

Prise en charge ambulatoire de la douleur chronique

*Outpatient treatment of chronic pain*Allaria-Lapierre V¹, Blanc V², Jacquème B¹, Horte C³, Chanut C⁴**Résumé**

Objectif : Analyse de la prise en charge ambulatoire de la douleur chronique.

Méthodes : Cohorte de patients constituée à partir des demandes de prestations reçues par l'assurance maladie du 1^{er} octobre 2003 au 30 juin 2004 et séparée en deux groupes :

- A : absence de prise en charge spécialisée de la douleur ;
- B : prise en charge par un algologue ou une structure spécialisée.

Les critères d'inclusion étaient : syndrome douloureux chronique dû à une hernie discale opérée, une fibromyalgie, une algodystrophie ou une neuropathie.

Nous avons réalisé un examen initial des deux groupes puis suivi du groupe A à trois et six mois.

Résultats : Nous avons inclus 172 patients, 109 dans le groupe A et 63 dans le groupe B. Nous avons constaté une disparité intra régionale dans le recours aux structures anti-douleur avec un groupe B significativement moins important dans les départements où il n'y avait pas de structures (20,7 % contre 43,7 %).

Le suivi des patients du groupe A montre :

- une prise en charge spécifique initiée pour 59,6 % d'entre eux et assurée par le médecin traitant dans plus de 50 % des cas ;
- une amélioration significative de la douleur chez les patients avec prise en charge ; les patients sans prise en charge souffraient moins mais s'amélioraient moins ;
- un soulagement à six mois plus fréquemment ressenti par les patients ayant bénéficié d'une prise en charge (66 % contre 29,8 %).

Conclusion : Le médecin traitant s'inscrit au centre de la prise en charge.

L'accès aux structures spécialisées montre une importante disparité intra régionale.

Les douleurs chroniques relevant d'une pluridisciplinarité, le développement de réseaux ville - hôpital faciliterait le parcours de soins.

Prat Organ Soins 2007;38(1):21-29

Mots-clés : Douleur chronique ; ambulatoire ; structure anti-douleur ; algologue ; médecin traitant.

Summary

Aim: Analysis of outpatient treatment of chronic pain.

Methods: Cohort of patients compiled from requests for services received by the French national health fund's from October 1, 2003 to June 30, 2004 and divided up into two groups:

- A: absence of specialised pain treatment;
- B: treatment by an algologist or specialist facility.

Inclusion criteria: chronic pain syndrome due to an operated slipped disc, a fibromyalgia, algodystrophy or neuropathy.

Initial examination of both groups then follow-up of group A at three to six months.

Results: 172 patients included: 109 in group A and 63 in group B.

Intra-regional disparity in recourse to anti-pain facilities with group B significantly smaller in départements (French administrative districts) where there were no such facilities (20.7 % compared with 43.7 %).

Follow-up of patients in group A:

- specific treatment initiated for 59.6 % of them and administered by the general practitioner in over 50 % of cases;
- significant easing of pain in patients who received treatment; patients without treatment suffered less but made less improvement;
- relief at six months was more frequently felt by patients who had received treatment (66 % compared with 29.8 %).

Conclusion: The general practitioner is central to the treatment. Access to specialist facilities shows a distinct disparity between regions. Since chronic pain involves a pluridisciplinary approach, the development of city-hospital networks would assist access to treatment.

Prat Organ Soins 2007;38(1):21-29

Keywords: Chronic pain; outpatient; anti-pain facility; algologist; general practitioner.

¹ Médecin-conseil, Direction régionale du Service médical Provence - Alpes - Côte d'Azur et Corse (CNAMTS).

² Médecin-conseil, Echelon local du service médical de Digne (CNAMTS).

³ Médecin-conseil chef de service, Direction régionale du service médical Provence - Alpes - Côte d'Azur et Corse (CNAMTS).

⁴ Médecin-conseil régional par intérim, Direction régionale du service médical Provence - Alpes - Côte d'Azur et Corse (CNAMTS).

INTRODUCTION

Pour lutter contre la douleur, deux programmes nationaux ont été mis en place : en 1998, un premier plan triennal¹ a instauré une véritable "culture de lutte contre la douleur" ; en 2002, un deuxième plan quadriennal² a été lancé, tenant compte des dysfonctionnements mis en évidence lors de l'évaluation du plan précédent (méconnaissance des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle, sous utilisation des outils de référence notamment d'échelles de mesure de l'intensité de la douleur, insuffisance de formation pratique des médecins). Ainsi, parmi les nouveaux objectifs, on comptait l'amélioration de l'accès de la personne souffrant de douleurs chroniques à des structures spécialisées et l'amélioration de la formation des professionnels de santé.

Les références professionnelles ont été actualisées avec les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de février 1999 sur "Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire" [1]. Leur finalité était l'appropriation par chaque professionnel de santé des outils d'évaluation, de réévaluation et de suivi de la douleur. Cependant, un patient sur quatre se dit encore peu ou pas soulagé et les médecins généralistes rapportent toujours des difficultés d'accès aux consultations anti-douleur [2]. Insuffisamment formés à ces outils, ces derniers utilisent trop peu les échelles d'évaluation de la douleur [3, 4] et certaines recommandations concernant les douleurs chroniques comme les lombalgies [6] sont peu suivies.

Le rapport établi en 2004 par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins [5] observe également des difficultés pour les structures anti-douleur à trouver des relais en ville et propose de mieux faire connaître le rôle et les missions de celles-ci auprès des médecins de ville.

L'étude réalisée par le Service médical de l'Assurance maladie entre octobre 2003 et janvier 2005 en région Provence - Alpes - Côte d'Azur (PACA) s'inscrit au centre de ces préoccupations. Elle a comme objectif de réaliser un état des lieux de la prise en charge de la douleur chronique en ambulatoire dans cette région. Peu d'études ont été menées en médecine de ville sur ce thème.

MÉTHODES

Une cohorte de patients a été constituée à partir des demandes de prestations suivantes : exonération du ticket modérateur ; arrêt de travail ou bénéfice de l'article L. 324.1 du code de la sécurité sociale (arrêt de travail ou soins continus supérieurs à six mois) ; invalidité ; accident du travail avec arrêt de travail ; évaluation d'un taux

d'incapacité permanente partielle (IPP).

Les critères d'inclusion des patients étaient : un âge supérieur ou égal à 18 ans, quel que soit le sexe ; l'acceptation volontaire du patient et sa signature d'un consentement éclairé ; l'existence d'une des pathologies suivantes à l'origine du syndrome douloureux chronique : hernie discale opérée, fibromyalgie, algodystrophie, douleur neuropathique ; une douleur évoluant depuis trois à six mois, donc chronique, ne bénéficiant pas d'une prise en charge ou persistant malgré une prise en charge.

Une douleur chronique se définit comme "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis trois à six mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne" [2].

Les pathologies à l'origine du syndrome douloureux devaient répondre aux définitions suivantes : hernie discale opérée (douleur lombaire ou cervicale survenant après une cure de hernie discale), fibromyalgie, algodystrophie ou syndrome douloureux régional complexe (SDRC), douleur neuropathique (douleur liée à l'atteinte lésionnelle ou fonctionnelle du système nerveux, périphérique ou central).

Les critères d'exclusion étaient : un patient mineur ; un refus de participation du patient ; une pathologie à l'origine de la douleur autre que les pathologies sus-citées en particulier la douleur migraineuse, la douleur due au cancer ou au sida ; une des pathologies ciblées mais n'occasionnant pas une douleur chronique (définie par une évolution depuis trois à six mois) ; un patient non communiquant ou détérioré psychologiquement ; un patient inapte au remplissage des auto-questionnaires.

Selon les critères énumérés ci-dessus, deux à quatre malades par mois ont été inclus de façon aléatoire entre le 1^{er} octobre 2003 et le 30 juin 2004 par des médecins-conseils répartis dans la région PACA.

Tous les patients inclus ont bénéficié d'un examen initial avec : interrogatoire et examen clinique ; recensement des traitements de la douleur (pour les antalgiques, les paliers proposés sont ceux de l'échelle thérapeutique à trois niveaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)) ; renseignement de l'auto-questionnaire *Hospital anxiety and depression scale* (HAD) évaluant par deux sous échelles, les dimensions anxiété et dépression (chaque réponse donne l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée, l'intervalle des notes allant de 0 à 21 pour chaque sous échelle ; les scores les plus élevés correspondent à une symptomatologie plus sévère ; des valeurs seuils ont été définies et constituent un signal d'alarme (score ≤ 7 : absence de perturbation ; score entre 8 et 10 : cas douteux ; score ≥ 11 : cas certain)) ; mesure de l'intensité de la douleur par l'Echelle visuelle analogique (EVA)

¹ Circulaire ministérielle DGS/DH n° 98-586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

² Circulaire ministérielle DHOS/EZ n° 2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

(réglette allant de l'absence de douleur à la douleur maximale imaginable ; un curseur est déplacé par le patient et sa position correspond à un score de 0 à 10 sur le *verso* de lecture de la réglette).

Le malade était invité à remplir seul les différents questionnaires.

A la suite de cet examen, la cohorte a été séparée en deux groupes :

- le groupe A : malades souffrant de douleurs chroniques n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge spécialisée de leur douleur ;
- le groupe B : patients déjà pris en charge pour la douleur chronique par un médecin algologue ou par une structure spécialisée et ayant déjà répondu à des questionnaires d'auto-évaluation de la douleur (cette condition était indispensable car elle permettait de s'assurer que la prise en charge était bien spécifique de la douleur).

Les structures spécialisées anti-douleur ont été identifiées sous trois formes : les consultations pluridisciplinaires au sein des établissements de santé publics ou privés ; les unités pluridisciplinaires qui mettent en œuvre les thérapeutiques nécessitant l'accès à l'utilisation d'un plateau technique et/ou à des places ou lits d'hospitalisation ; les centres pluridisciplinaires au sein des centres hospitalo-universitaires qui ont, en outre, pour mission l'enseignement et la recherche sur le thème de la douleur.

Seuls les patients du groupe A devaient être suivis à trois et six mois avec des questionnaires d'auto-évaluation de la douleur dont la mesure du soulagement de la douleur par EVA (méthode identique à celle de la mesure de l'intensité douloureuse mais scorée de 0 à 100 %) et la recherche par l'interrogatoire de l'instauration d'une prise en charge spécifique comme celle définie pour le groupe B mais incluant le médecin traitant. Le suivi des informations a pris fin en janvier 2005.

L'ensemble des dossiers a été saisi avec le logiciel Access® puis exploité à l'aide du logiciel SPSS®. Les tests statistiques classiques (test du χ^2 , comparaison de moyenne pour échantillons appariés) ont été utilisés, avec une signification fixée au seuil de 5 %. Cette étude a été déclarée à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

RÉSULTATS

1. Caractéristiques générales de la population

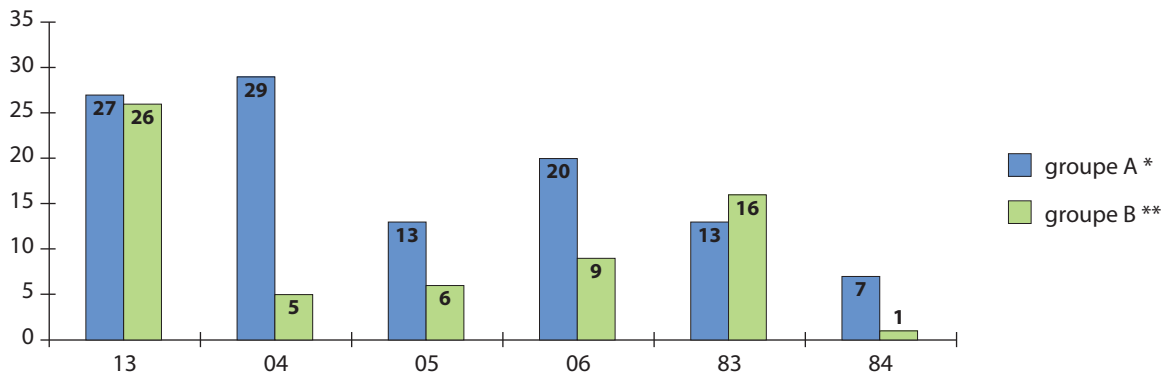
Le nombre de patients inclus a été de 172. Ils ont tous été examinés par un médecin-conseil.

La proportion de patients de sexe féminin était de 57,6 % (n = 99). L'âge moyen était de 46,5 ans (maximum : 65 ans).

Dans notre échantillon, 63 % des patients (n = 109) appartenait au groupe A (malades souffrant de douleurs chroniques n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge spécialisée de leur douleur) contre 37 % (n = 63) inclus dans le groupe B (prise en charge spécialisée de la douleur). Au regard des assurances sociales, 65 % des patients (n = 112) étaient pris en charge au titre du risque maladie et 79 % des patients (n = 136) étaient en arrêt de travail tous risques confondus.

La répartition des patients selon leur catégorie socioprofessionnelle montrait que 56 % (n = 97) étaient dans la catégorie des employés. Les catégories des manœuvres et des cadres supérieurs représentaient chacune 3 % des patients (n = 5).

La figure 1 présente la répartition des patients dans les groupes A et B pour chaque département. Dans les Bouches-du-Rhône (13), 49 % des patients inclus dans



* Groupe A : absence de prise en charge spécialisée de la douleur

** Groupe B : prise en charge par un algologue ou une structure spécialisée

Figure 1. Répartition des patients (n = 172) par département de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (2003 – 2004).

l'étude appartenait au groupe B pour 20,8 % dans les départements des Alpes-de-Haute-Provence (04) et des Hautes-Alpes (05). Le nombre de patients appartenant au groupe B était significativement inférieur dans ces deux départements par rapport au reste de la région ($p = 0,004$).

Le tableau I dénombre les structures anti-douleur de la région PACA par département au moment de l'étude. Le département des Bouches-du-Rhône comptait le plus grand nombre de structures de lutte contre la douleur chronique rebelle alors que les départements des Alpes-de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes ne bénéficiaient d'aucune structure de ce type.

Tableau I
Répartition des structures anti-douleur par départements en région PACA (2003 – 2004).

Département	Structures de prise en charge anti-douleur ^a		
	Centres	Consultations	Unités
Alpes-de-Haute-Provence			
Hautes-Alpes			
Alpes-Maritimes	1	1	1
Bouches-du-Rhône	1	5	4
Var		1	
Vaucluse		1	

^a Structures identifiées au mois de janvier 2004 en référence à la circulaire ministérielle DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.

Les centres anti-douleur ($n = 22$) et les unités anti-douleur ($n = 27$) représentaient respectivement 35 % et 43 % des prises en charge spécialisées de la douleur chronique ($n = 63$).

Les douleurs survenant après cure de hernie discale concernaient 36 % des patients ($n = 62$) de l'étude.

La figure 2 montre la répartition des groupes en fonction des pathologies à l'origine de la douleur chronique. 62,5 % des patients présentant une fibromyalgie avaient une prise en charge spécialisée contre 28,8 % des patients présentant une autre pathologie ($p = 0,0001$).

2. Caractéristiques de la douleur au premier examen

Le tableau II présente les mesures de l'intensité de la douleur (EVA). Elles sont comparables dans chacun des deux groupes. Cette mesure a pu être réalisée par 170 patients (deux valeurs manquantes).

Tableau II
Mesure de l'intensité douloureuse par l'Echelle visuelle analogique (EVA) par groupe de patients ($n = 170$) au premier examen (région PACA, 2003 – 2004)

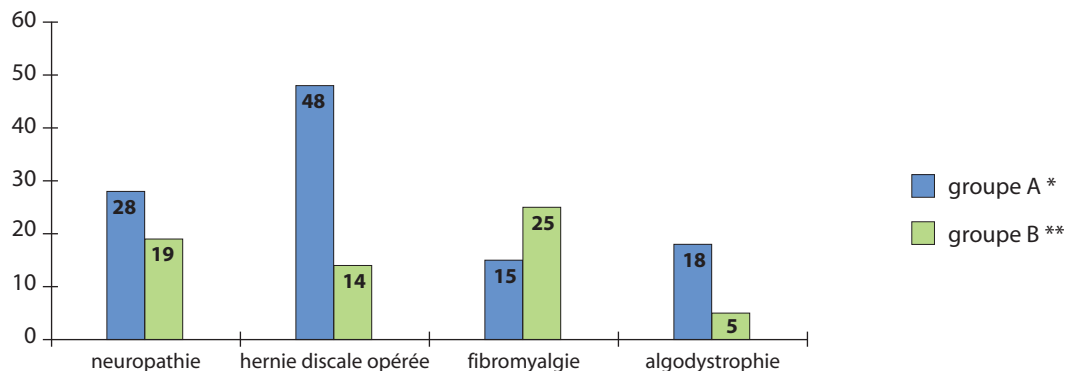
	Score EVA	
	Groupe A ^a	Groupe B ^b
Effectif	108	62
Moyenne	6,60	6,52
Médiane	7	7
Ecart type	1,98	1,90

^a Groupe A : absence de prise en charge spécialisée de la douleur

^b Groupe B : prise en charge par un algologue ou une structure spécialisée

Les scores anxiété (figure 3) et dépression (figure 4) ont pu être calculés pour 169 patients (trois valeurs manquantes). Ces scores n'étaient pas significativement différents dans les deux groupes. Pour l'ensemble des patients ($n = 169$), on avait une perturbation anxieuse certaine (score HAD ≥ 11) dans 70,4 % des cas et une perturbation dépressive certaine (score HAD ≥ 11) dans 58 % des cas.

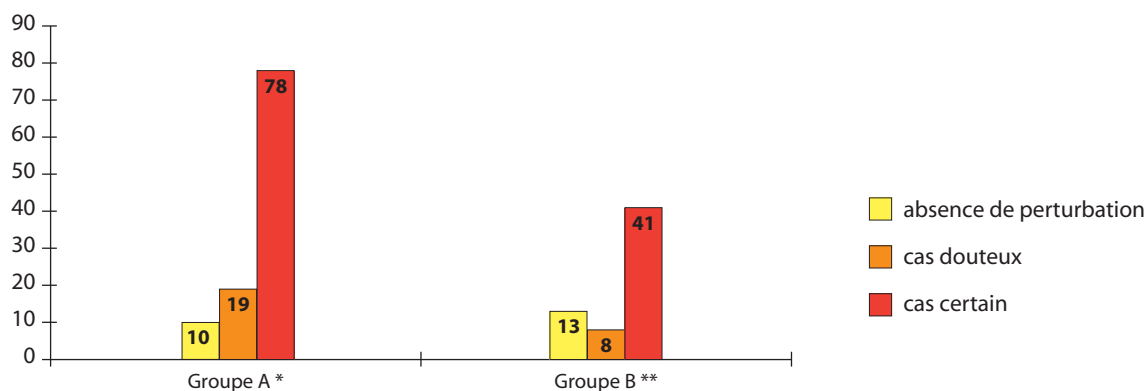
Les prescriptions de traitement spécifique de la douleur ($n = 425$) ont été répertoriées pour chacun des deux groupes dans la figure 5. Les prescriptions d'antalgiques de palier III représentaient 6,4 % ($n = 12$) de l'ensemble des



* Groupe A : absence de prise en charge spécialisée de la douleur

** Groupe B : prise en charge par un algologue ou une structure spécialisée

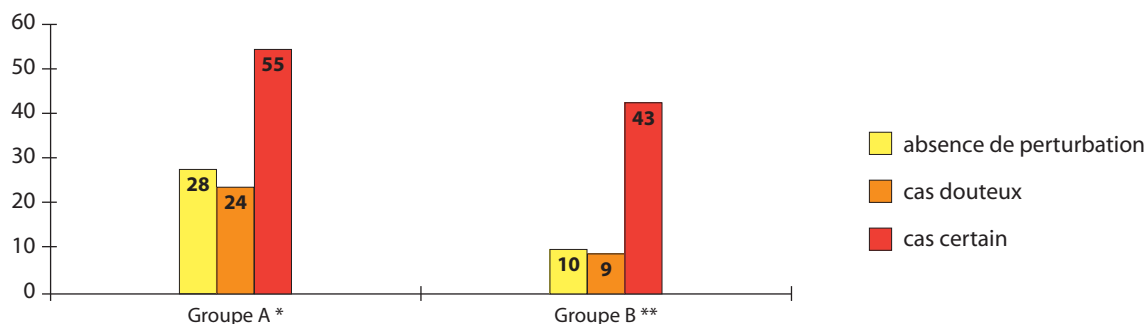
Figure 2. Répartition des pathologies par groupe de patients ($n = 172$) (Région PACA, 2003 – 2004).



* Groupe A : absence de prise en charge spécialisée de la douleur

** Groupe B : prise en charge par un algologue ou une structure spécialisée

Figure 3. Score anxiété par groupe de patients (n = 169) avec l'auto-questionnaire *Hospital anxiety and depression scale* (Région PACA, 2003 – 2004).



* Groupe A : absence de prise en charge spécialisée de la douleur

** Groupe B : prise en charge par un algologue ou une structure spécialisée

Figure 4. Score dépression par groupe de patient (n = 169) avec l'auto-questionnaire *Hospital anxiety and depression scale* (région PACA, 2003 – 2004).

prescriptions dans le groupe B contre 2,1 % (n = 5) dans le groupe A (différence non significative). Les prescriptions d'antalgiques de palier I et II étaient pour chacun des paliers, de 20,7 % (n = 49) dans le groupe A contre 14,4 % (n = 27) dans le groupe B (différence non significative).

Les prescriptions d'antidépresseurs et d'antiépileptiques étaient significativement plus nombreuses dans le groupe B : 20,2 % (n = 38) contre 12,2 % (n = 29) dans le groupe A pour les antidépresseurs (p = 0,025) ; 17 % (n = 32) contre 7,6 % (n = 18) dans le groupe A pour les antiépileptiques (p = 0,02).

3. Caractéristiques de la douleur aux troisième et sixième mois pour le groupe A (n = 109)

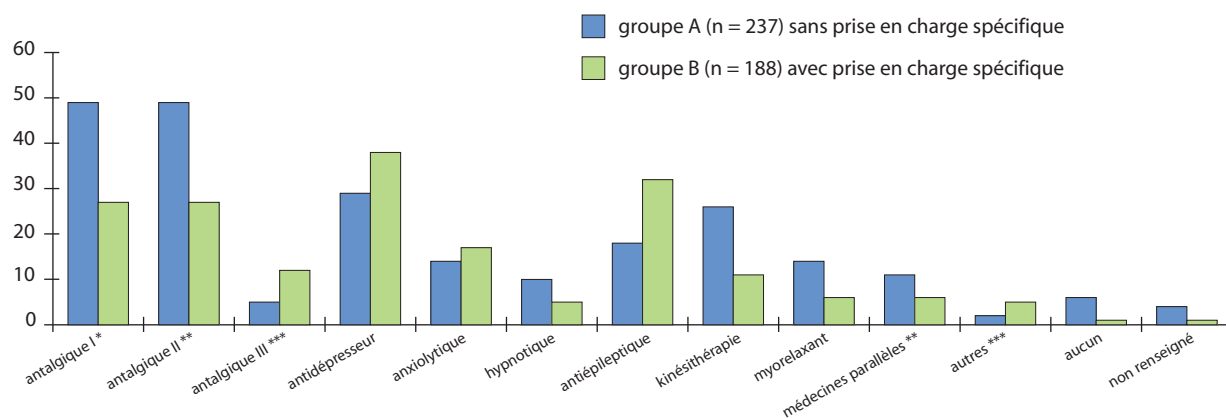
L'évolution de l'intensité de la douleur est présentée dans le tableau III pour 85 patients (24 valeurs manquantes). La comparaison des moyennes pour échantillons appariés

montrait une amélioration significative du score EVA entre le troisième et le sixième mois (p = 0,01).

Tableau III
Mesure de l'intensité douloureuse par Echelle visuelle analogique (EVA) dans le groupe A à trois et six mois (n = 85) (région PACA, 2003 – 2004).

	Score EVA	
	Troisième mois	Sixième mois
Effectif	85	85
Moyenne	6,31	5,75
Ecart type	2,06	2,30

L'éventualité d'une prise en charge spécifique a pu être renseignée pour 95 patients à trois mois (14 valeurs manquantes) et pour 87 patients à six mois (22 valeurs manquantes).



* Antalgiques (selon l'OMS) :

- palier I : antalgiques non morphiniques (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens, néfopam, aspirine, etc.) ;
- palier II : antalgiques morphiniques faibles (codéine, tramadol, dextropropoxyphène, etc.) ;
- palier III : antalgiques morphiniques puissants (morphine, fentanyl, nalbuphine, etc.).

** Médecines parallèles : acupuncture, homéopathie, ostéopathie, mésothérapie.

*** Autres : sophrologie, hypnose, infiltration foraminale, appareillage, kétalar®.

Figure 5. Répartition des différents types de traitements anti-douleur prescrits.

La prise en charge spécifique de la douleur concernait 52 % des patients du groupe A au troisième mois (n = 57) et 57 % au sixième mois (n = 62). Elle était assurée par le médecin traitant dans 59,6 % des cas à trois mois (n = 34) et 61,2 % des cas à six mois (n = 38).

Pour les patients n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge spécifique sur les six mois de suivi (n = 20), il n'était pas mis en évidence d'amélioration significative de l'intensité de la douleur (intensité moyenne de 5,55 à trois mois et de 5,05 à six mois).

Pour les patients ayant instauré une prise en charge spécifique au troisième et/ou au sixième mois (n = 65), une amélioration significative de l'intensité de la douleur était observée avec une moyenne de 6,54 à trois mois et de 5,97 à six mois (p = 0,027).

Le soulagement de la douleur a été évalué pour 93 patients au troisième mois (16 valeurs manquantes) et pour 86 patients au sixième mois (23 valeurs manquantes).

Le soulagement de la douleur était ≥ 10 % pour 48 patients à trois mois soit 44 % des patients du groupe A, et pour 55 patients à six mois soit 50,5 % des patients du groupe A.

Si une prise en charge spécifique avait été instaurée, 49 % des patients (n = 28/55 ; deux valeurs manquantes) étaient soulagés à trois mois et 66 % (n = 41/62) à six mois.

Le soulagement ressenti à six mois avec un score ≥ 10 % était significativement plus fréquent pour les patients ayant bénéficié d'une prise en charge spécifique de la douleur (66 % d'entre eux) que pour les patients sans prise en charge (29,8 %) (p = 0,0017). Par contre, il n'était pas significativement différent à trois mois.

Le soulagement ressenti à trois mois était significativement différent selon la pathologie à l'origine de la douleur (p = 0,047). Par contre, cette différence de soulagement selon la pathologie n'était pas retrouvée à six mois d'évolution (tableau IV).

Tableau IV
Soulagement ressenti au troisième et/ou sixième mois selon la pathologie (région PACA, 2003 – 2004)

	Aucun soulagement		Soulagement ≥ 10 %				Total			
	3 ^e mois	6 ^e mois	3 ^e mois	6 ^e mois	3 ^e mois	6 ^e mois				
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	Effectif
Neuropathie	11	24,4	8	25,8	10	20,8	13	23,6	21	21
Hernie discale opérée	20	44,4	12	38,7	23	47,9	26	47,3	43	38
Fibromyalgie	10	22,2	6	19,4	3	6,3	6	10,9	13	12
Algodystrophie	4	8,9	5	16,1	12	25	10	18,2	16	15
Total	45	100,0	31	100,0	48	100,0	55	100,0	93	86

DISCUSSION

1. Limites

Le nombre d'arrêts de travail dans la population étudiée était majoré puisqu'il s'agissait d'un motif d'inclusion.

Le recueil répondait au mode déclaratif. Certaines données n'ont pas pu être obtenues de façon exhaustive ce qui explique des différences d'effectifs selon les informations recherchées. On observe une perte d'effectifs dans le suivi du groupe A à trois mois (12,8 %) puis à six mois (21,1 %).

L'étude était limitée à quatre types de douleurs chroniques dites bénignes. Celles-ci ont une prévalence importante en médecine générale de ville et répondent à des spécificités propres : la fibromyalgie représenterait près de 10 % des consultations de la douleur et 2 % de la population de médecine générale [7] ; l'algodystrophie implique des spécialités très diverses comme la rhumatologie, la neurologie ou l'orthopédie ; les discopathies chroniques requièrent la prévention de leur passage à la chronicité par une prise en charge pluriprofessionnelle [6] (leur prévalence est importante comme le rapporte une étude spécialisée [8] avec une absence de réduction de la douleur lombaire pour près de quatre patients lombalgiques sur dix, un an après l'opération) ; les neuropathies présentent des particularités thérapeutiques notamment quant à l'utilisation des antidépresseurs et des anticonvulsivants à visée antalgique [9].

2. Caractéristiques générales de la population

Plus de la moitié des patients étaient de sexe féminin, prédominance également retrouvée par d'autres études [1, 10].

Les patients de l'étude ont été divisés en deux groupes au moment de l'inclusion : le groupe A sans prise en charge spécialisée et le groupe B avec prise en charge spécialisée (algologue libéral ou structure anti-douleur).

L'inclusion des patients dans le groupe B a concerné quatre patients sur dix et a mis en évidence une importante disparité intra régionale. La proportion de patients inclus dans le groupe B était significativement moins importante ($p = 0,004$) dans les départements des Alpes-de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes (20,8 %) que dans les autres départements (43,7 %). Il faut souligner qu'il n'y avait pas de structures anti-douleur identifiées dans ces deux départements au moment de l'étude. La prise en charge de la douleur chronique rebelle y était assurée par un réseau de soins intervenant plus spécifiquement pour les soins palliatifs. Par contre, le département des Bouches-du-Rhône, avec 49 % de patients inclus dans le groupe B, présentait le plus grand nombre de structures spécialisées dont un centre, cinq consultations et quatre unités anti-douleur. Ces observations témoignent de difficultés d'accès aux services

spécifiques pour de nombreux patients ayant une douleur chronique.

Par ailleurs, la fréquence de la prise en charge spécialisée variait en fonction de la pathologie présentée. La fibromyalgie était la pathologie du groupe B ayant bénéficié de la plus importante prise en charge spécifique (62,5 %) par rapport aux autres pathologies (28,8 %) ($p = 0,0001$).

Ainsi, les rachialgies chroniques (lombaires ou cervicales) après hernie discale opérée, avec une prévalence de 36 % des cas étudiés, ne bénéficiaient d'une prise en charge spécialisée que dans 22,5 % des cas.

3. Caractéristiques de la douleur au premier examen (pour les deux groupes de patients)

Les scores d'intensité de la douleur mesurés par EVA étaient comparables dans les deux groupes avec une médiane élevée de l'ordre de 7/10.

Les scores "anxiété et dépression" mesurés par le questionnaire HAD n'étaient pas significativement différents dans les deux groupes. La plupart des patients des deux groupes présentaient un score élevé d'anxiété et de dépression (scores ≥ 11). Cette observation met l'accent sur l'importance d'évaluer la dépression, celle-ci étant le facteur psychologique le plus fréquemment associé à la douleur chronique [11]. La prévalence de cette comorbidité dépasse 50 % dans la plupart des grandes études cliniques et celle-ci est plus fréquente chez les femmes [12]. L'analyse individuelle de chaque cas est donc indispensable dans le but d'identifier et de prendre en charge un état dépressif ou un état anxieux, important modulateur de la plainte douloureuse et amplificateur possible du vécu douloureux.

Concernant les traitements reçus, les prescriptions d'antidépresseurs (20,2 %) et d'antiépileptiques (17 %) étaient significativement plus importantes dans le groupe B ($p = 0,025$ et $p = 0,02$). Il est possible qu'il y ait un effet de recrutement des structures anti-douleur comme le montre la fréquence plus importante de prise en charge spécialisée de la fibromyalgie dans notre population. De même, les résultats d'une étude menée en Ile-de-France [2] montrent que le groupe de patients à fort retentissement et à faible soulagement de la douleur reçoit plus fréquemment des traitements anxiolytiques, antidépresseurs et antiépileptiques.

4. Caractéristiques de la douleur aux troisième et sixième mois (pour le groupe A)

Les patients du groupe A, patients qui n'avaient pas de prise en charge spécialisée (algologue libéral ou structure anti-douleur au moment de l'inclusion), ont eu un suivi au troisième mois et au sixième mois de notre étude. Au cours de ces six mois de suivi, ils ont pu ou non bénéficier d'une prise en charge spécifique de la

douleur (comme définie pour le groupe B mais incluant le médecin traitant). Par contre, les patients du groupe B, patients ayant déjà une prise en charge spécialisée au moment de l'inclusion, n'ont pas été revus.

Seulement la moitié des patients du groupe A ont bénéficié d'une prise en charge spécifique au cours des six mois de suivi.

Cette prise en charge spécifique de la douleur était réalisée par le médecin traitant dans plus de la moitié des cas. Nous rejoignons les résultats d'une étude menée dans une région française comparable [2] où 81,2 % des patients souffrant de douleurs chroniques non migraineux sont pris en charge en médecine générale et où seulement 7 % d'entre eux ont consulté dans les douze mois précédents un centre de lutte contre la douleur. Une récente étude européenne montre également que seul un patient souffrant de douleurs chroniques sur cinquante est pris en charge par un spécialiste de la douleur [13]. Cependant [2], bien qu'étant au premier plan de la prise en charge, deux tiers des médecins généralistes ressentent un besoin en formation et un tiers sont demandeurs de participation à un réseau douleur.

Concernant l'intensité de la douleur, on notait une amélioration significative de la douleur mesurée par score EVA sur l'ensemble des patients du groupe A entre le troisième et le sixième mois d'évolution, qu'ils aient bénéficié ou non d'une prise en charge spécifique ($p = 0,01$), la médiane mesurée passant de 7 à 6/10. Cette amélioration présente un lien étroit avec l'évolution naturelle d'une douleur d'origine dite bénigne mais d'autres facteurs influençant peuvent être évoqués.

En effet, si l'on compare l'évolution de l'intensité de la douleur entre le troisième et le sixième mois entre les deux groupes, avec ou sans prise en charge spécifique, la baisse de l'intensité douloureuse n'était significative que dans le groupe avec prise en charge.

Au vu des moyennes des scores EVA, les patients sans prise en charge spécifique souffriraient moins mais s'amélioreraient moins que ceux qui bénéficient d'une prise en charge. De la même façon, le soulagement de la douleur ressentie, mesuré au sixième mois par score EVA était plus marqué dans la population avec prise en charge spécifique ($p = 0,0017$) : deux tiers des patients avec prise en charge spécifique ressentent un soulagement \geq à 10 % à six mois pour seulement la moitié des patients de l'ensemble du groupe A c'est-à-dire avec ou sans instauration d'une prise en charge spécifique. Par ailleurs, le soulagement ressenti n'était pas le même à trois mois en fonction de la pathologie présentée ($p = 0,047$). Notamment, la fibromyalgie est apparue majoritairement non soulagée. Par contre, cette observation n'était plus vérifiée à six mois.

Ceci illustre les difficultés de prise en charge liées à l'origine de la douleur comme identifiées par certains auteurs : 29,5 % des cas de douleurs d'origine psychologique, 18,5 % des cas de douleurs d'origine neurogène [2].

CONCLUSION

Il existe une importante disparité intra régionale avec une inégalité d'accès aux structures de prise en charge de la douleur. Les patients ayant déjà une prise en charge spécialisée de la douleur au moment de l'inclusion dans l'étude (groupe B), étaient significativement moins nombreux dans les départements sans structure anti-douleur. Cette disparité de prise en charge est également présente entre les établissements de soins et même entre les services d'un même établissement. Lorsqu'une prise en charge a été initiée en cours d'étude, celle-ci était assurée par le médecin traitant dans plus de la moitié des cas. Or, qu'en est-il de la prise en charge en médecine générale alors que le médecin traitant apparaît au centre de celle-ci ? Ainsi, on ne peut ignorer le temps nécessaire par cette prise en charge, les délais de rendez-vous trop longs dans les centres spécialisés, les besoins en formation initiale et continue. Certains proposent [2] la création d'un acte spécifique pour mieux rémunérer le temps nécessaire à la consultation. Une étude menée en médecine générale [14] observe une prévalence de 43 % de la douleur en consultation de médecine générale, les douleurs chroniques représentant 24 % de toutes les douleurs. Or, ce sont les douleurs chroniques rebelles qui posent le plus de problèmes en médecine générale car elles relèvent le plus souvent d'une prise en charge multidisciplinaire. Notre étude a pu observer une amélioration significative de la douleur chez les patients avec prise en charge spécifique, de même qu'un soulagement plus fréquemment ressenti à six mois, par rapport aux patients sans ce type de prise en charge. Celui-ci serait facilité par le développement de réseaux ville - hôpital, avec réduction des délais d'attente, mise en place de consultations adaptées par les médecins libéraux, amélioration des échanges entre structures et professionnels de ville et diminution des disparités géographiques. Les Etats généraux de la douleur conduits dans le cadre du deuxième plan de lutte contre la douleur ont également souligné ce problème d'inégalités d'accès aux structures de prise en charge de la douleur. Le Livre blanc de la douleur [15] présenté aux premières Assises nationales de la douleur en juin 2005, fait état de quatre grands axes à privilégier pour améliorer la prise en charge de la douleur en France dont la création (ou renforcement) et la pérennisation des structures de prise en charge de la douleur. Ainsi, le nouveau plan de lutte contre la douleur, pour les années 2006 à 2010 [16] prévoit notamment de structurer la filière de soins en décloisonnant l'organisation régionale de la prise en charge, en valorisant et en renforçant ces structures. D'autres axes d'intervention seraient également envisagés : l'amélioration de la prise en charge des populations les plus vulnérables, le développement de la prise en charge des aspects psychologiques, le développement des approches non pharmacologiques, le renforcement de la formation pra-

tique de l'ensemble des professionnels de santé (médecins mais aussi dentistes, sages-femmes, infirmiers, etc.). Pour répondre à cette nécessité d'impliquer l'ensemble des professionnels de santé, le médecin-conseil pourrait se situer comme un acteur de la prise en charge ambulatoire de la douleur chronique, notamment par les informations qu'il peut donner au médecin traitant pour orienter son patient vers une prise en charge spécifique.

Remerciements

Les auteurs remercient l'ensemble des médecins-conseils ayant participé à l'étude.

RÉFÉRENCES

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire*. Paris : ANAES, *Recommandations et références professionnelles* ; 1999.
2. Union régionale des caisses de sécurité sociale d'Ile-de-France (URCAMIF). *Etude sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte*. Paris : URCAMIF ; 2003.
3. Cabaye-Borges Da Silva G, Iahns P, Mabriez JC. *Carence de traitement de la douleur chez les personnes âgées présentant une grave altération cognitive*. *Sante Publique* 2005;17:87-93.
4. Lothon-Demerliac C, Laurent-Beq A, Marec P. *Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur*. Nancy (France) : Société française de santé publique, *rapport réalisé à la demande de la Direction générale de la santé* ; 2001.
5. CEMKA.EVAL. *Rapport final : Evaluation des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle*. Bourg-la-Reine (France) : CEMKA.EVAL, 2003-026 ; 2004.
6. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgies chroniques*. Paris : ANAES, *Recommandations et références professionnelles* ; 2000.
7. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. *The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population*. *Arthritis and Rheumatism*, 1995;38:19-28.
8. Graz B, Wietlisbach V, Porchet F, Vader JP. *Prognosis or "curabo effect ?": Physician prediction and patient outcome of surgery for low back pain and sciatica*. *Spine* 2005;30: 1448-52.
9. Nejmi M. *Stratégie thérapeutique de la douleur chronique*. *Développement et santé* 1997;(131).
10. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. *Persistent pain and well-being, a World Health Organisation Study in Primary Care*. *JAMA* 1998;280:147-51
11. Allaz AF, Desmeules J. *Douleurs chroniques et dépression*. In : *Dépression et comorbidités organiques*. Lempriere Th, Consoli S, Cabane P eds. Paris : Masson ; 2000.
12. Turk DC, Okifuji A, Scharff L. *Chronic pain and depression : role of perceived impact and perceived impact and perceived control in different age cohorts*. *Pain*, 1995;61:93-105.
13. Breivik H, Colett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. *Survey of chronic pain in Europe : prevalence, impact on daily life, and treatment*. *Eur J Pain* 2006;10:287-333.
14. Huas D, Teifel P, Gerche S. *Prévalence et prise en charge de la douleur en médecine générale*. *Rev Prat, Med Gen* 2000;14:1837-41.
15. Serrie A, Queneau P. *Livre blanc de la douleur*. Paris ; 14 juin 2005. (disponible sur www.pratiquesensante.info).
16. Ministère de la santé et des solidarités. *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010*. Paris : Ministère de la santé et des solidarités ; 3 mars 2006.