

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015 _____

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MATHIEU Cécile

Née le 02 avril 1983 à Paris XIIIème

Présentée et soutenue publiquement le 10 Mars 2015

***Difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les
internes de Médecine Générale de Paris 7 et attentes
concernant leur formation initiale.***

Président de thèse : **Professeur** AUBERT Jean Pierre

Directeur de thèse : **Docteur** MIGNOTTE Katell

DES de médecine générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Aubert.

Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse.

A tous les membres du jury.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A Madame le Docteur Katell Mignotte.

Je te remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse passionnant. Je t'adresse toute ma reconnaissance pour ton aide, tes conseils et tes encouragements.

A tous les internes volontaires.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude. Vos témoignages riches et sincères ont permis ce travail. Merci pour votre disponibilité, votre bonne humeur.

Aux équipes de l'hôpital Francois Quesnay, de l'hôpital Max Fourestier, de l'hôpital René Muret, de l'hôpital Robert Ballanger, de l'hôpital Lariboisière et Bichat pour m'avoir formée au métier de médecin.

Au Dr Bich-Ha Tran, au Dr Mazars Thierry, au Dr Zerr Philippe.

Je vous remercie de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale.

Au Dr Julien Gelly, mon tuteur, merci de m'avoir accompagnée tout au long du DES jusqu'à ma soutenance de thèse.

A Emilie, Emilie, Caroline, mes amies d'enfance, pour toutes ses années d'amitié, toutes ses joies et tous ses beaux souvenirs. Merci d'être toujours présentes.

A tous mes potes de promo. Merci pour ses belles années passées en votre compagnie. A toi Débo, pour ton soutien, ton écoute, ta bonne humeur !

A Anaïs, ma co-interne de choc et amie !

Je te remercie pour ton amitié, ta présence et ton soutien sans faille. J'espère partager avec toi encore pleins de bons moments...

A Anthony, Mon Ami, si cher...

A mes parents, Papa, Maman pour votre amour, votre soutien. Vous m'avez accompagnée et encouragée pendant toutes ces années. Cette réussite, je vous la dois.

A mes frères, Fed et Antoine. Avec toute mon affection...

A mes grands parents, à Tata mimi.

Je vous remercie pour votre douce présence et votre bienveillance. Grand père, tu n'as jamais douté de mes capacités, merci d'avoir cru en moi.

A Geneviève et Isabelle

Je vous remercie pour votre écoute et votre précieuse aide. Affectueusement.

A toute ma famille et belle famille, Annie, René pour votre présence quotidienne...

A Damien.

Ton soutien, ta présence, et ton amour m'ont donné la force d'avancer. Merci pour ta patience...C'est à toi que je dédie cette thèse.

A mes deux amours, Noé et Léa, mes plus belles réussites.

LISTE DES ABREVIATIONS

BDSP	Banque de Données en Santé Publique
CPP	Comité de Protection des Personnes
EVA	Échelle Visuelle Analogique
ECN	Examen Classant National
DES	Diplôme d'État Supérieur
HSCP	Haut Conseil de Santé Publique
DMG	Département de Médecine Générale
HAS	Haute Autorité de Santé
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
DU	Diplôme Universitaire
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
DESC	Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires
CSCT	Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique

TABLES DES MATIERES

I. Introduction	7
II. Matériel et méthode	9
II.1 Bibliographie	9
II.2 Choix de la méthode	9
II.2.1 Étude qualitative	9
II.2.2 Focus group	9
II.3 Population d'étude	10
II.4 Mode de recrutement	10
II.5 Conduite d'un focus group	10
II.5.1 Élaboration d'un guide d'entretien	10
II.5.2 Déroulement d'un focus group	10
II.6 Analyse des données	12
III. Résultats	13
III.1 Population	13
III.2 Les difficultés rencontrées par les internes	15
III.2.1 Difficultés techniques	15
III.2.1.1 De nature diagnostique	15
III.2.1.2 De nature thérapeutique	16
III.2.1.3 Liées à l'orientation du patient	17
III.2.1.4 Propres à la consultation en cabinet de médecine générale	17
III.2.2 Difficultés propres à l'interne	18
III.2.2.1 De nature personnelle et émotionnelle	18
III.2.2.2 Liées au statut d'interne	20
III.2.2.3 Liées à la formation initiale	21
III.2.2.4 Liées à la relation médecin patient	22
III.2.3 Difficultés liées aux patients	23
III.3 Les solutions suggérées par les internes	24
III.3.1 Améliorer la formation initiale	24
III.3.1.1 La formation théorique	24
III.3.1.2 La formation pratique	26
III.3.2 Améliorer la prise en charge globale du patient	27
III.3.3 Renforcer les moyens des médecins libéraux pour une prise en charge adaptée	27

IV Discussion	29
IV.1 Forces et faiblesses de l'étude	29
IV.1.1 Forces de l'étude	29
IV.1.1.1 L'originalité du sujet	29
IV.1.1.2 La méthode qualitative	29
IV.1.1.3 Les données	30
IV.1.1.4 Une étude multicentrique	30
IV.1.2 Faiblesses de l'étude	30
IV.1.2.1 Le focus group	30
IV.1.2.2 L'échantillon	30
IV.1.2.3 L'interviewer	31
IV.2 Résultats	31
IV.2.1 Résultats attendus	31
IV.2.1.1 Problématique autour de la formation	31
IV.2.1.2 Une prise en charge médicale difficile	32
IV.2.2 Résultats inattendus	33
IV.2.2.1 Le statut d'interne	33
IV.2.2.2 Médecines alternatives : le paradoxe	34
IV.2.2.3 Quand le psychologique se mêle au somatique	35
IV.2.2.4 La communication : un outil clé	36
V Conclusion	38
VI Annexes	40
VI.1 Guide d'entretien	40
VI.2 Fiche de thèse	42
VII Bibliographie	44
VIII Résumé en anglais	47
Permis d'imprimer	48

I. Introduction

L'international Association for the Study of Pain définissait, en 1976, la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion. » (1).

Cette conception de la douleur va modifier le modèle biomédical traditionnel en présentant la douleur comme une expérience complexe associant les dimensions sensorielles, affectives, cognitives et en reconnaissant son caractère structurellement subjectif (2). La douleur peut évoluer selon deux modes : aiguë ou chronique. Différentes définitions de la douleur chronique sont proposées dans la littérature médicale, les unes faisant référence à la durée de la douleur, les autres insistant sur le caractère syndromique (3). La Haute Autorité de Santé en donnait une en 2008, définissant alors le syndrome douloureux chronique comme : « un syndrome multidimensionnel au sein duquel la douleur, quelles que soient sa topographie et son intensité, se caractérise par sa persistance ou sa récurrence, dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement et entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière. » (3).

La prévalence de la douleur chronique dans la population française était mesurée entre 15 % et 31,7 % (4) ; à l'origine, principalement des pathologies rhumatismales et neuropathiques (5), (6). Si la prévalence de la douleur était importante, le médecin généraliste constituait souvent le premier recours. 43 % des consultations en médecine générale avaient pour motif la douleur chronique (7). Les douleurs chroniques sont à l'origine d'une altération de la qualité de vie avec des conséquences psychiques, sociales, familiales et professionnelles importantes. Ainsi, une étude menée en Ile de France rapportait que 45 % des patients douloureux chroniques ont conduit leur médecin à leur prescrire un arrêt de travail dont la durée cumulée dépassait 4 mois par an (7). Véritable enjeu de santé publique, la lutte contre la douleur constitue une priorité et les mesures mises en place témoignent de la volonté des pouvoirs publics d'améliorer sa prise en charge. Trois plans ministériels ont ainsi vu le jour :

- Le premier plan national (1998-2002) s'articulait autour de 3 axes : la prise en compte de la demande du patient, le développement de structures de santé et réseaux de soins et le renforcement de la formation des professionnels de santé (3), (8).

- Le second plan ministériel (2002-2005) visait plus spécifiquement à améliorer la prise en charge des douleurs chroniques rebelles et de la souffrance en fin de vie. Il s'attachait, par ailleurs, à l'organisation des soins autour de centres pluridisciplinaires et à

faire connaître leur existence auprès des médecins généralistes et du public. La notion de filières de soins apparaissait (8).

- Le troisième plan (2006-2010) venait renforcer l'ensemble des objectifs des plans précédents et avait pour objectif premier de structurer la filière de soins, d'améliorer la prise en charge des populations vulnérables et de renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé (9).

- Un quatrième plan douleur était prévu en 2013 et n'a pas été finalisé à ce jour.

Malgré une réelle volonté politique et la mise en place de plusieurs plans de lutte contre la douleur, médecins et patients rapportaient une insatisfaction dans la prise en charge de la douleur chronique (5), (9). La complexité de cette « véritable maladie », où s'entremêlent composantes somatiques, psychologiques, sociales et culturelles rend cette prise en charge délicate. 40 % des patients n'en étaient pas satisfaits (5). De même, les internes de médecine se sentent souvent en échec face à la prise en charge de patients douloureux chroniques. Leurs connaissances, tant sur le plan somatique que sur le plan psycho-comportemental, semblaient insuffisantes pour une prise en charge optimale (10). L'origine de ces lacunes selon les internes serait la formation initiale (10). Plusieurs travaux, réalisés aux États-Unis, décrivaient l'expérience des internes dans la prise en charge de la douleur chronique. Une étude, réalisée en 2007, révélait que 63 % des internes interrogés n'avaient pas confiance dans leur prise en charge de ces patients, trouvaient l'exercice difficile et jugeaient leur formation initiale insuffisante (11). Cette étude n'avait pas permis de mettre en lumière la nature de ces difficultés et de ces lacunes de formation.

Au travers d'une étude qualitative, cette recherche étudie les difficultés rencontrées par les internes de médecine générale dans la prise en charge des patients douloureux chroniques, tant sur le plan thérapeutique que sur le plan relationnel et leurs attentes concernant leur formation initiale.

II. Matériel et méthode

Cette étude a été validée auprès du Comité de Protection des Personnes Ile de France 2 sous le numéro 2012-07-11.

II.1 Bibliographie

La Revue de la Littérature a été réalisée par consultation de plusieurs moteurs de recherche, en français et en anglais : Pubmed, PsycInfo, Prospero, BDSP. Les mots utilisés étaient : « douleur chronique », « chronic pain », « interne », « primary care », « prise en charge », « médecine résident », « étude qualitative ». La recherche n'était pas limitée dans le temps. Aucune étude qualitative n'a été trouvée permettant de répondre à la question de recherche.

II.2 Choix de la méthode

II.2.1 Étude qualitative

La méthode qualitative exploratoire a été choisie car elle semblait être la plus appropriée à l'étude des émotions, sentiments, expériences personnelles des intervenants sur le sujet (12). Tout en ayant une approche compréhensive, elle consistait à recueillir des données verbales et non verbales permettant une démarche interprétative (12). La libre expression des participants permettait l'émergence d'idées nouvelles.

II.2.2 Focus Group

La méthode par focus group a été choisie pour la collecte des informations auprès des intervenants. Il permettait par la dynamique de groupe et la libre expression de stimuler les différents points de vue et faire émerger de nouvelles idées (13). Entretien semi-structuré, reposant sur des questions ouvertes consignées dans un guide d'entretien, il invitait les participants à parler et à échanger librement sur leurs opinions, leurs ressentis, leurs expériences, leurs attentes. La discussion était libre mais focalisée sur le sujet.

Les focus groups étaient réalisés jusqu'à saturation des données, c'est à dire lorsque la réalisation d'un nouvel entretien n'apportait plus de nouvelles idées.

II.3 Population d'étude

L'unique critère d'inclusion dans l'étude était d'être interne en médecine générale à la Faculté de Médecine Paris 7, quelque soit leur semestre d'étude. La population a été recrutée dans un souci de diversification maximale de l'échantillon.

II.4 Mode de recrutement

Les internes ont été sollicités en vis à vis avant ou après un cours ou une réunion organisé par la faculté. Le projet leur était présenté de façon succincte pour ne pas influencer les futurs débats. Les numéros de téléphone et adresses mail de chaque volontaire étaient notés et un mail de confirmation leur était envoyé notifiant le lieu et l'heure du focus group.

II.5 Conduite d'un focus group

II.5.1 Élaboration d'un guide d'entretien

Les focus groups ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien réalisé selon les données de la littérature et les a priori du chercheur.

Après une présentation succincte du projet, ce guide se composait de 6 questions ouvertes, courtes, allant du domaine général au domaine plus spécifique. La première question dite « brise-glace » était : « Avez-vous eu l'occasion au cours de votre cursus de prendre en charge des patients douloureux chroniques ? Si oui, comment cela s'est-il passé ? ».

Le guide d'entretien permettait de stimuler le travail de groupe en laissant la discussion se dérouler au rythme des participants mais en restant suffisamment structurée pour maintenir la conversation près du thème étudié.

Il est resté modulable au cours des entretiens pour s'adapter à l'émergence d'idées nouvelles.

La version finale de ce guide se trouve en annexe.

II.5.2 Déroulement du focus group

- Le lieu :

Il devait être calme, neutre et accessible (13). Ainsi les focus groups ont été réalisés dans une salle au sein du département de médecine générale de la Faculté Paris 7 site Bichat. Ils se

déroulaient le jeudi, jour d'enseignement à la faculté, soit après les cours, soit à la pause de midi. Le déjeuner leur était alors offert.

- La durée :

La durée des focus n'était pas fixée et variait en fonction de la dynamique de groupe. Le focus group le plus court a duré 57 minutes, le plus long 81 minutes. La durée totale d'enregistrement était de 194 minutes soit 3 heures et 13 minutes.

-Les intervenants :

-> Le groupe de participants : tous les participants, internes de médecine générale, s'installaient autour d'une table. Il leur était demandé de placer devant eux une feuille blanche sur laquelle était notée leur prénom. Chaque participant était volontaire.

Le principe du focus group et le thème abordé leur était présenté (annexe 1).

Chacun donnait son accord pour la retranscription intégrale de la séance, son analyse et l'utilisation des données à des fins scientifiques. Le respect de l'anonymat et de toutes les opinions était obligatoire ; Ceci était annoncé en début de séance (13).

-> Le modérateur (l'auteur de la thèse) : le rôle du modérateur était d'animer le groupe, faciliter la discussion et la stimuler (13).

Il devait veiller à ce que tous les points de vue soient exposés en encourageant les participants passifs, évitant la domination de certains au sein du groupe.

Le modérateur restait neutre au débat, devait se montrer intéressé aux idées du groupe et veillait à maintenir la discussion centrée sur le thème.

Avant de débiter les enregistrements, le modérateur se présentait, remerciait les internes de leur participation, expliquait le déroulement d'un focus group insistant sur le fait qu'il n'y avait pas de bonne ou mauvaise réponse dans la discussion. Enfin il donnait le thème de la séance et ses objectifs.

- > L'observateur (la directrice de thèse) : il connaissait le thème abordé. Il participait à l'accueil des participants, gérant le matériel d'enregistrement et veillait à son état de marche au cours de la séance. Lors des entretiens, l'observateur devait rester neutre, ne prenant pas part aux débats. Son rôle était de noter les messages non verbaux des participants : attitudes, expressions, intérêts pour la discussion.

-> Le mode d'enregistrement : trois appareils d'enregistrement audio ont été utilisés pour l'enregistrement des entretiens : un Iphone 4, un Iphone 3, audacity sur PC. Ils ont été disposés au centre de la table, les micros orientés vers les participants. L'accord des participants était recueilli avant le début des enregistrements.

-> **La retranscription** : Chaque focus group enregistré a été intégralement retranscrit sur un support informatique le plus fidèlement possible. Les paroles de chaque intervenant étaient reportées mot à mot sans modification ni correction.

De même, tous les échanges non verbaux : expressions, attitudes... ont été notifiés.

La diffusion des verbatim n'a pas été autorisée par le CPP Ile de France 2. Ils sont disponibles sur demande auprès des chercheurs.

II.6 Analyse des données

L'analyse des données débutait dès la retranscription du focus group. Elle portait aussi bien sur le verbal que le non verbal. Dans un premier temps, elle était réalisée de façon verticale par la lecture répétée et approfondie des écrits. Puis, l'analyse des focus se faisait de manière transversale. L'ensemble des paroles des participants ont été découpées, confrontées, comparées et étiquetées. Ces verbatim étaient alors classés en catégories, elles-mêmes regroupées en fonction de l'idée thématique qui pouvait les résumer.

Pour renforcer la validité interne des résultats, un double codage avait été réalisé. Ainsi, l'auteur et la directrice de thèse avaient analysé les données de manière indépendantes pour ensuite les confronter.

Cette analyse thématique a permis d'élaborer une synthèse narrative et descriptive de l'étude qui est présentée ci-après.

III. Résultats

III.1 POPULATION

La population d'étude se constituait de 26 internes de médecine générale de la faculté Paris 7 Répartis dans 3 focus groups : 7 dans le premier, 8 dans le deuxième et 11 internes dans le dernier. Il s'agissait de 23 filles et 3 garçons. La moyenne d'âge était de 26 ans. 10 internes étaient en 1^{er} semestre, 6 en deuxième, une en troisième, 7 en quatrième, et deux avaient finis l'internat et exerçaient en tant que médecin remplaçant non thésé.

Focus group N°1 (FG 1)

prénom	Sexe	Age	Semestre actuel	Stages effectués
1.	Fille	26 ans	2ème	Urgences/maladie infectieuse
2.	Fille	27 ans	2ème	Urgences/gastroentérologie
3.	Fille	27 ans	2ème	Urgences/médecine interne
4.	Fille	26 ans	2ème	Urgences/cardiologie
5.	fille	26 ans	2ème	Pneumo-cardio-gastroentérologie/urgences
6.	garçon	26 ans	2ème	Médecine interne/urgences
7.	fille	30 ans	Semestre supplémentaire	Non renseigné

Focus group N°2 (FG 2)

prénom	sexe	Age	Semestre actuel	Stages effectués
1.	filles	27 ans	4ème	Urgences/médecine interne/pneumologie/praticien niveau 1
2.	filles	26 ans	4ème	Urgences/médecine interne/pédiatrie/praticien niveau 1
3.	filles	26 ans	4ème	Urgences/médecine interne/ Pédiatrie/praticien niveau 1
4.	filles	30 ans	Semestre supplémentaire	Non renseigné
5.	garçon	27 ans	4ème	Urgences/pédiatrie/médecine interne/praticien niveau 1
6.	filles	27 ans	4ème	Urgences/médecine interne/médecine interne/praticien niveau 1
7.	filles	27 ans	4ème	Urgences/médecine interne/pédiatrie/praticien niveau 1
8.	filles	26 ans	4ème	Pédiatrie/urgences/médecine interne

Focus group N°3 (FG 3)

prénom	sexe	Age	Semestre actuel	Stages effectués
1.	filles	25 ans	1er	Diabétologie
2.	filles	25 ans	1er	Médecine interne
3.	filles	25 ans	1er	Médecine interne
4.	filles	25 ans	3ème	Gériatrie/urgences/pédiatrie
5.	filles	25 ans	1er	Cardiologie
6.	filles	25 ans	1er	Médecine interne
7.	garçon	26 ans	1er	Urgences
8.	filles	24 ans	1er	Urgences
9.	filles	26 ans	1er	Diabétologie
10.	filles	25 ans	1er	Maladie infectieuse
11.	filles	26 ans	1er	Maladie infectieuse

III.2 LES DIFFICULTÉS RENCONTREES PAR LES INTERNES

Les difficultés rencontrées par les internes de médecine générale de Paris 7, dans la prise en charge du patient douloureux chronique, pouvaient se classer en trois grandes parties : les difficultés d'ordre technique, les difficultés liées à l'interne et celles liées aux patients.

III.2.1 Difficultés techniques

III.2.1.1 De nature diagnostique

Les internes rapportaient leur difficulté à détecter, caractériser, évaluer la douleur chronique. La subjectivité et le mode d'expression personnel de cette douleur rendaient son diagnostic complexe. Ils exprimaient à plusieurs reprises leur peur de passer à côté d'une urgence ou d'une pathologie surajoutée. Ainsi, expliquaient-ils, les plaintes répétées et les consultations successives entraînaient une tendance à la banalisation de la douleur du patient. Ils révélaient leurs difficultés à distinguer la part organique de la part psychologique.

Souvent revenaient la question de la souffrance psychologique : cause ou conséquence de la douleur ?

Évaluer l'intensité de la douleur posait problème aux internes. Ils trouvaient les outils d'évaluation peu adaptés aux douleurs chroniques. Ils craignaient d'en sous- ou surestimer l'intensité et de ne pas apporter la réponse thérapeutique adaptée. Dans certaines situations la discordance entre les symptômes, leur intensité et la clinique les faisait douter quant à l'existence même d'une douleur.

« Il y a des personnes qui exagèrent la douleur plus que d'autres » E.FG1

« Ça fait des années qu'il se plaint, tu sais que c'est une douleur chronique et un jour il a quelque chose d'organique qui se rajoute à ça et ben, de ne pas passer à côté c'est super dur » F. FG2

« Et à force d'être confronté à ces patients qui disent « oh là là j'ai mal à 9/10 ! » alors qu'on n'a pas l'impression qu'ils souffrent, on a tendance à douter des patients » N. FG3

« Je trouve que l'EVA ce n'est vraiment pas une bonne échelle » L. FG3

« C'est assez dur de faire la distinction entre la douleur psychologique et la douleur physique du patient parce que souvent les 2 sont liées. Il a une douleur somatique donc du coup psychologiquement ça ne va pas non plus... » D.FG3

« C'est aussi culturel... les Italiens et les Espagnols ils crient, ils sont hyper expressifs (...), mais les Japonais ou les Chinois, les Asiatiques tu ne vois pas la douleur alors qu'ils ont vraiment très mal » D. FG3

III.2.1.2 De nature thérapeutique

Sur le plan thérapeutique, les difficultés des internes concernaient aussi bien la prescription de spécialités pharmaceutiques que toutes les autres formes de thérapeutique. Les internes appréhendaient d'initier la prescription d'antalgiques de palier 3 et l'augmentation des doses, redoutant leurs effets secondaires et la dépendance que les patients pouvaient développer. Faire appel à des spécialistes les rassurait. Cette difficulté était majorée lorsqu'aucune étiologie organique n'était retrouvée. Ils exprimaient leur manque d'assurance. Il leur semblait difficile de modifier des ordonnances déjà établies par des médecins compétents. La prescription médicamenteuse était une solution de facilité, permettant d'apporter une réponse rapide au patient, « une première porte de sortie » et d'éviter de s'attarder sur les autres problèmes liés à la douleur chronique.

Les internes se sentaient incapables d'assurer une prise en charge globale du patient notamment sur le plan psychologique. Ils manquaient d'expérience dans ce domaine. Cette prise en charge était considérée comme une solution de dernier recours. Les internes hésitaient parfois à la proposer expliquant avoir peur que le patient se sente stigmatisé.

De manière quasi-unanime, ils rapportaient leur absence complète de connaissances sur les thérapies alternatives. Ils envisageaient ces thérapies comme un recours supplémentaire dans la prise en charge de la douleur chronique. Mais ils déploraient l'absence de référentiels et de codifications sur ces pratiques, entretenant un certain scepticisme.

La prise en charge des douleurs neuropathiques posait problèmes aux internes. Ils manquaient de connaissances sur les classes médicamenteuses utilisées, l'initiation et l'adaptation des doses et soulignaient leur manque de pratique.

« On connaît les thérapeutiques médicamenteuses mais après tout ce qui a à côté on ne connaît absolument pas... » Au. FG2

« J'ai l'impression que c'est une facilité de prescrire des choses parce qu'on ne veut pas se prendre la tête à discuter... » C. FG2

« Je pense pour les thérapeutiques alternatives, le problème c'est qu'on est pas formé et il y a aussi tout et n'importe quoi qui se fait (...) Il n'y a pas vraiment de choses codées » L. FG3

« Mais les formations sur la médecine parallèle, on n'en entend jamais parler donc il y a forcément une suspicion qui se met en place (...) L. FG3

« Moi j'ai peur quand je prescris des médicaments surtout dans la douleur chronique, d'une certaine manière de la dépendance à ces médicaments là. » E.FG3

« Tu te retrouves avec des patients qui ont des ordonnances complètement aberrantes (...) et en fait c'est le travail d'années d'errance médicale et de prolongement d'ordo (...) et toi t'arrives là-dedans et tu te dis (...) qu'est ce que je peux faire d'autre, de mieux » L. FG3

« Le patient n'imagine pas sortir de la consultation sans ordonnance, donc comme on a quinze minutes, tu donnes un truc » N. FG3

III.2.1.3 Liées à l'orientation du patient

L'orientation des patients douloureux chroniques posait problème aux internes en exercice libéral. En cabinet de médecine générale, ils se sentaient isolés. L'accès aux spécialistes était plus difficile. Les équipes spécialisées dans la douleur leur semblaient débordées et difficilement accessibles. Les internes expliquaient ne pas savoir à qui adresser les patients tant sur le plan médical que paramédical, ajoutant avoir un carnet d'adresse pauvre.

Distinguer les personnes compétentes dans certains domaines leur était difficile. Devant l'absence de formations reconnues et de pratiques codifiées des médecines alternatives, les internes restaient méfiants.

« Le seul truc qu'il n'avait pas essayé c'était l'acupuncture (...) J'avais personne à lui proposer parce qu'on n'a pas de correspondant (...) J'avais personne à lui conseiller. » J.FG2

« Et quand on veut appeler une équipe de la douleur, on a vraiment beaucoup de difficultés à les avoir » Au. FG2

« Je n'ai aucun moyen de savoir s'ils ont effectivement un diplôme, une formation qui justifie de cette pratique... » L.FG3

III.2.1.4 Propres à la consultation en cabinet de Médecine Générale

Pour les internes, la prise en charge des patients douloureux chroniques paraissait plus complexe au cabinet de ville qu'à l'hôpital. Ils évoquaient un sentiment d'isolement, l'absence d'échange et de travail en équipe. Les avis spécialisés étaient moins accessibles qu'à l'hôpital.

La durée de la consultation posait problème aux internes. Quinze à vingt minutes paraissaient trop courtes pour mener à bien la consultation aborder le versant psychologique, et l'ensemble des problématiques autour de la douleur chronique. Allonger le temps de consultation soulevait la question de la rentabilité. Les internes expliquaient la difficulté de se montrer calmes, disponibles, réceptifs face à une salle d'attente pleine. Recevoir les patients douloureux chroniques au milieu d'autres patients nécessitait une grande capacité d'adaptation.

« Je pense ça sera pire quand on sera médecin traitant parce qu'on n'a pas tout le côté hospitalier ou finalement on a le bon rôle, (...) on demande des avis » L. FG3

« Voilà, donc toujours cette histoire de paquet de nœuds qu'il faut démêler et de se dire bon bah voilà en gros j'ai ¼ heure pour gérer ce problème là (...) même 20 min ça reste un délai assez court (...) » S. FG3

« Oui mais là on touche un peu au système économique, c'est à dire que 23 euros la consultation de la journée c'est pas possible » N. FG3

« C'est vrai que dans un cabinet de médecine gé avec tous les enfants qui ont la varicelle, l'autre les... enfin les choses, les machins, c'est un peu difficile de se concentrer sur la douleur chronique, on a juste envie et ben de vider la salle d'attente et la douleur chronique bah voilà... » C. FG3

« C'est vrai quant on est dans un tourbillon toute la journée on a pas le temps de se poser, se dire là je me pose, là je parle de la douleur chronique » E. FG3

III.2.2 Difficultés propres à l'interne

III.2.2.1 De nature personnelle et émotionnelle

Les internes manquaient de confiance dans leur prise en charge de la douleur chronique. Leur jeune âge semblait en être la raison. Ils expliquaient manquer d'expérience, de pratique, se renfermant derrière leurs connaissances théoriques. Prendre en charge un patient ayant déjà rencontré plusieurs collègues expérimentés les effrayaient. Ils jugeaient leurs interventions inutiles, leurs places illégitimes. Les internes se sentaient démunis face à des douleurs qu'ils ne comprenaient pas, parfois même doutaient de l'existence de celle-ci évoquant l'exagération de certains patients. Les échecs thérapeutiques successifs, les plaintes répétées des patients finissaient par agacer les internes, même les angoisser. Certains avaient le sentiment de perdre

leur temps, et finissaient par manquer d'empathie, et d'écoute. La prescription devenait alors une solution de facilité permettant de mettre fin à la consultation, laissant l'interne frustré et insatisfait de sa prise en charge. Un interne expliquait que le recours aux antalgiques de palier 3, même lorsque le patient était soulagé, laissait place à une frustration, une insatisfaction ; Le sentiment que peut être un traitement de palier inférieur aurait été suffisant.

Les internes confiaient avoir plusieurs a priori concernant le patient douloureux chronique ou atteint d'une maladie dite psychosomatique. Ils évoquaient la longueur de la consultation, l'écoute et la disponibilité nécessaires, la complexité de la prise en charge. D'emblée ils portaient défaitistes et ne se faisaient que peu d'illusion quant à la réussite de la prise en charge proposée.

Prendre en charge des patients douloureux chroniques leur demandait des efforts supplémentaires. La fatigue, la lassitude rendaient les internes moins disponibles. Ils expliquaient que la personnalité de chaque étudiant influençait la prise en charge. L'investissement personnel variait d'un interne à l'autre. Bien que motif fréquent de consultation, certains reconnaissaient avoir peu d'intérêt pour le versant psychologique de la douleur chronique et tous les problèmes qu'elle soulève. Ils ne souhaitaient pas y consacrer beaucoup de leur temps.

« (...) Alors que quelque chose qui n'est pas palpable, tu ne sais pas d'où ça vient, t'arrives pas à trouver ou pourquoi...ben, en fait ça effraie beaucoup tout le monde : ça effraie le médecin parce qu'il se sent démuni (...) » F. FG1

« (...) Frustration, on se sent démuni c'est vrai c'est désagréable d'être face à quelqu'un qui te renvoie tout le temps ton incapacité à le soigner » Ca. FG2

« Le problème c'est qu'on a tendance à se dire bon lui c'est un chieur, il va revenir tout le temps ! » Au. FG2

« Par définitions ce sont des patients douloureux chroniques donc on se dit quand même qu'il y a 15000 médecins qui sont passés avant nous et que forcément on aura pas...on part un peu défaitiste et... » Ca. FG2

« (...) Quand on a rien trouvé à leur douleur ils arrivent et ils te font « Moi je suis fibromyalgique ». Alors moi quand on me dit ça, je pars déjà avec quinze mille a priori !

(...) » F. FG2, « les a priori : chiente (c'est une femme déjà), consultation longue, quasiment pas de traitement médicamenteux palier 1, palier 2, palier 3, ça va être autre chose comme thérapeutique. Pour moi c'est une consultation difficile, longue et prise en charge complexe. » F. FG2

« Peur d'être inutile, de rien faire, qu'il reparte avec sa douleur. » Ma. FG3

« (...) Le plus dur c'est de mettre sa fatigue de côté et d'être disponible (...) » F. FG1

« (...) Le psy c'est leur meilleur ami parce que tous ces trucs là ça les gave et ils prennent pas le temps, ils n'ont pas envie de prendre le temps et c'est vrai que du coup...(...) » F. FG2

« (...) J'ai l'impression que c'est une facilité de prescrire des choses parce qu'on ne veut pas se prendre la tête à discuter et essayer de voir vraiment si la douleur peut masquer une dépression ou autre chose. (...) » C. FG2

III.2.2.2 Liées au statut d'interne

Les internes expliquaient leur difficulté à prendre en charge un patient douloureux chronique sans connaître son parcours de soin, son environnement socio-professionnel et familial. Cette intervention ponctuelle dans l'histoire des patients frustrait quelques internes, rendant le suivi difficile. Certains d'entre eux se questionnaient sur leur utilité. Encore étudiants, les internes se sentaient parfois illégitimes et craignaient une remise en question de la prise en charge par le patient. Il leur semblait délicats de remettre en question les prescriptions de confrères plus expérimentés mais n'approuvaient pas, pour autant, la reconduction d'ordonnances qui leur paraissaient inadaptées.

Ils rappelaient la pauvreté de leur carnet d'adresses et l'absence de correspondant vers qui se tourner.

« J'avais personne à lui proposer parce qu'on a pas de correspondants (...) » J. FG2

« Par contre au niveau thérapeutique qui ne sont pas médicamenteuses (...) je ne saurais même pas où les envoyer... » J. FG2

« La douleur chronique, elle se traite avec du temps. Mieux connaître le patient, mieux connaître ses problèmes sociaux... » E. FG1

« C'est pas toujours évident quand on ne connaît pas et que l'on voit le patient juste pour quelques jours d'avoir une évaluation globale du patient. » Cl. FG3

« C'est compliqué d'aller dire « oh là là votre médecin il a fait vraiment n'importe quoi ! »... » S. FG3

« On ne peut pas dire : votre médecin il a fait n'importe quoi, on ne sait pas toujours ce qui s'est passé avant ... » S. FG3

III.2.2.3 Liées à la formation initiale

Les internes se sentaient limités dans la prise en charge de la douleur, parfois mis en échec. Ils remettaient en question leur formation initiale, souvent jugée insuffisante, bien trop théorique et en décalage avec la réalité de la pratique. Ils expliquaient que la douleur ne représentait qu'une petite partie du programme du second cycle et qu'ils manquaient d'intérêt pour cette thématique à ce stade des études faisant de l'ECN leur priorité. Aussi regrettaient ils l'absence d'un complément de formation au cours du DES de médecine générale, soulignant la fréquence de ce motif de consultation.

Trop axé sur les thérapies médicamenteuses, l'enseignement dispensé par la faculté n'abordait pas le versant psychologique de la prise en charge, la communication avec le patient douloureux chronique, les thérapies paramédicales. Les internes insistaient beaucoup sur ce manque. Ils s'étonnaient de l'absence de formation théorique et pratique sur les thérapies alternatives, leurs fonctions et indications. Un interne expliquait même recevoir de la faculté une image négative de ces pratiques. Le doute et la méfiance de certains sur les médecines parallèles en seraient la conséquence. Par ailleurs, beaucoup rapportaient leur incapacité à fournir des informations claires sur ces thérapies aux patients.

Les internes déploraient l'absence de stage ambulatoire au cours du second cycle et mentionnaient une formation trop hospitalière, loin de la pratique de ville. Ils auraient souhaité, au cours du DES, intégrer quelques temps une équipe spécialisée dans la douleur. Ils rapportaient un manque de connaissances sur les maladies psychosomatiques comme la fibromyalgie, dont la prise en charge leur paraissait bien mystérieuse.

Les traitements des douleurs neuropathiques, leurs effets et leur mode d'action restaient pour beaucoup méconnus. Ils décrivaient le manque d'habitude de prescription.

« (...) Mais les formations sur les médecines parallèles, on n'en entend jamais parler... »

L. FG3

« C'est vrai que dans les études de médecine, on nous en (médecines parallèles) parle très négativement » F. FG1

« Je pense que tu peux pas aborder les même choses quand tu es externe que quand tu es interne (...) mais après l'utilisation pratique (...) c'est plus du domaine de l'interne, enfin ça nous intéresse plus, on est plus réceptif » S. FG3

« En plus les patients posent des questions là-dessus : « Qu'est ce que vous pensez de...? » et on est incapable de répondre ! » Au. FG2

« (...) Ce qui me met encore plein plein de fois en difficulté c'est que j'ai l'impression que ma formation, elle est complètement à dix mille lieues de ce que tu vois » F. FG1

« Mais c'est vrai que je trouve que l'on a une formation beaucoup trop hospitalière, ça c'est une évidence » F. FG2

« Quand j'étais externe, à la fac, c'était un cours (la douleur) intéressant, de quelques heures seulement euh... voilà, on n'est pas allé très très loin on avait sans doute le sentiment que ce n'était pas la priorité (...) » D. FG1

« (...) En ce moment je suis en plein questionnement sur ma formation de médecin... » F. FG1

III.2.2.4 Liées à la relation médecin-patient

Les internes exprimaient la difficulté d'établir une relation de confiance avec les patients en intervenant de façon si ponctuelle dans leur histoire. Il leur était compliqué de réaliser une synthèse médicale et une prise en charge adaptée dans ces conditions. Ils manquaient souvent de recul. Leurs préjugés, leur manque de disponibilité rendaient le lien plus difficile à créer. Conscients de l'importance de l'écoute et de l'empathie, ils faisaient part de leurs difficultés à « bien » écouter, laisser parler, respecter des temps de pause.

Les plaintes répétées des patients faisaient naître chez les internes un sentiment d'impuissance. Certains se sentaient mis en échec dès le début de la consultation, ce qui suscitait chez eux un certain agacement. Faire entendre aux patients les limites de la médecine était compliqué. L'absence d'étiologie organique à la douleur mettait les internes en difficulté, ils se sentaient démunis, exprimant la peur que le patient se sente jugé, pas pris au sérieux. Il en résultait la rédaction quasi-systématique d'une ordonnance en fin de consultation, preuve pour l'interne de son utilité et preuve pour le patient qu'il avait été entendu. Suggérer une origine psychologique, voire proposer une prise en charge par un psychologue ou un psychiatre leur semblait difficile.

« Ce n'est pas facile aussi de dire à un patient « Vous avez mal, mais c'est psychologique » Ce FG2

« Moi je trouve ça dur d'écouter, ne pas interroger, écouter, laisser des silences, moi je trouve que c'est difficile... » C FG2

« (...) Le patient qui est douloureux chronique il est énervant c'est horrible, il est énervant, rien ne le soulage, il te renvoie complètement à ton impuissance totale c'est...

« De toute façon tout ce qu'on fait pour moi ça sert à rien, j'ai toujours mal... » Il est toujours dans la plainte c'est... » S FG3

« C'est pas toujours évident quand on ne connaît pas et qu'on voit le patient juste pour quelques jours et d'avoir une évaluation globale du patient. » CI FG3

« C'est difficile parce qu'il faut faire accepter aux gens qu'on ne va pas pouvoir faire les choses en 30 secondes top chrono avec des choses magiques et on peut pas claquer des doigts pour résoudre le problème. » S FG3

« C'est là vraiment qu'il faut instaurer une relation de confiance et qu'il faut aussi je pense prendre sur soi, même si c'est difficile. Avec ces patients-là qui peuvent être chiant, c'est peut-être eux qui ont le plus besoin d'avoir une relation de confiance, c'est pas les médicaments qui vont marcher le plus » L FG3

III.2.3 Difficultés liées aux patients

La grande subjectivité de la douleur posait problème aux internes. Chaque patient l'exprimait différemment en fonction de ses expériences passées, de son origine, de sa culture rendant complexe l'évaluation de son intensité. L'interne doutait parfois des plaintes du patient et se demandait si la consultation d'internat n'influencerait pas son discours.

Le patient déprimé gênait l'interne qui se questionnait: trouble de l'humeur cause ou conséquence de la douleur ? Le comportement des patients pouvait parfois être source de difficultés. Demandeurs de soins, exigeants, ils souhaitaient des solutions rapides, un diagnostic précis. Leur faire accepter qu'il faille du temps était difficile. Que le médecin n'était pas magicien l'était aussi. Certains patients mettaient d'emblée en échec l'interne. Ils se complaisaient dans leurs douleurs. Les internes y voyaient la recherche d'un bénéfice secondaire financier, familial ou professionnel.

Les jeunes médecins se trouvaient en difficulté face aux croyances de patients concernant certaines thérapeutiques. Modifier leurs ordonnances habituelles paraissait compliqué. Quelques patients, craignant l'installation d'une dépendance, refusaient la prescription d'antalgiques. La prise en charge de l'interne était alors compromise. A contrario, d'autres n'envisageaient pas quitter le cabinet sans une ordonnance, preuve qu'ils avaient été entendus.

« Il y a des patients qui vont refuser des médicaments parce qu'ils ont peur de devenir accro dès que tu leur donne de la codéine (...) » L. FG3

« (...) On a l'impression qu'il y a des personnes qui ne veulent pas vraiment se débarrasser de cette douleur, quelque part ça les caractérise, ils sont fragiles parce que ils ont cette douleur chronique, ils ne veulent pas... Bénéfices secondaires aussi. » D. FG3

« C'est vrai qu'il y a un mythe de la piqûre qui va tout enlever (...) » F FG2

« (...) Et puis quand je l'interroge il me dit : « De toute façon j'ai tout essayé, il n'y a rien qui marche » Du coup je me dis à quoi ça sert de me dire qu'il a mal s'il a de toutes les façons décidé que je ne ferais rien pour lui parce qu'il avait déjà tout essayé ? Du coup je trouve ça difficile et j'ai du mal à voir sa demande puisqu'il part du principe qu'il n'y a pas de solution (...) » J. FG2

« (...) On n'a pas le temps, ou en tout cas tu dois pas avoir le temps pour faire les choses et tu dois trouver une solution à chaque problème et ça c'est vrai que c'est...parce que les gens ils disent «Oui mais la petite mamie qui a cent ans et qui vient te voir parce qu'elle a mal au dos, on dit oui mais on est en 2012, aujourd'hui on va avoir une solution. » Et toi t'es là et tu dis : bah...non je ne peux pas te refaire la colonne vertébrale...et c'est ça qui...est difficile » F. FG1

« C'est souvent des gens qui ont été voir des choses sur internet, du coup on sait pas faire la part des choses entre ce qu'ils ont réellement et ce qu'ils ont copié finalement d'internet et qu'ils ont assimilé comme ce qu'ils ont. » A. FG2

III.3 LES SOLUTIONS SUGGEREES PAR LES INTERNES

III.3.1 Améliorer la formation initiale

III.3.1.1 La formation théorique

Les internes de médecine générale proposaient un renforcement de la formation sur la douleur, sa physiopathologie, ses mécanismes, ses traitements, leur initiation et leur adaptation. Avoir des connaissances solides leur semblait nécessaire pour une prise en charge optimale de la douleur et éviter tant que possible la chronicisation. Ils souhaitaient recevoir un enseignement adapté à la prise en charge en ambulatoire, au plus près de la réalité de la médecine de ville.

Ils proposaient un travail par petits groupes avec dialogue, partage d'expérience, faisant intervenir des participants d'anciennetés différentes. L'intervention de spécialistes de la douleur était demandée. A l'inverse, ils refusaient les cours magistraux, jugés ennuyeux, peu informatifs, moins adaptés à la pratique.

Communiquer avec les patients douloureux chroniques semblait difficile aux internes et pourtant indispensable à l'établissement d'une relation médecin-patient de qualité. Les internes souhaitaient la mise en place de cours de communication : savoir utiliser les bons mots, savoir écouter, savoir respecter les temps de pause. Apprendre les bases de la psychologie médicale était nécessaire. Les internes manquaient de connaissances sur les thérapies alternatives. Ils se trouvaient dans l'incapacité de conseiller et d'orienter les patients en cas d'échec des thérapeutiques médicamenteuses. Une formation sur ce thème, jugée inexistante, leur paraissait indispensable. Évoquées voire enseignées par la faculté, ces médecines parallèles deviendraient alors plus légitimes dans la prise en charge des patients douloureux.

Pour les internes, l'ensemble de ces formations complémentaires devait être institué au début du 3^{ème} cycle, moment où, engagés dans leurs spécialités de médecine générale, ils se disaient plus réceptifs, plus concernés. Néanmoins une interne se questionnait sur l'absence d'un module de médecine générale, au même titre que les autres spécialités, au cours du second cycle des études médicales. La relation médecin-patient pourrait y être abordé.

« Je pense, si on est bien formé à traiter la douleur aiguë, la douleur en général, on évitera la chronicisation des patients qui sont mal » R. FG3

« Pourquoi la médecine générale n'est pas du tout apprise dans le cursus d'externe, au même titre que le reste ? » J. FG2

« C'est pas des cours où tu es assis devant un tableau qu'il faudrait, c'est plutôt des groupes de parole où chacun raconte son expérience avec des médecins plus âgés qui pourraient donner des conseils, avec les trucs à dire, les trucs à ne pas dire et franchement moi ça m'a vachement aidé par exemple « quand il finit une phrase tu rebondis sur le dernier mot.. » Enfin c'est ça que je voulais dire, c'est pas le cours magistral ! » F. FG2

« Mais ne serait ce qu'un cours là pendant l'internat, une journée de présentation avec des intervenants sur les douleurs chroniques » Ma. FG3

« Donc en fait il vaudrait mieux garder cette petite partie sur la douleur et la douleur chronique dans le cursus de médecine générale finalement » Cécile FG3, « Oui complètement ! » Le groupe FG3

« Demander à un patient de revenir, laisser des temps de silence, la communication, tout ça... Les cours de communication, il faudrait qu'on aille en école de commerce pour prendre quelques cours ! » F. FG2

«Moi je serais aussi assez demandeuse d'un module sur les médecines douces ou parallèles : pourquoi est-ce qu'on ne parle jamais d'homéopathie, d'acupuncture, d'ostéopathie, pourquoi est-ce qu'on en parle jamais ?! » J. FG2

III.3.1.2 La formation pratique

Les internes souhaitaient recevoir une formation pratique plus développée. Ils se sentaient mis en difficulté par le fossé existant entre les connaissances universitaires et la réalité du terrain. Être sur place, observer, pratiquer dans des conditions réelles paraissait indispensable à leur préparation à l'exercice de la médecine générale. Ils proposaient de faciliter l'accès aux stages ambulatoires dès le second cycle des études médicales et de multiplier ceux-ci au cours du troisième cycle.

Plus spécifiquement, les internes souhaitaient se confronter aux patients douloureux chroniques au cours de leur internat en intégrant un service spécialisé ou une équipe mobile de la douleur pour un semestre, un mois voire une journée pour certains. Expliquant le manque d'intérêt accordé par certains étudiants à ce thème, une interne demandait que ce passage auprès de spécialistes de la douleur soit obligatoire. Elle rappelait qu'il s'agissait d'un motif de consultation très fréquent en médecine générale.

Certains internes proposaient des journées d'immersion auprès de professionnels paramédicaux et des médecines alternatives. Renseigner, conseiller les patients devenaient plus aisés lorsqu'ils avaient pu observer la pratique de ces thérapies.

« Ça serait bien que ta thèse aide à ce que les prochains externes et internes en médecine fassent beaucoup plus de stages au cabinet du médecin généraliste puis en centre de douleur » F. FG2

« Je pense que c'est de l'expérience, que c'est surtout avoir peut être plus de stage en ville, ambulatoire pendant nos études. » Ce. FG2

« (...) ça devrait être au moins le minimum, suivre quelqu'un de la douleur pendant une journée. » A. FG2, « Moi je pense que ça devrait être obligatoire un truc comme ça. Parce que même si à la base tu n'es pas super motivé, ça peut vachement t'aider après. » F. FG2

« Moi je pense que pour tout ce qui est médecine parallèle, ça serait intéressant de les voir pratiquer parce qu'un cours théorique, bon c'est pareil, les gens s'endorment au bout de 5 minutes » Au. FG2

III.3.2 Améliorer la prise en charge globale du patient

La prise en charge de la douleur chronique nécessitait pour les internes une prise en charge globale du patient tant sur le plan physique que sur le plan psycho-social, une prise en charge en équipe. Ils expliquaient l'importance de renforcer, en ville, l'accès aux structures spécialisées dans la douleur. Augmenter le nombre d'équipes mobiles de la douleur dans les communes aurait été une solution. Accepter ses limites et passer le relais étaient une nécessité pour la prise en charge optimale du patient. Les internes évoquaient l'importance de renforcer les liens interprofessionnels, de favoriser le contact entre les différents intervenants, d'apprendre la façon dont chacun travaillait.

« (...) C'est ça qui me viendrait : mettre en place une équipe mobile de gériatrie qui fonctionne comme à Meaux, parce qu'il existe très peu d'équipes » N. FG1, « Mais il n'y a pas que les vieux qui ont mal ! » C. FG1

« En fait je pense qu'on est trop tous séparé » F. FG2

« C'est vrai qu'en tant que médecin généraliste c'est intéressant de voir comment travaille un kiné, tu prescris donc t'es censé savoir comment ça se passe quand même » A. FG2

III.3.3 Renforcer les moyens des médecins libéraux pour une prise en charge adaptée

Pour les internes, la prise en charge de la douleur nécessitait du temps. Une disponibilité physique et psychique était nécessaire. Une interne proposait d'organiser des temps de consultation dédiés à la douleur. Ils ajoutaient que cette proposition n'était possible que si la codification de la Sécurité Sociale était modifiée et suggérait la création d'un acte « prise en charge d'une douleur chronique ».

Un interne souhaitait la mise à disposition d'études fiables sur les médecines alternatives, par exemple : une étude bénéfices-risques, apportant crédibilité ou non à ces pratiques et permettant une prescription en connaissance de cause. Il expliquait que ces études « scientifiques » rassureraient la communauté médicale et permettraient une vraie ouverture vers ces thérapeutiques. Certains évoquaient une prise en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de quelques médecines alternatives dans le cadre des douleurs chroniques pour faciliter l'accès à ces soins.

« (...) Mais au moins consacrer une demi journée en se disant que si un patient venait un jour en disant « Ben voilà j'ai une douleur chronique, je vous entend mais la prochaine fois j'ai une après midi de consultation pour douleur chronique où j'aurais plus le temps », c'est vrai que dans un cabinet de médecine gé avec tous les enfants qui ont la varicelle, l'autre les... (...) C'est un peu difficile de se concentrer sur la douleur chronique » C. FG3

« Le problème c'est que tant que ce n'est pas codifié au niveau de la sécu » N. FG3, « Oui mais ça devrait ! » C. FG3, « Oui ça devrait... (...) A l'heure actuelle on n'a pas les moyens, on n'a pas le temps pour faire ce genre de truc. » N.FG3

« (...) Mais alors à long terme ce qui vraiment nous ouvrirait sur les médecines alternatives ben c'est effectivement les études... Parce que comme on nous appris, on nous à éduquer à ces études là, voilà c'est le raisonnement scientifique occidental, tant qu'on n'a pas ça dessus, même si on ne trouve pas la physiopathe, enfin la façon dont ça marche (...) je pense que (...) ce qui va nous intéresser c'est plutôt une étude qui nous dira oui dans tant de pourcent ça marche bien quoi et il faut...quels sont les risques, quelle est la balance bénéfices-risques ? Voilà (...) je pense qu'une fois qu'on aura ça (...) on sera un peu plus démocratisé je pense et ça sera un bon plus... » N. FG3

IV. Discussion

IV.1 Forces et faiblesses de l'étude

IV.1.1 Forces de l'étude

IV.1.1.1 L'originalité du sujet

La revue de la littérature retrouvait de nombreuses études sur la douleur chronique et sa prise en charge, mais peu sur les difficultés rencontrées par les étudiants en médecine générale. Étudier leur point de vue constituait une grande originalité dans ce travail. Afin d'améliorer la prise en charge des patients douloureux chronique, il était indispensable de recueillir l'expérience de futurs médecins généralistes, différente de celle des praticiens installés depuis plusieurs années. Leur statut d'étudiants rendait pertinentes leurs propositions visant à améliorer la formation initiale sur la douleur chronique.

IV.1.1.2 La méthode qualitative

La méthode qualitative était un point fort de cette étude. Elle permettait de recueillir le ressenti des internes, leur vécu, leurs expériences personnelles de manière ouverte et sans a priori. Elle évaluait les besoins, les attentes, les difficultés des internes, et permettait ainsi de comprendre leurs raisonnements, leurs motivations, leurs comportements. La technique de recueil par focus group était la plus pertinente. La dynamique de groupe permettait d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion (13). Les différents intervenants étaient amenés à s'engager et à s'expliquer sur leurs choix (12). Les échanges entre les internes, leur libre expression favorisaient l'émergence d'opinions, d'idées parfois inattendues. Les groupes d'internes étaient hétérogènes concernant l'avancement dans le cursus, ce qui permettait un recueil riche et varié de données.

Un double ou triple enregistrement des échanges avait permis une retranscription intégrale des données.

IV.1.1.3 Les données

L'utilisation des focus groups a permis de constituer une base de données qualitatives riches et diversifiées. Il a été possible de recueillir l'expérience des étudiants. Le statut d'interne de l'investigatrice, confrontée aux mêmes problématiques et difficultés que les participants, les avait mis en confiance, leur permettant de se livrer plus facilement.

L'analyse thématique des données a été réalisée en double codage par l'investigatrice et sa directrice de thèse, les résultats ont été confrontés. La méthode, l'analyse des données, la présentation des résultats ont été réalisées avec rigueur. La validité de l'étude était forte.

IV.1.1.4 Une étude multicentrique

Cette étude a été menée par plusieurs internes dans différentes facultés de médecine de France constituant pour chacun leur travail de thèse.

Le caractère multicentrique de celle-ci a permis une mise en perspective des données et une augmentation de la puissance des résultats de l'étude finale.

IV.1.2 Faiblesses de l'étude

IV.1.2.1 Le focus group

Les entretiens par focus group ne donnaient pas d'informations sur la fréquence des opinions et des comportements. Cette méthode ne permettait pas d'apporter des statistiques sur les données recueillies (14). Au sein d'un groupe les participants pouvaient s'influencer mutuellement. Certains pouvaient avoir des réticences à exprimer des idées personnelles.

IV.1.2.2 L'échantillon

La population étudiée se limitait aux internes de médecine générale de Paris 7. L'ensemble du cursus n'était pas représenté au sein des focus groups. Le manque de participation d'internes en fin d'étude restait une limite importante de l'étude. L'échantillonnage était peu diversifié : même niveau socio-économique, même nationalité. La validité externe de l'étude était discutable, la généralisation des résultats restait donc limitée.

Il aurait été pertinent de mettre en perspective les résultats obtenus dans différentes Facultés.

IV.1.2.3 L'interviewer

La faible expérience de l'investigatrice dans la recherche qualitative et dans l'organisation d'entretiens semi-structurés restait une faiblesse de l'étude. L'intervention orale de l'investigatrice pouvait être à l'origine d'un biais de suggestion. Son manque d'expérience dans l'animation des focus groups pouvait nuire à la qualité de la production verbale.

IV.2 Résultats

IV.2.1 Résultats attendus

IV.2.1.1 Problématique autour de la formation

La formation initiale sur la douleur se renforce considérablement par la mise en place d'un module 6 : « Douleurs-Soins palliatifs-Accompagnement » au cours du 2^{ème} cycle des études médicales (2004) (8).

Les internes interrogés jugeaient cette formation insuffisante, inadaptée et peu bénéfique au moment où elle était dispensée.

Ils décrivaient un enseignement incomplet, trop axé sur la thérapeutique, délaissant le versant psycho-social de la douleur. Conscients de la nécessité de passer d'un modèle biomédical à un modèle biopsychosocial, ils dénonçaient une approche trop réductrice de la douleur, simple symptôme d'un problème médical qu'il conviendrait de décoder selon la méthode scientifique. Le Dr Bouckenaere décrivait une formation médicale, trop orientée vers l'action entraînant une escalade d'examens, d'actes techniques jugés non productifs voire risqués (2). L'apprentissage de la douleur psychologique, de l'aspect social et environnemental était quasi-inexistant, mettant en difficulté les internes dans la construction d'une relation médecin-patient de qualité. En 2004, une étude montrait qu'une telle relation médecin-malade pouvait potentialiser l'effet d'une thérapeutique (15). « Le médicament le plus utilisé en médecine est le médecin lui-même » disait Michaël Balint (2). Aussi peut-on s'étonner du peu de place qui est accordé aux aspects relationnels de la prise en charge de la douleur dans le cadre des études de médicales.

Les internes interrogés manquaient d'intérêt pour l'enseignement au moment où il était dispensé. Ils évoquaient à cette période de leur cursus l'approche de l'examen national classant, leur grande priorité. Ils avouaient sacrifier cet enseignement au profit d'autres modules bien plus conséquents, jugés plus importants, plus « rentables » pour l'examen. Une

thèse réalisée en 2006 rapportait que seul 58 % des étudiants de la faculté de Nancy, bénéficiant de ses cours, y avaient assisté (Nancy) (10). La raison principale de ces absences était des cours dispensés la même année que l'ENC (10). Cet enseignement serait-il dispensé trop tard dans le deuxième cycle pour sensibiliser les externes à cette thématique? La douleur chronique est rencontrée dans toutes les spécialités médicales et chirurgicales. Il semble légitime que tous les étudiants l'abordent dès le début de leurs études. Réaliser les cours du module 6 en début de cursus et soulever les problématiques autour de la douleur dans chaque spécialité permettraient une meilleure sensibilisation sur cette thématique.

Les internes de médecine générale soulevaient une inadéquation entre le moment où était dispensé le module 6 et leurs véritables besoins. Ils souhaitaient un complément de formation sur la douleur au cours du DES. Le besoin s'en faisait sentir dès lors qu'ils étaient mis face à ces situations. Confrontés quotidiennement aux problématiques de la douleur chronique, ils mesuraient l'utilité d'améliorer leurs connaissances. Leurs besoins étaient similaires : cours interactifs en petit groupe, intervention de spécialistes de la douleur, acquisition d'une expérience pratique. Les cours magistraux leur semblaient inutiles. Une thèse soutenue en 2013 sur l'évaluation de la formation au cours du 3^{ème} cycle révélait que 52 % des DMG français proposaient un enseignement de la douleur aux internes de médecine générale (6). Le rapport d'évaluation du plan douleur 2006-2010 du HCSP préconisait « d'intégrer dans le DES un enseignement obligatoire sur la douleur » (16).

Mais avant même de le rendre obligatoire, ne faudrait-il pas déjà qu'il soit proposé à tous les internes de Médecine Générale dans l'ensemble des DMG français ?

IV.2.1.2 Une prise en charge médicamenteuse difficile

Les internes mettaient en relief des lacunes dans la prise en charge médicamenteuse de la douleur.

Ils évoquaient des difficultés dans l'initiation des antalgiques de palier 3, l'adaptation des doses, la rotation des opioïdes. Une thèse menée en 2006 évaluant les connaissances des internes nancéiens retrouvait les mêmes lacunes, la raison invoquée était la formation (10). Les médecins généralistes étaient confrontés à des difficultés similaires (17).

Traiter une douleur dont ils ne trouvaient pas l'origine leur paraissait complexe. Quelle importance accorder à ce symptôme dont on ne trouve pas le processus pathologique ? Que cache cette demande insistante de traitements médicamenteux : une addiction ?

Une étude américaine révélait une plus grande inquiétude des internes dans la prescription d'opiacés pour des douleurs chroniques non cancéreuses que pour des douleurs liés à la

maladie. Ils redoutaient dépendance, abus, et effets secondaires (18). Considère-t-on à tort qu'une douleur non validée par une pathologie documentée est moins authentique ? L'instauration d'une thérapeutique adaptée passait par une bonne évaluation de l'intensité de la douleur. L'unique outil d'évaluation cité par les internes était l'échelle visuelle analogique ; elle leur semblait inadaptée pour les douleurs chroniques.

Déterminer l'intensité douloureuse restait problématique tant pour les étudiants que pour les médecins généralistes. Dans une étude menée par le Collège National des Généralistes Enseignants, 13,6 % des médecins interrogés ont utilisé des échelles d'évaluation de la douleur pour seulement 6 % des patients (19). Les praticiens privilégiaient l'interrogatoire et le dialogue comme moyens d'évaluation, la subjectivité individuelle semblait prépondérante (20).

Mais les échelles de la douleur sont-elles réellement inadaptées ou simplement mal connues ? La complexité de la douleur chronique, intriquant composantes somatiques, psychologiques et environnementales, pose la question de la création d'un outil propre à son évaluation. Le caractère chronique de la douleur était vécu comme un échec par les internes qui exprimaient rapidement une réponse émotionnelle négative : frustration, impatience, manque d'empathie. Ce sentiment se retrouvait chez le médecin généraliste (21). Terminer une consultation sans la rédaction d'une ordonnance était difficile pour l'interne. Ce recours « mécanique » à la prescription témoignait de son action, de son implication. Pour lui l'absence de prescription serait-elle une absence d'acte de soin ?

Le médecin, supposé détenir le savoir, permettait au patient d'espérer un traitement magique (2) : dans l'impasse thérapeutique il s'exposait à la déception et au jugement négatif du patient. La formation des médecins était-elle trop orientée vers l'action ? Les internes étaient-ils suffisamment préparés à accompagner et soigner sans guérir ?

IV.2.2 Résultats inattendus

IV.2.2.1 Le statut d'interne

La douleur chronique nécessite une prise en charge longue, l'accompagnement doit durer plusieurs mois, voire plusieurs années. « Il est inutile de vouloir aller trop vite » (2). Les internes ne trouvaient pas leur place dans cette prise en charge. Comment prendre en compte l'ensemble des problématiques psycho-environnementales d'un patient qu'on ne connaît pas ? Comment établir un lien de confiance, une relation de qualité avec un patient que l'on ne suivra pas dans le temps ? Comment s'immiscer dans une relation déjà bien établie entre le

médecin traitant et son patient ? Comment s'investir dans un processus thérapeutique fastidieux lorsque l'on sait qu'on ne pourra pas aller au bout ? Les internes s'interrogeaient tous sur l'intérêt et l'utilité de leurs interventions ponctuelles. Les médecins en formation changent de stage à chaque semestre. Tous les 6 mois, ils s'adaptent à de nouveaux locaux, de nouveaux patients, une nouvelle équipe. Les méthodes de travail et les attentes sont différentes. Le travail engagé le semestre précédent est brutalement interrompu.

Les futurs médecins généralistes acquièrent ainsi une vision d'ensemble de la médecine, mais est-ce vraiment adapté à la prise en charge de la douleur chronique et à son apprentissage ? Les internes n'avaient pas confiance en eux. Leur jeune âge semblait être un frein ; ils disaient manquer de crédibilité auprès des patients. Leur manque d'expérience les rendait illégitimes, disaient-ils. Poursuivre la prise en charge d'un patient vu par d'autres confrères plus expérimentés les effrayait, remettre en question une prescription établie était difficile. Une étude américaine réalisée en 2006 aux États-Unis avait montré que la confiance des futurs médecins dans la prise en charge de la douleur chronique augmentait avec l'âge, les années de formation et l'expérience pratique (22).

Le cursus actuel de médecine générale est-il vraiment adapté à l'acquisition de cette expérience pratique ?

Aux Pays Bas, deux années complètes de formation sur trois se font en cabinet de ville (23). En France, à ce jour, un seul stage ambulatoire est obligatoire sur les six semestres du 3^{ème} cycle des études. La formation hospitalière prépare-t-elle vraiment à la réalité de l'exercice en ville ? À la prise en charge des douleurs chroniques et de toutes ses problématiques ? À l'hôpital, s'occuper de la douleur chronique était secondaire. L'attention des internes et de leurs chefs se portaient sur les pathologies aiguës et graves. Sa prise en charge, quand elle avait lieu, passait par les équipes de la douleur, l'interne n'y prenait pas part. Proposer des terrains de stages auprès de ces spécialistes, augmenter le temps de passage en ambulatoire pourraient optimiser la formation. Mais comment obtenir suffisamment de terrains de stage alors que le nombre d'étudiants augmente chaque année ?

IV.2.2.2 Médecines alternatives : le paradoxe

Bien que sceptiques sur l'efficacité des thérapies alternatives, les internes demandaient tous l'intégration d'une formation au sein de leur cursus. Ils doutaient de l'intérêt et de l'efficacité de ces méthodes sur les patients douloureux chroniques. Il leur était difficile de croire en des techniques dont ils ne comprenaient pas les mécanismes d'action. « Du charlatanisme »

disaient certains. L'absence de validation scientifique par des essais cliniques bien menés renforçait leur méfiance.

Mais la douleur, comme phénomène complexe et multifactorielle, ne peut pas appartenir uniquement au champ de l'intervention médicale et technique (24). Une thèse menée à Grenoble en 2014 sur le vécu des patients douloureux chroniques soulignait leur besoin de se tourner vers des médecines parallèles pour obtenir un soulagement que la médecine traditionnelle ne leur apportait pas (25). Conscients de cette demande croissante, les internes souhaitaient disposer des connaissances nécessaires pour orienter, conseiller au mieux leurs patients. Plus que l'efficacité de ces méthodes, ils se préoccupaient de leurs risques, leurs déviations, leurs dérives sectaires et souhaitaient y être formés. L'Académie Nationale de Médecine recommandait en 2013 d'introduire dans le programme obligatoire des études médicales, une information sur les thérapies complémentaires, leur place, leurs limites et leurs dangers, destinée à permettre aux futurs praticiens d'éclairer leurs patients (26). Mais une évaluation objective des thérapies alternatives est nécessaire pour assurer une formation efficace et utile. Comme les internes, un rapport du Centre d'Analyse Stratégique préconisait de développer « des études bénéfice-risque » de ces médecines pour pouvoir interdire ou dissuader les pratiques à risque, promouvoir les bénéfiques, voire « envisager le remboursement par la sécurité sociale des pratiques les plus efficaces » (27).

Les internes, en acceptant l'accompagnement vers ces thérapies alternatives, acceptaient implicitement le bénéfice que les patients en tiraient. Bénéfice et efficacité qu'ils ne pouvaient s'expliquer ignorant les mécanismes d'action de ces méthodes. Peut-on y voir, chez les jeunes médecins généralistes, une modification de la pensée scientifique habituellement basée sur l'objectivisme et la méthode scientifique ?

IV.2.2.3 Quand le psychologique se mêle au somatique

Le modèle biopsychosocial met en avant l'entrelacement des composantes biologiques, psychologiques et sociales de la douleur. La douleur chronique n'est pas uniquement une douleur qui dure. Le symptôme devient syndrome ; « une véritable maladie en soi » (28) dans lequel s'inscrit une dimension psychologique importante. Douleur chronique, anxiété et dépression sont fréquemment associées. Dans la littérature, on retrouvait que 20 à 50 % des patients atteints de douleurs chroniques présentaient des critères d'un épisode dépressif majeur ; à l'inverse, 50 % des patients présentant un épisode dépressif majeur se plaignaient de douleur (28). Il n'existe donc pas de véritable frontière entre l'aspect organique et l'aspect psychologique de la douleur. Mais pour les internes, faire la part entre souffrance psychique et

souffrance somatique ou entre agression tissulaire et répercussion psychoaffective était difficile. Ils expliquaient leur difficulté à sortir d'un schéma univoque douleur-lésion. Lorsqu'une cause médicale objective était retrouvée, la plainte douloureuse du patient était reconnue et sa souffrance devenait légitime pour l'interne. En revanche lorsqu'il existait une discordance entre la clinique et les symptômes exprimés, le patient devenait suspect. Il suscitait alors chez l'interne, comme chez les médecins généralistes (29) (21), des émotions négatives : agacement, perte d'empathie, désintérêt. L'authenticité de sa plainte pouvait être mise en doute et la recherche de bénéfices secondaires était évoquée. Ce schéma de pensée serait-il la conséquence d'une formation encore trop axée sur le modèle biomédical ? Cette nécessité de rationalisation de la douleur ne serait-elle pas un moyen de répondre à la demande éperdue du patient d'objectiver le réel de sa souffrance ? La lésion retrouvée ayant valeur de preuve. Balint rappelait ainsi : « Après une série d'examens consciencieux et approfondis, lorsqu'on dit à un malade qu'il n'a rien, les médecins espèrent qu'il va se sentir soulagé et même guéri. Cela arrive, en effet, assez souvent ; mais dans un grand nombre de cas, c'est juste le contraire qui se produit (...) » (30). On peut alors comprendre l'appréhension des internes à proposer aux patients une prise en charge psychologique. Le patient risquait de se sentir rejeté, pas pris au sérieux dans ses symptômes physiques et pourrait le vivre comme un défaut de légitimation de leur douleur (28). En étant présenté précocement dès la consultation initiale comme une procédure systématique de l'évaluation de la douleur et non comme le dernier recours après l'échec de toutes les thérapeutiques, l'envoi chez le psychiatre serait-il mieux accepté ? Et finalement les patients, sont-ils si réticents à une telle prise en charge dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique ? Une thèse menée à Nancy en 2013 révélait que la prise en charge psychologique, lorsque les patients en bénéficiaient, les aidait à mieux gérer leur douleur, leur maladie et à apprendre à communiquer avec leurs proches autour de cette douleur (31).

IV.2.2.4 La communication : un outil clé

Les paroles du médecin sont des paroles de quelqu'un qui détient une autorité et en cela, elles vont être plus propices que d'autres à nouer différents complexes psychiques (24). La qualité de l'échange entre le médecin et son patient constitue le socle d'une relation de qualité. Elle permet de fournir une information pertinente et de développer avec le patient des liens essentiels de collaboration. Or communiquer avec le patient douloureux chronique posait problème aux internes. Trouver les « bons » mots pour discuter d'une thérapeutique, évoquer une maladie psychosomatique ou un syndrome douloureux chronique leur semblaient complexes. Les croyances des patients issues de leurs histoires médicales, de leurs

représentations de la maladie renforçaient cette difficulté. L'interne tâtonnait, cherchait la bonne approche, le bon discours et veillait à ne pas soulever d'émotions négatives chez le patient. L'apprentissage de la communication médecin-patient demeurait souvent le parent pauvre des cursus médicaux (32). Les internes évoquaient l'absence de formation sur ces techniques. Il en était de même chez les médecins généralistes. (17). Les étudiants réclamaient la mise en place de cours spécifiques tout au long de leur 3^{ème} cycle. L'apprentissage de la communication en tant qu'habileté complexe : savoir, savoir faire et savoir être exigeait plusieurs mises en pratique dans un contexte proche du vécu professionnel futur (32). La mise en place au sein de la faculté d'ECOS spécifiques, abordant communication avec le patient, aspects affectifs de la relation médecin-malade serait alors une première avancée.

V. Conclusion

La douleur chronique est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Les plaintes douloureuses répétées sont à l'origine d'une altération importante de la qualité de vie du patient et de son entourage. Sa prise en charge complexe nécessite une relation médecin-patient de qualité basée sur l'empathie et la confiance mutuelle. Les internes en médecine générale, jeunes médecins en formation, sont rapidement confrontés à cette problématique. Cette étude qualitative visait à révéler les difficultés qu'ils rencontraient dans la prise en charge des patients douloureux chroniques et leurs attentes concernant la formation initiale. Elle entre dans le cadre d'une étude nationale nommée DOLMEN sur la douleur chronique. La prise en charge globale du patient, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique, semblait complexe aux internes. L'orientation du patient et le déroulement de la consultation leur posaient problème.

Les internes exprimaient des difficultés propres à leur statut d'interne. Ils estimaient, par leurs jeunes âges, manquer d'expérience et parfois même de crédibilité. Leurs interventions ponctuelles dans l'histoire du patient interféraient avec la relation médecin-patient déjà établie, les amenant à se questionner sur l'utilité de leurs interventions.

Des difficultés d'ordre émotionnel étaient également rapportées. Les plaintes répétées des patients éveillaient chez les internes des sentiments négatifs d'agacement, de mise en échec, de frustration. L'absence d'étiologie retrouvée pouvait les faire douter quand à l'existence même de la douleur. Évoquer une origine psychosomatique leur était difficile.

Des lacunes de formation étaient discutées. Le fond et la forme de l'enseignement, ainsi que le moment où il était dispensé étaient jugés inadaptés par les internes. Il était qualifié d'incomplet, trop théorique, trop éloigné de la réalité selon eux. Ils regrettaient l'absence de stage auprès de spécialistes de la douleur.

Les internes attendaient un renforcement de la formation théorique et pratique au cours du troisième cycle des études médicales. Un enseignement sur les médecines alternatives et la psychologie médicale était souhaité, des cours de communication proposés. Ils proposaient l'organisation par la faculté de groupes de parole, de partage d'expériences, comme ces focus groups disaient-ils. Être confronté à la réalité du terrain, auprès d'équipes hospitalières ou ambulatoires spécialisées, leur semblait indispensable pour une formation de qualité. L'investissement et la motivation des internes de médecine générale révélaient leur préoccupation à devenir de bons médecins tant sur le plan médical que sur le plan humain.

Ils rencontraient des difficultés techniques, personnelles et liées aux patients dans la prise en charge de la douleur chronique. Mais qu'en est il des internes des autres spécialités ? Rencontrent ils les mêmes difficultés ?

VI. Annexes

VI.1 Guide d'entretien

« Bonjour, je m'appelle Cécile Mathieu, je suis interne en médecine générale à Paris 7, en 5ème semestre. J'ai souhaité vous réunir aujourd'hui pour discuter de la prise en charge des patients douloureux chroniques. Tout ce que vous direz sera intéressant, il n'y a pas de hors sujet. Cette séance va durer environ 30 minutes. Elle sera enregistrée et l'ensemble de vos propos sera analysé de façon anonyme. Ces focus groups rentrent dans le cadre de ma thèse, projet qui s'inclut dans une grande étude nationale, appelée Dolmen, sur la prise en charge de la douleur chronique. Si vous êtes d'accord, nous allons commencer.

- Pour commencer nous allons faire un tour de table, et à tour de rôle, vous allez vous présenter.

- Identification, classification de la population étudiée.

- Stages effectués (urgences, niveau 1, SASPAS...)

En réalité, mon sujet de thèse m'est venu de mon expérience durant mes différents stages hospitaliers et surtout lors de mon stage de niveau 1, où la douleur chronique était un motif de consultation fréquent et répétitif. Je me suis heurtée à des difficultés dans cette prise en charge tant sur le plan thérapeutique que relationnel. En discutant avec mes amis et co-internes, je me suis rendue compte que la tâche restait compliquée pour un certain nombre d'entre eux.

- Dites moi, avez-vous eu l'occasion au cours de votre cursus de prendre en charge des patients douloureux chroniques ? Comment cela s'est-il passé ?

- cadre : professionnel/privé

- lieu : urgences, service hospitalier, cabinet

- répétition des consultations

- Face à quelles difficultés avez-vous été confrontés ?
- Comment avez-vous vécu cette prise en charge ?
- Avez-vous des craintes pour les prises en charges ultérieures ?
- Si je vous dis « prendre en charge un patient douloureux chronique », quels sont les mots clés qui vous viennent à l'esprit ?

- Dites-moi, selon vous, qu'est ce qui pourrait (ou aurait pu) être fait dans votre cursus universitaire, afin que cette prise en charge soit moins problématique ?

Est-ce que vous avez des choses à rajouter ? Et bien je vous remercie de votre participation. »

VI.2 Fiche de thèse

Thème : Formation initiale et gestion de la douleur chronique par les internes.

Justification : La douleur chronique est définie, selon l'HAS, comme un syndrome multidimensionnel persistant ou évoluant au-delà de 3 mois. La prévalence de la douleur chronique varie de 10,1 % à 55,2 % selon les études françaises et internationales (1). La prise en charge de la douleur chronique repose sur une relation médecin-patient de qualité, basée sur l'empathie (2). Les internes de médecine se sentent bien souvent en échec face à la prise en charge de patients douloureux chroniques. Leurs connaissances, tant sur le plan somatique que sur le plan psycho-comportemental, semblent insuffisantes pour une prise en charge optimale (3). L'origine de ces lacunes selon les internes serait la formation initiale (3).

Plusieurs travaux, réalisés aux États-Unis, décrivaient l'expérience des internes dans la prise en charge de la douleur chronique. Une étude, réalisée en 2007, a révélé que 63 % des internes interrogés n'avaient pas confiance dans leur prise en charge des patients douloureux chroniques, trouvaient l'exercice difficile et jugeaient leur formation initiale insuffisante (4).

Hypothèse et question :

Question de recherche : Quelles sont les difficultés rencontrées par les internes de médecine générale dans la prise en charge des patients douloureux chroniques et leurs attentes concernant leur formation initiale ? **Hypothèse :** Les internes de médecine générale pourraient ressentir des difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques, tant sur le plan thérapeutique que relationnel. La formation initiale pourrait être modifiée pour répondre à cette problématique.

Méthode : Étude qualitative, exploratoire par entretien de groupe semi-structuré : focus-group jusqu'à saturation des données. Étudier l'expérience des internes de médecine générale, leur ressenti face aux patients douloureux chroniques et face à l'enseignement qu'ils ont reçu, est intéressant à réaliser par focus group. La dynamique de groupe va permettre l'exploration et la stimulation de différents points de vue, l'émergence d'opinions et d'expériences comme une réaction en chaîne (5).

Échantillon raisonné, diversifié, constitué d'internes du département de médecine générale de Paris 7. Enregistrement des focus groups, retranscription intégrale, puis analyse thématique du contenu avec double codage.

Retombées de la thèse : Mise en lumière des lacunes de la formation initiale et perspectives d'amélioration. Cette thèse est réalisée dans le cadre d'une étude multicentrique nationale sur la prise en charge de la douleur, pour un doctorat d'État en éthique médicale.

Rôle de l'interne : Recrutement des internes de médecine générale au sein de la faculté Paris 7. Entretiens de groupe semi-structurés, retranscription et analyse des données. Rédaction.

Recrutement des investigateurs : Ce projet ne nécessite pas d'investigateurs médecins généralistes.

Bibliographie :

- (1) Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Collectif. Recommandation pour la pratique clinique, HAS, 2008
- (2) Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. Cahier de psychologie clinique, 2007, 28 : 167
- (3) Piffer I. Enquête d'évaluation de la formation et des connaissances des internes en Médecine sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte. Thèse d'exercice pour le grade de Docteur en Médecine, 2006
- (4) Joyce T. Chen, Mark J. Fagan, Joseph A. Diaz and Steven E. Reinert. Is treating chronic pain torture? Internal medicine residents' experience with chronic nonmalignant pain, Teaching and Learning in Medicine: an International Journal, 19:2, 101-105
- (5) Moreau A, Dedienne MC, Letrillat L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. Méthode de recherche : S'approprier la méthode du focus group. La Revue du Praticien. Médecine Générale, 2004, 18 (645) : 382-384

VII. Bibliographie

1. Merskey H, Bogduk. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Force on Taxonomy of the international association for the study of pain. Seattle : IASP. 1994.
2. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. Cahier de psychologie clinique. 2007;(28):167-83.
3. André-Vert J, et all. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, Consensus formalisé, Synthèse des recommandations professionnelles. Haute Autorité de Santé, 2008: 27 pages.
4. Barbour S, Baudin M. Difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les internes de médecine générale de Grenoble et attentes concernant leur formation initiale [Thèse]. Université Joseph Fournier Grenoble ; 2013.
5. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe : Prevalence, impact on daily life and treatment. European Journal of Pain. 2006;10 : 287–333.
6. Miqyass L. Evaluation du contenu et des modalités d'enseignement de la prise en charge de la douleur en troisième cycle de médecine générale en France [Thèse]. Université Paris Diderot Paris 7; 2013.
7. Huas D, Tajfel P, Gerche S. Prévalence et prise en charge de la douleur chronique en médecine générale. Douleurs. 2001;2(3):149-54.
8. Ministère délégué à la santé. Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Paris. 2002.
9. Ministère de la santé et des solidarités. Plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris ; 2006 mars.
10. Piffer I. Enquête d'évaluation de la formation et des connaissances des internes de Médecine sur la prise en charge des douleurs chroniques de l'adulte [Thèse]. Université Henri Poincaré-Nancy 1; 2006.
11. Chen JT, Fagan MJ, Diaz JA, Reinert SE. Is Treating Chronic Pain Torture? Internal Medicine Residents' Experience With Patients With Chronic Nonmalignant Pain. Teaching and Learning in Medicine. 2007;19(2):101–5.
12. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-145.
13. Moreau A, Dedienne MC, Letrillat L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. Méthode de recherche : S'appropriier la méthode du focus group. La Revue du Praticien. Médecine Générale. 2004;18(645):382-384.

14. Rocare. Extraits de guides pour la Recherche Qualitative. [Internet] Available de : ernwaca.org/panaf/RQ/fr/index.php 2014, nov.
15. Bruxelles J. Placébo et effet placébo dans le traitement de la douleur, *Douleur et Analgésie*. 2004;(1):3-7.
16. Haut Conseil de Santé Publique. L'Évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. 2011 mars.
17. Garufi Clark L, Upshur CC. Family Medicine Physicians'Views of How to Improve Chronic Pain Management. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2007;20(5):479-482.
18. Roth C-S, Burgess D-J, Mahowald M-L. Medical residents' beliefs and concerns about using opioids to treat chronic cancer and noncancer pain : a pilot study, *JRRD*. 2007 ; 44 (2):263-270.
19. Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale, point de vue du médecin de la douleur. *Douleur et Analgésie*. 2002;(1):71-74.
20. Lothon-Demerliac C, Laurent-Beq A, Marec P. Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur. Société Française de Santé publique. Rapport réalisé à la demande de la Direction Générale de la Santé. Ministère délégué à la santé, ministère de l'emploi et de la solidarité. 2001 octobre.
21. Casel A. Vécu des médecins généralistes de la consultation pour douleur chronique. Une étude qualitative [Thèse]. Université Paris Diderot-Paris 7; 2013.
22. Yanni LM, McKinney-Ketchum JL, Harrington SB, Huynh C, Amin S, Matsuyama R, et al. Preparation, Confidence, and Attitudes About Chronic Noncancer Pain in Graduate Medical Education. *Journal of Graduate Medical Education*. 2010;2(2):260-268.
23. Djalali S, Rosemann T. Le cursus parfait de médecine générale, qui l'a donc inventé ? *Primary Care*. 2012;(15):290-293.
24. Del Volgo M-J. Les sentiments de la médecine. La pratique au risque de l'influence. *Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement*. 2011;12(6):304-310.
25. Falque S, Tartavull S. Vécu et attentes des patients douloureux chroniques en médecine générale : Etude qualitative en Rhône-Alpes [Thèse]. Université Joseph Fournier Grenoble; 2013.
26. Bontoux D., Coutureire D., Menkès JC. Thérapies complémentaires – acuponcture, hypnose, ostéopathie, tai-chi – leur place parmi les ressources de soin. Académie nationale de médecine, Rapport, mars 2013.
27. Canasse S. Mathilde Reynaudi. Pour un label de thérapeute non conventionnel ? La revue du praticien médecine générale. 2012 ;26 (891):806-809.
28. Rentsch D, Piquet V, Cedraschi C, Desmeules J, Luthy C, Andreoli A, et al. Douleurs chroniques et dépression : un aller-retour ? *Douleur*. 2009 Jun 17;208(24):1364-1369.

29. Binoist M, Cochin M. Difficultés de prise en charge des patients douloureux chronique en Médecine Générale dans le bassin Grenoblois [Thèse]. Université Joseph Fournier Grenoble; 2012.
30. Balint E. Le médecin, son malade et la maladie. Paris, 1976: 418 pages.
31. Midy V. Vécu et attentes des patients douloureux chroniques en médecine générale [Thèse]. Université de Lorraine; 2013
32. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par des médecins : aspects conceptuels et méthodologie d'une mission académique prioritaire. Pédagogie Médicale. 2004 ;5(2) :110-126.

VII Résumé en anglais

Difficulties linked to the management of patients suffering from chronic pain by Interns in General Practice in « Paris 7 » University and expectations as regards their basic training.

Summary:

Chronic pain, a multidimensional syndrome, is a frequent motive for consulting a GP. Interns are faced with this problem during their course of study. Little research has been conducted about the latter. None was made about the interns' feelings about it.

Purpose:

To assess the difficulties General Practice interns are faced with in the management of patients suffering from chronic pain and their expectations concerning their basic training.

Tools and method:

We used a qualitative study through semi-structured interviews using the principle of data saturation. We chose a judgmental and diversified sample of General Practice interns from « Paris 7 » University. We gave a full transcript with a theme analysis and a double coding.

Results:

Three focus groups, gathering together 26 interns, were carried out. Three big themes stood out: the technical difficulties, the interns' personal difficulties, and those linked to the patients themselves. The student's age, his or her lack of experience and his or her limited involvement, made it difficult to find their right place in the patient/doctor relationship. The chronic aspect of the patients' pain and the absence of known etiology, stirred up prejudice and negative feelings in young General Practitioners. Their expectations concerned theoretical and practical teaching. The training was deemed incomplete and unsuitable for practice.

Conclusion:

The interns were faced with difficulties in the general management of patients in chronic pain. This study led to suggesting an improvement of their basic training. This implied the involvement of the whole group of professionals dealing with pain. The setting up of support groups between students and specialists might be contemplated, allowing a true exchange, a sharing of experience as close to the practice as possible.

Keywords:

Chronic disease, General Practice, Intern, General Practitioner-patient Relationship, Medical training, Qualitative study.

Difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les internes de médecine générale de Paris 7 et attentes concernant leur formation initiale

Résumé

Introduction : La douleur chronique, syndrome multidimensionnel, est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Les internes y sont confrontés au cours de leur cursus; Peu d'études leur sont consacrées. Aucune ne s'intéressait à leur ressenti.

Objectif : Évaluer les difficultés rencontrées par les internes de médecine générale dans la prise en charge de la douleur chronique et leurs attentes concernant la formation initiale.

Matériel et Méthode : Étude qualitative par entretiens semi structurés jusqu'à saturation des données. Échantillon raisonné, diversifié d'internes de médecine générale de la faculté de médecine Paris 7. Retranscription intégrale, analyse thématique, double codage.

Résultats : Trois focus groups, regroupant 26 internes, ont été menés. Trois grandes thématiques émergeaient : les difficultés d'ordre technique, d'ordre personnel à l'interne et celles liées aux patients. L'âge de l'étudiant, son manque d'expérience et la ponctualité de son intervention rendaient sa place difficile à trouver dans la relation médecin patient. Le caractère chronique de la douleur et l'absence d'étiologie retrouvée éveillaient chez les jeunes médecins des sentiments et a priori négatifs. Leurs attentes concernaient l'enseignement théorique et pratique. La formation était jugée incomplète et inadaptée à la pratique.

Conclusion : Les internes rencontraient des difficultés dans la prise en charge globale du patient douloureux chronique. Cette étude amenait à proposer une amélioration de leur formation initiale, impliquant l'ensemble des professionnels de la douleur. La mise en place de groupes de parole entre étudiants et spécialistes pourrait être discutée permettant un véritable échange, un partage d'expérience au plus près de la pratique.

MOTS CLES : Douleur chronique, médecine générale, interne, relation médecin patient, formation médicale, étude qualitative