant 2h30, sur un thème choisi lors des réunions de discussion ou suite aux problèmes rapportés lors d'avis téléphoniques.

Les médecins n'ayant pas de formation douleur sont invités à participer à des formations appelées «réunions de sensibilisation», soit 4 réunions en soirée.

Les formations mettent l'accent sur l'intérêt de la pluridisciplinarité, la coordination entre les différents intervenants et sur le recours à des pratiques validées.

Cette mission de formation est essentielle. En effet la notion qu'une douleur neuropathique est peu sensible aux antalgiques de palier III n'est pas acquise par tous. Cela a été révélé lors d'une enquête auprès de 100 généralistes [28] qui montrait que 50% d'entre eux prescrivait en première intention des antalgiques de palier I ou II pour des douleurs neuropathiques. Les anti-épileptiques et les antidépresseurs ne sont prescrits en première intention que par moins de 9% des généralistes et 75% utiliseraient la morphine en deuxième intention.

Le maniement et le mode de prescription des analgésiques (rotation, effets secondaires) sont des thèmes prioritaires des sessions de formations.

Pour notre région la visio-conférence offre des possibilités très intéressantes.

f. L'ouverture aux médecins généralistes des réunions départementales pluridisciplinaires de discussion de dossier.

La possibilité d'échanges, de discussions de cas cliniques, de partages de connaissances et de pratiques est fortement demandée par les médecins. Ils soulèvent régulièrement dans les questionnaires le problème de l'isolement dans leur pratique médicale. Ils sont demandeurs de discussions en groupe bien que les problèmes de temps et de disponibilité soient également mentionnés.

Elle pourrait être mensuelle ou trimestrielle. Une mise au point d'actualité ou une recherche bibliographique en fonction des problèmes rencontrés est intéressante. La visio-conférence pourrait être là aussi utilisée.

Cette ouverture améliore la communication et permet une meilleure connaissance des professionnels.

5. Les perspectives

Le centre et les consultations d'évaluation et de traitement de la douleur en Limousin permettent la prise en charge de nombreux patients douloureux et aident beaucoup de médecins. Mais pour un fonctionnement optimal, une prise en compte des remarques des généralistes est souhaitable. Ceci pourrait être réalisé dans le cadre d'un réseau issu des structures existantes et permettrait une meilleure efficacité des moyens présents.

En amont des consultations le réseau pourrait proposer un numéro de téléphone unique départemental; des consultations mobiles (MSP, Centre Hospitalier), l'organisation de réunions de discussion sur le thème de la douleur et des FMC régulières avec participation des généralistes (cela pouvant se faire par visio-conférence). La création d'un site internet avec diffusion d'une liste de correspondants permettrait une aide à l'orientation et à la prise en charge en ambulatoire.

Tout ceci pourrait être renforcé par la mise en place de référents généralistes ou spécialistes libéraux reliés aux consultations. Ils formeraient le premier maillon du réseau et permettraient la réalisation d'une première consultation d'évaluation de la douleur notamment dans les zones mal desservies ou éloignées des centres hospitaliers.

La mise en place par le réseau de ces mesures permettrait :

- Tout d'abord une amélioration de la prise en charge des patients douloureux, limitant l'évolution des douleurs chroniques et leurs impacts individuel et social.

Pour les lombalgies, par exemple, le reconditionnement physique associé à une approche comportementale a prouvé son efficacité [29,30]. Mais en pratique, pour les généralistes, l'orientation du malade vers une prise en charge active adaptée est parfois difficile (manque de correspondant, de prise en charge ambulatoire alliant kinésithérapie, éducation et approche psychologique).

Seule une minorité des patients lombalgiques va souffrir d'une invalidité chronique mais celle-ci représente l'essentiel du poids socio-économique de la lombalgie [30]. Le dépistage des malades à risque et une meilleure connaissance des facteurs prédictifs de chronicité [31] pourraient permettre une prise en charge plus précoce et mieux adaptée, évitant ou limitant le passage à la chronicité [32].

- Une diminution de l'isolement des généralistes avec la possibilité d'échanges. De plus un gain de temps est possible pour eux si la consultation d'évaluation des patients douloureux chroniques est réalisée par un algologue, (le médecin traitant assurant le suivi du traitement).
- Un rapprochement des échanges entre la ville et l'hôpital en facilitant les communications entre les différents partenaires :
 - **les patients :** Une adhésion formelle au fonctionnement en réseau devrait permettre au patient de se sentir mieux écouté au niveau de sa plainte douloureuse. La prise en charge organisée de façon globale devrait éviter les redondances, les effets pervers du nomadisme médical et permettre un gain de temps précieux.
 - **les médecins de ville :** Les médecins adhérents sont plus motivés, formés et donc potentiellement plus performants. L'adhésion au réseau facilite une relation médecin-malade de qualité, indispensable à la prise en charge du patient douloureux chronique. Un point de difficulté est la valorisation du temps passé nécessaire à la prise en charge mais ceci n'est peut-être pas incompatible avec les économies de santé souhaitées.

- **les structures de traitement de la douleur** : La grande difficulté des structures est de répondre à la demande. Le réseau peut permettre de mieux organiser le flux des malades en consultations. Les centres de traitement de la douleur interviendront quand les médecins traitants estiment ne plus pouvoir gérer la situation.
- Dernière perspective importante, le réseau peut avoir un impact positif sur les dépenses de santé.

En effet la douleur représente un coût non négligeable [33]; aux Etats Unis le coût financier annuel de la douleur est évalué à 60 milliard de dollars soit 10 % du budget national ! [33]

Une étude hollandaise a mis en évidence l'intérêt économique d'une prise en charge de la douleur faite par des médecins formés et par des techniques appropriées [34]. Elle a comparé deux groupes de patients atteints de douleur dorsale chronique. Un seul a bénéficié d'un programme de reconditionnement physique et prise en charge multidisciplinaire (groupe randomisé). Le groupe contrôle n'a pas bénéficié de ce programme. Les traitements médicaux n'ont pas été modifiés.

Les résultats du programme ont été évalués selon différents indicateurs :

-La durée avant la reprise du travail.

-Un questionnaire évaluant la qualité de vie, les retentissements fonctionnels et psychologiques.

Les résultats montrent que le groupe randomisé a eu de meilleurs résultats aux soins avec une amélioration fonctionnelle et de la qualité de vie plus importante. Les patients de ce groupe ont globalement pu reprendre le travail plus vite et dans de meilleures conditions.

Le coût à un an du groupe randomisé a été bien inférieur à celui de l'autre groupe du fait de moindres consultations médicales et de jours de travail effectués (13 165 £ contre 18 475 £). Les analyses bénéfice-coût montrent qu'une livre sterling investie dans les soins pluridisciplinaires permet un gain économique de 26 £. (1 £ ≈ € 1,2)

D'après cet exemple nous pouvons faire l'hypothèse que la prise en charge par des techniques appropriées peut engendrer des économies non négligeables pour le système de santé.

Dans le cadre de la mise en place d'un réseau d'évaluation et de traitement de la douleur en Limousin les économies pour le système de santé consisteraient en:

- une diminution des transports sanitaires : les consultations mobiles dans les Centres Hospitaliers ou les MSP épargnent le coût des transports en véhicule sanitaire léger ou ambulances et diminuent la fatigue pour des patients souvent âgés ou très affaiblis,
- une baisse de la consommation d'antalgiques : une prise en charge optimale permet d'arriver le plus rapidement à la dose minimale efficace d'antalgiques. L'abord multidisciplinaire permet aussi des traitements non médicamenteux,
- une réduction du nombre de consultations,
- une limitation des arrêts de travail et donc des indemnités journalières.

La prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée des patients douloureux chroniques permet donc une amélioration plus rapide du patient avec un moindre coût financier pour la société. Par conséquent sa mise en place a un intérêt individuel et collectif !

Conclusion

La douleur est un phénomène subjectif et complexe, quelle que soit son étiologie. Malgré la tendance à la dichotomie corps-esprit la réalité n'est pas aussi simple. Passé le premier temps d'alerte, où elle est utile, elle a des conséquences néfastes sur la vie quotidienne. Etant donnée la difficulté d'évaluer une douleur et son retentissement, une prise en charge multidisciplinaire avec la participation active du malade est essentielle: il est le propre expert de sa douleur.

La douleur chronique est un motif très fréquent de consultation en médecine générale. Elle est complexe et sa prise en charge doit être globale : physique, psychique et socio-économique. Pour être efficace elle devrait être pluridisciplinaire et coordonnée.

L'enquête menée auprès des médecins généralistes du Limousin a permis de mettre en évidence des difficultés dans la prise en charge des patients douloureux chroniques chez près de 93% des médecins.

Bien que le centre et les consultations d'évaluation et de traitement de la douleur aient permis d'aider les généralistes, des obstacles sont encore présents. La difficulté principale est le délai pour une prise en charge en CETD et, depuis peu, la Corrèze ne bénéficie plus de consultations douleur.

De plus les traitements médicamenteux ne sont pas toujours bien utilisés et les traitements non médicamenteux sont souvent méconnus et difficiles d'accès en libéral.

Enfin les généralistes ressentent le besoin d'échanges, de formations et d'informations face à la complexité de la douleur.

Face aux difficultés rencontrées, l'intérêt d'un travail en réseau est exprimé par 63% des généralistes du Limousin. Il permettrait une amélioration de la qualité des soins, des suivis et le développement d'aides thérapeutiques complémentaires en mutualisant et en rationalisant l'utilisation des ressources dans le système de santé.

Par la coordination des différentes pratiques et les différents intervenants un réseau d'évaluation et de traitement de la douleur permet de se rapprocher de la prise en charge globale recommandée.

Le réseau permettrait le renforcement des échanges avec le patient et des relations interprofessionnelles, notamment entre la ville et l'hôpital. Ceci a des conséquences sur la pratique individuelle grâce au développement des concertations et des décisions après discussions collégiales.

Grâce au réseau, des évolutions des structures existantes pourraient être mise en place pour se rapprocher des besoins exprimés par les médecins généralistes dans l'étude. Il s'agit:

- d'améliorer la communication, et donc la coordination, notamment par le renforcement de la permanence téléphonique et éventuellement la création d'un site internet, ce qui permettrait la diffusion d'informations et la consultation, par les généralistes, des documents du Comité de Lutte contre la Douleur mis en ligne sur l'intranet du CHU.
- de mettre en relation les différents praticiens intervenant dans la prise en charge de la douleur (médecins, kinésithérapeutes, relaxateurs ...).
- de diminuer les délais de consultations d'évaluation et de traitement de la douleur.
- de développer des formations et des réunions de discussion de cas cliniques.
- d'instaurer une équipe mobile de la douleur et des praticiens algologues intervenant en libéral.

Ces actions seront bénéfiques d'un point de vue humain et socio-économique. Tous, patients comme soignants, peuvent y trouver leur compte: l'intérêt est à la fois individuel et collectif !

Bibliographie

- [1] INSEE (Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques), Part des personnes de 65ans ou plus en 2009 : comparaisons régionales, recensement de population 2009 : exploitation principale, 2009.
- [2] BOUHASSIRA D, LANTERI-MINET M, ATTAL N, LAURENT B, TOUBOUL C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*, 2008, 136, p. 380-387.
- [3] STERNBACH, *Pain patients: Traits and treatment*, New York, Academic Press, 1974.
- [4] Article 6 et 29 de l'Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, ministère de la santé, Journal Officiel de la république française n°98, 25 avril 1996.
- [5] International Association for the Study of Pain, *Classification of Chronic Pain*, Second Edition, Part III: "Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage", IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, ©1994,p. 209-214.
- [6] KOUBY-SOYEUX Esther, BOUREAU François (dir.).*Contribution à la mise en place d'un réseau Ville-Hôpital pour la prise en charge des patients douloureux chroniques*. 90pages. thèse de doctorat: Médecine générale, Paris : Paris VI, 2002.
- [7] BOUREAU François. *Pratique du traitement de la douleur*. Doin. Paris, 1988.
- [8] CAMBIER Jean. Le langage de la douleur. *La revue du praticien*, 1985, vol. 35, n° 21,p. 1215-122.2
- [9] HIRZOWSKI Francine, DIEZ Francis, BOUREAU François. *La douleur, le réseau et le médecin généraliste*. John Libbey Eurotext. Paris, 2001. 133 pages.
- [10] MALLET Donatien. Douleurs, souffrance in *Traité de bioéthique* (sous la direction d'Emmanuel Hirsch) Tome III (Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes). Edition Erès, novembre 2010, p 439-457.

[11] BASSET Pierre, Regard éthique du médecin soignant sur la douleur et sa souffrance in *Traité de bioéthique* (sous la direction d'Emmanuel Hirsch) Tome III (Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes), Edition Erès, novembre 2010, p 480-489.

[12] *Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 22 septembre 1998* relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés, ministère de la santé, direction générale de la santé (non paru au journal officiel).

[13] *Le programme national de lutte contre la douleur 2002-2005*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, ministère délégué à la santé, 2002. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf, (consulté le 05.10.12)

[14] *Circulaire DHOS/E2 n° 2002-266 du 30 avril 2002* relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé, ministère de la santé, non paru au Journal Officiel : BO 2002-21.

[15] *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010*, ministère de l'emploi et des solidarités, 2006. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf, (consulté le 10.10.12)

[16] *Circulaire DGS/DH n° 3 du 7 janvier 1994* relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques, ministère de la santé, non parue au Journal Officiel.

[17] *Loi n°2005-370 du 22 avril 2005* relative aux droits des malades et à la fin de vie, ministère de la santé, (rectificatif au Journal Officiel n° 116 du 20 mai 2005).

[18] SICARD Didier. *Rapport à François Hollande président de la République Française*, Commission de réflexion sur la fin de vie en France (président Professeur Didier SICARD), Paris, 18 décembre 2012.

[19] *Code de santé publique : Article L 6321-1 et L.6321-2* modifiés par l'Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, ministère de la santé. Journal Officiel du 5 septembre 2003.

[20] *Circulaire DGS/DH n°98-47 du 4 février 1998* relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur rebelle, ministère de la santé (non paru au Journal Officiel) : BO 1998-98/9

[21] *Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale*, Du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011 – Résultats, 2011, disponible sur <http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20_ISNAR-IMG_Enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_RESULTATS_COMPLETS.pdf>(consulté le 10.03.13)

[22] *Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire*, Service des Recommandations et Références Professionnelles, ANAES, Février 1999.

[23] *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*, Consensus formalisé, recommandations professionnelles, HAS, Décembre 2008.

[24] LOTHON-DEMERLIAC Cécile, LAURENT-BEQ Anne, MAREC Pauline. *Évaluation du plan triennal de lutte contre la douleur Synthèse*, Société française de santé publique, Octobre 2001.

[25] RANTY Yves, *Le corps en psychothérapie de relaxation*. Paris, L'Harmattan, 2001, 286 pages.

[26] MOLLAS-GORYL Carine. *État des lieux sur la connaissance de la relaxation psychothérapique par les médecins généralistes du Limousin*. 37 p. Mémoire du Diplôme universitaire de relaxation psychothérapique. Limoges : 2009-2010.

[27] MORLON Erika, CLEMENT Jean-Pierre (dir.), *Le modèle psychobiologique de Cloninger pour évaluer la personnalité du patient douloureux : étude en médecine générale*. 114 p. Thèse de doctorat : Médecine. Limoges : 2012.

[28] DELORME Claire, HIRSZOWSKI Francine. Enquête sur la prise en charge des douleurs neuropathiques par le médecin généraliste. *L'observatoire de la douleur*, n°9, Mai 2001.

[29] VAN TULDER Maurits W., KOES Bart W., BOUTER Lex M. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine*, 1997, 22,p. 2128-2156

[30] *Prise en charge kinésithérapique du lombalgique*. Conférence de consensus, Association Française pour la Recherche et l'Évaluation en Kinésithérapie (sous l'égide de l'ANAES), Cité des Sciences et de l'Industrie de La Villette, Paris, 13 novembre 1998. 24 p.

[31] SOYEUX Esther, LAROCHE Françoise (coordinatrices). *La Douleur, Guide d'un réseau pluridisciplinaire*, Editions scientifiques L&C, Paris, novembre 2006. 95 p.

[32] VALAT Jean Pierre, GOUPILLE Philippe, ROZENBERG Sylvie, URBINELLI Renaud, ALLAERT François et les membres de la section rachis de la société française de rhumatologie. Indice prédictif de l'évolution chronique des lombalgies aiguës, Elaboration par l'étude d'une cohorte de 2 487 patients. *Revue de rhumatologie*, 2000, vol. 67, n°7, p 528-535.

[33] CASTIEL Didier. Ecole Nationale de Santé Publique, *Module Interprofessionnel de Santé Publique : La Prise en Charge de la Douleur : des contingences structurelles aux enjeux collectifs*, animateur CASTIEL Didier, Rennes, 2001.

[34] LAMBEEK Ludeke C, BOSMANS Judith E, VAN ROYEN Barend J, VAN TULDER Maurits W., VAN MECHELEN Willem, ANEMA Johannes R. Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. Department of Public and Occupational Health, EMGO Institute for Health and Care Research, VU University Medical Center, Amsterdam, Netherlands. *British Medical Journal*, 30 novembre 2010, 341:c6414.

Questionnaire

1. Avez-vous déjà été en difficulté face au traitement de douleurs ? Oui Non

2. Il s'agissait : (*plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> de douleurs chroniques | <input type="checkbox"/> de douleurs post opératoires |
| <input type="checkbox"/> de douleurs aiguës | <input type="checkbox"/> de douleurs en soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> de douleurs neuropathiques | <input type="checkbox"/> de douleurs morales |
| <input type="checkbox"/> de douleurs nociceptives (articulaires, digestives, ...) | |

3. Avez-vous un référent en cas de problème d'antalgie ? Oui Non

4. Si oui qui est-il ?

- un collègue médecin généraliste
- un spécialiste libéral
- un médecin du CHU :

5. Seriez-vous intéressé(e) par un réseau douleur ? Oui Non

Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

6. Pensez-vous que vous feriez appel à une équipe mobile d'évaluation et de traitement de la douleur si elle existait ?

- Oui Non

7. Quelles aides complémentaires souhaiteriez-vous que ce réseau vous apporte ?

- Compétences complémentaires kinésithérapique/psychologue/mésothérapie...
- Formation continue
- Orientation de vos patients

8. Si une aide à la prise en charge des douleurs morales (avis psychiatre, psychologues) était proposée y auriez-vous recours ?

- Oui Non Peut être

Merci de votre aide.

Annexe 2

Évaluation du patient atteint de douleur chronique

(Extraits des recommandations pour la pratique clinique, ANAES 1999)

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

Ancienneté de la douleur

Mode de début

- circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail, etc.)
- description de la douleur initiale
- modalités de prise en charge immédiate
- événements de vie concomitants
- diagnostic initial, explications données
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle, etc.)

Profil évolutif du syndrome douloureux

- comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale
- profil évolutif : (douleur permanente, récurrente, intermittente, etc.)
- degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle, etc.)

Traitements effectués et actuels

- traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels
- modes d'administration des médicaments, doses, durées
- effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon
- attitudes vis-à-vis des traitements

Antécédents et pathologies associées

- familiaux
- personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité
- expériences douloureuses antérieures

Description de la douleur actuelle

- topographie
- type de sensation (brûlure, décharge électrique, etc.)
- intensité
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle, etc.)
- facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences

- situation familiale
- situation sociale
- statut professionnel et satisfaction au travail
- indemnisations perçues, attendues ; implications financières
- procédures

Facteurs cognitifs

- représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive...)
- interprétation des avis médicaux

Facteurs comportementaux

- attitude vis-à-vis de la maladie (passivité, etc.)
- modalités de prise des médicaments
- observance des prescriptions

Analyse de la demande

- attentes du patient (faisabilité, reformulation)
- objectifs partagés entre le patient et le médecin

Glossaire

ANAES : Agence Nationale Accréditation et d'Evaluation des Soins
ARS : Agence Régionale de Santé
ARH : Agences Régionales de l'Hospitalisation
AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
AVH-LCD : Association Ville-Hôpital de Lutte Contre la Douleur
CETD : Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur
CHU : Centres Hospitaliers et Universitaire
CEBIMER : Centre d'Epidémiologie, de Biostatistique et de Méthodologie de la Recherche
CNFMC : Conseil National de la Formation Médicale Continue
CRR : Comités Régionaux des Réseaux
CSP : Code de Santé Publique
DIU : Diplôme Inter Universitaire
DU : Diplôme Universitaire
DGS : Direction générale de la santé
DHOS : Direction Hospitalière et de l'Organisation des Soins
EVA : Echelle Visuelle Analogique
EN : Echelle Numérique
EVS : Echelle Verbale Simple
EPU : Enseignement Post Universitaires
EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes
HAD : Hospital Anxiety and Depression scale, Evaluation de l'Anxiété et de la Dépression
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
FIQCS : Fond d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins
FIR : Fond d'Investissement Régional
FMC : Formation Médicale Continue
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
IADE : Infirmières Anesthésistes Diplômées d'Etat
IASP : International Association for the Study of Pain
ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome et Représentative des Internes de Médecine Générale
DRDR : Dotation de Développement Des Réseaux
MSP : Maisons de Santé Pluridisciplinaires
MPR : Médecine Physique et Réadaptation
TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, NeuroStimulation Electrique Transcutanée
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PCA : Patient Controlled Analgesy, pompe d'analgésie commandée
SROS : Schémas régionaux d'organisation sanitaire
SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur
SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SDC : Syndrome Douloureux Chronique
UMSP : Unité Mobile de Soins Palliatifs
VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

Table des figures

Figure 1: <i>Différences entre les douleurs par excès de nociception et neuropathiques</i>	16
Figure 2: <i>Comparaison des douleurs aiguës et chroniques (non cancéreuses)</i>	17
Figure 3: <i>Modèle pluridimensionnel de la douleur</i>	19
Figure 4: <i>Répartition homme/femme</i>	49
Figure 5: <i>Répartition des âges</i>	50
Figure 6: <i>Répartition selon la zone d'activité</i>	50
Figure 7: <i>Difficulté dans le traitement de la douleur</i>	51
Figure 8: <i>Difficulté dans le traitement des douleurs chroniques</i>	52
Figure 9: <i>Difficulté dans le traitement des douleurs neuropathiques</i>	52
Figure 10: <i>Difficulté dans le traitement des douleurs en soins palliatifs</i>	53
Figure 11: <i>Présence d'un référent douleur</i>	54
Figure 12 : <i>Intérêt pour un réseau douleur en Limousin</i>	55
Figure 13: <i>Intérêt pour une équipe mobile de traitement de la douleur</i>	56
Figure 14: <i>Type d'aide souhaitée de la part du réseau</i>	57
Figure 15: <i>Demande d'aide à la prise en charge des douleurs morales</i>	58
Figure 16: <i>Lien entre le sexe et la difficulté avec le traitement de la douleur</i>	60
Figure 17: <i>Intérêt pour une équipe mobile parmi ceux qui souhaitent un réseau</i>	66

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissante envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères.

Consciente de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

RESUME: Le médecin généraliste est très souvent confronté lors de ses consultations à la plainte douloureuse. Quand la douleur devient chronique elle est pluridimensionnelle et complexe. Sa prise en charge est alors plus difficile. Elle doit être idéalement pluridisciplinaire et coordonnée. Pour cela dans certaines régions françaises des réseaux d'évaluation et de traitement de la douleur ont été créés. Le Limousin bénéficie d'un centre d'étude et de traitement de la douleur et d'une consultations-douleur départementale, mais il n'y a pas de fonctionnement en réseau.

L'objectif principal de cette étude est de savoir si les médecins généralistes du Limousin ont des difficultés dans la prise en charge de la douleur et s'ils ressentent le besoin d'un réseau douleur. Cette étude montre que les généralistes ont des difficultés dans la prise en charge des douleurs (chroniques, neuropathiques). Ils souhaitent un réseau d'évaluation et de traitement de la douleur avec la possibilité d'une équipe mobile, d'aides complémentaires (avis d'un psychiatre, kinésithérapie, relaxation,...), de réunions de discussions et formations.

Grâce à ces actions, il serait possible d'optimiser les moyens de traitement de la douleur. L'amélioration de sa prise en charge permettrait de limiter sa chronicisation et ses graves conséquences psychologiques et socio-économiques.

MOTS CLES: douleur, réseau, médecine générale

TITLE : With interest in coordinating the resources for pain care in Limousin

ABSTRACT : During their consultations, general practitioners often encounter patients who are experiencing pain. When the pain becomes chronic, it is multidimensional and complex. It is more difficult to manage, requiring a multidisciplinary and coordinated approach. To address this issue, pain relief networks have been created throughout certain regions of France for pain evaluation and treatment. The Limousin region has a center for the study and treatment of pain, as well as a departmental pain consultation, but there is no network.

The main purpose of this study is to determine if GPs in Limousin have difficulties regarding pain management and if they sense the need for a network. This study shows that GPs face difficulties in managing pain (particularly chronic and neuropathic). They would like to have an evaluation and pain relief network with the possibility of a field team, discussions, training meetings, and extra/outside help (i.e., psychiatry, physiotherapy, relaxation techniques). If implemented, these changes would make it possible to optimize resources for treating pain. Improving pain care and treatment would decrease the likelihood of chronic pain and its serious psychological and socio-economic consequences.

KEYWORDS: pain, network, general practice