

Parcours de santé «douleur chronique» : de la décision du médecin généraliste à l'offre territorialisée de santé

Bastien AFFELTRANGER

Conflits d'intérêts

Absence de conflits d'intérêts pour cette présentation

LA DOULEUR CHRONIQUE, ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

Douleur > 3 mois et *situation* bio-psycho-sociale **complexe**

20 millions de personnes concernées, mais une **épidémiologie** peu explorée

3 « Plans Douleur » (1998-2010), mais des « structures douleur » hospitalières toujours **fragiles**

Evolution d'un **parcours** de soins (HAS 2008) vers un parcours de santé (HAS 2023)

Rôle clé de l'offre **territoriale** de santé

Méconnaissance de la stratégie **décisionnelle** du médecin généraliste

LA DECISION DU GENERALISTE, TEMPS CLE DU PARCOURS DE SANTE

MG : offre de santé 1^{ère} ligne pour la majorité des patients douloureux chroniques

Prises en charge complexes, parfois usantes ; un **temps limité** en consultation

Des **ressources** territoriales largement insuffisantes (offre, accessibilité, délais, reste à charge...)

Des **recommandations** HAS peu suivies : diagnostic, thérapeutique, adressage en structure douleur...

3% des patients douloureux chroniques accèdent à une structure douleur chronique (SDC)

La **décision** d'adressage en douleur chronique : très rarement abordée *per se*

→ Intérêt d'une analyse décisionnelle du **recours** à une SDC par les MG

UN PREALABLE : RESITUER LA PROBLEMATIQUE DECISIONNELLE

Existence de **travaux sur l'adressage** depuis la MG :

- vers un confrère MG ; vers un autre spécialiste ; vers un service d'accueil des urgences...
- motifs de recours, qualité des courriers d'adressage, prise en charge d'aval...

(Très) peu de travaux sur l'adressage **spécifique** « douleur chronique »

- abordé de manière ancillaire dans des thèses de MG
- projet Article 51 en Pays de Loire, sur la pertinence du recours aux SDC (Geffrault 2023)
- travaux essentiellement à l'international (notion de *referral*)

RARE EXEMPLE D'UNE
ANALYSE SYSTEMATIQUE

DOULEURS CHRONIQUES
DES TROUBLES MUSCULO
SQUELETTIQUES (TMS)

PAYS-BAS

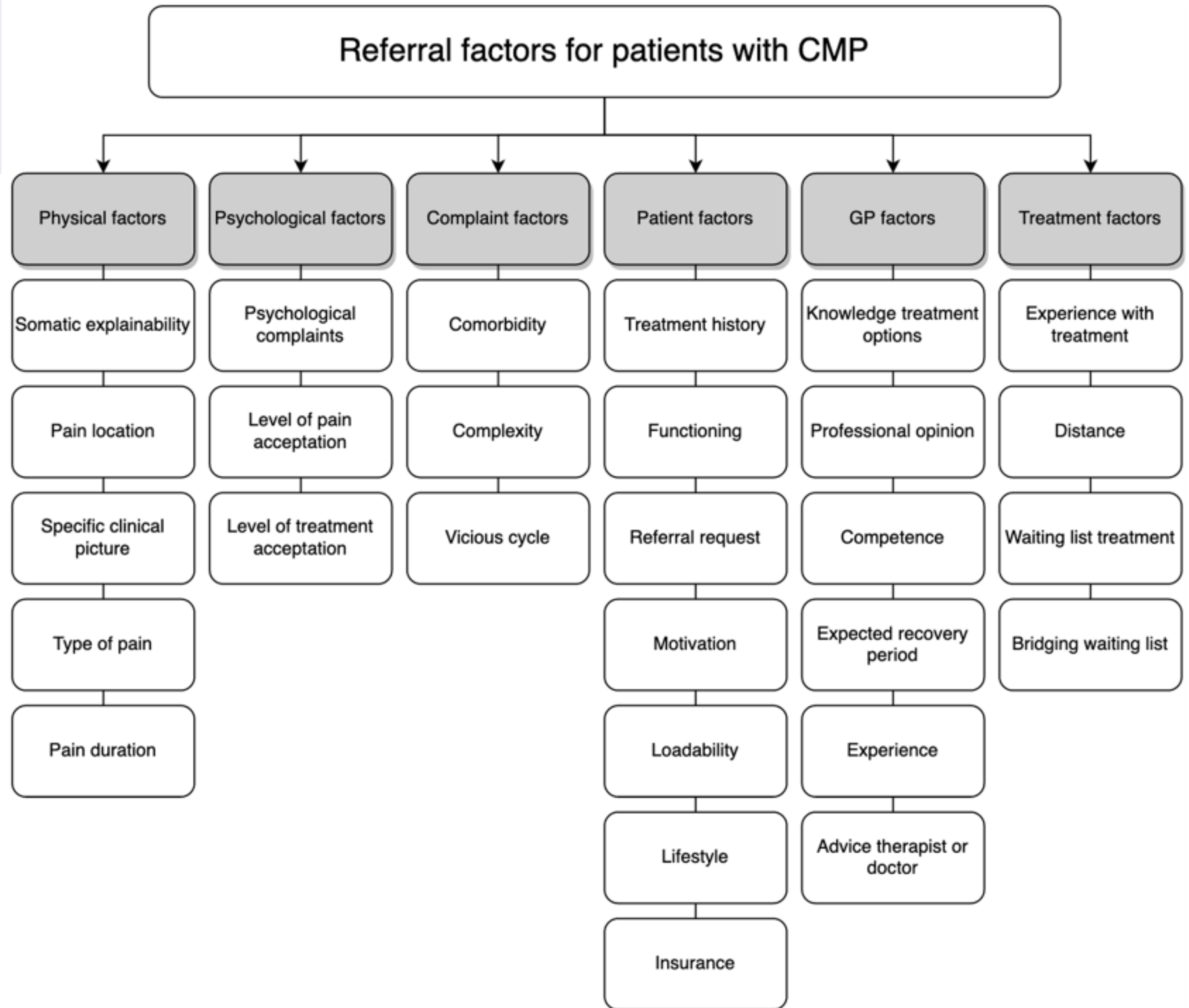


Fig. : Facteurs d'adressage des patients atteints de TMS (Slatman, 2022)

QUESTION DE RECHERCHE

« Quels sont les freins et les leviers à l'adressage en Structure Douleur Chronique (SDC) des patients vus par les médecins généralistes des Hauts-de-France ? »

OBJECTIF SECONDAIRE (1/2) : « Retrouve-t-on, dans le retour d'expérience auprès des **généralistes**, les facteurs décisionnels identifiés dans la **littérature** ? »

OBJECTIF SECONDAIRE (2/2) : « Retrouve-t-on, dans le retour d'expérience auprès des **médecins algologues**, les facteurs décisionnels exprimés par les **généralistes** ? »

MATERIELS & METHODE

Une revue de **littérature** France + international (*PubMed*)

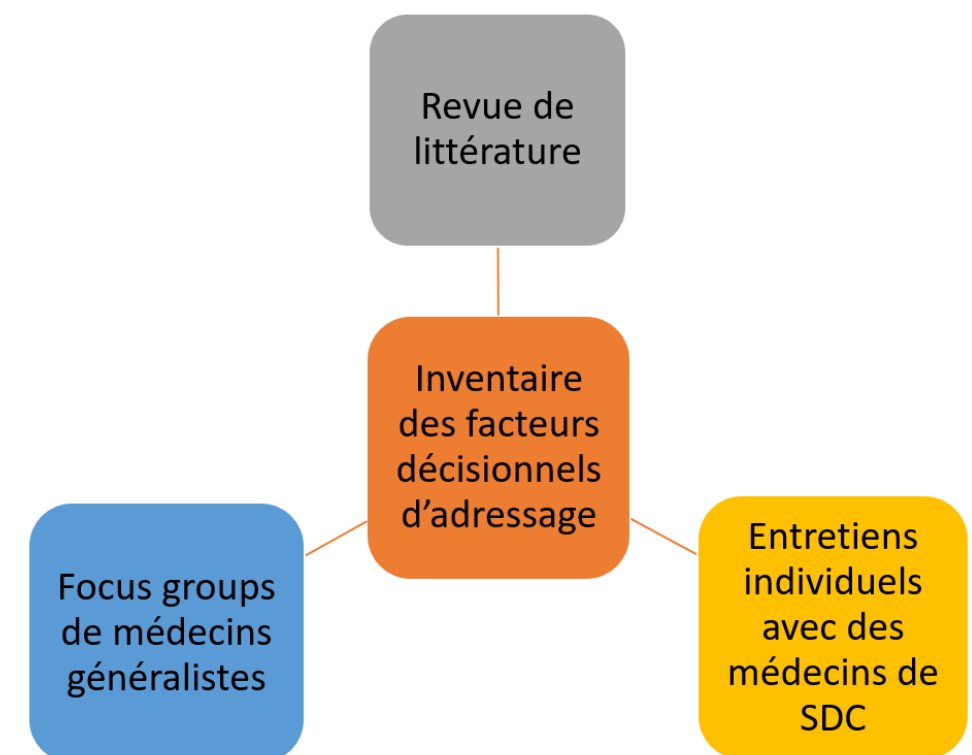
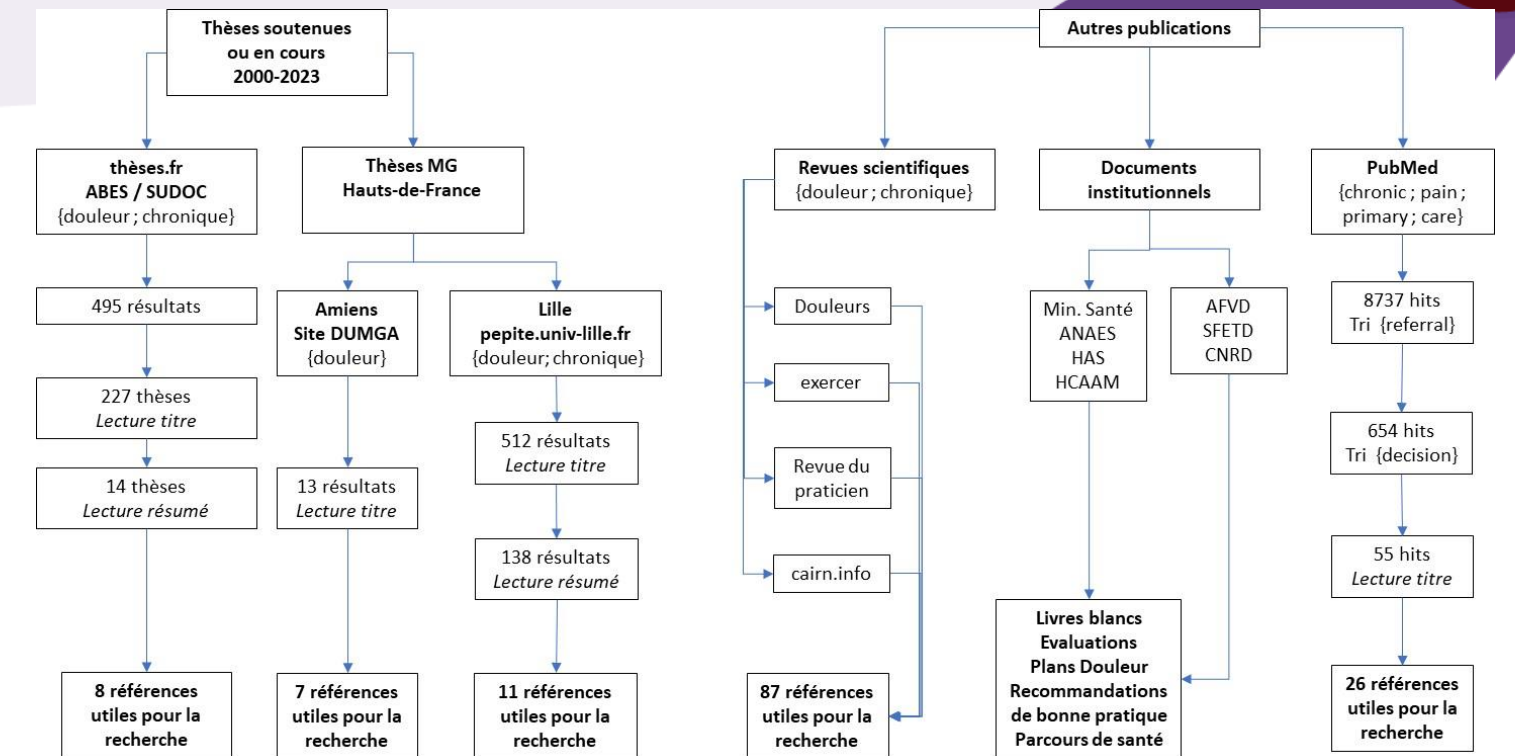
Une recherche **qualitative** : focus groups

Une recherche **participative** : retour d'expérience auprès des généralistes & des algologues

Dans les 5 départements des **Hauts-de-France**

En lien avec l'URPS ML, l'ARS et les Groupes Qualité

Directrice de thèse : Dr. May FIANI, Cheffe de clinique DUMGA



ENJEU ANALYTIQUE : ARTICULER DECISION MEDICALE ET QUALITE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

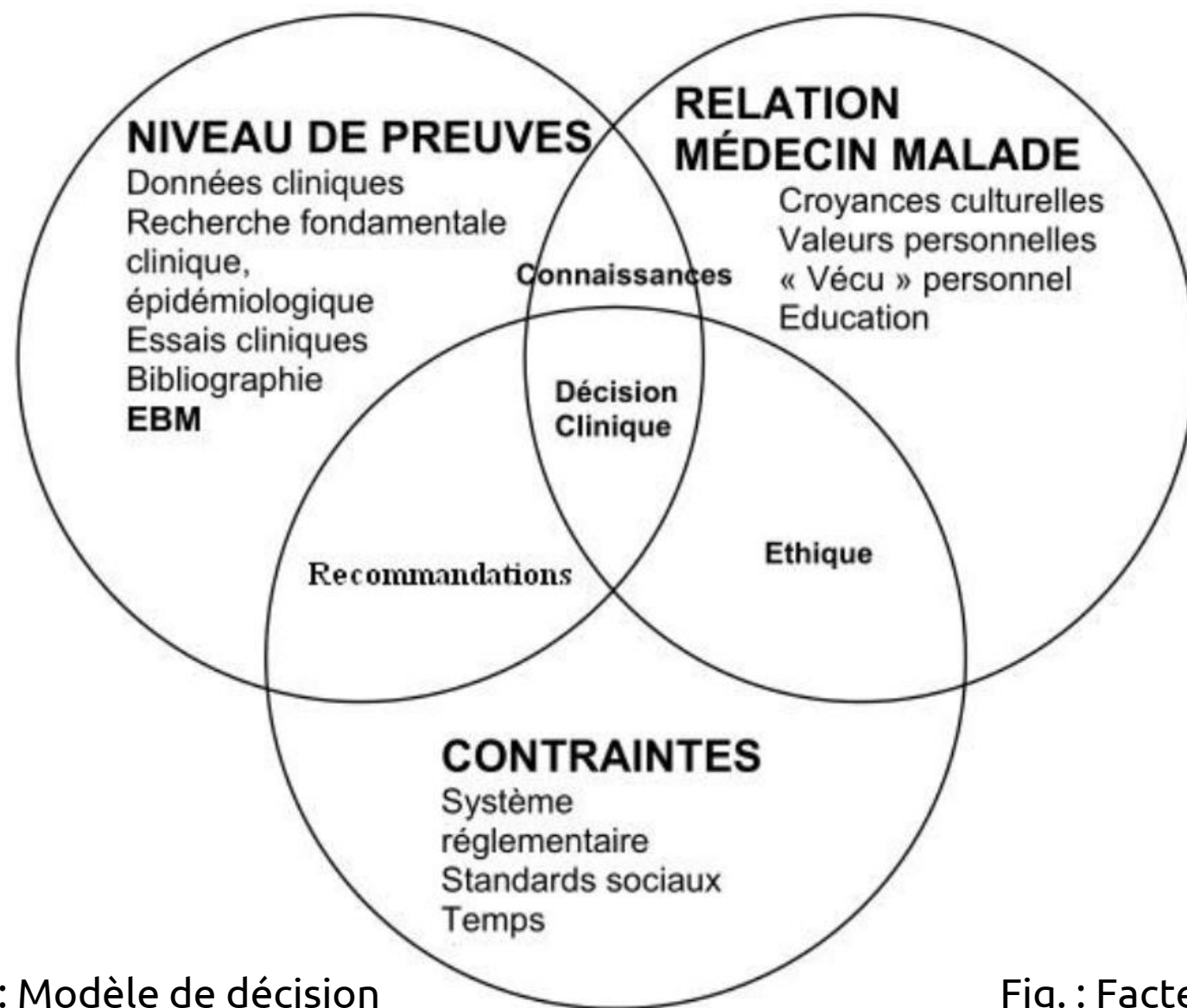


Fig. : Modèle de décision médicale (Chabot, 1997)

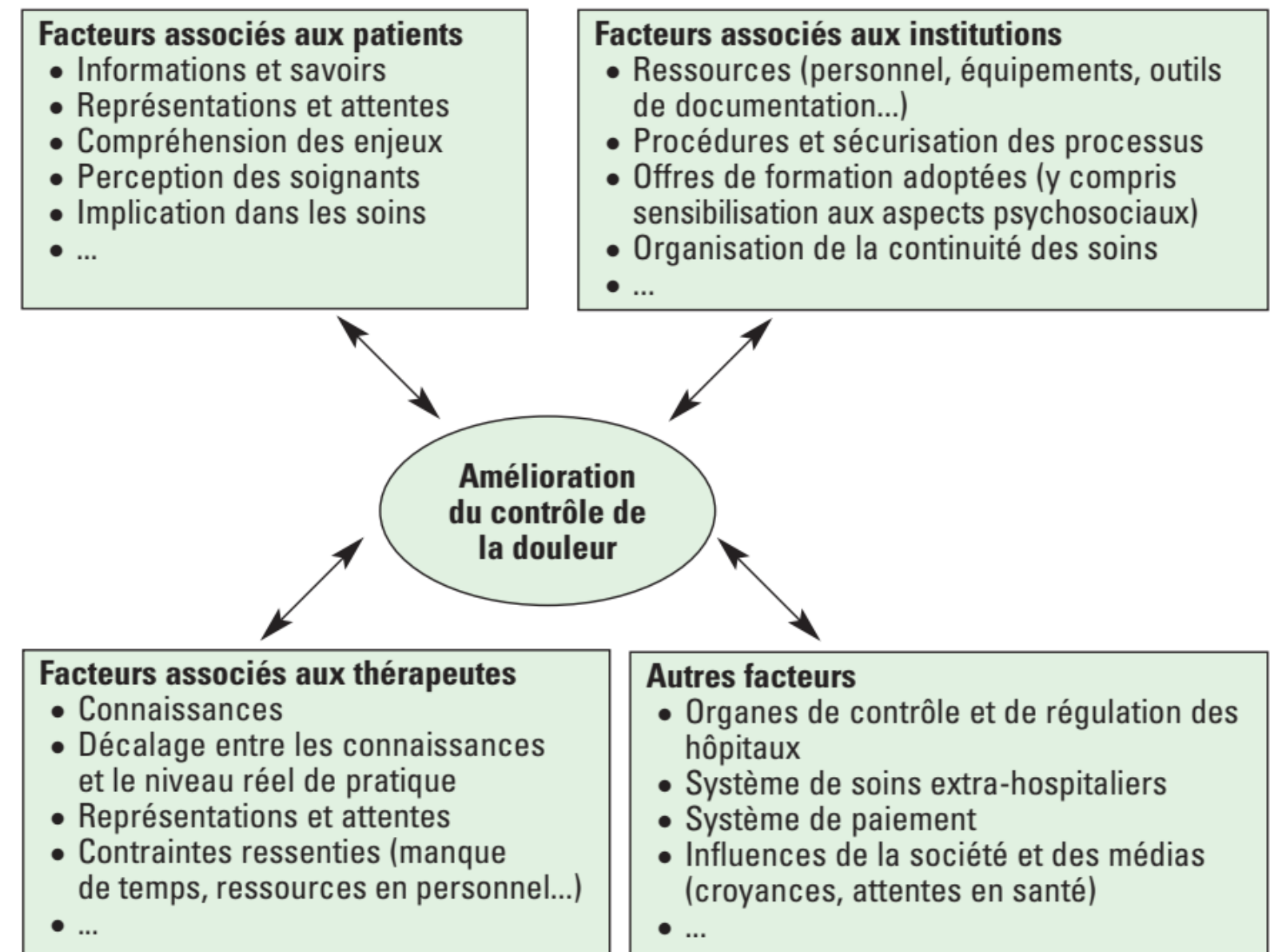
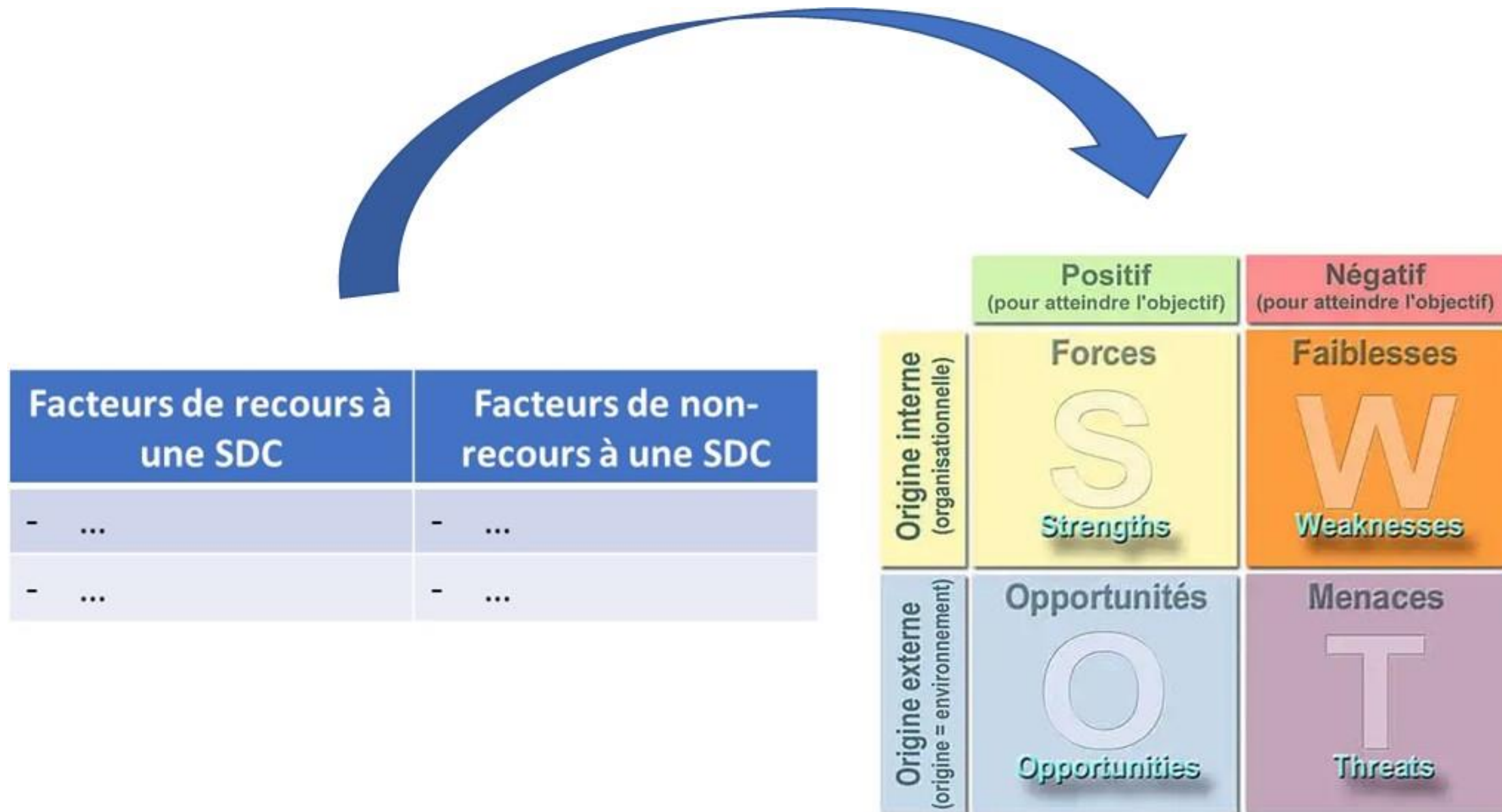
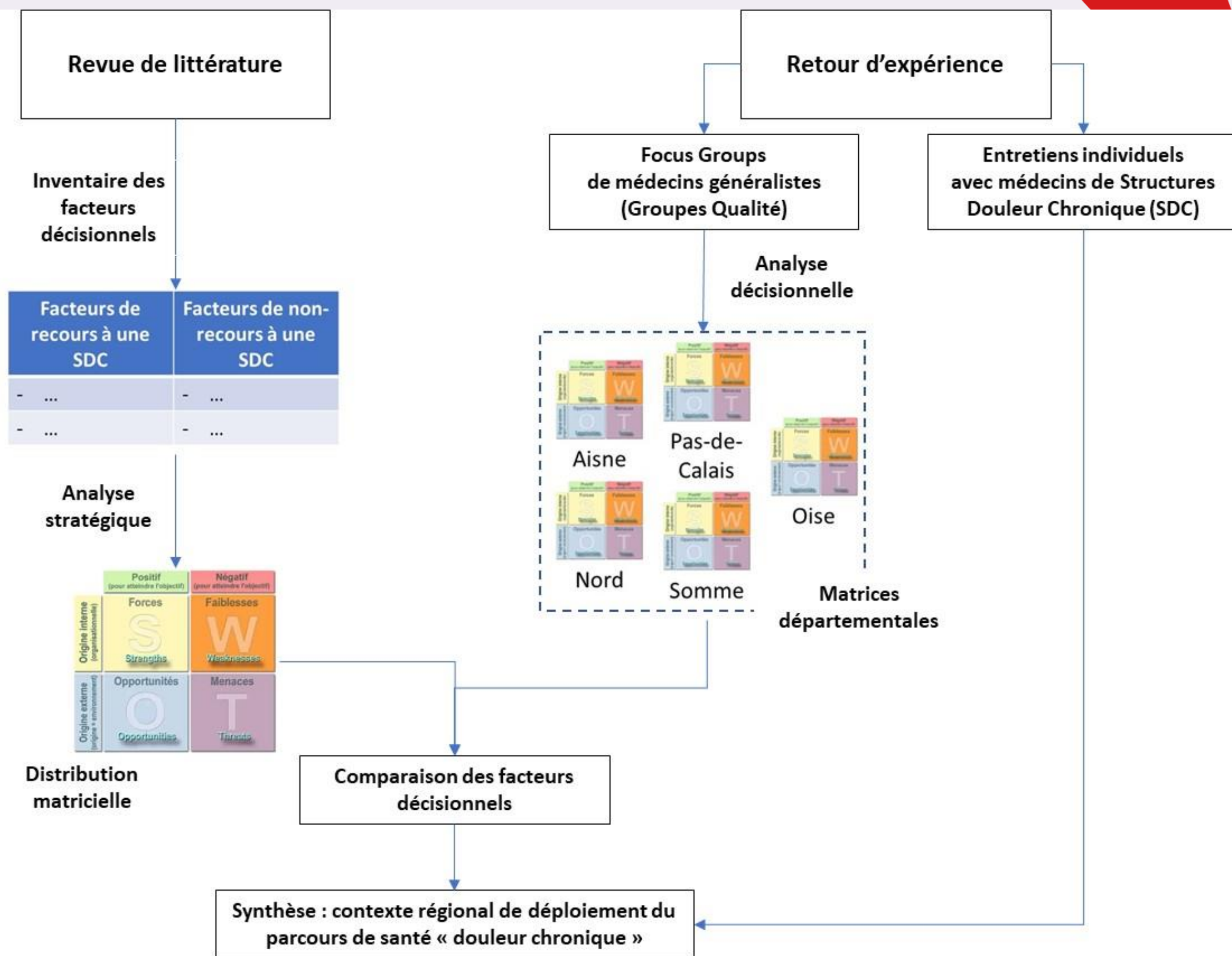


Fig. : Facteurs de qualité de prise en charge de la douleur (Luthy, 2004)

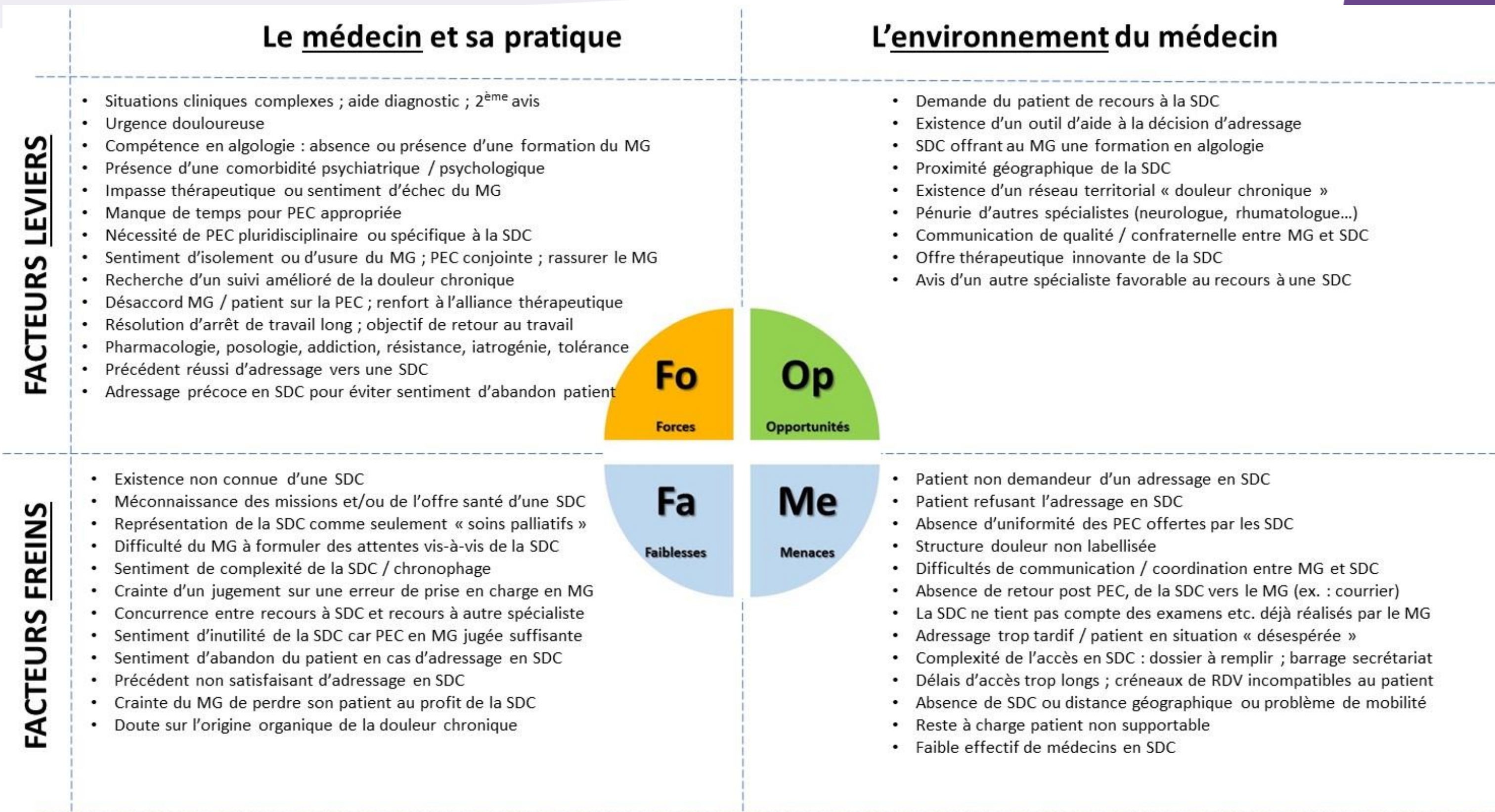
ENJEU STRATEGIQUE : ARTICULER PRAXIS INDIVIDUELLE ET PILOTAGE DE SANTE PUBLIQUE



PROCESSUS DE RECHERCHE



RESULTATS (1) : MATRICE DECISIONNELLE ISSUE DE LA REVUE DE LITTERATURE



RESULTATS (2 à 6) : MATRICE DECISIONNELLE DEPARTEMENTALE EXEMPLE DE L' AISNE (02)

	Le <u>médecin</u> et sa pratique	L' <u>environnement</u> du médecin
FACTEURS LEVIERS	<ul style="list-style-type: none"> Patient demandeur d'accès en SDC Patient connaissant une SDC en particulier et/ou exprimant une satisfaction de prise en charge antérieure dans cette SDC Existence d'une prise en charge sécurité sociale du transport vers la SDC MG considérant avoir épuisé ses options de prise en charge en ville Impression du MG que le volet psychologique de la prise en charge sera mieux accepté par le patient s'il est proposé par un médecin de SDC MG considérant que l'étiologie douloureuse nécessite un avis spécialisé MG ressentant le besoin d'être soulagé dans sa prise en charge MG considérant qu'il/elle « n'avance plus » avec le patient Cas de patient très complexe, et/ou pour lequel le MG considère ne pas avoir de réponse Demande de la famille du patient, que celui/celle-ci soit adressé en SDC 	<ul style="list-style-type: none"> Le MG connaît l'existence d'une SDC Le MG a connaissance d'une prise en charge globale dans la SDC Il existe une SDC dans le territoire de vie du patient Le MG dispose de contacts personnels au sein de la SDC Prise en charge innovante identifiée dans une SDC particulière Précédent de prise en charge réussie Existence de CRH de qualité à l'issue d'une prise en charge précédente en SDC Antécédent d'un courrier de sortie (CRH etc.), transmis par la SDC au MG, et dont la qualité a satisfait le MG Le MG considère qu'un même médicament, déjà tenté sans succès en médecine de ville, pourrait avoir un résultat positif s'il était proposé en SDC Possibilité de « standardiser des dossiers d'entrée en SDC » : envoi du dossier « en amont » ; meilleure priorisation ; PEC plus fluide
FACTEURS FREINS	<ul style="list-style-type: none"> « Négociation » réussie entre MG et patient, sur une douleur chronique acceptée au long cours par le patient Patient incapable de mobilité vers la SDC MG ayant mauvaise expérience de prise en charge antérieure en SDC Le MG ne dispose pas de contacts connus dans la SDC « de proximité » Refus du patient d'aller en SDC ; patient ne connaissant pas la SDC Souhait du MG de gérer seul la douleur du patient Douleur chronique « banalisée » par le MG, car « présente / exprimée à toutes les consultations », « douleur normale du patient âgé » Le MG ne sait pas quel patient adresser en priorité en SDC Patient « considéré comme simulateur » par le MG Le MG manque de temps pour rédiger le courrier d'adressage Absence de valorisation du temps passé pour le dossier d'adressage Douleur considérée comme une pathologie chronique, « non urgente » 	<ul style="list-style-type: none"> SDC non connue / non identifiée dans le territoire du MG Absence de contact personnel du MG au sein de la SDC / équipe non connue Méconnaissance des modalités de prise en charge de la douleur en SDC Volatilité / variabilité des équipes de SDC dans le temps (turnover) Démissions de praticiens de SDC : le MG doute de la possibilité d'une prise en charge effective en SDC et/ou de ruptures de prise en charge La SDC est considérée comme n'apportant pas de valeur ajoutée particulière Le MG juge insuffisante la balance bénéfice/risque de l'adressage en SDC La prise en charge en SDC est perçue comme trop tournée vers les « médecines alternatives » La SDC n'indique pas de critères de priorisation dans l'adressage de patients Patients accédant directement en SDC (secteur II / consultations privées) Délai d'accès à la SDC : jugé trop long par le MG, en regard du besoin Délai d'accès à la SDC : le MG préfère essayer un autre traitement antalgique

RESULTATS (7):

ACCOMPAGNER LE PARCOURS DE SANTÉ « DOULEUR CHRONIQUE »

- prise de décision du généraliste
- collaborations territoriales
- interactions généralistes / algologues
- projets Article 21
- épidémiologie régionale douleur
- etc.

Tab. : Forces et axes
d'amélioration de la
collaboration MG /SDC

Points positifs	Marges de progrès	Pistes de réflexion
Le MG apporte une connaissance approfondie du patient	Courrier d'adressage défaillant : absent ; lacunaire / lapidaire ; non informatif ; illisible	A défaut de courrier d'adressage, transmettre copie du dossier patient
Des CRH de qualité (de la SDC) facilitent le travail des MG en aval	Adressage trop tardif (ex. : SDRC installé depuis plusieurs années)	Accroître les occasions de contacts interpersonnels SDC / MG
Le médecin traitant est essentiel pour réussir « l'aval » post-SDC	Adressage insuffisant des patients atteints de cancer	Dialogue MG / SDC sur le « bon moment » pour adresser en SDC
Pouvoir échanger avec un MG par téléphone facilite le travail de la SDC sur un dossier patient	Trop peu d'appels spontanés de MG aux SDC (ex. : pour conseils)	Réseaux et filières territoriales fluidifient le parcours douleur chronique (mobiliser les CPTS ?)
Les généralistes motivés s'impliquent dans la prise en charge de la douleur	Douleurs et cancer : les oncologues ne sont pas tous aussi algologues	Dispositifs « coupe-file » pour accès des patients cancer aux SDC
	Caractère systématique du projet thérapeutique établi par le MG pour son patient douloureux	Développer les consultations avancées, au cœur des territoires
	Homogénéisation des pratiques et parcours patients entre les SDC et au sein de celles-ci	Attribuer un « label douleur » et un cadre tarifaire maîtrisé pour une sélection de professionnels de ville
	Mieux encadrer / évaluer les pratiques des cliniques privées en algologie (dominant médicale, anesthésique ou chirurgicale)	Faciliter le recours téléphonique des MG aux SDC pour avis
	Trop peu de MG sont joignables par téléphone pour échange confraternel sur un dossier patient	Dossier-type (court) de demande de consultation en SDC
	La participation aux EPU « Douleur » concernant ceux des médecins en ayant le moins besoin	Ouverture des staff de SDC (présentiel ou visio) aux MG dont le cas patient est discuté
		Pré-projet thérapeutique, défini par le MG et permettant d'affiner l'indication d'adressage en SDC

DISCUSSION

Forces :

Caractère novateur d'une **analyse décisionnelle** absente à ce jour en France.

Intérêt d'une démarche **systematique** et **participative**

Validité externe : cohérence des résultats (littérature / praxis).

Limites & Biais :

Approche **globalisante** : ne détaille pas par type/étiologie de douleur chronique

Focus sur la SDC : **réducteur** (alternative : cartographie des acteurs de santé « douleur »)

Différences entre systèmes de santé, et typologies de structures de recours (ex. : *pain clinics*)

Groupes Qualité : **représentativité** limitée des MG (alternative : approche quantitative / sondage)

Biais de **classement** : traduction et codage des facteurs décisionnels (alternative : kappa Cohen)

Absence de **pondération** des facteurs décisionnels (alternative : priorisation à Σ constante)

PERSPECTIVES

**PUBLICATION EN
COURS**

Opérationnel :

Sondage régional : généralisation des résultats ; pondération des facteurs

Ciblage de mesures d'accompagnement du parcours de santé « douleur chronique » (HAS)

Animation territoriale (ex. : CPTS) : groupes pluriprofessionnels « douleur chronique »

Orientations pour une épidémiologie dédiée (priorisation du pilotage régional)

Arguments pour préserver les SDC d'un rôle de « variable d'ajustement » des budgets hospitaliers

Recherche :

Modélisation & évaluation des parcours de santé

Analyse décisionnelle en médecine générale

Liens à explorer : préférences patient ; *patient reported outcomes*

Merci de votre attention