

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

N° 2021-285

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Sandy DESTREBECQ

Présentée et soutenue publiquement le 30 novembre 2021

**Etude descriptive transversale des patients douloureux chroniques en Loire-Atlantique,
dans le cadre de la construction d'un projet de parcours de soins coordonnés entre soins
primaires et structures spécialisées douleur chronique (article 51)**

Président du jury : Monsieur le Professeur NIZARD

Directeur de thèse : Dr Elisabeth MOSSER

Remerciements

A Monsieur le Professeur Julien NIZARD, de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail.

A Madame le Docteur Elisabeth MOSSER, de m'avoir fait l'honneur d'encadrer cette thèse.

A Monsieur le Docteur Jean Pascal FOURNIER, de me faire l'honneur de juger mon travail.

A Madame le Professeur Leila MORET, pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury.

A Antoine, d'être dans ma vie, que tu rends chaque jour plus belle. Pour ton sourire, pour ton humour. Merci pour tous les moments passés et à venir, pour toutes nos nouvelles aventures.

A mes parents, pour votre éducation. Merci de m'avoir laissée faire mes choix et de m'avoir supporter durant ces dix années d'études et plus encore.

A mes beaux-parents, pour votre accueil et votre indéfectible gentillesse.

A Marie-Jeanne, ma bichette, meilleure témoin des grands bonheurs et des petites peines. Merci de savoir chasser ma mauvaise humeur et de rire de moi quand cela est nécessaire.

Aux Mignons et Mignonettes qui m'avez accueillie avec tant de joies et de rires.

Aux copains de faculté et d'ailleurs, je ne vous cite pas tous, mais vous saurez vous y reconnaître. Merci pour tous ses souvenirs d'études, tous ces cafés partagés et bien plus encore.

A Clochette enfin, qui n'a cessé de compliquer la réalisation de ce travail...

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES FIGURES.....	6
LISTES DES ANNEXES	7
LISTE DES ABREVIATIONS.....	8
INTRODUCTION	11
I. La douleur	13
1. Définitions	13
a. Douleur aiguë.....	13
b. Douleur chronique.....	13
2. Mécanismes physiopathologiques	15
a. Par excès de nociception	15
b. Douleur neuropathique.....	16
c. Douleur nociplastique	16
d. Autre terminologie	17
3. Les composantes de la douleur	17
a. Les quatre composantes de la douleur.....	17
i. La composante sensori-discriminative	17
ii. La composante affectivo-émotionnelle.....	17
iii. La composante cognitive.....	17
b. Influence des facteurs externes.....	19
4. Histoire de la douleur	20
a. Origine étymologique	20
b. La douleur à travers les âges	20
c. La prise en charge de la douleur en France	24
5. Cadres nosologiques	28
a. Migraines et céphalées	28
b. Syndromes douloureux dysfonctionnels dont la fibromyalgie.....	30
c. Syndromes douloureux régionaux complexes.....	32
d. Douleurs neuropathiques.....	34
e. Douleurs rhumatologiques (hors rachialgie).....	36
f. Rachialgies	38
g. Douleurs liées au cancer.....	42
h. Douleurs abdomino-pelviennes	43

II.	Contexte de l'étude	45
1.	Prise en charge de la douleur chronique en France	45
a.	Evaluation initiale.....	45
b.	Orientation du patient douloureux chronique.....	46
c.	Le médecin généraliste : 1 ^{er} acteur et difficultés de prise en charge.....	48
2.	Epidémiologie	49
a.	Globale.....	49
b.	Cadre par cadre.....	50
i.	Rachialgies	50
ii.	Douleurs rhumatologiques hors rachialgie	51
iii.	Douleurs neuropathiques.....	52
iv.	Fibromyalgie	52
v.	Douleur liée au cancer.....	53
vi.	Migraine et céphalées.....	54
vii.	Douleurs abdomino-pelviennes	55
viii.	Syndromes douloureux régionaux complexes.....	55
3.	Impacts médico-socio-économiques	56
a.	Impact économique global	56
b.	Exemples d'impacts socio-économiques	57
i.	Rachialgies	57
ii.	Douleurs rhumatologiques hors rachialgies	58
iii.	Fibromyalgie	58
iv.	Migraines et céphalées	59
c.	Impacts psycho-sociaux	60
d.	Comorbidités psychiatriques.....	60
4.	Un potentiel d'amélioration	61
a.	Constat, les médecins en difficulté	61
b.	Du point de vue des patients, des progrès à faire	62
c.	Attentes des médecins généralistes.....	63
III.	Projet « Article 51 » Parcours du patient douloureux chronique	64
1.	Enquête préliminaire	64
2.	Généralités « article 51 ».....	67
3.	Construction d'un projet « article 51 » : Parcours du patient douloureux chronique	69
4.	Exemple de projet de santé : réseau AMPA.....	71
	MATERIEL ET METHODE	73
I.	Conception de l'étude	73

II. Fiche de recueil	76
RESULTATS	79
I. Effectifs recueillis	79
II. Description nosologique	79
1. Description de la population de patients douloureux chroniques	79
a. Résultats Globaux	79
b. Concernant la MSP de Chantenay	80
c. Concernant le Groupe Qualité de la CPTS de Pornic	81
2. Taux de prévalence des cadres nosologiques	81
3. Comparaison à l'étude préliminaire	83
4. Extrapolation	84
III. Durée d'évolution de la douleur	86
1. Résultats Globaux	86
2. Concernant les groupes	88
IV. Description des caractéristiques socio-démographiques	88
1. Données de l'échantillon	88
2. Données de santé en Loire Atlantique	90
V. Impact médico-socio-économique	91
1. Répartition des arrêts de travail en fonction du cadre nosologique.	91
2. Consommation de soins	92
DISCUSSION	94
I. Concernant la méthode utilisée	94
II. Concernant les résultats obtenus	97
III. Concernant les objectifs opérationnels	99
CONCLUSION	103

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des deux principaux types de douleur (8).....	16
Tableau 2 : Plans ministériels de lutte contre la douleur (17,21–23).....	26
Tableau 3 : Synthèse des facteurs de risques de récurrence, de chronicité et de non-retour au travail de la lombalgie (37).	40
Tableau 4 : Prévalence des principales douleurs pelviennes (7).	55
Tableau 5 : Répartition des patients douloureux chroniques par cadre nosologique.....	80
Tableau 6 : Taux de prévalence des cadres nosologiques, par groupe puis globale.....	82
Tableau 7 : Comparaison des difficultés observées (étude préliminaire) et de la fréquence des cadres nosologiques (étude descriptive).....	84
Tableau 8 : Répartition des durées d'évolution de la douleur chronique en fonction des cadres nosologiques.....	87
Tableau 9 : Répartition des durées d'évolution de la douleur, par groupe puis global.	88
Tableau 10 : Répartition des patients selon leur statut professionnel, par groupe puis global.....	89
Tableau 11 : Répartition des consommations médicamenteuses, global puis par groupe.....	92

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Drapeaux rouges et jaunes dans l'évaluation de la lombalgie, HAS 2019 (38,39).....	41
Figure 2 : Drapeaux bleus et noirs dans l'évaluation contextuelle de la lombalgie commune, HAS 2019 (38,39).	41
Figure 3 : Résultats de l'étude préliminaire du CETD sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes	66
Figure 4 : Modalité de développement d'un projet "article 51"	68
Figure 5 : Schéma des étapes du repérage puis du recueil de données dans les cabinets médicaux	75
Figure 6 : Taux de prévalence par cadres nosologiques	83
Figure 7 : Diagramme de répartition des patients en fonction de leur statut professionnel.....	89
Figure 8 : Proportion des patients en arrêt de travail parmi les patients en activité (« actifs occupés »).	91
Figure 9 : Pathologies concernées par les arrêts de travail.....	92

LISTES DES ANNEXES

Annexe 1 : Documents pour l'aide au diagnostic de fibromyalgie (points douloureux de Yunus, QIF, critères WPI et SSS de l'ACR).....	106
Annexe 2 : Critères de Budapest pour le diagnostic de SDRC	111
Annexe 3 : Questionnaire DN4 de la douleur neuropathique	112
Annexe 4 : Questionnaire HAD de dépistage des troubles anxieux et dépressifs.....	113
Annexe 5 : Echelles d'évaluation de la douleur (EVA, EVS, EN, Algoplus et Doloplus).....	114
Annexe 6 : Echelles qualitatives d'évaluation de la douleur (QDSA, QCD)	117
Annexe 7 : Fiche de recueil des données	120

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACR	American College of Rheumatology
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
ALD	Affection Longue Durée
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AMPA	Association Multidisciplinaire Pour l'Antalgie
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APD	Accès Paroxystiques Douloureux
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVI	Années de Vie vécues avec une Incapacité
BPI	Bref Pain Inventory
CETD	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
CIM	Classification Internationale des Maladies
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DRC	Dictionnaire des Résultats de Consultation
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EN	Echelle Numérique
EPICOV	Epidémiologie et Conditions de vie liées au Covid-19
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ESPS	Enquête Santé Protection Sociale
EULAR	European Alliance of Associations for Rheumatology
EVA	Echelle Visuelle Analogique

EVS	Echelle Visuelle Simple
FABQ	Fear Avoidance and Beliefs Questionnaire
FODMAPS	Fermentable Oligosaccharides Disaccharides Monosaccharides and Polyols
GHS	Groupe Homogène de Séjour
GnRH	Gonadotropin-Releasing Hormone
HAD	Hospital Anxiety and Depression scale
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HIT	Headache Impact Test
IASP	International Association for the Study of Pain
ICHD	International Classification of Headache Disorders
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
NHS	National Health Service
NPSI	Neuropathic Pain Symptom Inventory
OMG	Observatoire de Médecine Générale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régionale de Santé
PISSTER	Panier d'Indicateurs Socio-Sanitaires Territoriaux
PPS	Programme Personnalisé de Soins
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SADAM	Syndrome Algo-Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur
SDRC	Syndrome Dououreux Régional Complexe

SFETD	Société Française d'Evaluation et du Traitement de la Douleur
SFMG	Société Française de Médecine Générale
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SII	Syndrome de l'Intestin Irritable
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SSS	Score de Sévérité des Symptômes
STOPNEP	STudy Of Prévalence of NEuropathic Pain
TCC	Thérapie Cognitivo-comportementale
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
QCD	Questionnaire Concis de la Douleur
QDSA	Questionnaire de Saint Antoine
QIF	Questionnaire de mesure de l'Impact de la Fibromyalgie
WPI	Widespread Pain Index

INTRODUCTION

La douleur est une des plaintes les plus fréquentes en médecine générale. Lorsqu'elle est aiguë, son rôle d'alerte est fondamental pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de bon nombre de pathologies. Lorsqu'elle devient chronique, elle perd ce rôle d'alerte et envahit progressivement toutes les sphères de la vie du patient. La douleur chronique peut alors être considérée comme une maladie en tant que telle.

Les douleurs chroniques sont un problème de santé public reconnu comme ayant des enjeux médico-socio-économiques majeurs. La douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, est depuis plusieurs années une vraie préoccupation des pouvoirs publics. Les soignants n'ont de cesse d'améliorer les pratiques afin de diminuer l'installation de la douleur et sa chronicisation.

Dans ce but, le projet « article 51 » parcours douleur chronique, mené par le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Nantes, a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients douloureux chroniques entre soins primaires et structures spécialisées douleur chronique.

Afin d'étayer le cahier des charge du projet « article 51 » parcours douleur chronique, cette thèse a pour objectif de faire un état des lieux des patients douloureux chroniques sur le territoire de l'expérimentation, incluant une description épidémiologique des patients douloureux chroniques et une évaluation de la volumétrie de patients concernés.

Une enquête préliminaire du CETD du CHU de Nantes a permis d'examiner les difficultés de prise en charge ressenties d'une centaine de médecins. Cette enquête a servi de base à la création des objectifs opérationnels du projet « article 51 » parcours douleur chronique. La connaissance de ces objectifs a permis l'élaboration d'une méthode de recueil de données socio-démographiques et médicales.

Le choix s'est porté sur la réalisation d'une « photographie » des patients vus en consultation sur un temps court d'une semaine. Le repérage des patients est réalisé par le médecin généraliste. La liste des patients douloureux est ensuite transmise à l'interne en thèse afin d'effectuer, directement dans les dossiers médicaux, le recueil des données d'intérêts. Celles-ci sont par la suite traitées de façon quantitative descriptive.

Dans un premier temps, nous définirons la douleur d'un point de vue générale. Nous reviendrons sur l'évolution de sa prise en charge avant de nous attarder sur la situation actuelle. Dans un second temps, le contexte actuel servira à justifier la méthode choisie et le déroulé de l'étude. Enfin, dans un troisième temps, les résultats de l'étude permettront l'analyse des données socio-démographiques et médicales d'intérêts et d'extrapoler sur le volume de patients potentiellement concernés par le projet « article 51 » parcours douleur chronique.

I. La douleur

1. Définitions

a. Douleur aiguë

La définition a évolué au cours du temps :

- Définition IASP (International Association for the Study of Pain) de 1979 : « sensation et expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes »,
- Définition revue en 2020 « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (1)

La douleur aiguë a une fonction biologique de protection de l'individu, elle est le signal d'alarme d'un dysfonctionnement (2).

b. Douleur chronique

La Haute Autorité de Santé (HAS) en 2008 abandonne le terme « douleur rebelle » et précise que « la douleur chronique est ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est. Elle existe dès lors qu'elle affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non. Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- persistante ou récurrente,
- durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois,
- une réponse insuffisante au traitement,
- une détérioration significative et progressive, du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile, comme à l'école ou au travail.

La douleur chronique peut être accompagnée de manifestations psychopathologiques, d'une demande insistante du patient de recours à des médicaments ou à des procédures médicales invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à soulager, d'une difficulté du patient à s'adapter à la situation » (3)

En 2012, un groupe de travail de l'IASP propose une nouvelle classification des douleurs chroniques pour la Classification internationale des maladies (CIM). La notion de douleur « qui dure au-delà de ce qui est habituel pour sa cause » devient obsolète (4). L'absence de lésion ne remet pas en cause la réalité de l'expérience douloureuse (2).

En 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a débuté une nouvelle édition de la CIM-11. Elle sera la première version à inclure la douleur chronique (à paraître en 2022) (5). La classification de la douleur chronique est élaborée par un groupe de travail de l'IASP et définit celle-ci comme une « douleur qui dure ou réapparaît pendant plus de trois mois ». Cette nouvelle classification scinde la douleur chronique en deux catégories : les douleurs primaires et les douleurs secondaires (6).

La douleur chronique primaire est considérée comme une maladie en soi. Elle est caractérisée par une incapacité ou une détresse émotionnelle ne pouvant s'expliquer par une étiologie de douleur secondaire. Ces maladies sont reconnues comme constituant un groupe de douleur chronique pour la première fois dans la CIM-11. Elles sont classées en cinq catégories :

- les douleurs diffuses de type fibromyalgie,
- le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) de type 1 (soit dans lésion neurologique),
- les douleurs primaires musculosquelettiques (cervicalgie, dorsalgie ou lombalgie chronique non spécifique),
- les céphalées chroniques primaires (migraine chronique, céphalée de tension, céphalée trigémino-autonomique, douleur temporo-mandibulaire, syndrome de la bouche brûlante et douleur oro-faciale)
- les douleurs viscérales chroniques (douleur thoracique primaire chronique, douleur épigastrique chronique primaire, troubles fonctionnels intestinaux, douleur chronique abdominale primaire, vessie douloureuse chronique, syndrome chronique pelvien)

La douleur chronique secondaire est un symptôme d'une maladie sous-jacente. Elle est classée en six catégories :

- la douleur chronique liée au cancer (due au cancer ou à son traitement)
- la douleur chronique post chirurgicale ou post traumatique
- la douleur neuropathique chronique
- les céphalées ou douleurs oro-faciales chroniques (notamment les douleurs dentaires)
- la douleur viscérale chronique secondaire
- la douleur musculosquelettique chronique secondaire

Certains de ces syndromes douloureux seront représentés pour la première fois dans la CIM-11. Cette classification prendra en compte trois domaines pour évaluer la sévérité (intensité, détresse et conséquences sur les activités de la vie quotidienne). Elle évaluera aussi la temporalité de la douleur et les facteurs psycho-sociaux (4,5).

La définition de la douleur chronique de l'enfant est différente. Il n'existe pas de définition validée au niveau international mais la douleur chronique de l'enfant semble pouvoir se définir par une douleur qui évolue depuis plus d'un mois malgré la guérison de la maladie aiguë ou du traumatisme (7). Dans cette thèse, il ne sera abordé que la douleur chronique de l'adulte.

2. Mécanismes physiopathologiques

a. Par excès de nociception

La douleur nociceptive est déclenchée par l'activation des nocicepteurs, qui sont des récepteurs périphériques, situés à l'extrémité des fibres nerveuses (au niveau de la peau, des muscles, des viscères). Cette activation est secondaire à un processus lésionnel qu'il soit tumoral, infectieux, traumatique, dégénératif, ischémique, immunologique, etc. La douleur jouera alors un rôle de signal d'alarme, persistant tant que la lésion n'est pas guérie. On peut distinguer deux mécanismes de sémiologies différentes. La douleur inflammatoire sera plutôt nocturne, améliorée par l'activité physique. Nous pouvons citer les douleurs dans la polyarthrite rhumatoïde. A l'inverse la douleur mécanique sera plutôt aggravée par les efforts physiques et améliorée par le repos. Nous pouvons citer la douleur d'une entorse.

b. Douleur neuropathique

La douleur neuropathique est causée par une lésion ou un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central. Les causes peuvent être multiples (traumatique, tumorale, vasculaire, métabolique, etc.). La douleur neuropathique est évoquée devant une sémiologie particulière. La douleur peut être spontanée, permanente (brûlure, froid douloureux, compression) ou paroxystique (décharge électrique ou coup de poignard), de fréquence et de durée variables. Elle peut aussi être provoquée soit par une stimulation normalement non douloureuse (allodynie), soit par une stimulation normalement peu douloureuse dont la réponse sera majorée (hyperpathie). Les douleurs neuropathiques peuvent être accompagnées de sensations anormales non douloureuses : paresthésie, prurit, froid, engourdissement, déficit sensitif au tact superficiel ou déficit sensitif thermo-algique.

Tableau 1 : Caractéristiques des deux principaux types de douleur (8).

	DOULEUR PAR EXCÈS DE NOCICEPTION	DOULEUR NEUROGÈNE
Physiopathologie	Stimulation des nocicepteurs	Lésion nerveuse périphérique ou centrale
Sémiologie	Rythme mécanique ou inflammatoire	Composante continue (brûlure) Composante fulgurante, intermittente (décharges électriques) Dysesthésies (fourmillements, picotements)
Topographie	Régionale, sans topographie neurologique systématisée	Compatible avec une origine neurologique périphérique (tronc, racine) ou centrale (douleur hémicorporelle)
Examen neurologique	Normal	Signes d'hyposensibilité (hypoesthésie, anesthésie) Signes d'hypersensibilité (allodynies)

c. Douleur nociplastique

La douleur nociplastique est une appellation nouvellement proposée par l'IASP. Elle est caractérisée par une perturbation du traitement et du contrôle de la douleur par le système nerveux central. Il s'agit d'un déclenchement de la nociception malgré l'absence de lésion tissulaire, de maladie ou de lésion. Ce type de dysfonctionnement conduit notamment une douleur spontanée, une hyperalgésie ou une allodynie. On peut citer par exemple : la

fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable et le syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM).

d. Autre terminologie

Les termes de « douleurs psychogènes », « somatoformes », « fonctionnelles », « dysfonctionnelles », « non spécifiques », etc. sont abandonnés. (4).

3. Les composantes de la douleur

a. Les quatre composantes de la douleur

i. La composante sensori-discriminative

La composante sensori-discriminative permet le décodage de la douleur pour en définir ses principales caractéristiques. Il s'agit des mécanismes neurophysiologiques capables de définir la douleur en termes de qualité (brûlure, électricité, torsion, etc.), de durée (brève, continue, paroxystique, etc.), d'intensité et de localisation. La description de la douleur peut être parfois imprécise, notamment pour les douleurs viscérales profondes.

ii. La composante affectivo-émotionnelle

La composante affectivo-émotionnelle permet de ressentir la perception désagréable de l'expérience douloureuse. Cette perception sera modulée par l'état émotionnel et le contexte de survenue de la douleur. Cette composante peut être modulée par des facteurs internes tel qu'un trouble de la personnalité ou un trouble de l'humeur préexistant. Elle peut aussi l'être par des facteurs externes comme l'incertitude concernant l'évolution de la maladie.

iii. La composante cognitive

La cognition regroupe l'ensemble des processus mentaux donnant du sens à la perception douloureuse. Elle détermine l'attention portée à la douleur, l'interprétation que le patient en fait, ainsi que les décisions et les comportements qui en découleront. Elle est

influencée par la perception émotionnelle que le sujet a de sa douleur. Elle dépend également des expériences passées du patient et du contexte socio-culturel dans lequel il évolue.

Il peut exister des distorsions cognitives altérant l'interprétation et la réaction comportementale face à cette douleur. On peut citer comme exemple : l'appréhension de la douleur qui peut entraîner une hypervigilance.

D'après la psychiatre Eliane Ferragut, il existerait un profil psychologique particulier du patient douloureux chronique, dont la « fragilité narcissique apparente ou masquée » expliquerait le développement de la pathologie douloureuse (9).

Certaines références évoquent aussi des formes de cognition pouvant participer à la mise en place de la douleur chronique, c'est le cas notamment de la tendance au catastrophisme (croyances négatives quant à l'évolution de la maladie) ou de la pensée dichotomique (pensées en « tout ou rien »).

Il est important de noter également que la douleur elle-même va modifier la cognition du patient, en altérant sa mémoire et sa flexibilité mentale. Plus la cognition du patient est ainsi altérée, plus il existe un terrain propice à la chronicisation de la douleur et aux difficultés de prise en charge.

iv. La composante comportementale

La composante comportementale regroupe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales en réaction à la douleur. Elle comporte les postures antalgiques, les plaintes verbales, les mimiques, etc. La réaction à la douleur se fait en fonction des apprentissages et de l'environnement familial et ethnoculturel du sujet.

La composante comportementale va aussi assurer une fonction de communication avec l'entourage du patient. Le patient peut rechercher par ses comportements une certaine compassion de la part de ses proches, on parle de renforcement positif mettant la douleur au centre de la dynamique systémique. A l'inverse, d'autres comportements peuvent l'isoler du milieu socio-familial, en l'éloignant de ses responsabilités et en restreignant ses activités. Les différents comportements du patient entraînent parfois un épuisement des aidants.

Les différentes composantes de la douleur permettent de comprendre que des patients souffrant d'une douleur semblable d'un point de vue physiopathologique ne se comportent pas tous de la même manière.

b. Influence des facteurs externes

Au croisement de ces quatre composantes qui régissent le fonctionnement interne du sujet, les paramètres externes ne sont pas à négliger. Il est important de prendre en compte les facteurs socio-éducatifs qui peuvent interférer avec la prise en charge.

Le contexte culturel peut jouer un rôle dans le développement ou le maintien d'un phénomène douloureux. La stimulation douloureuse semble ressentie de manière identique quel que soit l'origine ethnique du patient. Cependant l'éducation et les apprentissages, dépendantes du contexte ethnoculturel, peuvent influencer sur l'expression et le vécu de celle-ci.

La profession peut être une des causes de la douleur (métiers physiques contraignants). L'absence d'alternative professionnelle peut entraver son amélioration. Cette contrainte est directement liée au bas niveau socio-éducatif et à la précarité de l'emploi. De plus, la présence d'une douleur chronique a un coût (frais de santé, absentéisme professionnel) qui sera plus ou moins acceptable selon le niveau social du patient et la présence ou non d'une couverture médicale (sécurité sociale et assurance complémentaire).

Certaines difficultés professionnelles (litige avec l'employeur, non valorisation du travail, relations conflictuelles avec la hiérarchie ou les collègues) risquent d'empêcher les changements nécessaires à l'amélioration de la prise en charge (aménagement du temps de travail, modification du poste, etc.). Ces difficultés peuvent également être d'ordre administratives (arrêts de travaux répétés ou prolongés, déclaration en invalidité, reconnaissance d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle) et impacter l'évolution de la maladie. Ainsi le questionnement autour des bénéfices secondaires attendus doit aussi être une des étapes de la prise en charge.

La prise en charge de ses différentes composantes est importante. La notion de « Total Pain » développée en 1967 par C. Saunders permet d'appréhender ce concept de douleur globale. Ainsi il est nécessaire de prendre en compte chacun des facteurs entrant en jeu dans le processus douloureux (physique, émotionnel, social, spirituel), car si l'un d'eux n'est pas intégré à la prise en charge, alors la douleur ne sera pas soulagée (10).

La prise en charge du patient dans sa globalité permet de tendre vers une adhésion thérapeutique, c'est-à-dire un comportement adapté et actif de la part du patient qui œuvre pour atteindre les objectifs définis conjointement entre lui et le professionnel de santé (10).

L'un des objectifs de la prise en charge est de lui permettre de reprendre ses activités habituelles notamment en le rendant acteur de ses soins, afin de gérer sa douleur au quotidien de manière autonome. Cette étape passe par l'éducation thérapeutique (11).

4. Histoire de la douleur

a. Origine étymologique

Le mot douleur vient du latin *dolor (oris)* qui signifie à la fois une souffrance physique ou morale, ainsi que l'expression de cette souffrance. Le verbe français dérivant du latin *doleo* signifiant souffrir, ressentir de la douleur est tombé en désuétude (« douloir » ou « se douloir »). L'adjectif dérivé « dolent » signifie celui qui est affecté d'une souffrance physique ou celui qui exprime de la douleur. Il en est dérivé le terme familier « dolent » qui signifie geignard ou pleurnichard, le verbe « endolorir » qui signifie rendre douloureux et le participe adjectif « endolori » qui éprouve de la douleur (12).

Parallèlement à cela, on peut aussi analyser le terme *patior, pati* qui reprend la notion de souffrance et d'endurance. Il en découlera les termes « patient » (de *patienta*) qui signifie l'art de supporter et de subir ; et « pâtir » qui signifie souffrir, éprouver de la peine (12).

b. La douleur à travers les âges

Le principe de « Gate Control » énoncé en 1965 par Melzac et Wall, qui veut que la stimulation tactile des grosses fibres nerveuses inhibe la réponse douloureuse due à la stimulation des petites fibres nerveuses, semble avoir été acquis bien avant son explication scientifique. En effet cette notion semble faire partie d'une fonction instinctuelle « animalière » qui amène à frotter, lécher ou refroidir une zone blessée pour en atténuer la douleur (13). On peut également citer l'analogie de description entre le « Gate Control » moderne et la citation du Corpus Hippocratique, publié en 280 avant JC : "de deux douleurs simultanées mais non dans le même lieu, la plus forte obscurcit l'autre".

La douleur est un concept dont la définition et la prise en charge ont évolué en fonction des époques. Les croyances autour de celle-ci sont différentes en fonction des cultures. Des premières traces de pratiques antalgiques préhistoriques à l'antalgie moderne, la douleur a de tout temps été une vaste mission pour le soignant et le scientifique.

Il existe peu d'informations concernant la prise en charge de la douleur à la Préhistoire. On peut imaginer que la douleur devait être comprise comme un phénomène surnaturel. Néanmoins des capsules de pavot datant de 3100 avant JC ont été retrouvées en Suisse et en Espagne (14), on peut supposer leur utilisation médicinale.

Le pavot est cité tout au long de l'histoire comme étant un puissant antalgique, de ses capsules préhistoriques à aux antalgiques modernes à base d'opium, en passant par sa description dans l'Odyssée d'Homère comme antalgique durant les guerres vers 850 avant JC.

Dans l'antiquité, quelques soient les civilisations, on retrouve des traces de traitements antalgiques rudimentaires. Ainsi en étudiant l'Amérique précolombienne, on retrouve des traces de cette activité chez les différents peuples. Chez les aztèques, on retrouve des traces de bains de vapeur pour le traitement des douleurs rhumatismales (13,14). Chez les Incas, on retrouve des traces de cocaïne dans les cheveux de momies et des descriptions de son usage dans des gravures.

Dans l'Egypte ancienne, il existait une vaste pharmacopée (13). On peut citer par exemple : la scopolamine utilisée dans les troubles du sommeil et en obstétrique, les dérivés de pavot, et le cannabis (14). Celui-ci aurait été retrouvé dans de nombreux tombeaux de pharaons. Le papyrus d'Ebers (1600 avant JC) rapporte une formule à base de pavot censée soulager l'insomnie, les maux de tête et certaines douleurs.

Dans la Chine ancienne, on retrouve des traces d'acupuncture et de moxibustion (plante brûlée au contact d'une zone douloureuse), associée à une pharmacopée de 365 plantes sous l'empereur Chen Nong en 2800 avant JC (13,14).

Dans l'Inde ancienne, la pharmacopée était également très importante. On peut citer le gingembre, l'opium, la guimauve et la résine de cèdre dans le traitement local des douleurs. Des recettes étaient connues pour apaiser les douleurs : le Kushta et le breuvage Soma (14).

Dans la Grèce antique, on peut citer plusieurs découvertes d'importance. Au Ier siècle, le médecin Andromaque préparait un mélange de plantes nommé Thériaque permettant de soigner notamment les douleurs. Cette Thériaque est retrouvée jusqu'à la Pharmacopée

française de 1866 (14). Au II^e siècle, Galien décrit le circuit de la douleur, impliquant trois conditions indispensables (l'organe recevant l'information extérieure, la voie de transmission et le centre organisateur qui traite et transforme l'information). Cette description sera la base des recherches autour de la douleur au cours des siècles. Dans son livre *De Materia medica*, Galien décrit plus de 900 remèdes à base de plantes, certaines étant décrites dans le traitement de la douleur (grande cigüe, belladone, mandragore, morelle, etc.). Il décrit également différentes méthodes de préparation et d'utilisation en fonction de l'effet recherché (14). Plus tard, on retrouve l'écorce de saule (précurseur de l'aspirine) dans le traitement des douleurs vers 460 avant JC (13).

Le Moyen-Age constitue une période critique pour la médecine et le traitement des douleurs. La religion chrétienne, souvent en opposition avec la médecine, tient une place importante à cette période. La douleur est perçue comme une rédemption des fautes commises et la lutte contre celle-ci peut parfois être considérée comme de la sorcellerie. Les recherches évoluent peu durant cette période. On continue d'appliquer les concepts de Galien (14).

A la renaissance (XV^e au XVII^e siècle), la religion et la médecine se détachent progressivement, mais l'idée que la douleur est une expérience individuelle permettant d'atteindre la vie éternelle reste répandue (14). Néanmoins, les recherches médicales avancent. Ambroise Paré reprend les concepts de Galien. Les nombreux conflits armés de cette époque, avec l'apparition des armes à feu, modifient les traumatismes et leurs traitements. Ambroise Paré prône les traitements chirurgicaux conservateurs avec le nettoyage et le parage des plaies afin d'améliorer la survie. Malheureusement les douleurs intenses provoquées par ses techniques limitent leur accès. Le Vitriol ou éther, découvert au XII^e siècle, devient d'utilisation courante au XVI^e siècle pour ses propriétés anesthésiantes. En parallèle le développement de techniques chirurgicales telles que la ligature extrême permet de limiter les douleurs dues aux amputations. Malgré le développement de nouveaux traitements et l'essor de la pharmacopée, les techniques ancestrales (saignées, purgations, scarifications, etc.) perdurent (14).

A l'âge classique (XVII^e au XVIII^e siècle), les découvertes se poursuivent. Le Laudanum (mélange d'alcool, de clou de girofle, d'opium, de safran et de cannelle), préparation découverte par l'anglais Sydenham, s'ajoute à la panoplie du traitement de la douleur. En 1665, l'injection intra-veineuse de cette préparation permet la première anesthésie (14).

Au siècle des Lumières (XVIII^e siècle), la douleur est considérée comme le sixième sens car elle avertit le corps. On pointe le manque de classification et de description des douleurs et

des maladies. Le médecin est alors tenu d'analyser son patient dans sa globalité, afin d'en obtenir le maximum d'informations utiles à son diagnostic. Ce sont les prémices de la prise en charge globale. On s'appuie toujours sur les préceptes de Galien. On associe le cerveau (siège de l'âme) au traitement de l'information sensitive et douloureuse. On commence à tester des nouveautés telles que l'électricité médicale tout en reprenant des techniques oubliées telles que l'acupuncture (14).

Au XIXe siècle, les guerres permettent une nouvelle fois d'améliorer la médecine. On commence à décrire des douleurs chroniques et neuropathiques. En 1802, Chaussier décrit la névralgie. Les traitements à base d'actions anti-inflammatoires (la diète ou la saignée) et d'antispasmodiques (l'éther ou le camphre) s'avèrent impuissants (14). L'opium reste une des substances les plus utilisées, provoquant les premiers cas de vrais pharmacodépendances. Cette alcaloïde prendra l'appellation « morphine » en 1817 par le pharmacien Sertürner. L'essor de la chimie permettra d'en obtenir plusieurs formes de sels différents. A cette époque, la morphine est bien sûr utilisée contre les douleurs mais aussi contre les palpitations, les agitations, la toux et en psychiatrie. En 1845, la première législation sur les stupéfiants est établie (14).

De nouveaux procédés voient le jour. On peut citer l'utilisation des gaz stupéfiants avec la découverte du protoxyde d'azote en 1799 par Humphry Davy, mais également l'éthérisation dès 1817 avec la création d'appareil d'inhalation continue avec renouvellement de l'air. On travaille beaucoup la feuille de coca, et la cocaïne son dérivé, afin d'en tirer plusieurs molécules antalgiques. On pointera rapidement ses effets d'accoutumance. En 1870, des travaux sur les anti-inflammatoires proposent la colchique comme traitement de la goutte (14).

La fin du XIXe siècle est marquée par la découverte de l'aspirine, synthétisée en 1852 par Gerhardt mais purifiée et stabilisée en 1897 par Hoffman sous forme d'acide acétylsalicylique. La découverte du Paracétamol marque la fin du XIX. Morse en développe la première forme, mais celle-ci n'aura pas la renommée qu'on lui connaît aujourd'hui. Il faudra attendre 1948 pour que sa forme acylée donne le Paracétamol que nous connaissons aujourd'hui. Il sera commercialisé en France en 1957 (14).

Au XXe siècle, de nouveaux antalgiques continuent de voir le jour, pour tendre à l'éventail thérapeutique que nous connaissons aujourd'hui. L'utilisation d'antidépresseurs et d'antiépileptiques dans le traitement de la douleur devient de pratique courante (14).

Les morphiniques sont réglementés au début du XXe siècle, notamment avec leur délivrance par les médecins et les pharmaciens et la fermeture des bars à opium en 1908 (14).

En parallèle, la description médicale des maladies et leur classification s'affinent. En 1953, l'anesthésiste Bonica émet l'idée que la douleur pouvait être considérée comme une maladie en elle-même du fait du développement de douleurs chroniques chez les anciens combattants des deux guerres mondiales. C'est le début de la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique (14).

c. La prise en charge de la douleur en France

L'IASP est créé en 1974. Il donne la première définition de la douleur en 1976 (14).

Les premières structures d'évaluation et de traitement de la douleur voient le jour en 1975 (7), principalement sur des initiatives locales.

En 1979, le code de déontologie médicale énonce pour la première fois l'obligation faite au médecin de prendre en compte la douleur de son patient et de la soulager (Article 20 du code de déontologie des médecins). Dans le code de déontologie de 2006, il est stipulé « le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par les moyens appropriés à son état et l'assister moralement » (14).

En 1986, l'OMS réalise la première classification des antalgiques, qui sera actualisée en 1996, avec la création des trois paliers antalgiques. Cette classification est établie initialement pour aider à leur prescription dans le cadre des douleurs chroniques avec une notion d'escalade thérapeutique en réponse à une aggravation de la douleur (on passe au palier supérieur quand la douleur n'est pas soulagée par le précédent). Cette même année, l'OMS définit également la douleur chronique comme étant une douleur qui dure de 3 à 6 mois (14).

En 1994, les premiers textes réglementaires encadrant la prise en charge de la douleur voient le jour (7). Des recommandations de bonnes pratiques sont mis en œuvre, celles-ci sont régulièrement actualisées. Les dernières datent de 2008 par la HAS.

La douleur, notamment la douleur chronique, devient une préoccupation ministérielle à partir de la fin des années 90. Trois plans de lutte contre la douleur se sont succédés depuis la fin du XXe siècle. Entre 1998 et 2002, le premier plan ministériel (Bernard Kouchner) avait pour objectif le développement de la formation des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur afin de créer une vraie culture de la lutte contre la douleur. Ce premier plan proposait aussi le financement des structures multidisciplinaires. Cette première étape a

permis une prise de conscience sur le manque de moyens accordés à la prise en charge des « douleurs rebelles ». Le second plan ministériel, entre 2002 et 2005, prévoyait d'organiser la prise en charge autour de ces structures multidisciplinaires. La loi du 4 mars 2002, relative au droit des malades et à la qualité des soins, entérine l'importance de la prise en charge de la douleur. L'accent était mis sur son amélioration dans les soins de fin de vie. Entre 2006 et 2010, le troisième plan proposait une meilleure structuration de la filière de santé pour faciliter l'accès à ces structures spécialisées (15). Les recommandations HAS de 2008 (pour la reconnaissance du syndrome douloureux chronique) et de 2009 (concernant les aspects organisationnels) encadrent la prise en charge de la douleur chronique (3,16). L'évaluation du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) du troisième plan de lutte contre la douleur en 2010 permet de forger la base d'un quatrième plan (17). Celui-ci devait être mis en place entre 2013 et 2017, mais n'a malheureusement pas vu le jour. Il s'organisait autour de 3 axes : l'évaluation de la douleur, avec un notamment un travail autour de la communication ; la sensibilisation des acteurs de premiers recours et les soins au domicile (18–20). Les préconisations du HCSP proposaient ce quatrième plan autour de quatre principes et autour de six axes de recommandation (17). Malgré l'absence de ce quatrième plan, en 2016, la loi pour l'amélioration du système de santé plaçait à nouveau la lutte contre la douleur comme priorité ministérielle (7).

Tableau 2 : Plans ministériels de lutte contre la douleur (17,21–23)

1 ^{er} plan (1998-2002) : 3 axes	Développement de la formation des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> - module de formation obligatoire dans le 2^e cycle des études médicales - formations aux paramédicaux (kinésithérapeutes et infirmiers) - formation continue - diplôme universitaire et capacité
	Développement de la lutte contre la douleur dans les structure de santé et les réseaux de soins	<ul style="list-style-type: none"> - structure anti-douleur - recommandations de bonnes pratiques - prescription de morphinique sur une ordonnance sécurisée et allongement de la prescription de 7 à 28 jours
	Prise en charge de la demande du patient et l'information au public	
2 ^e plan (2002-2005) : 5 objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - associer les usagers (meilleure information) - accès aux structures spécialisées, augmentation du nombre de professionnels de santé - formation 	<p>Priorités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - douleurs provoquées par les soins - douleurs de l'enfant - prise en charge de la migraine

	<ul style="list-style-type: none"> - démarches de qualité dans les établissements de soins - rôle de l'infirmier dans la prise en charge de la douleur provoquée 	
3 ^e plan (2006-2010) : 4 axes	Structuration de la filière de soin	<ul style="list-style-type: none"> - accès aux structures douleurs - prise en charge en réseau
	Prise en charge de la douleur chez les personnes vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> - enfants – adolescents - handicap - personnes âgées - fin de vie
	Amélioration de la formation initiale et continue	<ul style="list-style-type: none"> - DESC de douleur et de soins palliatifs
	Utilisation plus efficiente des traitements	Médicamenteux et non médicamenteux
4 ^e plan (2013 – 2017) : non mis en œuvre	<p>4 principes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - consolider et approfondir les plans précédents sur deux domaines : douleurs provoquées et douleur chronique - passer d'une prise en charge centrée sur l'hôpital à une offre de qualité dans les soins de ville - prêter une attention forte aux personnes « dyscommunicantes » 	<p>6 axes de recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - poursuite de la structuration de l'offre de soins, notamment en milieu extrahospitalier - la formation et la sensibilisation des professionnels de santé - l'information du public - l'attention aux enfants, adolescents, personnes âgées, handicapées, psychiatriques - amélioration des connaissances

	(nouveaux nés, jeunes enfants, malade en réanimation, pathologies psychiatriques, polyhandicapées, démences) - élaborer et conduire le futur plan	- amélioration de la gouvernance
--	--	----------------------------------

5. Cadres nosologiques

La « nosologie » est une branche de la médecine qui étudie la classification des maladies.

a. Migraines et céphalées

L'International Classification of Headache Disorders (ICHD) classe les céphalées en trois groupes (24) :

- Les céphalées primaires dont le diagnostic est clinique et fondé sur les critères ICHD 3. Elles sont bénignes mais peuvent avoir un retentissement important sur la qualité de vie.
- Les céphalées secondaires, moins fréquentes, de symptomatologies diverses et d'étiologies parfois graves.
- Les névralgies faciales et crâniennes que l'on peut scinder en deux sous catégories : les névralgies essentielles et les névralgies secondaires

Parmi les céphalées primaires, on peut citer : la migraine, la céphalée de tension épisodique, l'algie vasculaire de la face et la névralgie essentielle du trijumeau.

La **migraine** se caractérise par des crises douloureuses unilatérales ou bilatérales, d'une durée de 4 à 72 heures, habituellement hémicrânienne ou orbito-temporale. Elle peut être pulsatile ou continue. Elle peut être associée à des nausées, une phono ou photophobie. Les douleurs sont modérées à sévères et sont aggravées par les activités physiques.

La migraine peut être précédée d'une aura signalant l'arrivée d'une crise. L'aura est un symptôme neurologique s'installant progressivement. Typiquement l'aura peut-être un trouble visuel (scotome scintillant), un trouble sensitif (paresthésies unilatérales) ou plus rarement un trouble du langage. Pour un même patient, l'aura sera de même type pour toutes les crises.

La migraine sans aura peut aussi être précédée de signes annonciateurs. Ces prodromes ne seront pas neurologiques et pourront prendre diverses formes (asthénie, irritabilité, faim, etc.). La survenue de symptômes neurologiques chez un migraineux habituellement sans aura ou la modification de l'aura doivent être des signes d'alerte.

Il peut exister des migraines chroniques si elles surviennent au moins quinze jours dans un mois sur une durée de plus de trois mois.

Le traitement de la migraine comporte le traitement de la crise avec des antalgiques, des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou des triptans. On y associe parfois un traitement de fond en cas de retentissement sur la qualité de vie ou de consommation accrue du traitement de crise. On peut citer par exemple : le Propranolol, l'Amitriptyline ou le Topiramate.

La **céphalée de tension épisodique** se caractérise par des douleurs bilatérales en casque ou en bandeau, à type de pression, de durées extrêmement variables (de quelques minutes à plusieurs jours). L'intensité de la douleur est faible à modérée et l'activité physique peut améliorer la douleur. La céphalée de tension sera décrite comme chronique si sa fréquence dépasse plus de 15 jours par mois sur une durée de plus de trois mois.

Le traitement de la céphalée de tension repose sur le traitement de crise avec des antalgiques et des AINS. On y associe parfois un traitement de fond en cas de retentissement important sur la qualité de vie. On peut citer : l'Amitriptyline, la Gabapentine ou certains anti-dépresseurs comme la Venlafaxine ou la Duloxétine.

L'**algie vasculaire de la face** se caractérise par des douleurs orbito-temporales unilatérales évoluant par crises uni ou pluriquotidiennes d'une durée de 15 à 180 minutes. Ces douleurs sont caractérisées comme des broiements ou un arrachement d'intensité très sévère, accompagnées de signes végétatifs tel qu'un larmoiement homolatéral.

Le traitement de l'algie vasculaire de la face repose sur le traitement de crise grâce à du Sumatriptan injectable et une oxygénothérapie nasale. On propose également un traitement de fond par Vérapamil.

La **névralgie essentielle du trijumeau** se caractérise par des douleurs sur un des territoires du trijumeau, de manière unilatérale, évoluant en crises pluriquotidiennes. La douleur est très brève (quelques secondes à deux minutes), à type de décharge électrique.

Il existe également d'autres névralgies essentielles

- **névralgie du glossopharyngien** provoquant des douleurs de la base de la langue et du conduit auditif externe
- **névralgie d'Arnold** provoquant des douleurs de l'occiput au vertex sur le trajet du nerf C2

Leur traitement de fond repose sur un antiépileptique, la Carbamazépine. Il peut parfois être proposée des solutions chirurgicales ou des infiltrations d'anesthésiques.

b. Syndromes douloureux dysfonctionnels dont la fibromyalgie

Toutes les douleurs ne peuvent pas être expliquées par une lésion tissulaire. Qu'elles soient organiques ou non, elles engendrent une souffrance physique mais aussi morale (25).

La fibromyalgie était une entité controversée de la douleur chronique. Les symptômes y sont riches mais les signes cliniques objectifs restent souvent pauvres. La physiopathologie est mal expliquée. Sa première description remonte au XXe siècle et est décrite comme une « douleur généralisée avec de multiples points sensibles ». Le mot « fibromyalgie » apparaît en 1976 et définit des états douloureux chroniques diffusés sans cause identifiée, d'une durée d'évolution longue et ayant un effet sur les capacités fonctionnelles. Les critères de classification de la fibromyalgie sont créés en 1990. Elle est reconnue comme une entité douloureuse par l'European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) en 2005 et par l'Académie de Médecine en 2007. Elle sera pour la première fois intégrée à la CIM-10 en 2006 (code M79-7). Les premières recommandations HAS datent de 2010.

Il existe de nombreuses hypothèses physiopathologiques. On peut évoquer : une sensibilisation centrale des fibres C et A δ due à une stimulation prolongée, une altération neuroendocrine provoquant une augmentation de la cortisol et de l'hormone de croissance, une hypothèse vasculaire provoquant l'accumulation d'acide lactique dans les tissus profonds ou encore une origine immunologique (25). Ces différentes hypothèses permettent en partie d'expliquer la perception douloureuse en l'absence de substrat organique, les perturbations

cognitives inhérentes à la pathologie, les troubles du sommeil, la fatigabilité et les altérations du fonctionnement du système nerveux autonome sympathique (hypotension orthostatique et fréquence cardiaque labile). D'autres hypothèses existent pour tenter d'expliquer le développement de la pathologie. On peut citer : la cause génétique et la cause psychologique. Ainsi, il a été décrit que si une femme est fibromyalgique, son enfant développera la maladie dans 28% des cas (25). De plus, on estime que 58 à 86% des patients souffrant de fibromyalgie présente des symptômes de dépression et 77% d'entre eux présente des symptômes d'anxiété (25).

Elle concerne plutôt les femmes que les hommes, elle débute le plus souvent entre 30 et 50 ans.

Le diagnostic de la fibromyalgie est clinique, reposant sur la description de la plainte douloureuse et de celle des autres symptômes associés. La douleur est le symptôme principal. Elle est diffuse, persistante, fluctuante en intensité et en localisation, aggravée aux efforts, au froid, à l'humidité, aux émotions, au manque de sommeil et par les gestes répétés (26). Les patients souffrant de fibromyalgie souffrent également d'asthénie dans 17% des cas (26), de troubles du sommeil dans 24% des cas (26), de dérouillage matinale, de troubles digestifs, mais aussi de vertiges, de symptômes anxiodépressifs, de symptômes dysautonomiques (notamment d'hypotension orthostatique) ou de syndrome de Raynaud (25,26). Ils décrivent également des perturbations émotionnelles, une sensibilité accrue aux stimuli extérieurs (lumière et bruit) et des troubles de l'attention et de la concentration. Ces patients sont aussi plus sensibles aux autres causes de douleurs telle que la colopathie fonctionnelle, la cystalgie à urine claire, les céphalées, les douleurs pelviennes, etc. (25,26).

Les critères de diagnostic définis en 1990 par l'American College of Rheumatology (ACR) se basent sur la présence d'une douleur diffuse de plus de 3 mois, bilatérale, au-dessus et en dessous de la taille et au niveau du squelette axial. Elle doit répondre à la pression de 11 des 18 points douloureux de Yunus (26). Ces critères ont une sensibilité de 88,4% et une spécificité de 81,1% mais restent encore controversés par leur reproductibilité imparfaite et la non prise en compte des autres symptômes (26). En 2010, Wolfe et al propose un auto-questionnaire en deux parties (évaluation de la douleur et sévérité des symptômes associés) permettant le diagnostic de la fibromyalgie, validée par l'ACR. La douleur est d'abord évaluée par un questionnaire évaluant la douleur sur 19 sites corporels, donnant ainsi un score Widespread Pain Index (WPI) de 0 à 19 points. Les autres symptômes et leur sévérité sont évalués par un deuxième

questionnaire, donnant un score SS allant de 0 à 12 points. Le diagnostic de fibromyalgie est retenu, avec une sensibilité de 88,1% (26), si les trois conditions suivantes sont remplies :

- WPI supérieur ou égale à 7 et SS supérieur ou égale à 5 ou WPI entre 3 et 6 et SS supérieur ou égal à 9
- Durée d'évolution supérieure ou égale à 3 mois
- Aucune autre cause identifiable.

Il convient tout de même de s'assurer de l'absence de diagnostic différentiel avec la réalisation d'examens complémentaires radiologiques et biologiques. La biologie sanguine recherche notamment un syndrome inflammatoire, une élévation des enzymes musculaires et une altération du bilan hépatique ou thyroïdien, une anomalie de la ferritinémie, de la vitamine D, de la calcémie ou de la phosphorémie, et recherche la présence d'un facteur rhumatoïde ou d'anticorps anti-nucléaires (26). La normalité de ces examens permet d'orienter vers la fibromyalgie.

L'objectif du traitement est de soulager les symptômes. Le Questionnaire de mesure de l'Impact de la Fibromyalgie (QIF) aide le médecin à apprécier l'évolution de la pathologie.

L'éducation thérapeutique du patient est primordiale, elle permet l'apprentissage de la gestion autonome de la douleur, des traitements, des activités, afin d'adapter son mode de vie à la pathologie. Des traitements non pharmacologiques sont à privilégier. On peut citer : la psychothérapie, la kinésithérapie, l'acupuncture et l'hypnose. Les traitements pharmacologiques visent une diminution des douleurs vers un seuil compatible avec une vie normale. Il existe différentes classes thérapeutiques : antalgiques, antidépresseurs, anti épileptiques, etc.

L'ensemble de ces éléments (points douloureux de Yunus, QIF et critères WPI et SSS) sont disponibles en **annexe 1**.

c. Syndromes douloureux régionaux complexes

Le SDRC correspond à deux types de pathologies : le SDRC de type 1 (anciennement appelé algodystrophie ou dystrophie sympathique réflexe), sans lésion nerveuse et le SDRC de type 2 pouvant être attribué à une lésion de nerf périphérique.

La physiopathologie reste mal connue avec une hypothèse prédominante de dysfonctionnements neurologiques à divers niveaux (périphériques, médullaires, cérébraux). Le SDRC fait suite à un traumatisme dans la moitié des cas environ (27). La sévérité du traumatisme ne semble pas déterminer la survenue ou non du SDRC et bon nombre de ceux-ci sont développés après des traumatismes mineurs (une entorse par exemple). Les prises en charge chirurgicales semblent toutefois favoriser la survenue de cette pathologie. Le délai entre le traumatisme et de début des symptômes de SDRC est variable (de quelques jours à quelques semaines). Le SDRC peut également survenir après une cause non traumatique. On peut citer de manière non exhaustive : l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, une cause infectieuse et l'envahissement néoplasique. Dans 10% des cas, il n'existe pas de facteur causal retrouvé.

Le diagnostic est posé sur une série de critères précis nommés critères de Budapest (**Annexe 2**). Le tableau clinique est dominé par une douleur régionale continue, spontanée ou provoquée, qui paraît disproportionnée en intensité ou en durée par rapport à l'évolution attendue de l'évènement déclencheur, et ne correspondant pas à un territoire nerveux périphérique. La douleur est associée à des signes cliniques inconstants et variables dans le temps. Au niveau sensitif, le patient peut décrire une hyperalgésie ou une allodynie. Au niveau sudomoteur, il existe un œdème et une asymétrie de la sudation par rapport au côté sain. Au niveau vasomoteur, il existe une asymétrie de la température et de la couleur cutanée. Enfin au niveau trophique, il existe une diminution de la mobilité et des amplitudes articulaires. Il peut également exister une faiblesse du membre, des tremblements ainsi que des troubles trophiques (peau, ongles, poils).

Classiquement, l'évolution du SDRC se fait en deux phases, d'abord la phase « inflammatoire » avec un tableau arthritique (douleur, raideur, chaleur locale et retentissement fonctionnel) puis la phase dite « froide » avec des troubles trophiques et des rétractations capsuloligamentaires. L'évolution ne passe pas obligatoirement par ces deux phases.

Le diagnostic est essentiellement clinique mais peut s'appuyer sur des examens complémentaires. Il n'existe pas d'anomalie biologique associée. Les radiographies peuvent déceler des signes, quelques semaines après l'apparition des premiers symptômes, avec une déminéralisation mouchetée respectant les interlignes articulaires. La scintigraphie osseuse peut montrer une hyperfixation locorégionale caractéristique mais non spécifique. Celle-ci est en générale plus précoce que les anomalies radiographiques. Il peut également exister des hypofixations en scintigraphie osseuse. L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) est désormais l'examen de référence et permet de montrer de manière précoce un œdème

magnétique régional caractérisé par un hyposignal T1 et un hypersignal T2 et STIR. Cependant il peut exister des SDRC à IRM normale notamment dans le cas des SDRC en phase « froide » d'emblée.

Aucun médicament n'a d'AMM dans cette indication en France, il n'existe pas de prise en charge consensuelle. Néanmoins des recommandations professionnelles ont été publiées en 2018 (28). Le traitement associe une rééducation fonctionnelle adaptée aux phases chaudes et froides, permettant le maintien d'une activité, à une antalgie de niveau adaptée. Il peut être proposé une neurostimulation électrique transcutanée (TENS).

Le SDRC de type 1 se rencontre principalement à l'âge adulte avec une prédominance féminine (3 femmes pour 1 homme), il reste exceptionnel chez l'enfant et l'adolescent. Il existe des facteurs de risque décrits comme la présence d'un diabète ou d'une dyslipidémie (29) et d'autres plus controversés comme la présence d'un profil psychologique anxiodépressif favorisant.

L'évolution favorable dans 90% des cas (27), mais peut être prolongée de 12 à 24 mois. Plus rarement, l'évolution est plus longue avec des douleurs persistantes pendant plusieurs années, associées à des troubles trophiques et des rétractions aponévrotiques.

d. Douleurs neuropathiques

Les douleurs neuropathiques sont appelées « de désafférentation ». Elles traduisent un défaut d'inhibition lié à des lésions du système nerveux périphérique ou central. Les centres du contrôle de la douleur sont altérés. La douleur est ressentie en l'absence d'agression, spontanément ou par des stimulations normalement indolores. Il peut être associé des troubles sympathiques (trophiques, vasomoteurs, sudoraux). Les douleurs neuropathiques peuvent se présenter sous deux aspects sémiologiques. Il peut s'agir de douleurs fulgurantes, intermittentes, brèves en éclair ou bien de douleurs permanentes telles que des sensations de brûlure ou de striction, siégeant sur un territoire volontiers hypoanesthésique, le plus souvent distal (30).

Le diagnostic clinique est basé sur la description du phénomène douloureux, aidée du questionnaire DN4 (**Annexe 3**). Si le score est égal ou supérieur à 4/10, il permet d'attester la composante neuropathique avec une sensibilité à 82,9% et une spécificité à 89,9% (31).

Les douleurs neuropathiques sont des pathologies sévères d'évolution longue. La durée et l'intensité des douleurs sont plus intenses que les personnes souffrant de douleur chronique sans composante neuropathique (32). On compte une majorité de lombo-sciatique et de névralgie cervico-brachiale (7) mais les étiologies sont multiples.

Concernant les douleurs neuropathiques périphériques, on peut les classer par ordre de fréquence. De façon très fréquente, on observe les radiculopathies (hernie discale, canal lombaire étroit, radiculopathie séquellaire après une chirurgie, etc.), les lésions nerveuses post opératoires ou post traumatiques (douleurs post thoracotomie, douleurs post mastectomie, etc.), les syndromes canaux (syndrome du canal carpien entre autres) et les neuropathies diabétiques. De façon fréquente, on observe les douleurs post zostériennes, les plexites radiques post radiothérapie (notamment après les traitements du cancer du sein), les neuropathies chimio-induites (notamment aux sels de platine), les douleurs associées au cancer (cf. infra), les neuropathies du SIDA et les neuropathies alcooliques. De façon plus anecdotique, on peut citer les neuropathies dans le cadre de maladie de système ou de pathologies endocriniennes (syndrome de Goujerot Sjögren, hypothyroïdie, etc.), les carences vitaminiques (notamment B1 et B12), les neuropathies médicamenteuses, les neuropathies toxiques (notamment aux organophosphorés) et les maladies génétiques (comme la maladie de Fabry) (30).

Concernant les douleurs neuropathiques centrales, on peut citer les accidents vasculaires cérébraux (AVC) comme principale cause. De façon fréquente, on retient également les lésions médullaires traumatiques et la sclérose en plaque. De façon anecdotique on peut évoquer la syringomyélie, les autres lésions médullaires atraumatiques (tumeurs et lésions vasculaires) et enfin les autres causes de lésions cérébrales hors AVC (30).

Il existe plusieurs classes de traitements dans les douleurs neuropathiques. On peut nommer les antidépresseurs tricycliques ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (33). Actuellement le traitement est basé en première intention sur les antiépileptiques de nouvelle génération avec la Prégabaline et la Gabapentine, qui ont une action modulatrice sur les canaux calciques membranaires impliqués dans l'activité neuronale anormale (30). Dans certains cas, on peut également utiliser des emplâtres de lidocaïne, dont l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) ne concerne que les douleurs post zostériennes (30,33).

Lorsque les douleurs sont rebelles au traitement médicamenteux, on peut également proposer des techniques de neurostimulation. La stimulation peut se faire en différents endroits

du système nerveux. On peut citer la neurostimulation transcutanée (TENS), la stimulation médullaire ou la stimulation du cortex moteur.

e. Douleurs rhumatologiques (hors rachialgie)

Les douleurs rhumatologiques forment un cadre nosologique vaste et hétérogène. On peut classer ses pathologies en pathologie traumatique et atraumatique. Les pathologies traumatiques sont multiples. On peut citer : l'entorse et la fracture. Leurs circonstances de survenue sont variées. Leur traitement dépend de l'étiologie précise du traumatisme. Les conséquences de leur survenue peuvent entraîner des douleurs chroniques, c'est le cas du SDRC (cf. supra). Les pathologies atraumatiques sont également nombreuses. Parmi toutes les étiologies de douleurs rhumatologiques atraumatiques, nous pouvons détailler plusieurs causes fréquentes.

L'**arthrose** est une maladie ostéoarticulaire très fréquente. Il s'agit d'une pathologie dégénérative touchant principalement le rachis, les genoux, les hanches et les mains (27). Elle affecte le cartilage articulaire, puis la membrane synoviale et l'os sous chondral. Elle affecte les articulations en cas d'excès de contraintes mécaniques mais aussi en cas d'excès de production de médiateurs de l'inflammation au niveau locale. Le cartilage n'est pas innervé, la douleur arthrosique est donc un phénomène complexe qui fait entrer en jeu tout le système synovial. Il existe des facteurs de risques au développement de l'arthrose. On peut citer : l'âge, le surpoids, l'hérédité, le sexe féminin, l'excès des contraintes mécaniques tels que les ports de charge lourdes ou les microtraumatismes répétés (27). Le diagnostic est fondé sur série d'arguments clinique (localisation de la douleur, horaire mécanique, raideur), associé à un retentissement fonctionnel progressif. La radiographie montre alors un pincement localisé au niveau de l'interligne articulaire, la présence d'ostéophytose marginale (excroissance osseuse en regard de l'articulation), la présence d'une ostéosclérose condensante (condensation osseuse) et la formation de géodes (lacune en regard de la zone de pincement maximal). Il n'existe pas de concordance radio clinique stricte, ainsi une atteinte radiologique importante ne présume pas de l'intensité des douleurs. L'évolution sera variable d'un individu à l'autre. Le traitement sera pharmacologique avec une antalgie de palier adapté, mais aussi non pharmacologique avec l'activité physique adaptée et l'éducation thérapeutique du patient. Le traitement médical pour s'appuyer sur la réalisation d'infiltrations de la zone douloureuse. Parfois un traitement chirurgical pourra être proposé en fonction de la localisation de l'atteinte et de son retentissement fonctionnel.

Les **rhumatismes inflammatoires chroniques** sont une entité à part des douleurs rhumatologiques. Les étiologies sont multiples. On peut citer : le Lupus érythémateux disséminé (dot les manifestations ostéoarticulaires concernent 60 à 90% des patients), la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite (27).

Les **tendinopathies** sont une cause fréquente de douleurs des membres (27). Le diagnostic est clinique reposant sur la triade : douleur à l'insertion du corps tendineux, douleur à la contraction contre résistance et douleur à l'étirement du tendon. L'âge et une morphologie favorisante (telle qu'un acromion saillant sur la tendinopathie de l'épaule) sont des facteurs favorisants intrinsèques. Elles ont aussi des facteurs favorisants extrinsèques en lien avec le travail ou les loisirs. Parallèlement à cela, on peut citer les tendinopathies calcifiantes qui ont une sémiologie semblable, mais pour lesquelles la réalisation de radiographies montrera la présence de calcifications intra-articulaires. Les examens d'imagerie ne sont pas à réaliser en première intention mais l'échographie ou l'IRM sont utiles en cas de situations d'évolution longue ou d'indications à des techniques plus invasives (chirurgicales ou infiltratives).

Les **bursopathies** sont dues à l'atteinte des bourses séreuses facilitant le glissement des structures articulaires les unes par rapport aux autres. Ces bourses séreuses peuvent elles aussi être le siège de pathologies mécanique, inflammatoire (microcristalline ou rhumatismale) ou infectieuse. La bursopathies va se manifester par une douleur en regard de la bourse séreuse accompagnée d'un gonflement plus ou moins visible en fonction de la profondeur de l'articulation. Son évaluation est échographique, associée ou non à une ponction pour une analyse cyto bactériologique à la recherche de germes ou de microcristaux.

Toutes ces pathologies peuvent entrer dans le cadre d'un Trouble Musculo-Squelettique (TMS) lorsqu'elles sont causées par le travail. Les TMS peuvent toucher toutes les articulations des membres supérieurs, inférieurs, ainsi que le rachis. L'activité professionnelle joue un rôle dans leur apparition, leur durée ou leur aggravation, notamment lorsque l'organisation du travail (répartition de la charge, définition des tâches, gestion des remplacements, etc.) fait émerger certains facteurs de risque. Il y a les facteurs physiques (gestes répétitifs, travail statique, efforts excessifs, positions articulaires extrêmes, port de charges lourdes, etc.) et les facteurs psychosociaux (pression temporelle, manque d'autonomie, manque de soutien social, travail monotone, etc.).

f. Rachialgies

Les rachialgies (douleurs du rachis) sont scindées en trois catégories : cervicales, thoraciques ou lombaires. La rachialgie est un symptôme dont l'étiologie peut être variée (27). On peut appliquer la dénomination « commune » quand la douleur ne peut être associée à une pathologie secondaire inflammatoire, infectieuse, tumorale, etc.

Les **cervicalgies** sont communes quand elles sont en rapport avec une lésion mécanique disco vertébrale dégénérative. On distingue les origines discales, les origines arthrosiques et les origines musculaires. L'imagerie cervicale pourra être une aide diagnostique quand la durée d'évolution dépasse 4 à 6 semaines. On privilégiera une radiographie simple sauf en cas de radiculalgie associée où on préférera une IRM d'emblée. Le traitement de la cervicalgie commune se base sur un traitement antalgique de palier adapté associé ou non à des AINS. En cas d'évolution chronique, l'accent sera mis sur la rééducation.

Les cervicalgies secondaires ne sont pas d'origine dégénérative. Bien que rare, elles peuvent être potentiellement graves et doivent être évoquées. Il existe certains signes cliniques, appelés « drapeaux rouges » qu'il convient de rechercher systématiquement (27). On peut citer l'apparition progressive d'une douleur insomnante, l'atteinte neurologique, l'antécédent de néoplasie ou de pathologie inflammatoire, la présence de signes infectieux (fièvre, bactériémie) ou de situations favorisantes (immunodépression, usage de drogue intra-veineuse), la chirurgie du rachis ou la présence de signe d'allure vasculaire (notamment le syndrome de Claude Bernard Horner). La présence de ces drapeaux rouges impose la réalisation d'une imagerie (par IRM ou par scanner à défaut) et d'une biologie sanguine.

Les étiologies secondaires peuvent être variées : tumorales, infectieuses (spondylodiscite), inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, psoriasis, etc.), neurologiques (notamment des tumeurs de la fosse postérieure), post-traumatiques ou encore dues à une pathologie ORL ou cervicale antérieure (27).

Les **dorsalgies** sont des douleurs ressenties en regard du rachis thoraciques (T1 à T12). Elles sont le plus souvent d'origine mécanique (lésion du rachis thoracique ou des articulations costo-vertébrales), mais ne doivent pas faire méconnaître une pathologie viscérale (27). Les radiographies du rachis thoracique doivent être systématiques (27).

A l'instar de la démarche diagnostique devant les cervicalgies, celle devant les dorsalgies doit rechercher une éventuelle pathologie (infectieuse, inflammatoire, néoplasique, etc.) mais aussi rechercher une origine viscérale notamment lorsque la mobilisation du rachis ne reproduit pas la douleur (27). Il ne faut pas méconnaître une pathologie cardiovasculaire, pleuropulmonaire ou digestive. Une fois le caractère mécanique de la dorsalgie certain, on peut évoquer les différentes étiologies. On peut citer par exemple : la scoliose, la maladie de Scheuermann, l'arthrose costo-vertébrale ou l'arthrose zygapophysaire.

La **lombalgie** aiguë est une gêne fonctionnelle située entre la 12^e côte et le pli fessier, évoluant depuis moins de 4 semaines (définition française) (34). Elle devient subaiguë si elle évolue plus de 4 semaines et chronique si elle évolue depuis plus de 12 semaines. La lombalgie récidivante ou récurrente est définie comme une récurrence dans les 12 mois suivant le premier épisode (35). L'irradiation douloureuse aux membres inférieurs est source de discordance entre les différentes sociétés savantes, certaines l'incluant dans la définition même de la lombalgie lorsque celle-ci ne dépasse pas le genou (36), d'autres considèrent la lombalgie comme n'irradiant pas de principe (35). Il n'existe pas de définition consensuelle. La lombalgie peut donc être associée ou non à une radiculalgie. La lombalgie peut être dite non spécifique ou commune (terme préféré dans la définition française) quand elle n'est pas attribuable à une pathologie. La lombalgie non spécifique représente plus de 90% des cas (34). A l'inverse, la lombalgie dite symptomatique ou secondaire est attribuable à une pathologie rachidienne nécessitant une prise en charge spécifique.

La lombalgie secondaire est rare mais potentiellement grave. Son début est insidieux et son aggravation progressive. Le rythme des douleurs est inflammatoire, insomniant, rebelle aux traitements symptomatiques et les douleurs peuvent être sévères. La présence de « drapeaux rouges » doit une fois encore orienter le médecin vers la réalisation d'une imagerie par IRM et d'un bilan biologique. Les étiologies sont variées. Les causes tumorales sont principalement secondaires à des métastases ou des localisations myéloplasmiques, mais il existe aussi des tumeurs vertébrales primaires. Il peut exister des causes infectieuses (spondylodiscites) ou inflammatoires (spondylarthrite).

L'évaluation initiale doit donc tenir compte des éléments orientant vers une cause secondaire. Le rapport de la HAS de 2019 propose une série de drapeaux orientant la prise en

charge (35). Les drapeaux rouges orientent vers une cause secondaire et doivent entraîner une investigation plus poussée de la plainte douloureuse.

En cas de lombalgie commune, la plupart des épisodes sont de courtes durées, il existe néanmoins des facteurs de risque de chronicité ou de récurrence. Dès 2008, les facteurs de risques étaient séparés entre ceux limitant la reprise du travail, ceux favorisant les rechutes et ceux favorisant la chronicisation (37). Dans le rapport de la HAS en 2019, les drapeaux jaunes permettent la classification des facteurs de risque de chronicité (35).

Tableau 3 : Synthèse des facteurs de risques de récurrence, de chronicité et de non-retour au travail de la lombalgie (37).

Synthèse des facteurs de risque de récurrence, de chronicité et de non-retour au travail de la lombalgie

RÉCIDIVE	CHRONICITÉ	NON-RETOUR AU TRAVAIL
■ Antécédent de lombalgie (+++)	■ Antécédent de lombalgie (+++)	
	■ Antécédent de chirurgie lombaire (+++)	
	■ Sciatique (+++)	■ Sciatique (+++)
	■ Gravité de la douleur (+++)	■ Gravité de la douleur (+++)
	■ Durée de la lombalgie (+++)	
	■ Gravité de l'incapacité fonctionnelle (+++)	■ Gravité de l'incapacité fonctionnelle (+++)
■ Mauvais état général (++)	■ Mauvais état général (++)	■ Mauvais état général (+++)
■ Insatisfaction au travail (+++)	■ Insatisfaction au travail (+++)	■ Insatisfaction au travail (+++)
■ Facteurs socioprofessionnels : statut, salaire, contact, reconnaissance (++)	■ Facteurs socioprofessionnels : statut, salaire, contact, indemnisation (++)	
■ Inadéquation des revenus sociaux (++)		■ Inadéquation du salaire (+++)
■ Statut psychologique global (++)	■ Statut psychologique global (++)	■ Type de personnalité (++)
■ Dépression (++)	■ Dépression (++)	
■ Contexte social non satisfaisant (++)	■ Contexte social non satisfaisant (++)	
■ Mauvaise posture au travail (++)	■ Mauvaise posture au travail (++)	■ Charge élevée de travail (++)
■ Port de charges lourdes (++)	■ Durée du port de charges (++)	
■ Autre douleur musculo-squelettique (++)	■ Autre douleur musculo-squelettique (++)	
	■ Âge (+++)	■ Âge (+++)
	■ Sexe féminin (++)	■ Sexe féminin (++)
	■ Capacité d'adaptation (++)	■ Contexte juridique (++)

Tableau Niveau de preuve scientifique : ■ (+++) fort niveau de preuve scientifique ; ■ (++) niveau intermédiaire de preuve scientifique.



Figure 1 : Drapeaux rouges et jaunes dans l'évaluation de la lombalgie, HAS 2019 (38,39).

La Société française de médecine du travail recommande également de s'intéresser aux facteurs contextuels et professionnels qui peuvent influencer l'évolution de la lombalgie et la reprise du travail (39).

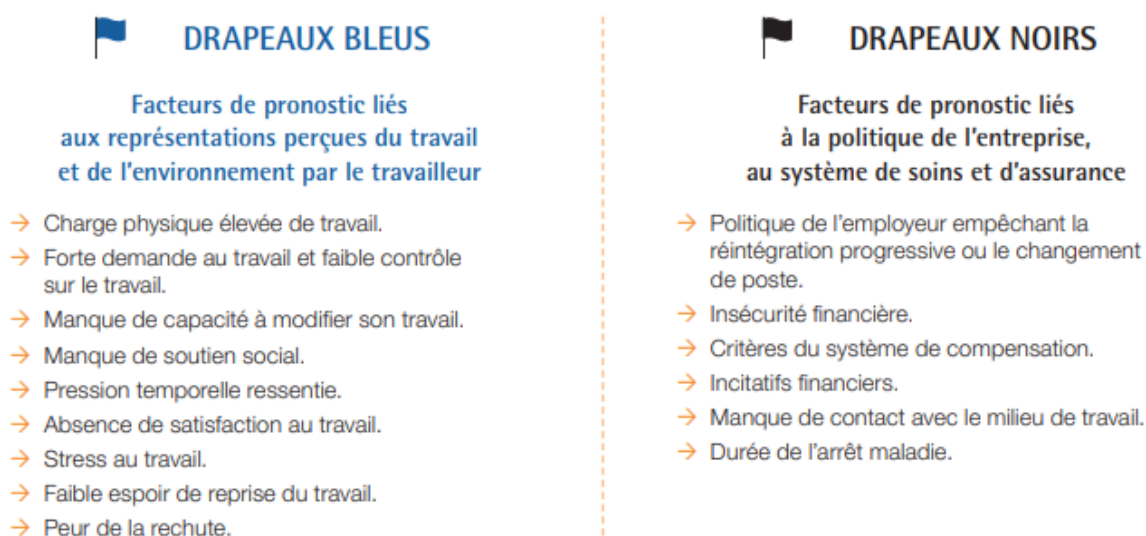


Figure 2 : Drapeaux bleus et noirs dans l'évaluation contextuelle de la lombalgie commune, HAS 2019 (38,39).

Plusieurs questionnaires ont été construits afin d'évaluer ces différentes dimensions. Le Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) qui dépiste les troubles anxieux et dépressifs est le plus connu et est utilisable quel que soit la douleur (**Annexe 4**). D'autres questionnaires sont plus spécifiques de la lombalgie : le STarT back screening tool qui permet de classer les patients en fonction de leur risque de lombalgie (35,40), le questionnaire Orebro qui permet de dépister le risque de chronicité (35) ou le Fear Avoidance and Beliefs Questionnaire (FABQ) qui questionne les appréhensions et les croyances (35,41). Ces questionnaires plus spécifiques sont consultables en version française sur internet.

La prise en charge sera conditionnée par l'évaluation initiale clinique. S'il existe un doute concernant une possible lombalgie symptomatique, l'imagerie sera réalisée sans délai. En revanche, si la clinique oriente vers une lombalgie commune, l'imagerie ne sera pas réalisée en dehors des cas de persistance ou d'aggravation malgré un traitement bien conduit, notamment si celle-ci peut conduire à une modification de la prise en charge en particulier à un geste invasif (infiltration ou chirurgie) (35). La prise en charge de la lombalgie commune repose sur une antalgie graduée, une éducation du patient à l'exercice physique (parfois avec participation d'un kinésithérapeute) et à la reprise précoce des activités quotidiennes y compris du travail si cela est possible. Le port d'une ceinture lombaire ou d'un corset est possible sur une courte durée pour favoriser la reprise des activités. Il sera important d'ajouter à la prise en charge aiguë, une prévention des récurrences avec la mise en place d'activités physiques adaptées et une éducation du patient à son auto-évaluation et à son auto-rééducation.

g. Douleurs liées au cancer

On peut évoquer trois types de douleurs liées au cancer. Tout d'abord la douleur du cancer peut être due à l'envahissement tumoral. La douleur peut alors être nociceptive, liée à la lésion tissulaire en elle-même, causée par la propagation du cancer (aux os, aux muscles, aux articulations ou par l'obstruction d'un organe ou d'un vaisseau sanguin). Elle peut être décrite comme vive, diffuse, lancinante, etc. La douleur liée au cancer lui-même peut aussi être neuropathique, par une lésion du système nerveux, causée par la compression d'un nerf ou d'un groupe de nerf par la tumeur. Elle peut être décrite comme une brûlure, une sensation de pression ou encore un engourdissement, etc. Ensuite la douleur cancéreuse peut être due aux traitements du cancer (intervention chirurgicale, radiothérapie, chimiothérapie). Enfin la

douleur cancéreuse peut être due au tissu cicatriciel formé après une chirurgie ou après un traitement par radiothérapie.

Il existe une forme particulière de douleur liée au cancer, dont le traitement reste un point clef de la prise en charge. Les accès douloureux paroxystiques (ADP) sont des exacerbations transitoires de la douleur chez des patients ayant par ailleurs un fond douloureux chronique stable. Leur définition date de 1990 et répond à certaines caractéristiques. Il s'agit de douleur de survenue rapide, dont l'intensité maximale est atteinte en trois minutes, d'une durée courte (environ trente minutes), dont la fréquence est variable mais jusqu'à quatre fois par jour dans la majorité des cas. Leur intensité est décrite comme sévère à insoutenable. Leur physiopathologie peut être nociceptive (dans 55% des cas), neuropathique (dans 15% des cas) ou mixte (dans 30% des cas). Leur origine est variable. Le cancer lui-même est la cause dans 70% des cas et dans 22% il s'agit de douleurs dues aux traitements. Ces douleurs justifient l'utilisation de morphiniques d'action rapide par voie transmuqueuse à base de fentanyl (42).

h. Douleurs abdomino-pelviennes

Les étiologies de douleurs abdomino-pelviennes chroniques sont nombreuses. On peut citer de multiples pathologies et syndromes tels que : la prostatite chronique, l'éjaculation douloureuse, les vulvodynies, les dyspareunies profondes, le syndrome douloureux vésical, la dyspepsie. Deux entités sont à citer plus spécifiquement du fait de leur fréquence.

L'**endométri**ose est une maladie gynécologique fréquente. Elle est liée à la présence de tissu semblable à l'endomètre en dehors de l'utérus et se comportant de la même manière que celui-ci aux variations hormonales (43). Différents organes peuvent être touchés. La description des symptômes dépend de la localisation du tissu ectopique, mais cette pathologie peut aussi être asymptomatique. Les patientes souffrent de douleur pelviennes chroniques cycliques, exacerbées au moment des règles. Il peut exister des douleurs cycliques extra-pelviennes dues à la présence de tissu endométrial au niveau des intestins, de la vessie, parfois même au niveau des poumons. Les patientes peuvent également relever des dyspareunies, des douleurs lorsqu'elles urinent ou lorsqu'elles vont à la selle. Dans de nombreux cas, la patiente souffre également de troubles de la fertilité. L'examen clinique et l'anamnèse permettent de suspecter ce diagnostic. L'imagerie (échographie mais surtout IRM) permet de détecter les nodules d'endométri

le cycle afin de réduire les douleurs. Il peut être basé sur les contraceptions orales oestro-progestatives et progestatives ou sur les dispositif intra utérins hormonaux. En cas d'inefficacité, il peut être proposé un médicament analogue de la Gonadotropin-Releasing Hormone (GnRH). Parfois la chirurgie peut être proposée afin d'éliminer partiellement ou totalement les lésions présentes.

Le Syndrome de l'Intestin Irritable (SII), également appelée « colopathie fonctionnelle », est une maladie fréquente associant des douleurs abdominales, à type de spasmes ou de brûlures d'intensité variable, et des troubles du transit sur une durée d'au moins six mois. Les symptômes douloureux peuvent être accentués par les repas et soulagés par l'émission de gaz ou de selles (44). Il s'agit d'une pathologie bénigne mais dont le retentissement sur la qualité de vie ne peut être négligé. Un bilan doit rechercher une pathologie organique sous-jacente. La biologie recherchera une éventuelle anémie ou un syndrome inflammatoire. L'échographie abdominale et la coloscopie devront systématiquement être proposées. Il sera également licite de proposer une coproculture en cas de diarrhée afin de ne pas méconnaître une pathologie infectieuse. Le traitement repose sur la somme de bonnes habitudes telles que l'activité physique régulière et la poursuite d'une alimentation régulière et raisonnable. La recherche d'intolérance alimentaire est une nécessité (un quart des patients sont concernés). Un régime limitant les sucres fermentescibles (Fermentable Oligosaccharides Disaccharides Monosaccharides and Polyols ou FODMAPS) semble améliorer les symptômes (44). Les probiotiques sont utilisés pour lutter contre la dysbiose. Le traitement médicamenteux repose sur les antispasmodiques, les régulateurs de transit (anti-diarrhéique ou laxatif). Il peut parfois être proposé de l'hypnose ou des thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

II. Contexte de l'étude

1. Prise en charge de la douleur chronique en France

a. Evaluation initiale

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) recommande en 1999 une prise en charge et des outils pour l'évaluation initiale et le suivi des patients douloureux chroniques. L'ANAES préconise un recueil de plusieurs éléments clefs (8,11) :

- Les antécédents personnels (médicaux et chirurgicaux)
- Le passé douloureux du patient
- Un schéma topographique des zones douloureuses
- Une mesure de l'intensité de la douleur selon une échelle adaptée
- La date de la première consultation et la date du début des douleurs
- La fréquence des consultations
- Le ou les motifs de consultation
- Le retentissement sur le sommeil et la prescription éventuelle d'hypnotiques
- Une éventuelle automédication
- Le recueil de la consommation d'antalgiques, les classes thérapeutiques utilisées et la progression dans les paliers, un éventuel chevauchement des prescriptions
- La prescription d'anxiolytiques et d'antidépresseurs
- Les demandes d'examens complémentaires
- Les demandes de consultations spécialisées
- Les demandes d'hospitalisations
- Les demandes d'arrêts de travail, d'invalidité, d'Affection Longue Durée (ALD)
- D'éventuelles reprises du travail à temps complet ou partiel

Après le recueil des données médicales habituelles, l'évaluation initiale de la douleur repose sur d'autres éléments tels que le retentissement de la douleur sur les activités de la vie quotidienne, sur les relations familiales ou sur les relations médicales (11). Il faut également rechercher le recours aux médecines parallèles ou un éventuel nomadisme médical (11).

Il sera ensuite important de rechercher d'éventuels facteurs de risque de chronicisation. Ceux-ci peuvent être regroupés en plusieurs catégories, inspirés des recommandations sur la lombalgie de 2019 (35). Il peut exister des facteurs personnels (sexe masculin, âge supérieur à

45 ans), des facteurs professionnels (réalisation de travaux pénibles, faible qualification professionnelle, inadaptation physique aux contraintes professionnelles, insatisfaction au travail, litiges avec l'employeur), des facteurs socio-économiques (faible niveau éducatif, difficultés linguistiques, bas niveau de ressources) et des facteurs psychologiques (dépression, profil hypochondriaque).

L'évaluation initiale du patient passe par différents outils à la disposition du clinicien. Pour l'évaluation de la douleur, il est possible d'utiliser un schéma corporel des zones douloureuses afin de suivre l'évolution de la localisation douloureuse. Pour la mesure de l'intensité de la douleur, il existe plusieurs échelles. Les échelles d'auto-évaluation sont utilisées à chaque fois que possible. On peut citer l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), l'Echelle Verbale Simple (EVS) et l'Echelle Numérique (EN). Si le patient n'a pas la possibilité de réaliser une auto-évaluation, il est possible d'utiliser des échelles d'hétéroévaluation. On peut citer : Algoplus (douleur aiguë de la personne âgée avec des troubles de la communication), Doloplus (douleur chronique de la personne âgée). L'évaluation de la douleur doit être à chaque fois effectuée avec le même outil de quantification (**annexe 5**). Afin d'apprécier la symptomatologie douloureuse, on peut s'aider de l'échelle qualitative de la douleur, le Questionnaire de Saint Antoine (QDSA). Le Brief Pain Inventory (BPI), ou sa version française le Questionnaire Concis de la Douleur (QCD), est outils d'évaluation multidimensionnel mesurant notamment l'impact de la douleur sur le quotidien. Les échelles qualitatives peuvent aider au suivi de la pathologie douloureuse (**Annexe 6**). Le retentissement émotionnel de la douleur peut être évalué avec l'échelle HAD. Des outils plus spécifiques existent. On peut citer : le Neuropathic Pain Symptom Inventory (NPSI) permettant de suivre l'évolution des symptômes de ces douleurs neuropathiques ainsi que l'efficacité des traitements et le Headache Impact Test (HIT) permettant la mesure du handicap pour les céphalées chroniques.

b. Orientation du patient douloureux chronique

Selon les recommandations HAS, l'orientation du patient douloureux chronique en structure spécialisée douleur peut répondre à plusieurs demandes (3) :

- Incertitude diagnostique : avis diagnostic complémentaire devant une douleur d'intensité et de durée en décalage par rapport à la lésion causale présumée ou identifiée
- Demande du patient

- Impossibilité d'une prise en charge multidisciplinaire en ambulatoire
- Nécessité d'examens plus approfondis
- Douleur mal contrôlée ou en cours d'aggravation
- Retentissement important sur les activités familiales ou professionnelles et/ou l'humeur (interférences psycho-sociales)
- Avis thérapeutique complémentaire :
 - s'il existe des changements récurrents dans les traitements sans amélioration de la composante douloureuse,
 - s'il existe le besoin d'un regard approfondi sur la pertinence de la prise en charge en cours,
 - si un traitement par antalgique de palier 3 est envisagé au long cours,
 - si un sevrage est difficile en ambulatoire
- Prise en charge au long cours
- Nécessité d'une intervention de type palliative

Actuellement en France, il existe environ 260 structures de lutte contre la douleur (consultations et centre spécialisés) pour un volume d'environ 400 000 patients par an (7). Les structures douleurs regroupent des équipes pluri professionnelles constituées de médecins algologue, d'infirmiers, de psychologues, de kinésithérapeutes, etc.

Moins de 3% des patients douloureux chroniques ont un suivi en structures spécialisées douleur, soit environ 40 000 personnes prises en charge en structure spécialisée douleur (7). La majorité des patients adressés aux structures douleur le sont par le médecin traitant, mais 6% des patients s'orienteraient eux-mêmes (16). Le recours à une structure douleur est considéré comme justifié dans 93% des cas (3). La durée d'évolution de la douleur chronique chez les patients suivis en structure douleur est supérieur ou égale à 3 ans dans 41% des cas (3).

La prise en charge en structure spécialisée douleur permet une vision pluridisciplinaire. Environ 70% des patients se présentant en structure douleur nécessite une prise en charge pluri disciplinaire et 45% des patients nécessite l'intervention d'au moins 2 médecins de spécialités différentes (16). Environ 17% des patients nécessite une hospitalisation pour la prise en charge de leur douleur chronique (16).

Selon le modèle biopsychosocial, la prise en charge pluridisciplinaire est un processus en 7 étapes. Il comprend, en premier lieu, une évaluation médicale initiale permettant d'aboutir à un diagnostic algologique étiologique et de rechercher des critères psycho-sociaux pouvant avoir

un impact sur la prise en charge. Ensuite le médecin va devoir, en lien avec le patient, élaborer, programmer et mettre en œuvre un Programme Personnalisé de Soins (PPS). Ce PPS sera ensuite suivi et ajusté dans le temps, en lien avec le patient et les différents acteurs de soins. Ce processus aboutit à une évaluation continue et une réadaptation constante du projet.

L'enjeu de la prise en charge n'est pas obligatoirement la suppression radicale des symptômes mais elle s'axe sur l'obtention d'une meilleure qualité de vie et un réinvestissement d'une existence plus enrichissante avec un meilleur équilibre intérieur et une meilleure estime de soi (2). Il s'agit donc d'un véritable processus de réadaptation qui tient compte de la possible persistance de la plainte douloureuse et la gestion au quotidien de la chronicité. Cette prise en charge nécessite l'adhésion active du patient au processus thérapeutique dans son projet de soins individualisés.

Parmi les freins limitant l'accès à ces structures, on peut citer le délai d'attente parfois long avant d'obtenir un premier rendez-vous. On estime que 56% des patients ont un délai n'excédant pas un mois, mais que 21% des patients ont un délai d'attente de plus de trois mois (3,16). La moyenne d'attente pour un rendez-vous était de treize semaines en 2013 (7). Il semble néanmoins que dans le cas d'une douleur d'origine cancéreuse le délai d'attente soit raccourci à une semaine en moyenne (3).

c. Le médecin généraliste : 1^{er} acteur et difficultés de prise en charge

Le médecin généraliste est bien souvent le premier interlocuteur des patients douloureux chroniques. Ceux-ci reconnaissent des difficultés dans la prise en charge de ces patients.

Les médecins généralistes s'estiment insuffisamment formés à l'évaluation clinique du patient douloureux chronique dans 50% des cas (45). Les échelles d'évaluation de la douleur sont trop peu utilisées, seuls 13 à 30% des médecins utiliseraient les échelles de quantification de la douleur (11,45). Une étude sur 335 médecins confirmait cette proportion à environ un tiers (46). De plus, seulement 10% des médecins utiliserait le schéma corporel et 15% d'entre eux utiliserait l'échelle HAD (11). Ces échelles seraient insuffisamment utilisées par manque de temps pour 53,5% des médecins généralistes interrogés. Les autres motifs avancés seraient une difficulté d'exploitation (explication et compréhension du patient), un manque de motivation des patients et un manque de formation (11).

Les médecins généralistes se retrouvent également confrontés à d'autres difficultés. La prescription d'antalgique semble inégale. Lors d'une étude, 98,2% des médecins (sur 335 interrogés) répondait prescrire des antalgiques pour améliorer la qualité de vie du patient (46). La prescription de palier 3 en cas de non efficacité des palier 2 n'était systématique que pour 12,3% des médecins interrogés (46). Malgré cela la consommation d'antalgiques en France ne cesse de progresser.

Le recours au structure douleur est parfois une difficulté. Une étude sur 335 médecins généralistes retrouvaient qu'entre 7,7% et 9,4% de ces médecins (en fonction de l'ancienneté de leur exercice) n'avait jamais adressé à un centre anti douleur (46).

2. Epidémiologie

a. Globale

On estime que 78% des Français ont eu une douleur (aigüe ou chronique) au cours des deux dernières années (47). Environ un quart des français de 15 à 85 ans ont éprouvé une douleur difficile à supporter au cours des 12 derniers mois selon le Baromètre INPES en 2010 (7,48). La douleur est le premier motif de recours à une consultation de médecine générale (7,49) avec 45 à 55% des consultations de médecine générale concernées (45).

La prévalence de la douleur chronique diffère d'une source à l'autre. La douleur chronique toucherait environ 100 millions de personnes en Europe (50). Elle concernerait 20% de la population française selon l'HAS en 2008 (3) et environ 12 millions de français selon le Livre blanc de la douleur en 2017 (7). L'étude SStudy Of Prévalence of NEuropathic Pain (STOPNEP) de 2008 retrouvait une douleur quotidienne de plus de trois mois chez 31,7% des répondants (32,51). L'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) de 2008 concluait une prévalence de la douleur chronique à 11% des adultes et à 8% des enfants (51).

La prévalence était plus élevée chez la femme (35%) que chez l'homme (28,2%) (32).

Les populations les plus touchées étaient les ouvriers et les agriculteurs (deux fois plus que les cadres), ainsi que chez les personnes de plus de 65 ans (32,51). La prévalence serait plus importante chez les personnes âgées (60% des personnes âgées concernées) (3).

Elle serait considérée comme sévère (très fréquente et intense) chez 11% des adultes (3).

En fonction des étiologies, la durée d'évolution va différer. Une étude a montré que sur les nouveaux patients pris en charge en structures douleurs, la durée d'évolution était supérieur ou égal à trois ans dans 41,2% des cas (3).

b. Cadre par cadre

La prévalence n'est pas la même entre les différentes étiologies de la douleur chronique. L'enquête de pratique de l'HAS et de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) de 2008 a recherché le motif de la première consultation en structure douleur. Ainsi, ils notent (3):

- 20% de patients souffrant de lombalgie
- 17% de patients souffrant de douleurs neuropathiques
- 16% de patients souffrant de céphalées
- 9,8% de patients avec des douleurs rhumatologiques
- 9,4% de patients fibromyalgiques
- 6,1% de syndrome douloureux régional complexe
- 3,7% de douleurs cancéreuses
- 2,5% de douleurs viscérales

i. Rachialgies

Les **lombalgies** sont une cause fréquente de consultations en France, avec 6 millions de consultations annuelles (52). Quelle qu'en soit la cause, la lombalgie aiguë constitue le 2^e motif de recours au médecin traitant et la lombalgie chronique le 8^e (38). Dans 90 % des cas, la lombalgie est dite non spécifique ou commune (34,37). L'estimation de la prévalence de la lombalgie commune dépend des sources et des populations d'étude. Certaines références considèrent une prévalence clinique aux alentours de 70%, avec un pic vers l'âge de 50-65 ans (27). Pour d'autres études, plus de la moitié de la population française de 30 à 65 ans a souffert de lombalgie au moins un jour dans les douze dernier mois et 17% de cette tranche d'âge en a souffert plus de trente jours dans les douze derniers mois (53). Pour ce qui est de la lombalgie considérée comme « limitante » sans qu'il existe une définition claire de cette notion (on

considère les difficultés de vie quotidienne causée par la lombalgie), sa prévalence serait d'environ 7% (53).

Environ 90% des lombalgies guérissent en moins d'un mois (34,37), la majorité des épisodes durant moins de 24h (34). L'existence d'une lombalgie aigue expose au risque de rechute pour 60% des patients à un an et à de nouvelles interruptions de travail chez 33% des patients (37).

Pour 10% des patients, la lombalgie est un problème chronique. Chez certaines populations professionnelles, la prévalence est bien supérieure. Une étude a montré une prévalence de la lombalgie chronique à 28,3% dans une population de travailleurs en manutention (54). Ces épisodes de lombalgies récurrents ou chronique ont pour conséquence des arrêts de travail prolongés ou répétés (7,4% des lombalgiques aurait eu un arrêt de travail supérieur à six mois) pouvant entraîner des difficultés de reprise (seulement 40% de reprise de travail après un arrêt de plus de six mois et seulement 10% de reprise après un arrêt de plus de deux ans) (52). La lombalgie est la première cause de douleur chronique et d'invalidité. Les patients souffrant de lombalgie chronique représentent 19,8% des patients suivis en structure spécialisée douleur (3).

L'objectif premier de la prise en charge des lombalgies est d'éviter le passage à la chronicité (34). Un programme de prise en charge multidisciplinaire de rééducation intensive selon le modèle bio-psycho-social améliore la douleur et le retour au travail dans 65 à 90 % des cas, même sans ou avec peu d'amélioration de l'intensité de la douleur (37).

Les **cervicalgies** sont des douleurs très fréquentes. On estime la prévalence à 2/3 de la population au cours de leur vie avec une incidence annuelle à 1,2% (27).

Les **dorsalgies** sont plus rares et ont une prévalence à 10 – 20 % (27).

ii. Douleurs rhumatologiques hors rachialgie

En Europe, la prévalence des douleurs musculosquelettiques au long cours est de 22% (7). Elles seraient la 2^e cause d'années de vie vécues avec une incapacité (AVI) (55). On peut citer deux douleurs ostéoarticulaires chroniques. L'arthrose toucherait 10% de la population française. La polyarthrite rhumatoïde affecterait de 0,3 à 0,8% de la population française (27).

Concernant les TMS, la douleur concerne l'épaule dans 30% des cas, le coude dans 22% des cas et l'extrémité distale du membre supérieur (poignet, main et doigt) dans 38% des cas

(56,57). Une étude dans les Pays de la Loire montrait en 2008 que 15% des femmes et 11% des hommes étaient concernés par des TMS. Cette prévalence montait respectivement à 27% et 19% dans le sous-groupe âgé de 50 à 59 ans (58).

iii. Douleurs neuropathiques

La douleur neuropathique représente 7 à 8% de la population générale en Europe (33).

L'étude STOPNEP, interrogeant un échantillon de 30 155 personnes représentatif de la population française, montrait que 6,9% était atteinte de douleurs neuropathiques (avec un score DN4 supérieur ou égal à 4) (30,32). L'intensité des douleurs était modérée à sévère pour 74,1% de ces patients soit une prévalence de 5,1% en population générale (32). Cette prévalence de patients atteints de douleurs neuropathiques représentait ¼ des patients douloureux chroniques de cette même étude (30,32). Les précédentes études ne s'attachaient qu'à décrire les douleurs neuropathiques dans des cadres étiologiques précis, mais estimaient une prévalence de 1 à 3% de douleurs neuropathiques dans la population française (32). Ce type de douleur touche principalement de femmes (dans 60% des cas), entre 50 et 64 ans. Elle s'observe principalement chez des personnes ayant un métier manuel et vivant dans les populations rurales (les agriculteurs et les ouvriers) (7,32).

Parmi les différentes étiologies de douleurs neuropathiques, on peut noter une forte prévalence dans la population diabétique. Ainsi 20,3% des patients diabétiques souffrent de douleurs neuropathiques (7,59). La douleur post-zostérienne persiste à un an dans 6% des cas (7). Les douleurs neuropathiques post opératoires concernent 10 à 50% des patients selon le type de chirurgie (7,60).

Les patients souffrant de douleurs neuropathiques représentent 16,6% des patients suivis en structure spécialisée douleur (3).

iv. Fibromyalgie

La fibromyalgie toucherait de 0,7 à 3,3% de la population mondiale adulte (25). En France, elle concerne 1,4 à 2,2% de la population (26).

Environ 80 à 90% des patients fibromyalgiques sont des femmes (26). Les hommes seraient également moins symptomatiques que les femmes (moins de douleurs et moins de fatigue) mais l'évaluation de leur capacité fonctionnelle est superposable.

Le diagnostic est fait par un médecin généraliste dans 44 à 47% des cas (26).

v. Douleur liée au cancer

Selon l'Institut national du cancer en 2010, la douleur est présente pour 50% des patients atteints d'un cancer tous stades confondus et à 66% pour les patients en stade avancé de leur maladie (7,61). La douleur est due à l'envahissement tumoral dans 65 à 78% des cas et au traitement dans 19 à 25% des cas (62). Cette douleur ne serait contrôlée que pour 5,6% d'entre eux (7). Seuls 7,5% des patients ayant une douleur chronique d'origine cancéreuse rencontreraient un spécialiste de la douleur (7).

Tous les cancers peuvent induire des douleurs, qu'elles soient dues à l'envahissement tumoral, à l'extension métastatique, aux traitements en cours ou bien séquentaire du traitement. Chacun des cancers a ses spécificités et ses risques, inhérents au type d'envahissement local-régional et métastatique ou au type de traitements préconisés.

Si on observe uniquement le cancer du sein, cancer à forte prévalence en population générale, on peut détailler le profil douloureux des patients.

Le cancer du sein peut donner des douleurs par l'envahissement tumoral au niveau local-régional, parfois synonyme de rechute après mastectomie (dans 10 à 30% des cas). Si l'envahissement local comprime une structure nerveuse, il peut survenir une plexopathie brachiale (dans 20% des cas) à l'origine de douleurs neuropathiques du membre supérieur. Les douleurs peuvent également être dues à un processus métastatique. On peut citer les douleurs osseuses principalement au niveau du rachis (60% au niveau thoracique, 20% au niveau lombo-sacré et 10% au niveau cervical) avec un risque de compression médullaire. L'envahissement métastatique peut également être cérébrale avec des céphalées plus ou moins associées à des signes d'hypertension intracrânienne. Cet envahissement neurologique peut également donner des douleurs dans le cadre d'une méningite carcinomateuse. Enfin l'envahissement métastatique peut donner des douleurs viscérales, notamment au niveau hépatique (63).

Le cancer du sein peut également donner des douleurs par les traitements mis en place. En cas de chirurgie (tumorectomie ou mastectomie), les douleurs dues au curage ganglionnaire

sont principalement de deux types : douleurs neuropathiques dues à une lésion nerveuse (concernerait 10% des patientes) et lymphœdème (5 à 15% des patientes). Il existe également des phénomènes d' « épaule gelée » post opératoire. En cas de radiothérapie, il existe des douleurs de plexite radique transitoire, elles concernent 20% des patientes. En cas de chimiothérapie, les douleurs sont principalement dues à la toxicité des produits de chimiothérapie utilisés (mucite, céphalée, neuropathie à l'initiation). En cas d'hormonothérapie, les douleurs articulaires et musculaires concernent 10 à 20% des patientes (63).

Le cancer du sein peut également apporter des douleurs séquellaires dues à la chirurgie, à la radiothérapie, à la chimiothérapie ou à l'hormonothérapie. Après une chirurgie, 15 à 30% des patientes souffrent de douleurs du « sein fantôme » (64). Une méta analyse a montré que 10 à 20% des patientes souffraient de douleurs locales modérée à fortes post tumorectomie (cordes douloureuses axillaires, douleurs musculaires régionales, épaule gelée, neuropathie, sein fantôme, etc.) (64). Les douleurs persisteraient dans 17% des cas à 6 ans de la prise en charge de la tumeur (64). Suite au traitement chimio thérapeutique, la douleur neuropathique deviendrait chronique dans 20 à 25% des cas (64).

vi. Migraine et céphalées

La prévalence s'élève à 20% de la population pour la migraine et à 3% pour la céphalée chronique quotidienne (7,65). La migraine serait responsable de perte de productivité pour 35% des patients (au moins cinq jours par trimestre pour 25% des patients et au moins dix jours par trimestre pour 15% des cas) (7). Selon l'OMS en 2013, la migraine est à elle seule est la 6e cause d'années de vie corrigées de l'incapacité perdues (66). Pour mémoire les années de vie corrigées de l'incapacité perdues sont une mesure qui additionne les années de vie perdues et les années vécues avec de l'incapacité.

Les migraines sont le plus souvent sans aura, la prévalence des migraine avec aura n'est que de 3 à 6% en population générale (24). Les migraines touchent majoritairement les femmes, mais les céphalées de tension touchent de manière égale les deux sexes (24).

Seul 20% des patients bénéficierait d'une prise en charge médicale (67).

Les patients souffrant de céphalées représentent 16,2% des patients suivis en structure spécialisée douleur (3).

vii. Douleurs abdomino-pelviennes

Les douleurs abdomino-pelviennes sont un problème fréquent. En France, une femme sur 10 est atteinte d'endométriose (7). Cette pathologie est mise en cause pour 40% des femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques (7).

Au niveau abdomino-pelvien, il existe de nombreuses autres causes de douleurs chroniques. Parmi elle, le SII toucherait également 10% de la population (7).

Il existe peu de données épidémiologiques en France, la SFETD a réalisé une moyenne des données existantes en Europe et aux Etats-Unis (7).

Tableau 4 : Prévalence des principales douleurs pelviennes (7).

	Prévalence /100 000	Incidence 100000/an
Syndrome douloureux pelvien/prostatite chronique	10 000	330 à 378
Éjaculation douloureuse	1 000 à 4 000	230
Vulvodynies	4 000 à 4 700	NR
Dyspareunies profondes	14 000	NR
Syndrome de l'intestin irritable	2 600 à 12 000	NR
Syndrome douloureux vésical	239 à 306	210 (femmes) 4 (hommes)
Endométriose	10 000	NR

viii. Syndromes douloureux régionaux complexes

L'incidence du SDRC reste faible, estimée entre 5 et 25 pour 100 000 (27). Il existe un sex-ratio de trois femmes pour un homme, ainsi qu'un pic de fréquence entre 50 et 70 ans (27).

3. Impacts médico-socio-économiques

a. Impact économique global

Un patient douloureux chronique voit environ dix fois son médecin généraliste par an et quatre fois un spécialiste d'organe par an (68–70). Les patients douloureux chronique consulterait deux fois plus souvent des professionnels de santé que le reste de la population (71).

Il existe peu d'étude ayant étudié le coût des douleurs chroniques. En 2006, le docteur Michel Lanteri-Minet présente les résultats de l'étude ECONEP en congrès annuel sur la douleur. La douleur neuropathique chronique a un retentissement économique annuel de plus d'un milliard d'euros selon l'Etude ECONEP (69). Chaque patient coûterait environ 7000 euros par an s'il est pris en charge en Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) contre environ 14500 euros par an en hôpital public (69). Chaque patient consommerait 580 euros de médicaments par an et 950 euros d'examen complémentaires par an (69). Le coût du traitement médicamenteux monterait à 3630 euros par patient et par an en hôpital privé contre 5150 euros en hôpital public (69). Les différences seraient dues à la différence de tarif de Groupe Homogène de Séjour (GHS). Pour mémoire, le GHS est une tarification dans le cadre de la tarification à l'activité des hôpitaux.

En 2015, 66% des français ont bénéficié d'une prescription d'antalgique et 17% d'une prescription d'antalgique opioïde (7). On peut noter une augmentation constante du volume de prescription d'antalgique depuis 2004, en particulier pour la classe des opioïdes faibles en population générale (volume de prescription multiplié au moins par deux) et des opioïdes forts dans la population traitée pour un cancer (augmentation de 71%) (7).

Une étude de 2005 sur plus de mille patients douloureux chronique en région parisienne montre qu'une prescription d'AINS est réalisée dans 53,9% des cas, d'anxiolytique dans 23,2% des cas, d'antidépresseurs dans 19,5% des cas, de corticoïdes dans 10,3% des cas et d'hypnotiques dans 7,7% des cas (70).

Les recommandations de bonne pratique préconisent un recours à une structure douleur en seconde intention. On peut voir que 76% des patients ont consulté un ou plusieurs spécialistes avant d'être orientés vers une structure douleur (3).

Les prises en charge annexes (évaluation psychologique, thérapie TCC, acupuncture, médecine manuelle, etc) sont souvent nécessaires. Leur non-remboursement par la sécurité sociale ou par les mutuelle constitue souvent un frein dans la prise en charge et est source de renoncement aux soins. L'ESPS de 2012 concluait que 26% des français renoncent aux soins pour des raisons financières (51). Ce pourcentage serait plus important chez les femmes (51,5% sont concernées par ce renoncement économique), chez les personnes au chômage (64,3% de personnes concernées). La prise en charge en ALD semble être un facteur protecteur (51).

La douleur chronique impacterait 88 millions de journées de travail selon une étude de 2010 (7,71).

b. Exemples d'impacts socio-économiques

Des données chiffrées existent de manière abondante pour trois des huit cadres nosologiques.

i. Rachialgies

Les données sont notamment importantes pour la prise en charge de la lombalgie, véritable enjeu de santé publique et enjeu économique. La lombalgie serait le motif d'une consultation chez le médecin généraliste sur vingt et d'une sur trois chez le kinésithérapeute (72).

Le coût de la lombalgie (aigüe ou chronique) représente environ 900 millions d'euros par an pour l'assurance maladie française en 2017 (35) avec un coût de santé d'environ 6000 euros par personne atteinte par an (7,73). La lombalgie a donc un impact sur les dépenses de santé mais aussi sur la société notamment au niveau de l'absentéisme au travail. Une lombalgie sur cinq entraîne un arrêt de travail et 30% de ces arrêts dépassent six mois (35). De plus, on constate que la lombalgie est le diagnostic retenu pour un accident de travail sur cinq (avec une durée d'arrêt moyenne de deux mois) et une maladie professionnelle sur vingt (35,72). C'est notamment la première cause d'exclusion du travail chez les moins de 45 ans et le troisième motif de mise en invalidité (35).

La lombalgie serait la première cause d'invalidité pour les moins de 45 ans et dans les trois premières causes tous âges confondus (après les troubles psychiatriques et avant les cancers) (72).

ii. Douleurs rhumatologiques hors rachialgies

En France, 87% des maladies professionnelles indemnisées et 20% des accidents de travail sont due à des TMS (74). En 2017, leur coût direct pour les entreprises s'est élevé à près de deux milliards d'euros à travers leurs cotisations accidents du travail et maladies professionnelles. Pour les salariés, près de la moitié des TMS entraînent des séquelles lourdes avec des risques de désinsertion professionnelle (56).

iii. Fibromyalgie

En France, le délai moyen de diagnostic est de six ans en 2008 (25). Pour l'EULAR, si 50% des diagnostics étaient réalisés plus tôt, il serait possible d'économiser 50 millions d'euros pour les assurances maladies et 73 millions d'euros pour la société (75).

La fibromyalgie représente seulement 0,1 à 0,2% des consultants en cabinet de médecine générale mais occupe environ 1/3 des ressources des structures douleurs (26).

La poly médication dans la fibromyalgie semble être de pratique courante. Environ 20% des patients prennent un tri voire un quadrithérapie antalgique (26). Chez le médecin généraliste, la prescription d'antalgique concerne 60% des patients fibromyalgiques, celle des antidépresseurs environ 40% des patients, celle des anxiolytiques – hypnotiques environ 30% des cas et celle des anti épileptiques environ 20% des patients (26). Il existe une majoration des prescriptions de 37% entre 2008 et 2009, notamment pour les prescriptions de la Prégabaline hors AMM depuis les recommandations EULAR de 2007 (26). Cela questionne sur le recours aux autres modalités de prise en charge (kinésithérapie, approche psychologique, réadaptation fonctionnelle, etc.).

La prise en charge par kinésithérapie concerne environ 10% des situations avec une moyenne de quinze séances sur les quatre dernières années. Les psychothérapies concernent 9 à 17% des cas. Environ 2 à 7% des patients bénéficient de cures thermales (26).

Entre 2007 et 2008, l'hospitalisation des patients fibromyalgiques représente environ 1300 séjours MCO (médecine – chirurgie – obstétrique) avec 1/3 des séjours inférieurs à 2 jours. L'hospitalisation en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) dure en moyenne 23 jours avec 10% des séjours d'une durée de plus de 46 jours (26).

En France, la fibromyalgie coûterait environ 6000 euros par personne atteinte et par an, tous soins confondus (7,76). Si on se réfère uniquement aux soins de ville, une étude de 2007 montrait qu'au Royaume-Uni, un patient fibromyalgique coûtait environ 362 euros par semestre en moyenne dans les deux dernières années avant le diagnostic et environ 455 euros par semestre en moyenne dans les quatre années qui suivent le diagnostic (77). Cette même étude concluait qu'un patient non diagnostiqué pouvait coûter environ 553 euros par semestre, la différence était expliquée par la réalisation de nombreux examens biologiques et radiologiques inutiles (77). Pour la National Health Service (NHS), un diagnostic précoce permettrait une économie d'environ 97 millions d'euros (77). Cette étude ne prenait en compte ni le coût des hospitalisations ni l'impact sociétal (arrêt de travail, perte de productivité, etc.).

La fibromyalgie a également un impact sur la société par son retentissement sur l'activité professionnelle. Environ 50 à 70% des patients atteints de fibromyalgie gardent une activité professionnelle, même si un reclassement est parfois nécessaire (25). D'autres études parlent d'une réduction du temps de travail dans 18% des cas et d'un arrêt précoce de l'activité professionnelle dans 12% des cas (78,79). Malgré les répercussions de la pathologie sur les capacités fonctionnelles, seul 8% des patients fibromyalgiques ont eu un arrêt de travail dans l'année. Dans la moitié des cas, il n'existe qu'un seul arrêt de travail dans l'année mais 10 à 18% des cas le nombre d'arrêt de travail supérieur ou égal à cinq dans l'année (26). La durée moyenne de l'arrêt de travail est de 65 jours, avec environ 20% d'arrêts de plus de 3 mois et 6,2% d'arrêt supérieur ou égal à 6 mois (26). Environ 18% des patients atteints de fibromyalgie sont en invalidité en 2008 (26).

iv. Migraines et céphalées

La prise en charge de la migraine coûterait environ un milliard d'euros par an et celle de la céphalée chronique environ deux milliards par an (7,65).

Au-delà des coûts directs, les migraines et céphalées chroniques ont également un impact sur le milieu professionnel avec une perte de productivité estimée à cinq jours par trimestre chez environ un quart des patients et jusqu'à dix jours par trimestre pour 15% d'entre eux (7,67), soit environ 15 à 20 millions de journées de travail perdues par an en France (7,67).

c. Impacts psycho-sociaux

La douleur chronique est source d'incapacité et de handicap. Elle limite les activités professionnelles ou domestiques chez 6% des 25 à 64 ans, 15% des 65 à 84 ans et 33% chez les plus de 85 ans selon un rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2008 (80). Le retentissement de la douleur chronique sur la vie quotidienne et sur le moral existe même quand il existe un soulagement de l'intensité de la douleur pour 60% des patients (70).

Environ 40 % des patients ont un retentissement professionnel direct (69). Ainsi 45% des patients douloureux chronique sont concernés par un arrêt de travail d'une durée moyenne cumulée supérieure à quatre mois par an (69). Différentes études présentent des données similaires en termes d'absentéisme professionnel. Par exemple, en 2007, 38% des patients suivis par l'Association multidisciplinaire pour l'antalgie (AMPA), au Havre, était en arrêt de travail (81). Les données globales semblent également se superposer aux données concernant les patients suivis en structure douleur. L'enquête de pratique de l'HAS et de la SFETD de 2008 montre qu'environ un tiers des patients suivis en structure douleur poursuit une activité professionnelle (3). Cette étude comptait néanmoins entre 12,4 et 16,5% de patients en arrêts de travail. Entre 4,5 et 7% des patients étaient en arrêt pour un accident de travail. Les patients en invalidité représentaient 6,9 et 13,4% de la population observée (3), contre 3,1% en population générale en 2017 (82).

d. Comorbidités psychiatriques

La douleur chronique affecte l'humeur, le sommeil, les rapports sociaux et la qualité de vie. Le vécu de la douleur ne sera pas le même en fonction du terrain initial du patient, de ses antécédents de stress physique ou psychique. Le retentissement de la douleur au niveau psychologique sera différent pour chaque personne (83). Parmi la multitude de ressentis possibles, on peut citer : l'injustice, l'altération de l'image de soi, le repli social. Le vécu sera aussi influencé par sa répercussion sur la vie quotidienne : perte d'autonomie (asthénie, perte de mobilité), perte de moyens économiques (arrêt de travail, invalidité, temps partiel, baisse des revenus), difficultés d'accès aux soins, exclusion du milieu professionnel (avec baisse des relations sociales liées au travail) et des activités habituelles du quotidien, altération de la relation aux proches (83).

Selon l'étude ECONEP, un diagnostic de dépression peut être associé dans 20% des cas (69). On peut aussi noter que 64% des patients suivis en structure douleur chronique présentent une dépression (7).

On peut citer l'exemple des patients suivis et traités pour des migraines, 50% d'entre eux déclarent un terrain anxieux ou dépressif du à leur migraine (7,67).

4. Un potentiel d'amélioration

a. Constat, les médecins en difficulté

De multiples travaux autour de la douleur chronique soulignent les difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes face à la douleur chronique.

Tout d'abord, les médecins interrogés soulevaient les difficultés d'évaluation de la douleur notamment pour son aspect subjectif, sa complexité et la difficulté d'en obtenir une description précise (18,19,84). Le côté multidimensionnel de la symptomatologie était aussi souligné, avec des outils d'évaluation multiples souvent mal connus des médecins. Cette difficulté d'évaluation mettait aussi en lumière le manque de formation des médecins généralistes et l'inadéquation du temps de consultation avec la prise en charge de cette problématique (18,84).

Les difficultés thérapeutiques étaient mises en avant notamment avec l'échec ou l'insuffisance des prises en charge médicamenteuse, les problèmes d'effets secondaires, d'automédication, de mésusage, voire d'addictions (18,19,84). Environ deux tiers des médecins admettent des difficultés de prescription en lien avec l'intrications des pathologies (70).

Les difficultés administratives sont aussi à souligner avec la nécessité de réaliser des arrêts de travail répétés (leur justification, l'existence de bénéfices secondaires pour le patients, la coordination avec la médecine du travail) et les demandes de reconnaissance de maladie professionnelle ou d'invalidité (processus long et chronophage) (84).

Enfin le travail en réseau posait question avec la nécessité de coordination entre les acteurs (généralistes, spécialistes, algologues, médecins du travail, professionnels paramédicaux). Les délais de rendez-vous étaient soulignés comme une difficulté supplémentaire.

L'aspect psychologique de la douleur chronique était souligné dans ces études. Les comorbidités psychiatriques (anxiété, dépression, troubles du sommeil, consommations de

toxiques) mais aussi l'altération de la qualité de vie et de la relation à l'autre sont des points clefs de la prise en charge (84). La place des enjeux psycho-sociaux oblige le médecin à se confronter à la complexité voire l'échec de la prise en charge. Il peut exister une altération de la relation médecin – patient devenant parfois conflictuelle notamment avec certains de ces patients (trouble de la personnalité, bénéfices secondaires recherchés, mises en échec successives, demandes multiples et répétées, agressivité) (18,19). L'acceptation du patient des retentissements psychologiques de sa pathologie douloureuse peut aussi être une difficulté (84).

Les pathologies douloureuses posant le plus de difficultés semblent être les rachialgies chroniques, les douleurs arthrosiques liées au vieillissement de la population, la fibromyalgie, les douleurs neuropathiques et les douleurs pelviennes (19). Certaines catégories de patients semblent aussi mettre plus en difficulté les médecins : les enfants, les jeunes actifs, les personnes âgées et les personnes en fin de vie (19).

Une étude recherchant les difficultés ressenties par les médecins dans la prise en charge des patients douloureux chroniques scindait les patients en deux catégories : d'un côté les patients « âgées » atteints de pathologies rhumatisantes, physiologique, explicable et acceptable pour le médecin et de l'autre les patients « jeunes » ayant de fortes parts anxiodépressives et contextuelles intriquées, où la douleur est peu ou pas explicable et non acceptable (72). Cette dichotomie semble simpliste mais est pourtant partagée par de nombreux professionnels.

Les attentes des patients sont parfois multiples et mal reconnues par le médecin généralistes, l'attente d'une guérison fait face à la volonté d'une reconnaissance du statut de douloureux chronique, d'une écoute de la part des médecins. La dualité somatique - psychologique est parfois source de mécontentements de la part du patient mais également source des limites avouées de la prise en charge des médecins généralistes.

b. Du point de vue des patients, des progrès à faire

En 2003, une étude européenne sur les douloureux chroniques, toutes étiologies confondues, montrait que 40% des patients interrogés ne sont pas satisfaits de leur prise en charge médicamenteuse et que 38% des patients ne sont pas satisfaits de la prise en charge de leur médecin (50,85).

La compréhension de la maladie (notamment de son évolution et de ses traitements) semble être importante pour les patients. Plusieurs travaux cherchent à qualifier les attentes des patients

douloureux chroniques, dans un but d'amélioration de leur prise en charge. On peut citer une étude de 2012, qui a recruté par différents moyens (cabinet du médecin traitant, association de patients) des patients douloureux chroniques afin de les interroger sur le vécu de leur pathologie et sur leurs attentes. Ceux-ci attendaient de leur médecin une prise en charge personnalisée et le maintien d'une relation de confiance malgré l'impuissance et l'absence de solution à leur problème (83). Les attentes principales des patients étaient : l'écoute, la reconnaissance des limites du médecin, un soutien, une attention portée aux difficultés du patient et aux répercussions sur sa vie personnelle et professionnelle ainsi qu'un travail de coordination entre les différents professionnels de santé (83). Le modèle bio-psycho-social semble être le plus adapté à la prise en charge de la douleur chronique (2).

c. Attentes des médecins généralistes

Plusieurs études, basées sur des entretiens semi-dirigés de médecins généralistes de profils variés, permettent de regrouper les attentes des médecins généralistes (19,72). Le recueil d'informations (réalisé jusqu'à épuisement des données) permet de recouper différentes attentes. On peut citer : un délai raccourci d'accès aux structures spécialisées, notamment pour les demandes de consultations en urgence voir une ligne téléphonique d'avis, une meilleure information sur l'organisation et la prise en charge dans les structures et sur les thérapeutiques réalisées, une meilleure coordination entre les différents interlocuteurs, l'inclusion du médecin du travail, du médecin conseil de la sécurité sociale et des paramédicaux de terrain, un meilleur accès à des thérapeutiques alternatives (groupe de discussion, hypnose, sophrologie, ostéopathie, acupuncture, psychothérapie, etc.).

Le projet d'article 51 s'inscrit donc dans cette volonté d'amélioration de la prise en charge globale des patients douloureux chroniques en répondant à deux problématiques : une meilleure prévention de la douleur chronique et un accompagnement précoce, efficace et coordonné des patients en leur proposant un projet de soins personnalisé.

III. Projet « Article 51 » Parcours du patient douloureux chronique

1. Enquête préliminaire

Une étude préliminaire réalisée par le CETD de Nantes, en juin 2020, questionnait les difficultés de prise en charge que pouvaient rencontrer les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne. Le questionnaire a été envoyé à environ 350 médecins généralistes, le taux de retour était de 31%. La centaine de médecins répondants a permis de cibler les pathologies les plus à risque de difficultés de prise en charge.

Les différents modes de pratiques étaient représentés, en effet les 96 médecins répondants étaient répartis de manière homogène entre les pratiques rurales, semi-rurales ou urbaines. Ils présentaient des profils d'installations variés (médecins récemment installés ou depuis des décennies). La répartition des âges des médecins était également homogène.

Huit cadres nosologiques ont été choisis pour structurer l'étude préliminaire. Ces cadres nosologiques ont été détaillés dans la première partie, nous les reciterons simplement :

- Douleur rhumatologique hors rachialgie
- Rachialgie dont lombalgie
- Migraines et céphalées
- Syndrome douloureux dysfonctionnel dont fibromyalgie
- Syndrome douloureux régional complexe
- Douleur neuropathique
- Douleur liée au cancer
- Douleur abdomino-pelvienne

Le questionnaire a permis de mettre en lumière différentes informations. Les cadres nosologiques ont été répartis en trois catégories en fonction des difficultés ressenties et exprimées par les médecins.

Fortes difficultés :

Le syndrome fibromyalgique semblait être la principale source de difficultés des médecins répondants, 94% d'entre eux estimant être confronté à des difficultés de prise en charge pour cette pathologie, qu'elles soient occasionnelles (14%) ou récurrentes (80%). Seul 4% des interrogés ne retrouvait pas de difficultés notables.

Le SDRC était la deuxième cause de difficultés avec 59% des médecins rencontrant des difficultés récurrentes et 29% des difficultés plus occasionnelles.

Les douleurs neuropathiques étaient la troisième source citée avec 50% des médecins en difficultés récurrentes et 45% en difficultés occasionnelles.

Difficultés moyenne :

Les douleurs musculosquelettiques, comprenant les douleurs musculaires, les TMS et les douleurs articulaires, étaient citées dans un tiers des cas (33%) comme des difficultés récurrentes. Pour 43% des médecins, elles représentaient des difficultés occasionnelles. On peut noter que pour 22% des répondants, ces douleurs ne représentaient pas de difficultés notables.

Les rachialgies, accompagnées ou non de radiculalgies étaient cités dans les mêmes proportions.

Les migraines et les céphalées étaient citées par 25% des médecins comme source de difficultés récurrentes et 53% comme des difficultés occasionnelles.

Faibles difficultés :

Les douleurs liées au cancer ne représentaient pas une source de difficultés notables pour 34% des médecins. Dans 40% des cas, elles étaient cités comme difficultés occasionnelles.

Les douleurs abdominopelviennes étaient citées dans les mêmes proportions.

Prises en charge classées par ordre décroissant, en se basant sur les plus forts taux de difficultés.

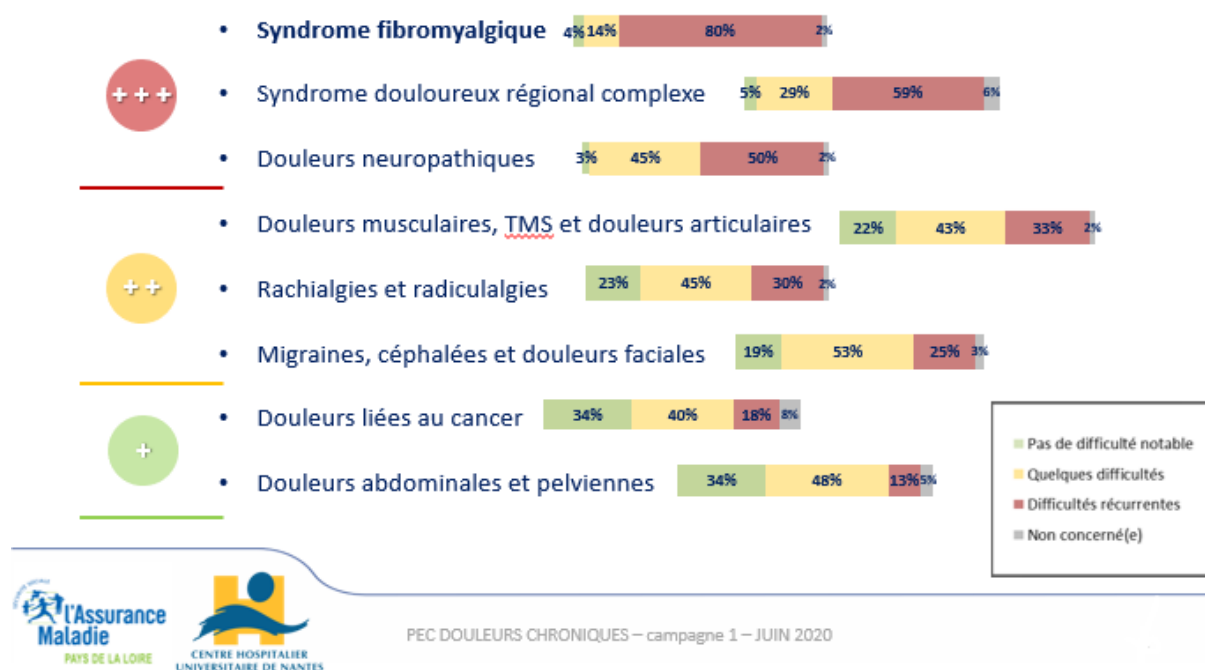


Figure 3 : Résultats de l'étude préliminaire du CETD sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes

Les difficultés rencontrées étaient de natures diverses.

Tout d'abord, on peut citer la difficulté de coordination entre tous les acteurs d'une même prise en charge. Le suivi spécifique des patients douloureux chroniques nécessite le concours de médecins généralistes, de spécialistes, de professionnels paramédicaux, de structures douleur, etc. Ces différents acteurs peuvent être difficiles à identifier sur le territoire. Une fois l'intervenant identifié, le patient et son médecin peuvent se retrouver confrontés à des délais d'attentes longs pour obtenir un rendez-vous. Une fois le patient vu par les différents intervenants, la communication entre les différents professionnels devient un maillon essentiel de la chaîne de soins. L'échange de données (bilan initial, proposition et changement thérapeutiques, bilan de fin de prise en charge, etc.) n'est pas toujours fluide et il n'est pas rare que des informations soient omises ou mal comprises.

Ensuite, la pathologie en elle-même pouvait être source de difficultés. En effet au-delà de la difficulté diagnostique, les spécificités thérapeutiques ne sont pas toujours connues et maîtrisées par le médecin de premier recours. La prise en charge multidisciplinaire peut également être citée comme une des difficultés rencontrées, notamment avec l'indisponibilité de certains soins et spécialistes sur un territoire. Certains soins non remboursés par la sécurité

sociale, sont essentiels dans la prise en charge. On peut citer par exemple, le non-remboursement des soins psychologiques.

Les médecins citaient également la charge administrative pouvant être associée au patient douloureux chronique. On peut citer : les arrêts de travail réguliers, la nécessité du lien avec la médecine du travail, les reconnaissances d'accident de travail ou de maladie professionnelle parfois difficiles à obtenir, les délais de reconnaissance du handicap auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), etc.

Enfin le patient lui-même peut mettre le médecin traitant en difficulté. Son comportement peut jouer un rôle déterminant dans son suivi médical. L'alliance thérapeutique et le soutien du médecin traitant sont deux des points clefs, parfois difficiles à obtenir et à maintenir.

Pour conclure sur l'analyse de cette étude préliminaire, plusieurs problèmes peuvent être identifiés. Le premier point serait le manque de fluidité dans le parcours de soins (acteurs multiples, d'identification difficile, délais de rendez-vous, manque de coordination et de communication). Ce manque de fluidité a pour conséquences une désorganisation du parcours de soins avec parfois une errance diagnostique initiale, un risque thérapeutique (mésusage, automédication) et une altération de la relation avec le patient.

Le second problème identifié est l'absence de remboursement de certains soins par l'assurance maladie notamment au niveau de la prise en charge psychologique.

La douleur chronique met donc en difficulté les médecins, mais également les malades. Se basant sur ce constat, le CETD du CHU de Nantes souhaite faire émerger de nouvelles pratiques en proposant un projet de soins innovant. C'est l'objet du projet « article 51 » : Parcours du patient douloureux chronique.

2. Généralités « article 51 »

Le modèle de financement « article 51 » est un dispositif issu de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018. Il a pour but de financer des projets de santé innovants, en termes d'organisation ou en termes de financement.

Les innovations éligibles à l'« article 51 » concernent de nouvelles modalités d'organisation des soins, ou bien de nouvelles modalités de financement des prises en charge. Et ce, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription de produits de santé.

Il permet de déroger à de nombreuses règles d'organisation et de financement de droit commun du système de santé listées par la loi. Chaque expérimentation a ainsi vocation à tester des nouveaux modèles de financement ayant vocation à se généraliser progressivement.

Il s'agit donc dans un premier temps de concevoir un projet de santé innovant en se basant sur les besoins existants. Il en découle une offre de santé qui doit prendre en compte le type d'intervention, les différents acteurs en jeu, les prestations / actes proposés, la durée et la fréquence de la prise en charge. Le nombre de patients à inclure est donc détaillé et les modalités d'évaluation sont rédigées. Il est alors construit un modèle économique et un cahier des charge permettant d'évaluer le projet. Le projet est alors validé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Une fois celui-ci validé et la demande de financement acceptée, l'expérimentation du projet peut alors commencer. Des patients sont inclus progressivement dans le dispositif. L'évaluation se fait ensuite sur plusieurs points : la faisabilité, l'efficacité, l'efficacité et la reproductibilité du projet. L'impact est mesuré sur le service rendu aux patients, sur l'organisation des soins et sur la soutenabilité financière du projet par le système de santé.

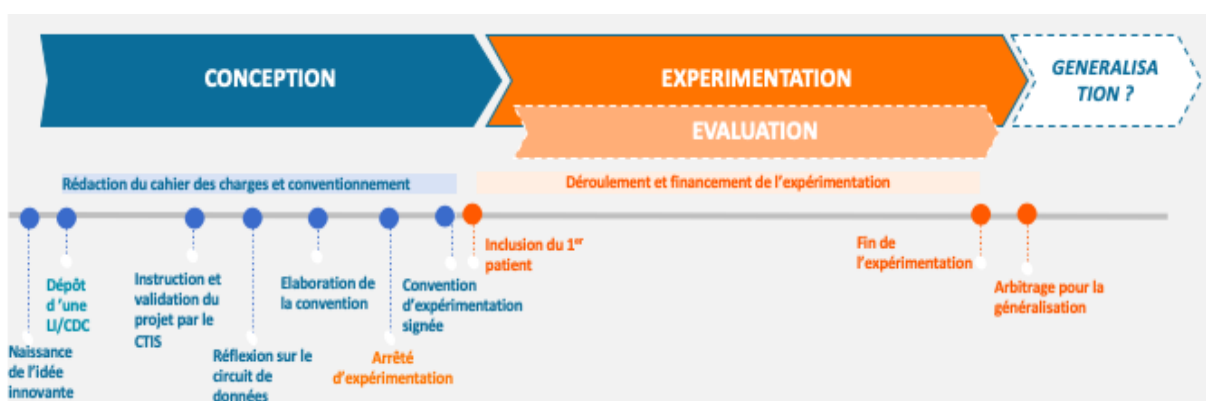


Figure 4 : Modalité de développement d'un projet "article 51"

3. Construction d'un projet « article 51 » : Parcours du patient douloureux chronique

L'objectif du projet d'innovation de santé est avant tout d'améliorer la prise en charge des patients. Pour ce faire, le projet se base sur une approche centrée patient reposant sur le modèle biopsychosocial.

Le projet de soins personnalisés permettra la mise en place d'un programme de soins, dont les interventions pourront se faire de manière graduelle, auprès des professionnels de santé au niveau du territoire de vie du patient, en coordination avec les soins spécialisés intra hospitaliers, dans un objectif de pluridisciplinarité. Certaines innovations pourront être utilisées afin de faciliter le travail en réseau. La sévérité de la pathologie et du terrain sera évaluée afin de proposer des prises en charge en urgence de manière facilitée, notamment lorsque le retentissement sur la vie quotidienne est majeur.

Les particularités du projet « article 51 » parcours douleur chronique s'organisent plusieurs axes :

- La mise en place d'un parcours de soins impliquant une infirmière ressource douleur de proximité, formée de façon spécifique (Diplôme universitaire Douleur et stage en structure douleur chronique).
Cette infirmière aura plusieurs missions : participer à l'évaluation globale du patient, participer à l'élaboration d'un projet de soins lors d'une synthèse médico-infirmière, réaliser des actions d'éducation thérapeutiques du patient (TENS, gestion des traitements, etc.), être garante de la coordination des différentes étapes de la prise en soins du patient, réaliser l'étayage du patient en situation stabilisée, etc.
- Le recours de façon graduée à différentes ressources selon la situation du patient. On peut citer par exemple : consultation infirmière pour mise en place d'un TENS, consultation infirmière d'éducation thérapeutique, consultation d'évaluation psychologue et/ou kinésithérapeute, réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) distancielles ou télé-expertise avec un algologue des structures douleur, consultation d'un médecin algologue, hôpital de jour d'évaluation pluridisciplinaire, etc.
- L'utilisation d'un outil informatique (outil parcours élaboré avec le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) e-santé) permettant la documentation, le suivi, la communication entre tous les acteurs de soins rencontrant le patient au long du parcours

- le financement des différents temps de coordination et de certains soins en ville usuellement non remboursés par la CPAM, comme les consultations psychologiques, l'activité physique adaptée et certaines thérapies complémentaires

Les objectifs opérationnels de cet « article 51 » ont servi de base à la réalisation de la grille de recueil d'information de cette étude. Ils sont au nombre de dix :

- Améliorer la qualité de vie du patient et réduire les incidences sociales et professionnelles (arrêts de travail, perte d'emploi, invalidité)
- Améliorer l'autonomie des patients et favoriser l'observance
- Réduire la consommation des antalgiques tout en limitant le mésusage des médicaments (opioïdes et anti-inflammatoires en particulier) et diminuer le risque iatrogène
- Développer les recours aux thérapeutiques non médicamenteuses
- Réduire la consommation de soins : consultations, hospitalisations évitables, actes (imagerie)
- Réduire et optimiser les délais de recours aux ressources spécialisées (structures douleurs)
- Réduire les déplacements des patients
- Développer une culture commune et partagée sur la prévention et la gestion de la douleur chronique
- Améliorer le ressenti des professionnels et en particulier des acteurs de proximité
- Réduire les comorbidités induites par la douleur (dépression, anxiété, addictions, troubles du sommeil)

Deux catégories de patient sont concernées par le projet « article 51 » parcours douleur chronique. D'un côté, il s'agit de repérer les patients souffrant de douleur subaigüe à risque de chronicisation. Il s'agit notamment de ceux dont la douleur évolue depuis plus d'un mois avec la présence d'au moins deux critères de chronicisation, pour lesquels l'objectif est de diminuer le passage à la chronicité.

Le prise en charge interdisciplinaire pourrait ainsi commencer au moment le plus opportun, lorsque le clinicien soupçonne une possible évolution vers la chronicité. Les facteurs de chronicisation à rechercher sont définis tels que :

- Antécédent de douleur chronique
- Retentissement émotionnel tels que la dépression, l'anxiété, le stress

- Comportements douloureux inappropriés (évitement ou réduction de l'activité, liée à la peur du mouvement, etc.)
- Interprétations ou croyances éloignées des interprétations du médecin concernant la douleur
- Retrait des activités sociales
- Problèmes liés au travail : insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile, stress post traumatiques, concordance avec des éléments de vie difficiles (deuil, conflit, séparation, insécurité matérielle, etc.)
- Mésusage ou abus de médicaments à risque de créer une dépendance

D'un autre côté, le projet « article 51 » parcours douleurs chroniques ciblera les patients souffrant d'une douleur chronique évoluant depuis plus de trois mois devant bénéficier d'une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire.

4. Exemple de projet de santé : réseau AMPA

La nécessité de modifications des pratiques dans la prise en charge de la douleur chronique en ville semble primordiale. Les réseaux de soins ambulatoires pourraient permettre une nette amélioration de qualité de vie des patients ainsi qu'une diminution des coûts de prise en charge.

Les réseaux de soins orientés vers le traitement de la douleur constituent une dynamique organisationnelle territoriale entre acteurs de santé ayant pour objectifs d'assurer une orientation adéquate des personnes au sein du système de santé (7).

On peut citer : le réseau Est Parisien créé en 1995, le réseau vironnais créé en 1996, etc.

Si on se concentre sur la consommation de soins, on peut prendre l'exemple de l'AMPA, réseau de soins en douleur chronique au Havre. Le réseau a suivi 138 patients pendant deux ans avec un suivi psychologique, un accompagnement social et professionnel, une consultation multidisciplinaire associée à des RCP autour des cas en échecs thérapeutiques, des consultations d'algologie de proximité. Le profil des patients était varié mais les trois quart était exclu du travail du fait de leur pathologie douloureuse. Les trois principales pathologies retrouvées chez les patients inclus étaient les rachialgies (31%), les douleurs neuropathiques (27%) et la fibromyalgie (18%). Son évaluation entre 2005 et 2007 a permis de montrer l'évolution de la prise en charge de 67 patients (81). En moyenne, l'étude montre une diminution de 47% du

nombre de consultations chez le médecin généraliste ou chez le spécialiste, une diminution de 38% des locations et des achats de TENS, une diminution de 11% du coûts médicamenteux. L'évaluation a permis de montrer une diminution de 21% du coût global de la prise en charge des patients douloureux chroniques (81). Au niveau de l'impact sociétal, l'étude a pu observer une diminution de 47% des indemnités journalières soit une économie de 30 journées d'indemnités par patient après leur inclusion dans le réseau, quelle que soit l'étiologie de leur douleur (81). Cette étude ne prenait pas en compte le recours hospitalier ni la qualité de vie du patient.

Les points attendus dans la création de ce parcours étaient l'accès remboursé aux psychologues de ville, l'accès à des consultations d'algologie de proximité et la réalisation de consultations multidisciplinaires (81). Ce parcours devait favoriser le lien avec l'hôpital et la coordination entre les différents acteurs de la prise en charge.

La création d'un réseau de soin a évidemment un coût. Le coût de fonctionnement du réseau AMPA était de 566 euros par patients et par an en moyenne (81).

MATERIEL ET METHODE

I. Conception de l'étude

Le travail préalable nécessaire à la conception du cahier des charges du projet « article 51 » parcours douleur chronique mobilise plusieurs thèses de médecine générale :

- Evaluation épidémiologique des patients douloureux chroniques du territoire d'expérimentation, permettant d'une part un état des lieux de la douleur chronique et des besoins de prise en charge adaptée, d'autre part d'alimenter le cahier des charges en indiquant la volumétrie de patients concernés par l'expérimentation, élément nécessaire à la construction du modèle médico-économique
- Etat des lieux de la pertinence de recours aux structures douleurs chroniques
- Etudes des dispositifs innovants (télé-expertise, RCP distancielles, etc.) pouvant être utilisés dans le parcours

Afin de participer à la création du projet innovant de santé, il semblait important de réaliser un premier constat concernant la douleur chronique dans la population sur le territoire d'intérêt. Le projet « article 51 » avait pour cartographie initiale la région ligérienne. L'enquête préliminaire a permis une mobilisation des médecins, les incitant à participer à des ateliers et à la réflexion autour de la construction du projet. Ces médecins étaient basés dans une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) de Chantenay à Nantes et sur la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du Pays de Retz.

Pour mémoire, une MSP est un mode d'exercice professionnel collectif et coordonné. Depuis 2007, ce type de structure regroupe des équipes de professionnels de santé de soins primaires (médicaux et paramédicaux) d'une même zone géographique autour d'un projet de santé commun, collaborant avec les autres acteurs d'un même territoire. Une MSP peut exercer en un même lieu géographique, ce qui est le cas de la MSP de Nantes Chantenay.

Une CPTS est un regroupement interprofessionnel de santé. Leur création est issue de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Il en existe environ 200 en France. Son but est de coordonner les professionnels d'un même territoire autour d'un projet de santé répondant à des problématiques communes (soins non programmés, maintien au domicile, etc.). Toutes les spécialités médicales et paramédicales peuvent y participer, qu'elles soient de premier ou de second recours, que leur exercice soit au sein de structure de soins coordonnés,

en cabinet individuel ou en structure médico-sociale, avec une possible inclusion des professionnels hospitaliers publics ou privés d'une même territoire.

Cette thèse a pour objectif de décrire la population de patients présentant des douleurs chroniques et définir le volume de patients concernés par les pathologies douloureuses.

Plusieurs questions ont été soulevées. Comment proposer une amélioration du système de soins sur un territoire donné sans en connaître les spécificités ? Les médecins interrogés lors de l'étude préliminaire ont fait part de plusieurs difficultés pratiques. Ils ont cité plusieurs cadres nosologiques comme source de difficultés régulières et ont pu mettre des mots sur ces difficultés.

Nous avons établi les informations à recueillir à partir des objectifs opérationnels du projet « article 51 » formulés :

- Concernant les thérapeutiques, l'objectif de réduction des consommations, du mésusage et du risque iatrogène questionnait la prescription réelle de ces médicaments.
- La recherche de thérapeutiques particulières (antidépresseur, anxiolytique et hypnotique) permettait aussi d'appréhender les comorbidités induites par la présence d'une douleur chronique (dépression, anxiété, troubles du sommeil).
- Concernant l'aspect social, les questions d'arrêts de travail, d'accidents du travail, de maladies professionnels ou de reconnaissance du handicap reviennent dans de nombreux travaux et sont pointées par l'étude préliminaire.
- Concernant le coût de la prise en charge, l'objectif de réduction de la consommation de soins, toujours dans un objectif d'efficience, nécessitait de s'interroger sur le nombre de consultations effectuées par les patients, sur le recours à l'imagerie et aux soins de kinésithérapie.

Il a été décidé de réaliser le recueil de ces informations directement dans le dossier des patients. Ces différentes données étaient également intéressantes pour le suivi des objectifs dans le cadre de l'évaluation du projet de santé innovant « article 51 ».

L'étude se déroulait en deux étapes.

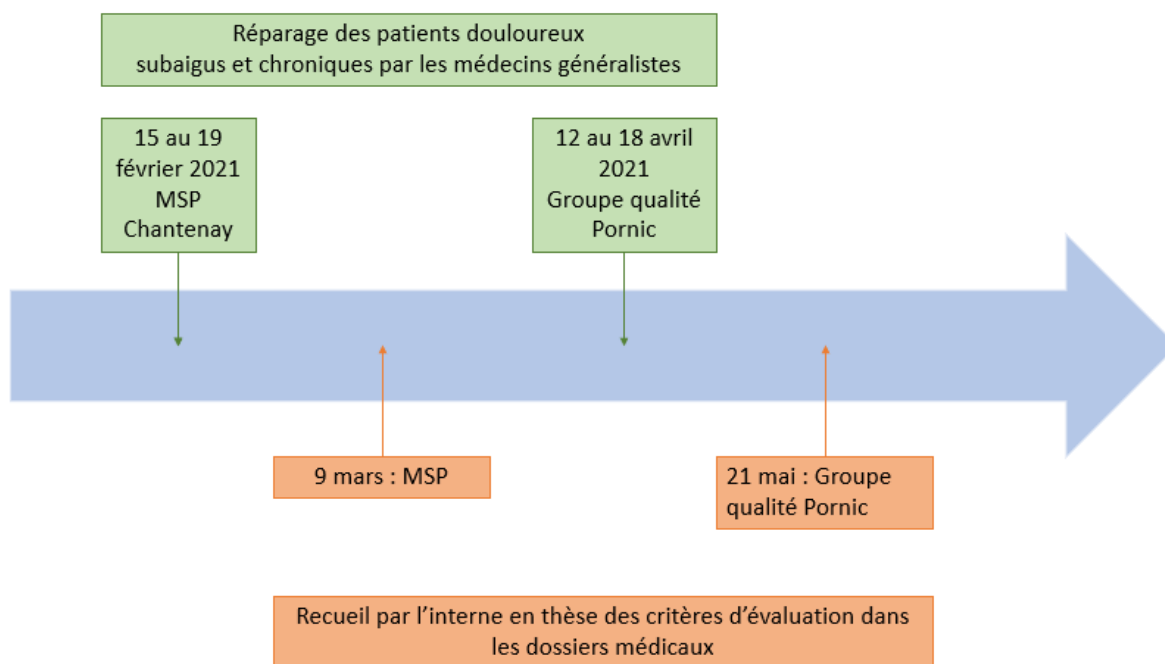


Figure 5 : Schéma des étapes du repérage puis du recueil de données dans les cabinets médicaux

Dans un premier temps, sur le temps imparti, les médecins volontaires devaient recueillir le nom des patients souffrant de douleurs subaiguës (soit à partir de quatre semaines d'évolution) à chronique, toutes étiologies confondues. Les objectifs de l'étude ont été expliqués à tous les patients ciblés afin de motiver leur contribution à l'étude. Une information concernant l'anonymisation de toutes les données a également été fournie. Si le patient consentait à l'utilisation de ses données médicales, cela ouvrait l'accès à leur dossier informatisé. Une fois la liste des patients d'intérêts établis par les médecins, la deuxième étape consistait à se rendre dans les cabinets médicaux afin d'effectuer le recueil des données directement dans les dossiers.

Le choix des lieux d'intervention a été basé sur la liste des médecins ayant accepté de participer à la réflexion autour de l'« article 51 ». Il a été envoyé une demande de participation aux médecins exerçant sur la MSP nantaise et à ceux de la CPTS du Pays de Retz.

La réponse positive de la première structure a permis de lancer le premier temps de l'étude. Celui-ci s'est donc porté sur la MSP de Chantenay à Nantes, soutenu par un des médecins de l'équipe. La première phase du recueil a eu lieu sur une durée de 5 jours du 15-02-2021 au 19-02-2021.

Concernant les médecins exerçant au sein de la CPTS du Pays de Retz, leur participation fut moins évidente. Nous avons essayé de mobiliser les médecins de la CPTS pour répondre à

l'étude. Dans un premier temps, seuls des acteurs paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmiers et pharmaciens) se sont proposés, mais ne faisaient malheureusement pas partie du public cible pour ce recueil. Grâce le concours de la coordinatrice de la CPTS, un médecin d'un des groupes qualité (Pornic) présent sur le territoire, qui travaillait au même moment sur le sujet de la douleur chronique, s'est montré intéressé par notre étude.

Pour mémoire, les groupes qualité sont des groupes d'échange de pratiques se basant sur un engagement collectif permettant aux médecins généralistes d'une même zone géographique de se rencontrer régulièrement pour échanger et développer une démarche réflexive sur leurs pratiques (86).

Ce médecin nous a permis de proposer le protocole de l'étude aux autres médecins du groupe en l'échange d'un temps de discussion autour de la prise en charge de la douleur chronique lors d'un de leur atelier. Les médecins de ce groupe qualité ont donc été invités à participer au recueil sur la période du 12-04-2021 au 18-04-2021.

II. Fiche de recueil

La fiche de recueil a été anonymisée. Chaque médecin correspond à une lettre majuscule. A chaque médecin correspond une liste de patients, chacun d'entre eux est numéroté. Ainsi chaque patient bénéficie d'un code garantissant son anonymat, la correspondance entre code et noms des patients n'a pas été conservé pour l'analyse des données. Par exemple le patient A2 correspond au deuxième patient recueilli par le médecin nommé A. (**Annexe 7**)

La fiche de recueil peut être scindée en plusieurs catégories. Chaque item de ce recueil permet de répondre aux objectifs opérationnels de l'article 51.

Description nosologique

- cadre nosologique concerné par la pathologie du patient, codé tel que :
 - 1- rachialgies
 - 2- migraines et céphalées
 - 3- syndrome dysfonctionnel dont fibromyalgie

- 4- SDRC
- 5- douleur neuropathique
- 6- douleur d'origine cancéreuse
- 7- douleurs rhumatologiques
- 8- douleurs abdomino-pelviennes
- durée d'évolution de la maladie causale

Certains patients peuvent appartenir à plusieurs cadres nosologiques. C'est le cas notamment chez certaines populations de travailleurs manuels qui peuvent souffrir à la fois de rachialgies et de douleurs rhumatologiques diverses en lien avec leur profession. Nous avons choisi de ne pas attribuer ces patients à un seul cadre nosologique. Nous avons ajouté une ligne d'association (par exemple) 1+7 au recueil afin de prendre en compte la complexité de ces patients.

Description socio démographique

- sexe
- âge
- statut professionnel, codé tel que :
 - 1- en activité professionnelle
 - 2- en invalidité,
 - 3- sans emploi,
 - 4- retraité

Description de l'impact médico-économique

- Arrêt maladie en cours
- Reconnaissance d'un accident de travail
- Reconnaissance d'une maladie professionnelle
- ALD pour cette pathologie
- Reconnaissance du handicap auprès de la MDPH
- Bénéficiaire Allocation Adulte Handicapé (AAH)

Description de la consommation de soins

Pour décrire les problématique actuel du patient, il a été choisi d'analyser le temps du dernier renouvellement. Nous avons choisi la durée de trois mois. Ainsi pour la prescription médicamenteuse et de kinésithérapie, nous nous sommes concentrés sur la dernière ordonnance uniquement.

- Prescription médicamenteuse sur la dernière ordonnance
 - Prescription d'antalgiques : palier 1, AINS, corticoïdes, autres
 - Prescription opioïdes : palier 2 ou 3
 - Prescription d'antidépresseur, d'anxiolytique ou d'hypnotique
- Prescription de soins de kinésithérapie dans les trois derniers mois
- Nombre de consultations chez le généraliste dans les trois derniers mois

En revanche, pour ce qui est des consultations chez le spécialiste ou pour les imageries médicales nous avons choisi le délai d'une année écoulée, afin de prendre en compte le temps d'obtention des différents rendez-vous et le recours secondaire aux spécialistes.

- Nombre de consultations chez le spécialiste dans l'année écoulée
- Nombre d'imageries effectuées dans l'année écoulée

Enfin, nous avons considéré l'existence ou non d'une prise en charge par un spécialiste de la douleur à un moment donné de la prise en charge du patient, sans condition de temporalité.

- Existence d'une ou plusieurs consultations avec un spécialiste de la douleur dans la prise en charge du patient

RESULTATS

I. Effectifs recueillis

Le premier recueil, sur la MSP de Chantenay, a permis à 9 des 10 médecins de la structure de participer (un des médecins était en congés). Le recueil a permis de cibler 18 patients (douleur subaiguë et chronique) sur 551 patients vus en consultation sur ces 5 jours. On peut donc dire que 3,3% des patients ayant consulté sur cette semaine présentait une douleur subaiguë à chronique.

Le deuxième recueil, sur les médecins du Groupe Qualité de Pornic, a permis à 5 des 12 médecins du Groupe Qualité de participer (2 médecins localisés dans un même cabinet à Saint Père en Retz, 2 médecins localisés dans un même cabinet à Pornic, 1 médecin exerçant dans un autre cabinet à Pornic). Le recueil a permis de cibler 20 patients (douleur chronique) sur 342 patients vus en consultation sur ces 5 jours. On peut donc dire que 5,8% des patients ayant consulté sur cette semaine présentait une douleur chronique.

Au total, 4,3% des patients vu en consultation durant ces 12 jours d'enquête souffre de douleurs chroniques.

II. Description nosologique

La première étape fut d'observer la répartition de nos huit cadres nosologiques au sein de l'échantillon de patients douloureux chroniques recueilli.

1. Description de la population de patients douloureux chroniques

a. Résultats Globaux

Les cadres nosologiques les plus concernés étaient celui des douleurs rhumatologiques avec 34,2% des patients, les rachialgies avec 21% des patients et la fibromyalgie avec 15,7% des patients. Concernant les rachialgies, on peut noter que l'association avec les douleurs rhumatologiques et les douleurs neuropathiques était fréquente. En effet 7,9% des patients présentait à la fois une douleur lombaire et une douleur autre rhumatologique. De la même

manière, 2,6% des patients recueillis présentait à la fois une rachialgie et des douleurs neuropathiques.

On notait ensuite une proportion important de migraines et de céphalées avec 10,5% des patients concernés. Le SDRC était également représenté avec 5,2% des patients concernés.

Dans une moindre mesure, on observait des douleurs abdomino-pelviennes pour 2,6% des patients (soit un recueil).

Il n'a pas été observé de douleur chronique d'origine cancéreuse.

Tableau 5 : Répartition des patients douloureux chronique par cadre nosologique

	MSP	GQ	Global
Rachialgie dont lombalgie	4	4	8
Douleurs rhumatologiques	6	7	13
Rachialgie et douleurs rhumatologiques	3	0	3
Migraines et céphalées	1	3	4
Fibromyalgie	1	5	6
SDRC	1	1	2
Douleurs neuropathiques et rachialgie	1	0	1
Douleurs dues au cancer	0	0	0
Douleur abdomino-pelvienne	1	0	1
Total	18	20	38

b. Concernant la MSP de Chantenay

Les cadres nosologiques les plus concernés étaient les douleurs rhumatologiques avec 33% des patients et les rachialgies avec 22% des patients. Dans ce groupe, la fibromyalgie était moins représentée avec un taux de prévalence à 5,5% des patients.

On observe une proportion à 5,5% pour chacun des cadres nosologiques suivants : migraines et de céphalées, SDRC, douleurs abdomino-pelvienne et douleurs neuropathiques (en association avec les rachialgies).

Il n'a pas été observé de douleur chronique d'origine cancéreuse.

c. Concernant le Groupe Qualité de la CPTS de Pornic

Dans ce groupe, les douleurs les plus fréquentes restent les douleurs d'origine rhumatologique (hors rachialgie) avec 35% des patients concernés.

Ce groupe semble particulièrement concerné par la fibromyalgie qui concerne 25% des patients.

Le groupe des lombalgiques qui comptabilise 20% des patients, la migraine avec 15% des patients, puis dans une moindre proportion on note le SDRC qui concerne 5% des patients.

Ce groupe ne compte pas de patients atteints de douleurs neuropathiques, de douleur d'origine cancéreuse ou de douleur abdomino-pelvienne.

2. Taux de prévalence des cadres nosologiques

La taux de prévalence est le nombre de cas d'une maladie dans une population à un moment donné. On peut donc rapporter le nombre de patients douloureux chroniques de chaque cadre nosologique à la population totale observée dans cette étude. Les 38 patients douloureux chroniques repérés sur les 893 consultations des 12 jours d'enquête, représentent 4,3% des patients.

Si on analyse chaque cadre nosologique séparément, on obtient les taux prévalences de chaque cadre nosologique pour la population globale, ainsi que pour chaque groupe (MSP et Groupe Qualité).

Les douleurs rhumatologiques hors rachialgies sont le cadre nosologique le plus fréquent en population générale, ainsi que dans chaque groupe de consultations. On peut dire que 1,46% de la population totale observée souffre de douleurs rhumatologiques chroniques, avec un taux de prévalence plus importante au sein du groupe qualité de Pornic avec 2,05% des consultants concernés, alors que le taux de prévalence est à 1,09% des consultants pour la MSP.

Les rachialgies concernent 0,90% de la population étudiée, là encore avec un taux de prévalence plus importante dans les consultations du groupe qualité avec 1,17% des patients concernés pour 0,73% des patients concernés dans la MSP. Si on considère le groupe associant les rachialgies aux douleurs rhumatologiques, leur taux de prévalence dans l'échantillon de patient est à 0,34%.

Environ 0,45% des patients ont consulté pour un problème de migraine ou céphalée chronique sur l'échantillon de l'étude. Une fois encore le groupe qualité semble plus impacté avec 0,88% des patients concernés contre 0,18% dans le groupe MSP.

La fibromyalgie était le motif de consultation de 0,67% des patients sur la totalité de l'échantillon. De nouveau, elle était plus représentée dans le groupe qualité avec 1,47% des patients concernés contre 0,18% dans le groupe MSP.

Le taux de prévalence des autres douleurs était moindre avec 0,22% des patients concernés par un SDRC, 0,11% des patients concernés pour une douleur neuropathiques et 0,11% des patients concernés par une douleur abdomino-pelvienne. La répartition des SDRC était homogène dans le deux groupes, alors que les douleurs neuropathiques et les douleurs abdomino-pelviennes n'avaient concerné que des patients issus du groupe MSP.

Tableau 6 : Taux de prévalence des cadres nosologiques, par groupe puis globale.

	MSP	Taux de prévalence MSP	GQ	Taux de prévalence GQ	Global	Taux de prévalence globale
Rachialgie dont lombalgie	4	0,73%	4	1,17%	8	0,90%
Douleurs rhumatologiques	6	1,09%	7	2,05%	13	1,46%
Rachialgie et douleurs rhumatologiques	3	0,54%	0	0	3	0,34%
Migraines et céphalées	1	0,18%	3	0,88%	4	0,45%
Fibromyalgie	1	0,18%	5	1,47%	6	0,67%
SDRC	1	0,18%	1	0,30%	2	0,22%
Douleurs neuropathiques	1	0,18%	0	0	1	0,11%
Douleurs dues au cancer	0	0	0	0	0	0
Douleur abdomino-pelvienne	1	0,18%	0	0	1	0,11%
Total des consultations	551		342		893	

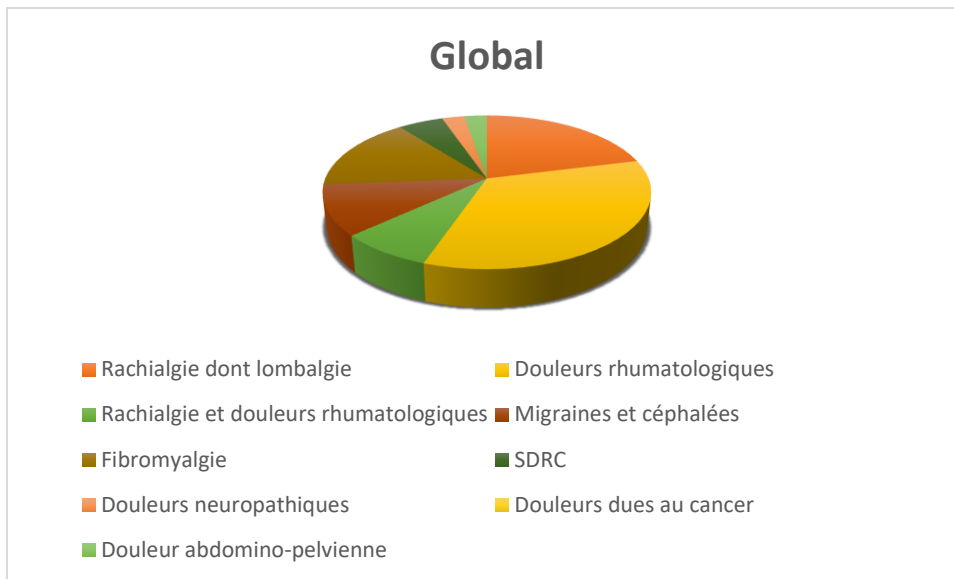


Figure 6 : Taux de prévalence par cadres nosologiques

3. Comparaison à l'étude préliminaire

Il est intéressant de comparer les pathologies causant le plus de difficultés aux médecins interrogés lors de l'étude préliminaire à celles retrouvées dans cette étude descriptive. Ainsi on peut dire que la fibromyalgie se trouve à la convergence entre la fréquence de survenue et la mise en difficulté des médecins généralistes. Les deux autres cadres occasionnant le plus de difficultés (SDRC et douleurs neuropathiques) sont finalement moins représentés dans l'échantillon évalué.

Par ailleurs, les douleurs rhumatologiques et les rachialgies sont les deux cadres les plus souvent retrouvés lors de cette étude. Ils ont également été décrit comme source occasionnelle de difficultés dans l'étude préliminaire. Les migraines et céphalées représentent elles aussi une source de difficultés moyennes / occasionnelles.

En revanche, les douleurs les moins fréquentes (douleurs abdomino-pelviennes et douleurs liées au cancer) sont celles ayant été décrites comme posant le moins de difficultés.

Tableau 7 : Comparaison des difficultés observés (étude préliminaire) et de la fréquence des cadres nosologiques (étude descriptive)

Difficultés rapportés en fonction des cadres nosologiques (ordre décroissant)	Proportions observées dans l'étude (ordre décroissant)
Syndrome fibromyalgique	Douleurs rhumatologiques hors rachialgies
SDRC	Rachialgies
Douleurs neuropathiques	Syndrome fibromyalgique
Douleurs musculaires, TMS et douleurs articulaires	Migraines, céphalées, douleurs faciales
Rachialgies, radiculalgies	SDRC
Migraines, céphalées, douleurs faciales	Douleurs neuropathiques
Douleurs liées au cancer	Douleurs abdominales et pelviennes
Douleurs abdominales et pelviennes	Douleurs liées au cancer

Dans le cadre de la création d'un projet innovant de santé, on peut considérer qu'il serait opportun de s'intéresser en priorité aux douleurs à la fois de fréquence élevée mais alliant également la complexité de la prise en charge ressentie par les professionnels de santé.

4. Extrapolation

Dans le but de la construction d'un projet innovant de santé « article 51 », l'étude devait faire l'état des lieux du taux de prévalence de la douleur chronique sur un territoire d'intérêt. L'échantillon recueilli était de petite taille en comparaison à l'importance de la population du territoire d'intérêt. Il était donc intéressant de pouvoir projeter le nombre de patients potentiellement accessibles au nouveau projet de soins.

L'Observatoire Régional de Santé (ORS) met à jour régulièrement les profils santé des territoires (87,88). Ces profils santé sont des indicateurs précieux de la démographie d'un territoire ainsi que de la répartition des soins dans une population.

La MSP de Chantenay suit environ 6000 patients en déclaration médecin traitant.

Si on ne considère que les patients ayant déclarés un médecin traitant au cabinet, on peut extrapoler un volume de patients concernés par les différents cadres nosologiques :

- Rachialgies seules : 44 patients
- Douleurs rhumatologiques hors rachialgies : 65 patients
- Rachialgies et douleurs rhumatologiques associées : 32 patients
- Migraines et céphalées : 11 patients
- Fibromyalgie : 11 patients
- SDRC : 11 patients
- Douleurs neuropathiques : 11 patients
- Douleurs abdomino-pelviennes : 11 patients

En ce qui concerne la région urbaine, on peut faire l'hypothèse que la diversité des consultations au sein de la MSP de Chantenay soit représentative de la consommation de soins des autres cabinets médicaux. Si on s'intéresse uniquement à la population adulte des 24 communes de Nantes Métropole, celle-ci compte 496 291 habitants en 2019 (88).

En reprenant les taux de prévalence observées dans l'échantillon du groupe MSP, on peut extrapoler à environ six mille personnes potentiellement atteintes de douleurs rhumatologiques chroniques et entre trois et quatre mille personnes potentiellement atteintes de rachialgies chroniques, sur le territoire de Nantes Métropole.

Concernant les autres cadres nosologiques, on peut considérer un potentiel d'environ mille personnes atteintes par cadre, sur le territoire de Nantes Métropole, à l'exception des douleurs d'origine cancéreuse pour lesquelles l'extrapolation n'est pas possible du fait de l'absence de patients recueillis dans l'étude. On sait en revanche que 22 469 personnes étaient prise en charge pour un cancer en 2019 sur Nantes Métropole (88). Ces personnes peuvent donc toutes être potentiellement atteintes par des douleurs chroniques d'origine cancéreuse (aux différents stades de la pathologie).

En ce qui concerne la région rurale et semi-rurale de la CPTS des Pays de Retz, on peut faire l'hypothèse que les consultations des médecins du groupe qualité de Pornic soient représentatives de la population de la CPTS. Si on considère les 22 communes de la CPTS, celles-ci comptent 73 261 adultes en 2021 (87). La CPAM recense 21% d'adhésion à la CPTS des Pays de Retz (ne prenant en compte que les médecins libéraux), soit 17 médecins généralistes sur les 80 que comptent le territoire. La CPTS est néanmoins en lien avec une cinquantaine de médecins sur le territoire en dehors de l'adhésion à l'association.

Seuls cinq des huit cadres nosologiques peuvent être extrapolés à la population du territoire d'intérêt, les autres n'ayant pas permis de recueillir des patients. Ainsi on peut dire que la prévalence de personnes atteintes des douleurs se situe entre mille et deux mille personnes potentiellement atteintes pour les douleurs rhumatologiques chroniques (hors rachialgies) et environ mille potentiellement atteintes de rachialgies chroniques. La fibromyalgie, très représentée dans ce groupe, toucherait un potentiel de mille personnes également. Dans une moindre mesure les migraines et le SDRC toucheraient respectivement sept cent et deux cent personnes.

Parmi les cadres non retrouvés dans l'échantillon du groupe qualité, on retrouve celui des douleurs d'origine cancéreuse. Le profil santé de la CPTS du Pays de Retz nous rapporte 4 180 personnes prises en charge pour un cancer en 2021 (87). Ces personnes peuvent donc être sujettes aux douleurs chroniques d'origine cancéreuse.

III. Durée d'évolution de la douleur

1. Résultats Globaux

La durée d'évolution de la douleur dépend de la cause. Pour l'analyse de la durée d'évolution dans sa globalité il faut tenir compte de deux données extrêmes. Il existe un cas de douleur due à une pathologie congénitale dont la durée d'évolution équivaut à l'âge du patient. De la même manière, il n'existe qu'une seule donnée correspondant à une douleur subaiguë dans le recueil (4 semaines).

La durée moyenne d'évolution de la douleur, en prenant en compte toutes les données est de 91 mois soit 7 ans et 7 mois. Si nous retirons les deux données extrêmes la moyenne d'évolution de la douleur est de 79 mois soit 6 ans et 7 mois. La médiane d'évolution de la douleur est de 48 mois soit 4 ans.

Si on considère la durée d'évolution de la douleur en fonction du cadre nosologique, on peut noter des disparités. Les douleurs évoluant depuis le plus longtemps sont les douleurs abdominopelviennes, concernant une seule patiente dans l'étude, pour une durée d'évolution supérieure à 11 ans (durée exacte non précisée dans le dossier médical, le début de la douleur étant antérieur au début de la prise en charge) et les douleurs lombaires avec une moyenne d'évolution de 9 ans et 2 mois, puis viennent les douleurs rhumatologiques (hors rachialgies) et

les douleurs dysfonctionnels de type fibromyalgie avec des moyennes respectivement à 8 ans et 11 mois et 8 ans et 3 mois.

La durée d'évolution du SDRC est en moyenne à 7 ans et 6 mois et celle des migraines et céphalées à 3 ans et 11 mois.

La plus courte durée d'évolution revient au patient suivi pour des douleurs neuropathiques, actuellement suivi depuis environ 6 mois.

Tableau 8 : Répartition des durées d'évolution de la douleur chronique en fonction des cadres nosologiques

	Moins d'un an	1-2 ans	Plus de 3 ans	Global
Douleurs rhumatologiques	3	4	6	13
Rachialgies	1	1	6	8
Rachialgies associées à d'autres douleurs rhumatologiques	0	2	1	3
Fibromyalgie	1	0	5	6
Migraines et céphalées	1	1	2	4
SDRC	0	1	1	2
Douleurs neuropathiques associées à rachialgie	1	0	0	1
Douleurs abdominopelviennes	0	0	1	1
Douleurs liées au cancer	0	0	0	0
Total	7	9	22	38

Nous pouvons observer des durées d'évolution longue (plus de dix ans). En effet, 10% de l'échantillon de douloureux chroniques recueillis souffre de douleurs évoluant depuis plus de dix ans. Certaines pathologies semblent plus impactées que d'autres. En effet la rachialgie et la fibromyalgie semblent être plus pourvoyeuse de durée d'évolution supérieure à dix ans avec chacune quatre patients concernés, soit deux tiers des fibromyalgiques et un tiers des rachialgiques. On peut également noter que deux patients sont concernés par des durées d'évolution de plus de dix ans dans le groupe des douleurs rhumatologiques hors rachialgies. Dans une moindre mesure, un patient est concerné dans chacun des cadres suivants : migraines et céphalées, SDRC, douleurs abdominopelviennes.

2. Concernant les groupes

On peut noter une différence dans la répartition des durées d'évolution entre les deux groupes. Il semble que les durées d'évolution soient plus homogènes au sein de la MSP alors que les durées semblent beaucoup plus longues chez les patients du groupe qualité. Il est également intéressant de noter que le nombre de patients ayant une douleur chronique évoluant depuis plus de dix ans est plus importante dans le groupe qualité. En effet dans les patients du groupe qualité, on dénombre dix patients dont la durée d'évolution dépasse les dix ans (en comptant le patient atteint d'une pathologie congénitale), soit 50% des douloureux chroniques de ce groupe. A l'inverse, seul trois patients de la MSP sont concernés par une évolution de plus de dix, soit 16%.

Des hypothèses peuvent être formulées concernant cette répartition, sans que celle-ci ne puissent être argumentées avec les seules données de ces études : la population plus rurale de la CPTS des Pays de Retz (décrit dans la littérature comme plus sujette à la douleur chronique), un âge plus élevé, etc. Il peut également s'agir d'un fait de hasard mais il était intéressant de le souligner.

Tableau 9 : Répartition des durées d'évolution de la douleur, par groupe puis global.

	MSP	GQ	Global
Moins d'un an	7	0	7
1-2 ans	7	1	8
Plus de 3 ans	4	19	23
Total	18	20	38

IV. Description des caractéristiques socio-démographiques

1. Données de l'échantillon

On observe 66% de femmes (plus représentées sur le groupe qualité avec 80% de femmes) pour 34% d'hommes. L'âge moyen des patients est de 49 ans et 6 mois (moyenne légèrement plus haute pour le groupe qualité à 54 ans et 7 mois contre 46 ans sur la MSP).

La population active pour l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) prend en compte toutes personnes en mesure de travailler, comprenant donc la population active occupée (ou ayant un emploi) et la population au chômage.

Le recueil met en évidence 58% de patients avec un emploi et 16% de personnes actuellement au chômage, soit un total d'actifs de 74% sur l'ensemble de la population. Seul 2% des patients était en invalidité. Pour un patient, l'information n'a pas été retrouvée dans son dossier médical.

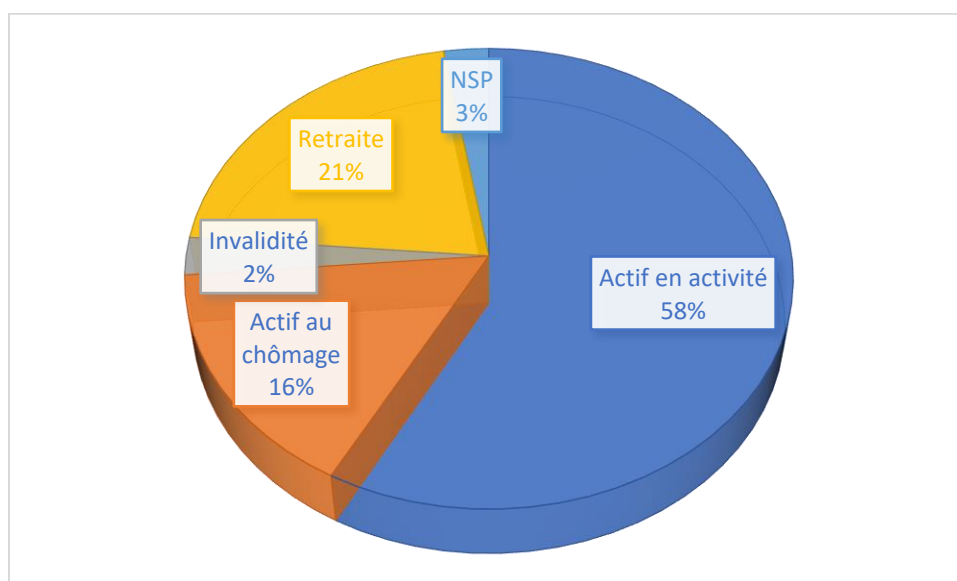


Figure 7 : Diagramme de répartition des patients en fonction de leur statut professionnel

Les données semblent superposables entre la MSP et le groupe qualité, à l'exception du nombre de retraité, légèrement plus élevé pour le groupe qualité. L'ensemble de ces données est résumé dans le tableau suivant.

Tableau 10 : Répartition des patients selon leur statut professionnel, par groupe puis global

Colonne1	MSP	GQ	Global
Actif	14	14	28
Actif en activité	11	11	22
Actif au chômage	3	3	6
Invalidité	0	1	1
Retraite	3	5	8
NSP	1	0	1
Total	18	20	38

Au niveau administratif, on peut noter que 5,3% des patients est reconnu en maladie professionnelle et 10,5% des patients en accident de travail. Les pathologies douloureuses sont en ALD dans 13,2% des cas, sans précision du type d'ALD concernée.

La reconnaissance du handicap par la MDPH concerne 29% des dossiers. Aucun des patients ne bénéficiaient de l'AAH, selon les données du dossier informatisé.

2. Données de santé en Loire Atlantique

Selon les données du Panier d'Indicateurs Socio-Sanitaires Territoriaux (PISSTER) de 2019, en Loire Atlantique, 75% de la population en âge de travailler (18-64 ans) est active (89). Notre population de douloureux chroniques recueillie est donc plutôt active en comparaison aux données territoriales, puisque l'on considère 74% de l'échantillon total (incluant les retraités), ce chiffre monte à 93% si on ne se rapporte qu'aux personnes en âge de travailler.

Ces mêmes données PISSTER rapportent 18 707 personnes bénéficiant d'une rente pour un accident de travail ou une maladie professionnelle (89). Il n'est pas donnée de plus amples informations concernant les reconnaissances d'accident du travail ou de maladie professionnelle, or nous savons que toutes les reconnaissances n'amènent pas au versement d'une rente. Il n'est pas non plus décrit dans ces données la part des douleurs chroniques dans ces versements de rentes. Ces 1,8% de la population ligérienne bénéficiaires constitue néanmoins un impact économique possiblement non négligeable. La rente étant attribuée après décision d'une incapacité permanente, elle reste témoin d'une impossibilité à l'emploi du fait d'une cause professionnelle. Cette incapacité peut être la conséquence d'une prise en charge difficile et non optimale de la pathologie causale, c'est pourquoi cette donnée reste intéressante dans le cadre d'une construction de projet innovant de santé en douleur.

La reconnaissance ALD s'effectue sur la base de l'existence d'une affection dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Il existe plusieurs types d'ALD. Les ALD dites « exonérantes » sont classées en ALD 30, 31 et 31. Elles seront prises en charge à 100%, sans ticket modérateur. L'ALD 30 correspondant à une liste de 30 pathologies nécessitant une prise en charge à 100%, l'ALD 31 correspond aux pathologies hors listes mais nécessitant une prise en charge prolongée d'au moins six mois, et l'ALD 32 correspond aux prises en charge pour polyopathologies. Les ALD dites « non exonérantes » sont des reconnaissances de soins prolongés avec une prise en

charge partielle (65%). Les données PISSTER rapportent un total de 233 684 personnes suivies pour une pathologie au long cours en Loire Atlantique donc seulement 26 806 en ALD (89), soit environ 11%. Dans notre échantillon, la part des patients en ALD semble du même ordre que dans les données territoriales avec 13,2% des patients douloureux chroniques concernés.

Concernant la reconnaissance du handicap, les données PISSTER ne mentionnent pas la part des personnes handicapés. Dans notre échantillon bien qu'un tiers des personnes soient reconnues porteuses de handicap par la MDPH, aucune d'entre elle ne bénéficie de l'AAH. En Loire Atlantique, un peu plus de 20 000 personnes perçoivent l'AAH, toutes étiologies de handicap confondues (89).

V. Impact médico-socio-économique

1. Répartition des arrêts de travail en fonction du cadre nosologique.

Environ 18,4% des patients sont en arrêt. Ce chiffre monte 25% si on considère l'ensemble des actifs et à 31,8% si on ne prend en compte que les actifs occupés. Le recueil de données n'a pas permis de connaître la durée moyenne des arrêts de travail.

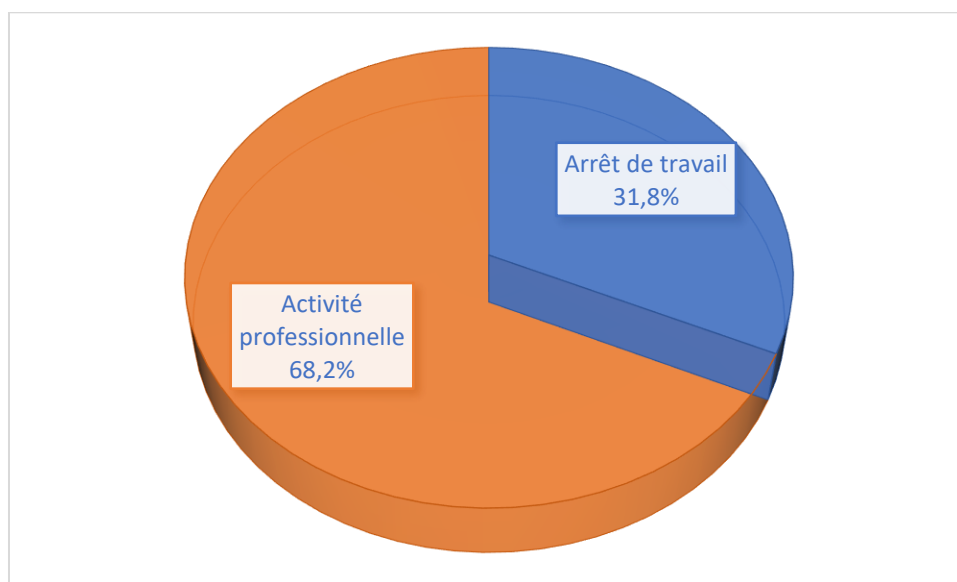


Figure 8 : Proportion des patients en arrêt de travail parmi les patients en activité (« actifs occupés »).

On peut également noter que parmi les patients en arrêts de travail, seulement trois pathologies peuvent être mise en cause dans ce recueil : les douleurs rhumatologiques hors

rachialgies, le SDRC et la fibromyalgie. Les douleurs rhumatologiques sont relevés de manière légèrement plus importante.

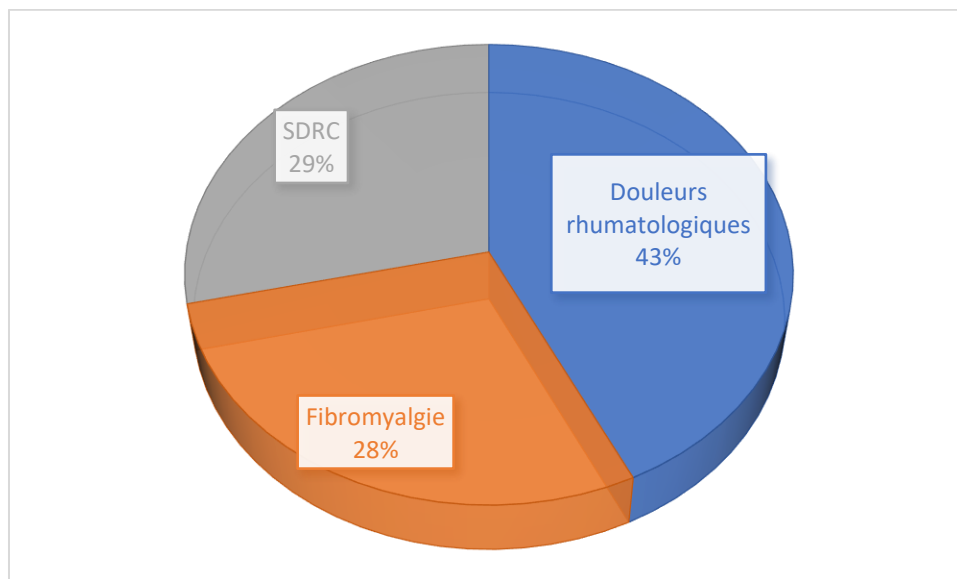


Figure 9 : Pathologies concernées par les arrêts de travail.

2. Consommation de soins

Dans le traitement de la douleur chronique, la prescription d'antalgiques est un des principaux axes de traitement. Sur les ordonnances des trois derniers mois, on observe que 57,9% des patients ont bénéficié d'une prescription d'antalgiques de palier 1, 21% de palier 2 et 34,2% d'AINS ou des corticoïdes à visée antalgique. Seul 5,2% des patients a reçu une prescription de palier 3. Un des patient était concerné par une prescription d'un autre antalgique (Prégabaline). Un même patient peut être concerné par plusieurs prescriptions médicamenteuses.

Tableau 11 : Répartition des consommations médicamenteuses, global puis par groupe.

	MSP	GQ	Global
Consommation d'antalgique de palier 1	9	13	22
Consommation d'AINS ou de corticoïde	3	10	13
Consommation d'antalgique de palier 2	5	3	8
Consommation d'antalgique de palier 3	0	2	2
Consommation d'antidépresseur / anxiolytique / hypnotique	5	11	16
Consommation autre (Lyrica)	1	0	1

La prescription de kinésithérapie, autre axe majeur de la prise en charge des patients douloureux chroniques, concernait 65,9% des patients sur les trois derniers mois.

La recherche de comorbidités psychiatriques passait par l'analyse de la prescription des anxiolytiques, hypnotiques et des antidépresseurs dans les trois derniers mois. On peut noter que 42,1% des patients (toutes étiologies confondues) était concerné par une prescription de ces classes thérapeutiques.

Les patients ont consulté en moyenne 4,37 fois le médecin généralistes dans les trois derniers mois (de 1 à 12 consultations) et 0,87 fois un médecin spécialiste dans les 12 derniers mois (de 1 à 9 consultations). Les patients ont bénéficié en moyenne de 0,68 examens d'imagerie dans les 12 derniers mois (de 1 à 4 consultations).

Seuls 23,7% des patients ont déjà eu recours à un médecin spécialiste de la douleur.

DISCUSSION

L'étude consistait en une description d'un échantillon de population sur le territoire d'intérêt du projet « article 51 » Parcours du patient douloureux chronique mené par le CETD du CHU de Nantes. L'objectif était de sélectionner une série de patients souffrant de douleurs subaiguës à chroniques et de décrire leurs caractéristiques socio-démographiques, la durée d'évolution de leur pathologie ainsi que leur consommation de soins.

I. Concernant la méthode utilisée

L'étude préliminaire a permis de créer un lien avec les médecins généralistes du territoire pour la création de ce projet de soins, en les plaçant acteurs des différentes étapes. Une des étapes de la construction du projet « article 51 » était cette analyse territoriale.

Le choix des données à recueillir répondait aux objectifs opérationnels du projet « article 51 ». Ces données ont permis une analyse de terrain et pourraient servir à la réflexion autour de la construction d'indicateurs de suivi après la mise en place du projet innovant de santé.

La méthode choisie a néanmoins été confrontée à quelques difficultés et il est important de réfléchir autour du déroulé de l'étude.

Dans un premier temps, on peut discuter la sélection des médecins participant à l'étude. Afin de poursuivre le travail du CETD, nous avons proposé l'étude aux médecins ayant amorcé une réflexion autour des douleurs chroniques. Ainsi nous nous sommes concentré sur un panel de médecins concernés par cette problématique. D'une part, pour la MSP de Chantenay, le médecin, à l'initiative de la participation au recueil, était acteur dans la réflexion autour de la construction de l'article 51. D'autre part, le groupe qualité travaillait sur les douleurs chroniques lors de deux ateliers mensuels consécutifs. Or on sait que si une étude inclut des sujets sur la base du volontariat, il y a risque de biais de sélection. Il se peut donc que les données soient différentes de celles obtenues avec un panel de médecins sélectionnés au hasard (nombre de patients douloureux chroniques dans la patientèle, pratiques différentes par appétence au sujet, etc.). Cet écueil témoigne des freins et difficultés inhérente à la recherche sur le terrain en médecine générale (difficultés de disponibilité des MG, hétérogénéité des dossier, etc.).

Dans un second temps, il est intéressant de discuter des difficultés de recrutement des médecins au sein de la CPTS. En effet les médecins de la CPTS des Pays de Retz ont été sollicité en même temps que ceux de la MSP pour le recueil de février 2021. Cette sollicitation n'a permis la participation d'aucun médecin sur cette période. Nous avons donc questionné la bonne communication autour de cette étude et avons proposé à nouveau le recueil en avril 2021. Là encore les médecins de la CPTS ne se sont pas manifestés malgré nos relances régulières par le concours de la coordinatrice. Seul un médecin s'est mobilisé pour notre étude. Après avoir accepté les difficultés de mobilisations des médecins, le choix a été fait de se concentrer sur le groupe qualité de Pornic, dont la participation était porté par l'unique médecin répondeur de la CPTS. Le coordinateur du groupe qualité était d'une part volontaire pour la réflexion autour du projet d'article 51 et d'autre part en cours de travail sur le sujet de la douleur chronique avec son groupe. En effet les ateliers d'avril et de mai 2021 devaient porter sur la prise en charge de la douleur chronique et la coordination avec les différents intervenants notamment hospitaliers. Leur participation a permis un recueil de données non négligeables.

En plus de la communication globale autour de l'étude, il est intéressant de questionner sur la bonne communication et la bonne compréhension de la méthodologie de l'étude. En effet, il n'a été recueillis aucune donnée concernant des douleurs subaiguës durant la phase de recueil du groupe qualité. L'absence d'informations aurait pu être un aléa de l'étude, mais notre participation à l'atelier qualité du mois d'avril 2021 a laissé entendre qu'il s'agissait d'une erreur de compréhension de la consigne du recueil.

Durant la première phase du recueil (février 2021), alors que les médecins généralistes de la CPTS ne semblaient pas mobilisés par cette étude, il est important de noter qu'une proposition de recueil par d'autres professionnels de santé (kinésithérapeute, pharmaciens, infirmiers) a émergé. Cet intérêt est à souligner du fait de leur présence en première ligne face au patient douloureux chronique. Leur expertise aurait pu être intéressante dans un but de pluridisciplinarité. La méthodologie n'a pas été modifié dans cette étude pour permettre de les inclure mais le questionnement autour de leur intégration dans une étude ultérieure semble nécessaire.

Dans un troisième temps, il est utile de discuter de la temporalité de cette étude. Sa réalisation en période de crise sanitaire peut aussi questionner sur certains points. En effet, les périodes de recueil coïncidaient avec des périodes de confinement (avril 2021) et du début des vaccinations contre le Covid-19 au cabinet médical (à partir de janvier 2021). On peut supposer plusieurs effets. Concernant le volume des consultations, il semblerait qu'il y ait eu un retour à

la normale après le creux des confinements (90). Les données économiques de l'Assurance Maladie montre une baisse de près de cent mille euros de dépenses mensuelles sur les consultations de médecines générales entre le printemps 2019 et le printemps 2020 (91). Ces mêmes données ont pu montrer qu'il y avait eu un retour à la normale en terme de volume de consultations et de dépenses au printemps 2021 (91). Le volume des consultants n'a donc à priori pas impacter les résultats de cette étude. Néanmoins, la palette des consultations a pu se modifier durant cette période de crise sanitaire, notamment en ce qui concerne le suivi des pathologies chroniques dont font partie les douloureux chroniques. Cette période particulière a pu causer une moindre disponibilité des médecins. Une étude concernant l'Epidémiologie et Conditions de vie liées au Covid-19 (EPICOV) est en cours et cherche notamment à analyser différentes thématiques concernant l'état de santé et le recours aux soins pour les patients souffrant de pathologies chroniques pendant et après la crise sanitaire liée au Covid-19 (92).

Outre la temporalité de cette étude, d'autres points peuvent être abordés concernant les biais de cette étude.

Le recueil manuel dans les dossiers informatisés des patients, directement au cabinet, nécessitait mon déplacement et donc une certaine disponibilité des médecins. De plus, le recueil sur dossiers augmente le risque de données manquantes. On peut citer par exemple, la présence ou non dans le logiciel des récépissés de prescription d'arrêts maladie, de dossier MDPH ou de reconnaissance de maladie professionnelle. Le recueil dépend donc de la bonne tenue du dossier médical, de l'exhaustivité des données du dossier, de la méthode de codage s'il en existe une, etc. La multitude de logiciels métier existant accentue aussi la difficulté d'un recueil manuel. Par chance, les données non communiquées ont été très rares dans cette étude (un statut professionnel non retrouvé).

Pour conclure sur la méthodologie, on peut rappeler que le recueil de données a été imaginé sur la base des objectifs opérationnels du projet « article 51 ». Ces données collectées devaient répondre à une série de questions afin d'établir une vision d'ensemble des caractéristiques de l'échantillon de population. Ainsi nous avons pu décrire les différents types de douleur chronique, leurs évolutions et leurs prises en charge actuelles. Il est intéressant d'analyser les résultats obtenus.

II. Concernant les résultats obtenus

A la suite de l'enquête préliminaire sur les difficultés des médecins généralistes, des points d'amélioration ont émergés et ont permis de commencer une réflexion autour du projet de soins innovant « article 51 ». L'objectif de cette étude était l'analyse descriptive des patients sur un territoire d'intérêt, ici le territoire ligérien. Le choix s'est porté sur une MSP nantaise, par le volontariat d'un des médecins de l'équipe, et sur la CPTS du Pays de Retz, d'où a émergé un groupe de travail autour du projet d' « article 51 ».

Nous avons obtenu quatorze médecins répondeurs au total. La principale difficulté fut de communiquer et de promouvoir l'étude auprès des médecins de la CPTS. Nous n'avons eu accès qu'à une douzaine de médecins (membres du groupe qualité de Pornic) dont seulement cinq médecins ont participé. On peut interroger la raison de ces difficultés. Le territoire géographique couvert par la CPTS est étendu. Les médecins, bien qu'adhérents, travaillent de manière autonome dans leur cabinet (seul ou en groupe) mais ne relèvent pas d'une pratique homogène (coopération, gestion commune, logiciel commun, etc.) comme c'est le cas au sein d'une MSP. La trop grande diversité des profils et l'éloignement géographique a peut-être été un frein à la mobilisation au sein de la CPTS.

De plus, l'échec du premier recueil de février au sein de la CPTS a décalé leur possible participation, donnant ainsi deux temporalités au sein d'une même étude. Il aurait été intéressant que le recueil ait lieu sur une même période, cependant nous avons fait le choix de ne pas solliciter une deuxième fois la MSP afin de ne pas multiplier les recueils.

Malgré tout, le choix de ces deux territoires (MSP en zone urbaine et CPTS d'activité plus rurale) a permis d'avoir un échantillon varié de la population ligérienne.

L'échantillon de patients recueillis est de taille modeste mais les informations qu'il apporte permette néanmoins un premier bilan.

Le recueil a retrouvé 38 patients souffrant de douleur chronique sur un total de 893 consultations criblées, soit 4,3% des patients vus en consultations durant les 12 jours d'enquête. Les données de l'Observatoire de Médecine Générale (OMG), produit par la Société Française de Médecine Générale (SFMG), ont été analysés de 1993 à 2009 pour décrire les consultations de médecine générale. Pendant quinze ans, les investigateurs (médecins généralistes) du réseau ont recueilli les données de leur pratique en temps réel pendant leurs consultations. Ils utilisaient

le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC) pour standardiser leur recueil (93). L'analyse rapportait l'implication d'une douleur dans les trois quarts des consultations de médecine générale (sans précision de la chronicité) (94). Pour citer quelques-uns des derniers chiffres de 2009, environ 5% des consultations et des actes de médecines générales concerne une douleur non caractéristique (sans que l'étude permette de scinder douleur chronique ou aiguë) (95). Sur ces mêmes données de 2009, l'OMG relevait une prévalence annuelle du SDRC à environ 0,12% (96), de la lombalgie à environ 7% (97), des migraines entre 1,2 et 1,8% (98), des douleurs pelviennes à environ 0,4% (99). Ces données ne précisent pas le caractère aiguë ou chronique des douleurs. Ces données ne sont pas comparables aux données du recueil par l'absence d'éléments concernant la chronicité ou non des pathologies. Elles apportent néanmoins une idée sur la fréquence de ces pathologie en cabinet de médecine générale.

Les taux de prévalence des cadres nosologiques obtenues sont différentes des prévalences connues des pathologies au sein de la population générale. Ces proportions doivent être distinguées. En effet, dans cette étude, nous avons accès uniquement à un faible pourcentage des patients atteints par ces pathologies. Tous les patients atteints ne consultent pas sur une même période. On peut même ajouter que certains des patients douloureux chroniques ne consultent pas leur médecins généralistes pour des motifs en lien avec leur douleur. Le suivi peut avoir été relayé à un spécialiste d'organe ou bien à une structure douleur. Cette difficulté a normalement été shuntée par la méthodologie qui prévoyait d'inclure tout patient douloureux chronique même si la consultation ne concernait pas ses douleurs chroniques.

Concernant l'analyse des cadres nosologiques, leur répartition au sein des douleurs chroniques a permis de comparer les résultats de cette étude avec ceux de l'étude préliminaire. La fréquence de survenue de chaque cadre nosologique peut être comparée aux difficultés rapportées par les médecins généralistes. Cette comparaison donne une idée des pathologies sur lesquelles la construction d'un projet innovant de santé peut se concentrer plus particulièrement. Ainsi la fréquence et la difficulté de prise en charge de la fibromyalgie peut en faire un des objectifs. Malgré tout, la fréquence élevée et le retentissement professionnel certain des problématiques rhumatologiques et rachialgiques doivent en faire un des objectifs du projet de santé, bien que les difficultés rapportées par les généralistes soient moindre.

L'étude recensait un échantillon globalement plus actif que la population générale du territoire, pouvant questionner un recours plus important aux consultations médicales chez les actifs. La douleur chronique dans cette population peut être imaginé comme plus invalidantes

et plus impactantes sur le quotidien en comparaison à une population à la retraite, majorant ainsi leur consommation de soins.

De plus, la problématique du handicap doit être soulignée. Dans cette étude, un tiers des patients avait eu un recours à la MDPH pour la reconnaissance de leur handicap. Parallèlement à cela, on peut noter l'absence de bénéficiaires AAH dans le recueil. Cette donnée doit questionner l'exhaustivité des informations du dossier médical du patient. L'accès au travail adapté et la part des problématiques sociales dans l'accompagnement global du patient douloureux chronique doivent être pensés dans la construction d'un projet innovant de santé.

En ce qui concerne les comorbidités psychiatriques, le recueil ne faisait pas notion d'un quelconque lien de temporalité entre la douleur et les problématiques psychiques. En effet, par la prescription seule, il était impossible de savoir si la comorbidité psychiatrique était survenue après l'apparition de la douleur ou si elle lui précédait. De ce fait, le lien de causalité ne peut clairement être établi, on peut simplement souligner l'association d'une douleur chronique avec la consommation de ces thérapeutiques. De plus la présence d'un anti déprimeur n'expliquait pas la raison de sa prescription, certains anti déprimeur ayant l'AMM dans le traitement des douleurs chroniques.

Pour aller plus loin dans la discussion autour de cette étude, il est important de souligner que l'analyse des informations obtenues a permis de mettre en lumière l'absence d'autres données potentiellement intéressantes pour répondre aux objectifs opérationnels de l' « article 51 ».

III. Concernant les objectifs opérationnels

Réduire la consommation des antalgiques tout en limitant le mésusage des médicaments (opioïdes et anti-inflammatoires en particulier) et diminuer le risque iatrogène

L'analyse s'est portée sur la prescription des différentes classes d'antalgiques. Cependant le recueil de données dans les dossiers médicaux ne questionne ni l'observance des traitements, ni l'automédication, ni un éventuel mésusage. Il semble difficile d'appréhender ces notions si nous restons uniquement du côté du médecin, celui-ci n'ayant pas toujours connaissance de la réalité de l'observance de son patient.

Améliorer la qualité de vie du patient et réduire les incidences sociales et professionnelles (arrêts de travail, perte d'emploi, invalidité)

Nous avons pu noter la présence ou l'absence d'un arrêt de travail en cours de validité, mais il n'était pas précisé la répétition ou la durée de ces potentiels arrêts de travail. Or dans l'analyse de la littérature, on a pu observer que cette répétition d'arrêts de travail était une des problématiques. De même, il a été démontré qu'une durée prolongée d'arrêt de travail réduisait les chances de retour dans le monde professionnel.

Il serait intéressant d'évoquer, toujours dans une dynamique d'accompagnement au travail et de réduction des conséquences sociales, l'accompagnement dont ont pu bénéficier ou non les patients. L'accompagnement avec un ergothérapeute du travail et l'appui du médecin du travail peuvent faciliter les adaptations de poste et ainsi la reprise d'une activité professionnelle.

Il n'a pas été question de qualité de vie dans cette étude. On peut cependant noter que, malgré les recommandations d'évaluation de la qualité de vie et du retentissement de la pathologie douloureuse, peu d'informations sont disponibles dans les dossiers médicaux.

Développer le recours aux thérapies non médicamenteuses

Ces données sont difficiles d'accès en dehors de la prescription de kinésithérapie, qui a été recueillie dans cette étude. Pour toute la sphère des thérapies non prescriptibles et pourtant d'utilité non négligeable, les données ne semblent pas consignées dans les dossiers médicaux. Le recours aux psychologues, aux ostéopathes, aux sophrologues et éventuellement à d'autres thérapies (acupuncture, hypnose) peuvent être mentionnés dans les dossiers médicaux si le médecin et son patient en discute à un moment, mais cette information n'est pas systématiquement consignée. Dans de nombreux cas, on peut imaginer que le médecin traitant ignore le recours à ces thérapies. C'est d'autant plus vrai quand il s'agit de recours aux médecines alternatives (énergéticien, naturopathe, médecine chinoise, etc.) encore tabou dans notre système de santé. De même, en dehors des prescriptions d'activités physiques adaptées ou de certificat de non-contre-indication à la pratique sportive, le praticien n'est pas toujours informé des activités physiques pratiquées par son patient, alors même que cela fait partie des recommandations.

Réduire la consommation de soins : consultations, hospitalisations évitables, actes (imagerie)

L'étude a permis l'analyse du nombre de consultations programmés (médecins généralistes et spécialistes, imagerie) mais pas des soins non programmés. Il n'a pas été question de consultations aux urgences dans le recueil. De plus, il n'existe pas d'informations pour coter les demandes de rendez-vous en urgences chez le médecin traitant.

Réduire et optimiser les délais de recours aux ressources spécialisées (structures douloureuses)

Il n'a pas été recueilli d'informations concernant les délais d'attente pour obtenir les rendez-vous médicaux ou les examens d'imageries. L'information d'éventuels examens en attente n'était pas disponible. Il n'était pas consigné de demandes en attente du généralistes (traçage d'appel téléphonique ou mails aux confrères).

Amélioration de l'autonomie et favoriser l'observance des patients / Développer une culture commune et partagée sur la prévention et la gestion de la douleur chronique

L'analyse du dossier médical donne peu accès à tout ce qui ne passe pas par le médecin traitant. Il n'y a donc pas d'informations concernant l'automédication et les soins non remboursés. Il n'a pas non plus été recherché d'informations sur la gestion du quotidien ou sur la présence d'aidants familiaux ou d'aides au domicile.

Réduire les comorbidités induites par la douleur (dépression, anxiété, addictions, troubles du sommeil)

Pour l'analyse des comorbidités induites par la douleur chronique, la prescription de médicaments antidépresseurs, anxiolytiques ou hypnotiques a été recherché. Cependant, il n'existe pas de traces de suivi psychiatre ou psychologue dans les dossiers médicaux des patients. De même, le suivi psychologique par le généraliste sans prescription médicamenteuse n'a pas été recherché. Il existe donc un biais dans l'évaluation de cette donnée.

Les comorbidités addictives n'ont pas été recherchées. Il aurait été intéressant de questionner le recours aux toxiques (tabac, alcool, drogues) mais également le recours à d'autres alternatives thérapeutiques (notamment les cannabinoïdes à visée antalgiques tels que le CBD en vente libre).

Réduire les déplacements des patients / Améliorer le ressenti des professionnels et en particulier des acteurs de proximité

Non évalué dans cette étude.

CONCLUSION

Le projet « article 51 » parcours douleur chronique, mené par le CETD du CHU de Nantes, a pour but d'améliorer la prise en charge des patients douloureux chroniques entre soins primaires et structures spécialisées douleur chronique. Afin d'étayer le cahier des charge du projet « article 51 » parcours douleur chronique, cette thèse a pour objectif un état des lieux des patients douloureux chroniques sur le territoire de l'expérimentation, incluant une description épidémiologique des patients douloureux chroniques et une évaluation de la volumétrie de patients concernés.

Le recrutement de quatorze médecins répondeurs a permis d'analyser les dossiers médicaux de trente-huit patients douloureux chroniques. Ces patients représentaient 4,3% des consultations sur la période de recueil.

Les pathologies retrouvées lors du recueil étaient scindées en huit cadres nosologiques dont les fréquences de survenue ont été analysées. On a ainsi pu observer que 34,2% des patients douloureux étaient suivis pour une douleur rhumatologique hors rachialgies. Les rachialgies étaient le deuxième cadre le plus retrouvé avec 21% des patients, suivi de la fibromyalgie avec 15,7% des patients. Ces données, comparées à celle de l'enquête préliminaire, ont pu montrer que les pathologies posant des difficultés aux médecins généralistes étaient retrouvées de façon fréquente dans ce recueil.

Les patients douloureux chroniques souffraient depuis sept ans en moyenne, avec une forte proportion de patients suivis depuis plus de dix ans dans le groupe qualité de Pornic.

La majorité des patients étaient actifs en activité professionnelle avec un tiers de ces personnes en arrêt au moment du recueil. Les problèmes liés au travail étaient fréquents avec 10% des patients en accident de travail et 5% des patients en maladie professionnelle.

La majorité des patients avait une ordonnance d'antalgiques, principalement de palier 1 mais 5% des patients bénéficiaient d'une prescription de palier 3. On pouvait noter la fréquence de la polymédication chez ces patients.

Deux tiers des patients bénéficiaient de soins de kinésithérapie.

Environ 40% des patients présentaient une comorbidités psychiatriques au regard de leur ordonnance.

La consommation de soins chez le médecin généraliste était relativement importante avec une moyenne de quatre consultations dans les trois derniers mois ; alors que la consommation de soins chez le médecin spécialiste était faible avec moins d'une consultation annuelle, toutes spécialités confondues. Il est donc important de noter la place qu'occupe le médecin généraliste dans la prise en charge des patients douloureux chroniques.

Seul un quart des patients avait déjà rencontré un médecin spécialisé en douleur.

La réalisation de cette étude a néanmoins été soumise à quelques difficultés. Dans un premier temps, la difficulté pour recruter des médecins témoignent de la complexité de la recherche en médecine générale. On peut émettre l'hypothèse que la temporalité de l'étude (entre confinement et vaccinations dus au Covid 19) a diminué la disponibilité des médecins. Dans un second temps, le recueil dans les dossiers des patients questionne l'exhaustivité des informations apportées au dossier médical par le médecin. Ce recueil dans les dossiers médicaux questionne également l'accès aux données biopsychosociales non accessibles par le questionnement médical seul. Enfin, afin de répondre le plus précisément possible aux objectifs opérationnels, certaines données ont manqué. On peut citer par exemple la consommation réelle de traitements médicamenteux (entre observance, automédication et mésusage), le recours aux thérapeutiques non médicamenteuses hors prescription médicale et la consommation de soins non programmés.

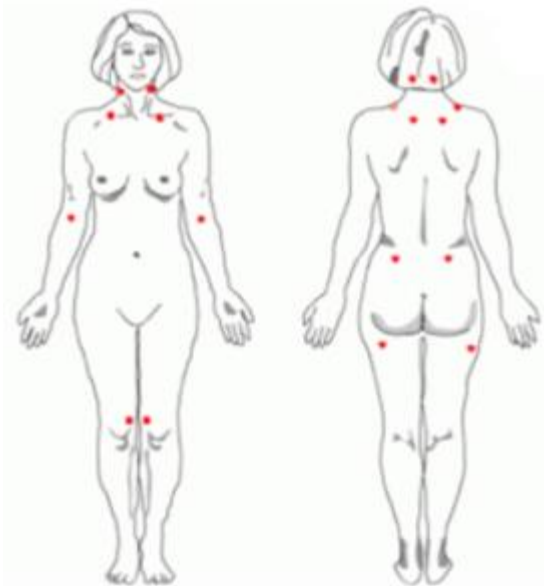
La réalisation d'une évaluation épidémiologique de la population de patients présentant des douleurs, subaiguës et chroniques, plus fiable statistiquement pourra s'appuyer sur d'autres méthodes de recueil d'informations. On peut imaginer un recueil sur un plus grand nombre de patients en s'appuyant sur le vaste réseau de médecin généraliste du territoire ligérien, ainsi que sur les autres professionnels de santé. Un recueil sur une durée plus prolongée, pourrait apporter des informations de prévalence sur une durée donnée, et non pas instantanée, comme nous avons essayé de le faire ici. Enfin il serait également intéressant de faire une enquête auprès des patients eux même, même si cela apporte un certain biais de sélection.

L'analyse d'un échantillon des patients douloureux chroniques du territoire ligérien a permis de montrer l'importance de la réflexion autour de la prise en charge des patients douloureux chroniques. L'aspect médico-économique est important, mais il ne faut pas oublier le retentissement sur la qualité de vie de ces patients, dont l'amélioration doit rester le principal objectif à toutes modifications de l'organisation des soins. Notre travail a permis de souligner le caractère capital de poursuivre la réflexion autour de nouvelles organisations de soins des patients douloureux, d'autant plus dans un contexte où les contraintes organisationnelles et en termes de ressources professionnelles, que ce soit du côté des médecins généralistes ou des structures spécialisées douleur chronique, vont en s'accroissant.

ANNEXES

Annexe 1 : Documents pour l'aide au diagnostic de fibromyalgie (points douloureux de Yunus, QIF, critères WPI et SSS de l'ACR)

Points douloureux de Yunus



QIF

Merci de bien vouloir répondre à toutes les questions :

-soit en entourant la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

-soit en indiquant d'un trait l'endroit où vous vous situez entre deux positions extrêmes, comme dans l'exemple ci-dessous :

_____ | _____
aucune douleur | douleurs très importantes

1-Etes-vous capable de :

(Veuillez entourer le numéro qui décrit le mieux l'état général dans lequel vous vous trouvez actuellement.

	Toujours	La plupart du temps	De temps en temps	Jamais
<i>Faire les courses ?</i>	0	1	2	3
<i>Faire la lessive en machine ?</i>	0	1	2	3
<i>Préparer à manger ?</i>	0	1	2	3
<i>Faire la vaisselle à la main ?</i>	0	1	2	3
<i>Passer l'aspirateur ?</i>	0	1	2	3
<i>Faire les lits ?</i>	0	1	2	3
<i>Marcher plusieurs centaines de mètres ?</i>	0	1	2	3
<i>Aller voir des amis ou la famille ?</i>	0	1	2	3
<i>Faire du jardinage ?</i>	0	1	2	3
<i>Conduire une voiture ?</i>	0	1	2	3
<i>Monter les escaliers ?</i>	0	1	2	3

Au cours des 7 derniers jours,**2. Combien de jours vous êtes-vous senti(e) bien ?**

0 1 2 3 4 5 6 7

Si vous n'avez pas d'activité professionnelle, passez à la question 5.

3. Combien de jours de travail avez-vous manqué à cause de la fibromyalgie ?

0 1 2 3 4 5 6 7

4. Les jours où vous avez travaillé, les douleurs ou d'autres problèmes liés à votre fibromyalgie vous ont-ils gêné(e) dans votre travail ?

aucune gêne _____ gêne très importante

Au cours des 7 derniers jours,

5. Avez-vous eu des douleurs ?

aucune douleur _____ douleurs très importantes

6. Avez-vous été fatigué(e) ?

pas du tout fatigué (e) _____ extrêmement fatigué(e)

7. Comment vous êtes-vous senti(e) le matin au réveil ?

tout à fait reposé(e) au réveil _____ extrêmement fatigué(e) au réveil

8. Vous êtes-vous senti(e) raide ?

pas du tout raide _____ extrêmement raide

9. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou inquiet(e) ?

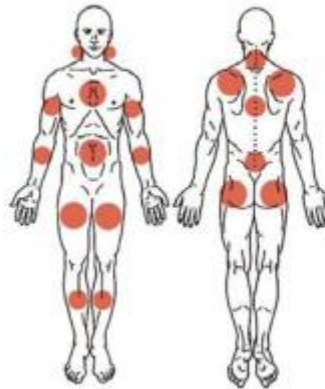
pas du tout tendu(e) _____ extrêmement tendu(e)

10. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?

pas du tout déprimé(e) _____ extrêmement déprimé(e)

Critère WPI et SSS

Notez précisément le nombre de zones où vous avez eu mal la semaine précédente.



Pour chacun des 3 symptômes cités ci-dessus, indiquer le niveau de sévérité lors de la semaine précédente en utilisant l'échelle suivante :

	Fatigue	Somnolence	Symptômes cognitifs
0 = pas de problème			
1 = problèmes légers ou modérés, généralement modérés ou intermittents			
2 = problèmes modérés, considérables, souvent présents et /ou à niveau modéré			
3 = problèmes importants, persistants, continus, handicapants au quotidien			
Total score-2A			

Au cours de la semaine passée, indiquez si avez ressenti ces symptômes somatiques entre 0 (pas de problème) et 3 (sévère) :

✓ Douleurs musculaires	✓ Syndrome de l'intestin irritable	✓ Fatigue
✓ Problème de mémoire ou de concentration	✓ Céphalées	✓ Douleurs/crampes abdominales
✓ Faiblesse musculaire	✓ Engourdissement/picotements	✓ Vertiges
✓ Insomnie	✓ Dépression	✓ Nervosité
✓ Constipation	✓ Douleurs abdominales hautes	✓ Nausées
✓ Douleur thoracique	✓ Diarrhée	✓ Bouche sèche
✓ Vision floue	✓ Fièvre	✓ Démangeaisons
✓ Sifflement respiratoire	✓ Syndrome de Raynaud	✓ Urticaire
✓ Acouphènes	✓ Vomissements	✓ Brûlure thoracique
✓ Aphtes buccaux	✓ Perte ou modification du goût	✓ Crise d'épilepsie
✓ Yeux secs	✓ Oppression respiratoire	✓ Perte d'appétit
✓ Eruption cutanée	✓ Hypersensibilité au soleil	✓ Trouble de l'audition
✓ Ecchymoses faciles	✓ Perte de cheveux	✓ Mictions fréquentes
✓ Douleurs à la miction	✓ Spasmes de la vessie	
Score-2B = Somme des symptômes :		

Annexe 2 : Critères de Budapest pour le diagnostic de SDRC

Critères de Budapest

1. Douleur continue, disproportionnée par rapport à n'importe quel élément déclenchant
2. Présence signalée par le patient d'au moins un des symptômes dans au moins trois des quatre catégories suivantes
 - a- Troubles sensoriels : hyperalgésie et/ou allodynie
 - b- Troubles vasomoteurs : asymétrie thermique et/ou modifications de la couleur de la peau et/ou asymétrie de la coloration cutanée
 - c- Troubles sudoromoteurs/cedème : œdème et/ou sudation modifié(e) et/ou sudation asymétrique
 - d- Troubles moteurs/trophiques : diminution de la mobilité et/ou troubles moteurs (faiblesse, tremblement, dystonie) et/ou troubles trophiques portant sur les poils, les ongles ou la peau
3. Présence constatée à l'examen au moment de l'évaluation d'au moins un signe dans deux ou plus des catégories suivantes
 - a- Troubles sensoriels : hyperalgie (à la piqûre) et/ou allodynie (à l'effleurement léger ou à la pression somatique profonde)
 - b- Troubles vasomoteurs : asymétrie thermique et/ou changements de la coloration cutanée, et/ou asymétrie de la coloration cutanée
 - c- Troubles sudoromoteurs/cedème : œdème et/ou sudation modifié(e) et/ou sudation asymétrique
 - d- Troubles moteurs/trophiques : diminution de la mobilité et/ou troubles moteurs (faiblesse, tremblement, dystonie), et/ou troubles trophiques (cheveux, ongles, peau)
4. Les signes et symptômes ne sont pas expliqués par un autre diagnostic

Annexe 3 : Questionnaire DN4 de la douleur neuropathique

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

Annexe 4 : Questionnaire HAD de dépistage des troubles anxieux et dépressifs

Questionnaire HAD

Pour remplir ce questionnaire : Entourez la bonne réponse à chaque question, puis faites le total comme il est indiqué en bas de page

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

5. Je me fais du souci :

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

6. Je suis de bonne humeur :

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Additionnez les réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13

TOTAL A : _____

Additionnez les réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14

TOTAL D : _____

Score total :

A + D = _____

Interprétation

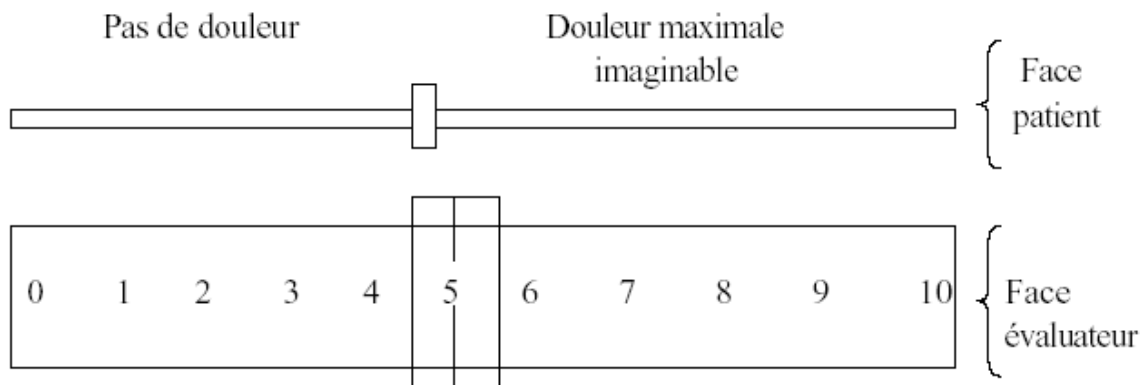
Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Annexe 5 : Echelles d'évaluation de la douleur (EVA, EVS, EN, Algoplus et Doloplus)

EVA



EVS

Echelle Verbale Simple (EVS)	
Douleur	Score
Absente	0
Faible	1
Modérée	2
Intense	3
Extrêmement intense	4

EN

Echelle numérique (EN)												
Pas de Douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable

Algoplus

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Heureh.....h.....h.....h.....h.....h.....						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe					

Doloplus

NOM :

Prénom :

DATES

Service :

Observation comportementale

RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1 • Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2 • Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3 • Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4 • Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5 • Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8• Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
		SCORE			

Annexe 6 : Echelles qualitatives d'évaluation de la douleur (QDSA, QCD)

QDSA

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez en général.

Sélectionnez les qualificatifs qui correspondent à ce que vous ressentez. Dans chaque groupe de mots, choisir le mot le plus exact. Précisez la réponse en donnant au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4 selon le code suivant :

0	absent / pas du tout
1	faible / un peu
2	modéré / moyennement
3	fort / beaucoup
4	extrêmement fort / extrêmement

A	"	Battements	H	"	Picotements	
	"	Pulsations		"	Fourmillements	
	"	Elancements		"	Démangeaisons	
	"	En éclairs		"	Engourdissement	
	"	Décharges électriques		"	Lourdeur	
B	"	Coups de marteau	"	Sourde		
	"	Rayonnante	J	"	Fatigante	
"	Irradiation	"		Epuisante		
"	Piqûre	"		Ereintante		
C	"	Coupure	K	"	Nauséuse	
	"	Pénétrante		"	Suffocante	
	"	Transperçante		"	Syncopale	
D	"	Coup de poignard	L	"	Inquiétante	
	"	Pincement		"	Oppressante	
	"	Serrement		"	Angoissante	
	"	Compression	M	"	Harcelante	
	"	Ecrasement		"	Obsédante	
E	"	En étai	N	"	Cruelle	
	"	Broiement		"	Torturante	
	"	Tiraillement		"	Suppliciante	
	"	Etirement		O	"	Gênante
	"	Distension			"	Désagréable
"	Déchirure	"	Pénible			
F	"	Torsion	P	"	Insupportable	
	"	Arrachement		"	Enervante	
G	"	Chaleur	"	Exaspérante		
	"	Brûlure	"	Horripilante		
G	"	Froid	P	"	Déprimante	
	"	Glace		"	Suicidaire	

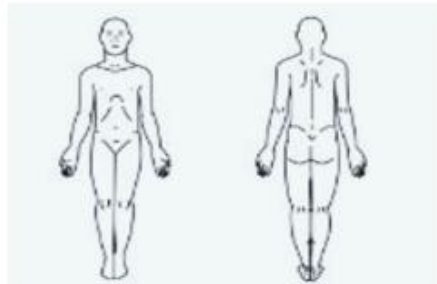
QCD

Version française du Brief Pain Inventory (BPI). Ce questionnaire d'auto-évaluation permet d'évaluer les principales dimensions de la douleur : intensité, incapacité fonctionnelle, répercussions sociales et familiales et niveau de détresse psychologique. Il est utile pour une évaluation multiple de la douleur ou pour la surveillance d'une douleur au cours du temps.

1 - Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents). Avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleur « familiales » aujourd'hui ?

Oui Non

2 - Indiquer sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « X » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



3 - S'il vous plaît, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus intense** que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur											Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

4 - S'il vous plaît, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus faible** que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur											Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

5 - S'il vous plaît, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **en général**.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur											Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

6 - S'il vous plaît, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **en général**.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur											Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

7 – Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

8 – La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage de soulagement obtenu ?

	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
Aucune amélioration												Amélioration complète

9 – Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

A) Activité générale

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ne gêne pas												Gêne complètement

B) Humeur

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ne gêne pas												Gêne complètement

C) Capacité à marcher

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ne gêne pas												Gêne complètement

D) Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ne gêne pas												Gêne complètement

E) Relations avec les autres

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ne gêne pas												Gêne complètement

F) Sommeil

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ne gêne pas												Gêne complètement

G) Goût de vivre

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ne gêne pas												Gêne complètement

Annexe 7 : Fiche de recueil des données

médecin	patient	âge	sexe	cadres noso	durée	PRO
A	1	54 ans	H	1	13 ans	3
A	2	35 ans	F	1	17 ans	1
C	1	78 ans	F	7	2 ans	4
C	2	81 ans	H	7	6 mois	4
C	3	37 ans	H	7	6 mois	1
F	1	77 ans	F	1 + 7	2 ans	4
F	2	30 ans	H	7	2 ans	1
F	3	53 ans	F	1+7	4 ans	1
G	1	26 ans	H	2	5 mois	1
G	2	38 ans	H	1	2 ans	3
G	3	53 ans	H	1+7	2 ans	3
H	1	53 ans	F	7	4 semaines	1
H	2	25 ans	F	7	16 mois	1
H	3	54 ans	F	1	3 mois	1
H	4	27 ans	H	1+5	6 mois	1
J	1	33 ans	F	4	2 ans	1
J	2	38 ans	H	3	9 mois	NSP
J	3	36 ans	F	8	>11 ans	1
K	1	81 ans	F	7	15 ans	4
K	2	57 ans	F	7	4 ans	1
K	3	73 ans	F	1	18 ans	4
K	4	59 ans	H	4	13 ans	1
K	5	61 ans	F	7	9 ans	1
K	6	83 ans	F	7	21 ans	4
K	7	41 ans	F	1	7 ans	1
L	1	38 ans	H	3	11 ans	1
L	2	44 ans	F	7	6 ans	2
L	3	63 ans	H	1	12 ans	4
M	1	44 ans	F	2	2 ans	3
M	2	47 ans	F	2	10 ans	1
M	3	46 ans	H	7	3 ans	1
M	4	28 ans	F	3	3 ans	1
M	5	50 ans	F	2	3 ans	3
N	1	49 ans	F	3	9 ans	3
N	2	47 ans	F	3	15 ans au moins	1
N	3	47 ans	F	3	11 ans	1
O	1	52 ans	F	7	52 ans (congéN)	1
O	2	79 ans	F	1	4 ans	4

médecin	patient	arrêt maladie	acc travail	maladie pro	ALD	MDPH	AAH
A	1	non	oui	non	non	oui	NSP
A	2	non	non	non	non	non	non
C	1	non	non	non	non	non	non
C	2	non	non	non	non	non	non
C	3	oui	non	non	oui	non	NSP
F	1	non	non	non	non	non	non
F	2	non	non	non	non	non	non
F	3	oui	non	oui	non	non	non
G	1	non	non	non	non	non	non
G	2	non	non	non	non	oui	NSP
G	3	non	non	non	non	oui	non
H	1	non	non	non	non	non	non
H	2	oui	non	non	non	oui (autre)	non
H	3	non	non	non	non	non	non
H	4	non	non	non	non	non	non
J	1	oui	oui	non	oui	non	non
J	2	non	non	non	non	non	non
J	3	non	non	non	oui (psy)	non	non
K	1	non	non	non	non	non	non
K	2	oui	non	oui	non	oui	non
K	3	non	non	non	non	non	non
K	4	non	oui	non	non	oui	non
K	5	non	oui	non	non	oui	non
K	6	non	non	non	non	non	non
K	7	non	non	non	non	oui	non
L	1	oui	non	non	oui	non	non
L	2	non	non	non	oui	oui	non
L	3	non	non	non	non	non	non
M	1	non	non	non	non	non	non
M	2	non	non	non	oui (autre)	non	non
M	3	non	non	non	non	non	non
M	4	oui	non	non	non	non	non
M	5	non	non	non	non	oui	non
N	1	non	non	non	non	oui	non
N	2	non	non	non	non	non	non
N	3	non	non	non	non	oui	non
O	1	non	non	non	non	non	non
O	2	non	non	non	oui	non	non

médecin	patient	Palier 1	AINS / corticoïdes	Palier 2	Autre	Palier 3	Antidépresseur hypnotique, anxiolytique
A	1	oui	non	non	non	non	oui
A	2	oui	oui	non	non	non	non
C	1	non	non	non	non	non	non
C	2	non	non	non	non	non	non
C	3	oui	non	oui	non	non	non
F	1	oui	non	oui	non	non	non
F	2	non	non	non	non	non	non
F	3	non	oui	non	non	non	oui
G	1	non	non	non	non	non	oui
G	2	oui	non	oui	non	non	non
G	3	oui	oui	oui	non	non	non
H	1	non	non	non	non	non	non
H	2	non	non	non	non	non	non
H	3	non	non	non	non	non	non
H	4	non	non	non	oui : lyrica	non	non
J	1	oui	non	non	non	non	non
J	2	oui	non	non	non	non	oui
J	3	oui	non	oui	non	non	oui
K	1	oui	oui	non	non	oui	oui
K	2	oui	oui	non	non	non	non
K	3	non	non	non	non	non	oui
K	4	oui	oui	non	non	non	non
K	5	non	oui	non	non	non	oui
K	6	oui	oui	non	non	non	non
K	7	oui	non	non	non	non	oui
L	1	oui	non	oui	non	non	non
L	2	oui	oui	non	non	non	oui
L	3	oui	non	non	non	non	non
M	1	non	non	non	non	non	non
M	2	oui	oui	oui	non	non	oui
M	3	non	oui	non	non	non	non
M	4	oui	non	oui	non	non	oui
M	5	non	non	non	non	non	oui
N	1	oui	oui	non	non	non	non
N	2	oui	oui	non	non	non	oui
N	3	non	non	non	non	non	non
O	1	oui	non	non	non	non	oui
O	2	oui	non	non	non	oui	oui

médecin	patient	kiné / 3 mois	MG / 3 mois	spécialiste / 12 mois	spé. douleur	imagerie /12 mois
A	1	non	3	0	non	1
A	2	oui	6	2	non	1
C	1	oui	4	1	non	2
C	2	oui	4	0	non	1
C	3	oui	5	2	non	1
F	1	non	3	1	non	2
F	2	oui	3	0	non	1
F	3	oui	3	2	non	2
G	1	non	5	0	non	0
G	2	oui	7	1	non	1
G	3	oui	9	2	non	4
H	1	non	3	0	non	0
H	2	oui	6	2	non	0
H	3	non	2	0	non	1
H	4	oui	8	2	non	2
J	1	oui	12	2	oui	0
J	2	oui	8	0	non	0
J	3	non	11	1	non	0
K	1	oui	9	3	oui	0
K	2	oui	3	0	non	0
K	3	oui	3	0	non	0
K	4	non	2	0	oui	0
K	5	non	4	0	non	0
K	6	oui	2	0	non	0
K	7	oui	4	0	non	0
L	1	oui	2	0	oui	0
L	2	non	3	1	oui	0
L	3	oui	3	0	oui	0
M	1	non	2	1	non	2
M	2	non	2	0	non	0
M	3	oui	2	0	non	0
M	4	oui	5	0	oui	0
M	5	non	2	0	oui	1
N	1	oui	3	0	oui	0
N	2	oui	2	0	non	0
N	3	oui	4	0	non	1
O	1	oui	1	1	non	1
O	2	non	6	9	non	2

BIBLIOGRAPHIE

1. Raja, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161 (9):1976-82.
2. BOUCKENAERE D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cahier de psychologie clinique*. 2007;(28):167-83.
3. HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé, recommandations. 2008.
4. Sinja Meyer. La classification de l'IASP de la douleur chronique pour la Classification Internationale des Maladies (CIM-11). Séminaire annuel du CETD; 2019 juin 6; Hôpitaux Est Parisien - Paris.
5. Pascale Vergne-Salle. La nouvelle classification des douleurs chroniques. Congrès de Rhumatologie SFR; 2019.
6. Michael Nicholas et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019;
7. Livre blanc de la douleur. Etats des lieux et proposition pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. 2017.
8. ANAES. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.
9. FERRAGUT E. La dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique. Masson. 1995.
10. TIVOLLE A. Optimiser la prise en charge de la douleur : réflexion autour de la mise en place d'un plan de prise en charge personnalisé dans un établissement de soins, et quid du lien ville - hôpital ? [Thèse de pharmacie]. [Lyon 1]: Université Claude Bernard; 2013.
11. DELMARCELLE G. Les éléments du dossier médical permettant au médecin généraliste de prendre en charge le patient douloureux chroniques. [Thèse de médecine générale]. [Lille 2]: Université Henri Warembourg; 2004.
12. Jean-Louis Charlet. Souffrance et douleur : du latin au français... vers l'humain ! In: *Gérontologie : aux portes de la souffrance*. Erès. 2018. p. 17-28.
13. B. Garrigue. Historique de la prise en charge de la douleur par les infirmiers(es) en urgences. In: *Urgences 2007*. 2007. p. 489-97.
14. Vanessa De Brueker. L'histoire de la prise en charge globale de la douleur et le cas particulier en réanimation. [Thèse de pharmacie]. Université d'Angers; 2016.
15. Cassou B. La lutte contre la douleur : priorité de santé publique ? *Douleur et Analgésie*. 2011;24 (2):66-70.
16. HAS. Douleur chronique : les aspects organisationnels (le point de vue des structures spécialisées). 2009.

17. Haut Conseil de la Santé Publique. Evaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 - 2010. 2011 mars.
18. BINOIST M, COCHIN M. Difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques en médecine générale dans le bassin grenoblois [Thèse de médecine générale]. Université de Grenoble; 2012.
19. CALTERO C. Le parcours de soins du patient douloureux chronique. Etude qualitative concernant la perception et les attentes des médecins généralistes des départements de Seine-Maritime et de l'Eure à l'égard des structures d'études et de traitement de la douleur chronique. [Thèse de médecine générale]. Université de Rouen; 2019.
20. <http://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur>.
21. Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés. Journal Officiel; 1998.
22. Ministère de la santé et des solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 - 2010. 2006.
23. Ministère de l'emploi et de la solidarité - Ministère délégué à la santé. Le programme de lutte contre la douleur 2002 - 2005. 2002.
24. CEN. Collège des enseignants de neurologie. 2018.
25. LECOQ A. Attitudes des médecins généralistes face à la fibromyalgie : enquête qualitative à partir de 14 entretiens semi-dirigés. [Thèse de médecine générale]. [Lille 2]: Université Henri Waremberg; 2014.
26. HAS. Syndrome fibromyalgique de l'adulte, rapport d'orientation. 2010 juill.
27. COFER. Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. 2017.
28. Groupe de projet spécifique de la SFETD. Recommandations diagnostiques et de prise en charge thérapeutique des syndromes douloureux régionaux complexes : les recommandations de Lille. Douleur et Analgésie. 2019;(32):155-64.
29. Blancart C. Approche compréhensive de l'expérience des patients porteurs d'une syndrome douloureux régional complexe, suivis au Centre de la Douleur du CHU de Nantes. Nantes; 2014.
30. Référentiel collège de douleur, soins palliatifs et accompagnement. MEDLINE; 2020. 392 p.
31. Bouhassira D et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DNA). Pain. 2005;(114):29-36.
32. BOUHASSIRA D. Prévalence of the chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2008;136:380-7.
33. ATTAL N. Traitement pharmacologique des douleurs neuropathiques en soins de premiers recours. La revue du praticien. juin 2013;63:795-802.
34. MARTY M. Prise en charge de la lombalgie aiguë. La revue du praticien. févr 2008;58:279-84.
35. HAS. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Rapport d'élaboration et recommandations. 2019.

36. HAS. Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie. Méthode recommandations pour la pratique clinique. 2015 nov.
37. ROZENBERG S. Lombalgie chronique, définition et prise en charge. La revue du praticien. févr 2008;58:265-72.
38. HAS. Fiche mémo. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. 2019 mars.
39. Société Française de Médecine du Travail. Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. Recommandations de bonnes pratiques. Rouen; 2013.
40. Bruyère et al. Translation validation of a new back pain screening questionnaire (the STarT Back Screening Tool) in French. Archives of Public Health; 2012. Report No.: 70.
41. Chaory et al. Validation of the French Version of the Fear Avoidance Belief Questionnaire. Spine. 15 avr 2004;29(8):908-813.
42. HAS. Les médicaments des accès douloureux paroxystiques du cancer. 2017.
43. <https://www.inserm.fr/dossier/endometriose/>.
44. <https://www.snfge.org/content/syndrome-de-lintestin-irritable-sii>.
45. TAJFEL. Prévalence et prise en charge de la douleur en médecine générale. La revue du praticien de médecine générale. 2002;XV(512).
46. MELNYK O. Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique par les médecins généralistes des secteurs sanitaires de Calais-St-Omer et Boulogne-Montreuil. [Thèse de médecine générale]. Université de Rouen; 2010.
47. SFETD. Le Livre Blanc de la Douleur. Synthèse des travaux du comité d'Organisation des Etats généraux de la douleur. Serrie A. Queneau P.; 2005.
48. Beck F, Gautier A, Guignard R, Richard J-B. Baromètre Santé 2010, Attitudes et comportements de santé. INPES; 2011.
49. Maisonneuve Maxime. La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale : résultats issus de l'étude ECOGEN. Faculté de médecine de Grenoble; 2017.
50. Breivik H et al. Survey of chronic pain in Europe : prevalence, impact in daily life and treatment. European Journal of Pain. mai 2006;10 (4):287-333.
51. LE JOUBIOUX C. Renoncement aux soins pour raisons financières et douleur chronique : étude épidémiologique prospective parmi les patients hospitalisés au centre d'évaluation et de traitement de la douleur du CHU de Nantes. [Thèse de médecine générale]. Université de Nantes; 2019.
52. SAMBOURG C. Evaluation de la mise en œuvre des recommandations de l'ANAES chez 39 lombalgiques chroniques rebelles avant, à la sortie et 6 mois après le passage au centre de traitement de la douleur du CHU de Nantes. [Thèse de pharmacie]. Université de Nantes; 2005.
53. Gourmelen J. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales. Annales de réadaptation et de médecine physique. nov 2007;50(8):633-9.

54. Muzembo Ndundu J. Prévalence de la lombalgie chronique dans une population de travailleurs d'une entreprise de manutention. *Journal de réadaptation médicale*. oct 2013;33(3):80-5.
55. Guillemin F. Evolution récente de l'épidémiologie des maladies rhumatismales. *Rev Rhum*. 2016;83S:121-5.
56. Assurance Maladie. Les TMS : définition et impact [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/entreprise/sante-travail/risques/troubles-musculosquelettiques-tms/tms-definition-impact>
57. Carton M. Prévalence des troubles musculo-squelettiques et des facteurs biomécaniques d'origine professionnelle : premières estimations à partir de Constances. *BEH*. 25 oct 2016;35-36:630-40.
58. Chiron E. Les TMS et le maintien en emploi des salariés de 50 ans et plus : un défi pour la santé au travail et la santé publique. *Santé Publique*. 2008;20:19-28.
59. Bouhassira D et al. Chronic pain with neuropathic characteristics in diabetic patients : a french cross-sectional study. *PLoS One*. sept 2013;8(9).
60. Dualé C et al. Neuropathic aspects of persistent postchirurgical pain : a French multicenter survey with 6 month prospective follow up. *Pain*. janv 2014;15 (1).
61. Brasseur L. La prise en charge des douleurs des patients cancéreux en France : une évolution sur 12 ans (Etude EFIC 2006). *Douleurs : Evaluation - diagnostic - traitement*. 11 (2):H5-8.
62. Larue et al. Multicenter study of cancer pain and its treatment in France. *BMJ*. 1995;(310):1034-7.
63. Roemer-Becuwe C. Traitements anticancéreux et douleurs dans le cancer du sein : revue de la littérature. *Université Henri Poincaré, Nancy 1*; 2002.
64. Delorme T. (ICO). Séquelles douloureuses des traitements du cancer du sein (localisé) et qualité de vie. 16e rencontres régionales. 2017; Caen.
65. Pradalier et al. Economic impact of migraine and other episodic headaches in France : data from the GRIM2000 study. *Pharmacoeconomics*. 2004;(26):1305-18.
66. Organisation Mondiale de la santé. Céphalées [Internet]. 2016 avr. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
67. Lanteri - Minet M. Geraud G. Epidemiology of migraine : French key descriptive data. *Rev Neurol*. 2016;(172):56-8.
68. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. *La douleur en question*. 2e édition. 2008.
69. Lanteri-Minet M. ECONEP: évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. Nantes: Société française d'étude et de traitement de la douleur; 2017.
70. MAUBERT J-P. Prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Ile de France. *La revue du praticien*. 2005;19:1372-6.
71. National Health ans Wellness Survey. *Consumer Health Sciences*. 2010.

72. PUEL SALEH C. La relation médecin généraliste - patient douloureux chronique : les difficultés ressenties par les médecins, et leurs stratégies pour continuer à avancer. [Thèse de médecine générale]. [Lyon 1]: Université Claude Bernard; 2012.
73. Depont F et al. Medical and non medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France. *Fundam clin Pharmacol.* 2010;(24):101-8.
74. Fouquet N. Troubles musculo-squelettiques liés au travail : nombre de cas évitables par application d'un scénario théorique de prévention. *BEH.* 16 févr 2021;3.
75. Maugars Y et al. Le coût de la fibromyalgie non diagnostiquée. *EULAR*; 2008.
76. Health-ressource use and costs associated with fibromyalgia in France, Germany and United States. *Clinic Outcom res.* 2013;(5):171-80.
77. Annemans L. Fibromyalgie : coût du patient non diagnostiqué. *Revue du Rhumatisme.* 2007;74:1147.
78. Perrot S. Societal and individual burden of illness among fibromyalgia patients in France : association between disease severity and OMERACT core domains. *BMC Musculoskelet Disord.* 2012;13(22).
79. Laroche F. La fibromyalgie en France. *La revue du rhumatisme.* mars 2019;
80. L'état de santé de la population en France - indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. *DREES*; 2008. Report No.: Rapport de 2007.
81. LEPELLETIER E. Evaluation d'un réseau de prise en charge de la douleur chronique en ville, l'AMPA. [Thèse de médecine générale]. [Lille 2]: Université Henri Warembourg; 2004.
82. INSEE. Tableaux de l'économie française. Edition 2020. [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277752?sommaire=4318291>
83. GANDON V. Vécu des patients douloureux chroniques et attentes vis-à-vis du médecin traitant. Une étude qualitative. [Thèse de médecine générale]. [Lille 2]: Université Henri Warembourg; 2012.
84. BACUR D. Quelles sont les difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique éprouvées par les médecins généralistes ? [Thèse de médecine générale]. [Lille 2]: Université Henri Warembourg; 2013.
85. BOUHASSIRA D. Avenir de la prise en charge de la douleur chronique. *La revue du praticien.* juin 2013;63:813-5.
86. <https://www.bretagne.paps.sante.fr/les-groupes-qualite-en-medecine-generale-0#:~:text=Un%20groupe%20qualit%C3%A9%20est%20un%20groupe%20d%E2%80%99%C3%A9change%20de,et%20d%C3%A9velopper%20une%20d%C3%A9marche%20r%C3%A9flexive%20sur%20leur%20pratique.>
87. Observatoire Régional de la santé. Profil Santé 2021 - CPTS Pays de Retz. 2021 févr.
88. Observatoire Régional de la santé. Diagnostic Santé 2019 - Nantes Métropole. 2019.
89. Observatoire Régional de la santé. Panier d'Indicateurs Socio-Sanitaires TERRitoriaux (PISSTER) [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/PISSTER/index.html>

90. Davin-Casalena B et al. L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie. Rev Epidemiol Sante Publique. juin 2021;69(3):105-15.
91. Assurance Maladie. Dépenses en date de soins en 2019, 2020, 2021 (séries labellisée) [Internet]. 2015 janv. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/depenses-date-soins-2019>
92. DREES. Enquête EpiCov (Epidémiologie et Conditions de vie sous le Covid -19) [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-epicov-epidemiologie-et-conditions-de-vie-sous-le-covid-19#toc-pour-en-savoir-plus>
93. Société française de Médecine Générale. Informations sur les données de l'Observatoire de la Médecine Générale [Internet]. 2006. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/com/toutsuromg.pdf>
94. Mak Sébastien-Ludovic. L'importance de la douleur en consultation de médecine générale. Etude de ses caractéristiques démographiques, de sa typologie et des traitements antalgiques prescrits, associés à son évolution dans l'observatoire de médecine générale entre 1994 et 2010. [Thèse de médecine générale]. Université de Versailles, Saint-Quenti-en-Yvelines; 2014.
95. OMG. Douleur non caractéristique. Observatoire de médecine générale. [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
96. OMG. Algodystrophie. Observatoire de médecine générale. [Internet]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
97. OMG. Lombalgie. observatoire de médecine générale. [Internet]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
98. OMG. Migraines. Observatoire de médecine générale. [Internet]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
99. OMG. Douleurs pelviennes. Observatoire de médecine générale. [Internet]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>

Vu, le Président du Jury,

Julien NIZARD

Vu, le Directeur de Thèse,

Elisabeth MOSSEUR

Vu, le Doyen de la Faculté,

Pascale JOLLIET

Titre de Thèse : Etude descriptive transversale des patients douloureux chroniques en Loire-Atlantique, dans le cadre de la construction d'un projet de parcours de soins coordonnés entre soins primaires et structures spécialisées douleur chronique (article 51)

RESUME

Les douleurs chroniques sont un véritable enjeu de santé public. Le projet « article 51 » parcours douleur chronique, mené par le CETD du CHU de Nantes, a pour but d'améliorer le parcours de prise en charge des patients douloureux chroniques entre soins primaires et structures spécialisées douleur chronique.

L'objectif de ce travail était de réaliser un état des lieux sur le territoire de l'expérimentation, incluant une description épidémiologique des patients douloureux chroniques et une évaluation de la volumétrie de patients concernés, dans le but d'étayer la construction du cahier des charges du projet « article 51 ». Les données recueillies, choisies grâce à une enquête préliminaire sur les difficultés ressenties par les médecins généralistes, ont permis d'analyser la prévalence des différents cadres nosologiques et leur durée d'évolution. Ce travail a permis également de recueillir des données socio démographiques, de consommations de soins (consultations, médicaments, kinésithérapie), et concernant le statut professionnel et de protection sociale en cours. La fréquence du recours au médecin généraliste permet de rappeler leur place prépondérante dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. Pour une plus grande puissance statistique, des recherches ultérieures seront à réaliser avec une méthodologie différente afin d'augmenter la taille de l'échantillon de patients.

MOTS-CLES

DOULEUR CHRONIQUE ; PROJET « ARTICLE 51 » PARCOURS DOULEUR CHRONIQUE ; ETUDE DESCRIPTIVE ; CADRES NOSOLOGiques ; PARCOURS DE SOINS ; COORDINATION VILLE HOPITAL, ORGANISATION INNOVANTE DE SOINS