

Année 2023

2023 TOU3 1033

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Julie SONGEON

Le 22 Mai 2023

**Prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée des patients atteints de douleurs
chroniques dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles de la région Occitanie :
Etat des lieux des pratiques actuelles**

Directeurs de thèse : Dr Antoine ELYN et Bruno BASTIANI

JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Madame le Docteur Margaux GAILLARD

Monsieur le Docteur Bruno BASTIANI

Monsieur le Docteur Antoine ELYN

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

FACULTE DE SANTÉ
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAU MEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAU MEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire associé	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur CARON Philippe
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur GRAND Alain
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MARCHOU Bruno
Professeur PERRET Bertrand
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVALD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAUAUD Sandra
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jil	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
P.U. Médecine générale M. MESTHÉ Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Poi Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GU YONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDI Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements

A mon Jury de Thèse,

Professeure Rougé-Bugat,

Merci d'avoir accepté la présidence de ce Jury. Nous ne nous sommes que peu croisées lorsque j'étais externe auprès du Dr Gimenez, mais je garde de vous une image de bienveillance auprès de l'étudiante timide que j'étais. C'est grâce au passage dans votre Maison de Santé que j'ai découvert la profession de médecin généraliste, passage qui a indéniablement marqué la suite de mes choix professionnels.

Docteur Gaillard, Margaux,

Merci d'avoir répondu positivement pour ce travail, c'est avec plaisir que je te retrouve au sein de mon Jury. J'ai apprécié travailler à tes côtés au sein du cabinet de St-Orens. Merci également pour tous tes petits tips sur le travail universitaire, notamment les démarches réglementaires et le projet de mémoire, qui m'ont été d'une aide précieuse.

Docteur Bastiani, Bruno,

Merci d'avoir accepté la co-direction de cette thèse et ainsi permis d'apporter un éclairage différent sur ce travail de recherche. Je ne doute pas que ta participation à ce Jury aujourd'hui permettra d'enrichir le débat comme elle a pu le faire tout au long de ce travail.

Docteur Elyn, Antoine,

Merci de m'avoir accompagnée sur ce long chemin qu'est la thèse, et qui prend fin aujourd'hui avec cette soutenance. J'ai eu la chance de te rencontrer lors de mon tout premier stage d'internat alors que j'étais un peu perdue avec ces grandes notions que sont la thèse et la recherche. Merci de m'avoir aiguillée avec bienveillance dans ce parcours, merci pour ta très grande disponibilité, ton écoute, ton exigence aussi, qui m'ont permis de mener à bien ce travail. C'est un honneur d'avoir été la première élève sous ta direction de thèse, et j'espère en avoir été à la hauteur.

A Sandra, Michel, Nathalie et toute l'équipe de la Maison de Santé de Nailloux-St Léon, merci de m'avoir fait découvrir l'exercice pluriprofessionnel en libéral lors de mon premier stage d'internat. Merci pour votre accueil et votre bienveillance qui m'ont aidée à faire mes premiers pas en tout en douceur tant qu'interne. Je garde un souvenir indélébile de mon passage chez vous. Merci pour votre participation à la mise en pratique du questionnaire et aux différentes étapes de ce travail. Au plaisir de travailler à nouveau avec vous, dans le cadre de remplacement par exemple.

A Manon Raynal, Audrey Gougeon et toute la Fécop, merci de m'avoir aidée à relayer ce questionnaire, merci de m'avoir permis de présenter ce sujet sur votre Coll'Oc et plus généralement, merci pour votre investissement dans ce projet.

A toute l'équipe du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Toulouse, merci de m'avoir accueillie dans votre service, merci pour votre aide dans l'élaboration du questionnaire.

Aux MSP qui ont participé à cette étude, merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	2
1. INTRODUCTION.....	3
2. MÉTHODE.....	5
2.1 TYPE D'ÉTUDE.....	5
2.2 POPULATION D'ÉTUDE	5
2.3 MÉTHODE DE RECUEIL	5
2.4 OBJECTIF PRINCIPAL ET OBJECTIFS SECONDAIRES	6
2.5 CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL	7
2.6 ANALYSE STATISTIQUE	7
2.7 ASPECTS RÉGLEMENTAIRES ET ÉTHIQUES	7
3. RÉSULTATS.....	8
3.1 POPULATION ÉTUDIÉE.....	8
3.2 PROJETS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	9
3.3 PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE DOULEURS CHRONIQUES	10
3.4 COORDINATION VILLE-HOPITAL CONCERNANT LA DOULEUR CHRONIQUE	12
4. DISCUSSION	13
4.1 SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	13
4.2 L'EXEMPLE DE LA MSP DE PORT SAINTE MARIE-PRAYSSAS	17
4.3 FORCES	17
4.4 LIMITES.....	18
5. CONCLUSION	19
6. BIBLIOGRAPHIE.....	20
7. ANNEXES	26
7.1 ANNEXE 1. CARTE DE LA REPARTITION DES MSP REpondantes.....	26
7.2 ANNEXE 2. COMPOSITION TOTALE DES PROFESSIONNELS DES MSP REpondantes .	27
7.3 ANNEXE 3. AFFICHE UTILISEE LORS DU « COLL'OCC EN SOINS PRIMAIRES ».....	28
7.4 ANNEXE 4. QUESTIONNAIRE.....	29

ICONOGRAPHIE

<u>Figure 1.</u> Diagramme de flux	9
<u>Figure 2.</u> Etiologies douloureuses sur lesquelles les MSP ont travaillé (en %)	10
<u>Figure 3.</u> Difficultés ressenties par les équipes dans la prise en charge selon l'étiologie douloureuse (en %)	11

ABREVIATIONS

ACI : Accords Conventionnels Interprofessionnels

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CETD : Centre d’Evaluation et des Traitement de la Douleur

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DGOS : Direction Générale de l’Offre de Soins

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

ESP : Equipe de Soins Primaires

EULAR : European League Against Rheumatism

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

MOOC : Massive Open Online Course

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

RCP : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle

SDC : Structure Douleur Chronique

SFETD : Société Française d’Etude et de Traitement de la Douleur

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

1. INTRODUCTION

La plainte douloureuse est un des motifs de recours à la médecine générale parmi les plus fréquents¹. Elle est définie par l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée ou ressemblant à celle d'une lésion tissulaire réelle ou potentielle². Il s'agit avant tout d'un ressenti du patient.

La douleur chronique est définie par une douleur de plus de 3 mois³. En France, on estime que 30% de la population est atteinte de douleur chronique⁴, soit environ 22 millions de personnes. La douleur chronique correspond à une entité syndromique à part entière, à l'origine de modifications neurobiologiques et de remaniements anatomiques qui amènent de plus en plus à mettre en avant la notion de « douleur maladie »⁵. Elle représente un coût majeur en termes de santé publique, avec un retentissement économique et social très important⁶. A titre d'exemple, les arrêts de travail concernent 45% des patients atteints de douleur chronique, avec une durée cumulée moyenne de plus de 4 mois par an. La douleur chronique est également associée à de fréquentes comorbidités psychiatriques : dépression, anxiété et troubles du sommeil⁷. Cependant, elle est souvent sous-estimée, rarement nommée, alors qu'elle impacte la qualité de vie des personnes concernées⁸.

La prise en charge de la douleur chronique repose principalement sur une approche holistique intégrée en référence au modèle biopsychosocial⁹ de la douleur. C'est une prise en charge globale centrée autour du patient, intégrant une prise en charge physique, psychologique et sociale. Dans certain cas, après un bilan initial et une prise en charge adaptée, le patient pourra être orienté vers une structure spécialisée.

Les Structures de prise en charge de la Douleur Chronique (SDC) ont été créées en 2001¹⁰. Elles imposent un cadre de fonctionnement avec une équipe pluriprofessionnelle comprenant a minima un médecin, un infirmier et un psychologue, chargés de travailler en collaboration avec l'équipe soignante habituelle du patient (généraliste, kinésithérapeute, etc.) et d'établir un projet thérapeutique au cours d'une réunion de synthèse^{11,12}. On compte aujourd'hui 243 SDC¹³ avec un délai moyen de rendez-vous de 3 mois, qui peut s'étendre jusqu'à 6 mois et demi¹⁴. D'autre part, 30% de ces structures spécialisées sont menacées de fermer à moyen terme, par manque de moyens financiers et humains. En conséquence, moins de 3% des patients souffrant de douleurs chroniques bénéficient aujourd'hui d'une consultation en

SDC¹⁵. Les patients atteints de douleurs chroniques sont donc majoritairement pris en charge en soins primaires.

Dans sa note de cadrage concernant l'élaboration du parcours « Douleur chronique », l'HAS met en avant le rôle potentiel des Equipes de Soins Primaires (ESP), des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et des Communautés Pluriprofessionnelles Territoriales de Santé (CPTS)¹⁵. En tant qu'effecteurs de soins de proximité, les MSP sont un lieu idéal pour amener de la coordination dans le parcours de soin des patients complexes. Ces MSP sont un mode d'exercice de plus en plus plébiscité, porté par l'interdisciplinarité et la coordination interprofessionnelle¹⁶. Elles ont prouvé leur efficacité supérieure par rapport aux soins classiques sur la consommation et le coût des soins, à temps de travail identique¹⁷.

En région Occitanie, ce mode d'exercice est largement représenté par la Fécop, fédération qui accompagne, forme et soutient les équipes de soins dans le cadre de l'exercice pluriprofessionnel. Elle aide notamment les MSP dans la réalisation de leurs objectifs, répond à leur besoin d'information et de formation et promeut l'exercice pluriprofessionnel coordonné en soins primaires¹⁸. La Fécop est en contact étroit avec les équipes et peut constituer un relai pour aider la démarche de recherche en soins primaires sur le territoire.

L'exercice pluriprofessionnel coordonné en MSP semble représenter un lieu idéal pour développer des prises en charge innovantes et en proximité pour accompagner les patients atteints de douleurs chroniques. Afin d'explorer cette hypothèse, nous avons réalisé une enquête de pratique au sein des MSP de la région Occitanie.

L'objectif principal était d'évaluer les pratiques et d'estimer la prévalence des MSP qui ont concrétisé la prise en charge de la douleur chronique dans leur organisation.

2. METHODE

2.1 Type d'étude

L'étude était une étude quantitative transversale, de type enquête de pratique par questionnaire quantitatif au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles de la région Occitanie.

2.2 Population d'étude

Cette étude portait sur des équipes de soins primaires coordonnées en MSP, en région Occitanie, adhérente, anciennement adhérente, ou ayant eu un accompagnement (participations aux réunions, formations, échanges) auprès de la Fécop.

Le projet de santé de ces MSP devait avoir été validé antérieurement à juin 2020, pour assurer une certaine maturité du projet et une concrétisation de son action locale au moment de la réalisation du questionnaire.

Les MSP regroupent des professionnels médicaux (généralistes et autres spécialités), des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes etc.), éventuellement des pharmaciens, autour d'un projet de santé commun témoignant de leur exercice coordonné¹⁹. Ce projet de santé doit être validé par l'Agence Régionale de Santé (ARS), avec qui les MSP signent un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI). Les ACI permettent aux MSP qui sont constituées en Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), de percevoir une rémunération forfaitaire sur la base d'indicateurs tels que l'accessibilité (amplitude horaire, créneaux de soins urgents non programmés), le travail en équipe (réalisation de Réunions de Concertations Pluriprofessionnelles (RCP), l'élaboration de protocole ou d'action de santé publique) et le partage de l'information (logiciel médical commun)²⁰.

2.3 Méthode de recueil

L'enquête a été réalisée sous la forme d'un questionnaire en trois parties : une partie relative aux informations administratives, une partie concernant le travail pluriprofessionnel, la coordination et les projets autour de la douleur, une partie portant sur la coordination ville-hôpital dans la douleur chronique.

Le questionnaire a été conçu et validé en plusieurs étapes :

1. Conception initiale
2. Relecture avec les directeurs de thèse
3. Validation principes par l'équipe du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse
4. Reformulation et réécriture
5. Mise en pratique externe lors d'une réunion pluriprofessionnelle sur la MSP de Nailloux-St Léon
6. Reformulation et réécriture
7. Validation du questionnaire dans sa forme finale

Il a été préconisé au coordinateur de chaque MSP d'organiser une réunion pluriprofessionnelle afin que le questionnaire soit rempli en équipe, un seul questionnaire par MSP étant attendu. Le contact des investigateurs était également joint en cas de besoin d'aide au remplissage du questionnaire.

L'enquête a été précédée d'une campagne de sensibilisation et d'information, avec un recueil d'intention de participation, lors du « Coll'Occ en Soins Primaires » organisé par la Fécop le 9 octobre 2021, pour encourager l'adhésion à la démarche de recherche des équipes pluriprofessionnelles du territoire.

Les MSP ont été recrutées sur une période de 6 mois de janvier à juillet 2022. Le questionnaire a été adressé aux équipes par voie numérique (email) par le biais de la Fécop en janvier 2022, avec des relances à 15 jours, 1 mois et 3 mois. De fin avril à juillet 2022, les coordinateurs des MSP éligibles et n'ayant pas encore répondu ont été contactés par téléphone, avec plusieurs relances. Lors de la relance téléphonique, les freins à la participation à cette enquête ont été recueillis.

2.4 Objectif principal et objectifs secondaires

L'objectif principal était d'estimer la prévalence de MSP qui ont concrétisé la prise en charge de la douleur chronique dans leurs organisations.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les éventuels projets, les modalités actuelles de la prise en charge des patients atteints de douleur chronique, d'en décrire les difficultés ressenties, ainsi que les priorités exprimées pour l'améliorer, puis de décrire les éléments relatifs à l'articulation ville-hôpital sur cette thématique.

2.5 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le nombre de MSP ayant formalisé de manière concrète la prise en charge de la douleur chronique dans leur organisation ou dans leurs pratiques pluriprofessionnelles.

2.6 Analyse statistique

Nous avons réalisé des analyses descriptives simples. Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne et d'écart-type.

2.7 Aspects réglementaires et éthiques

Cette étude est une recherche Hors Loi Jardé, n'impliquant pas la personne humaine, et répondant aux critères de la méthodologie de référence MR-004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'accord a été obtenu préalablement à la mise en œuvre du recueil de données dans le cadre d'un accord d'établissement. Cette recherche a été validée par le Comité d'Ethique local de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation du CHU de Toulouse. Elle est enregistrée sous la référence RniPH 2022-06.

Concernant le consentement, seule une recherche de non-opposition a été réalisée au recueil, au stockage et à l'utilisation des données recueillies, après une information complète par le biais d'une notice d'information. Les MSP participantes avaient la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment.

3. RESULTATS

3.1 Population étudiée

Sur les 99 équipes de soins coordonnés en MSP éligibles à cette étude, 13 ont répondu au questionnaire (13,1%), réparties dans 9 des 13 départements que compte la région Occitanie (voir Figure 1 & Annexe 1). L'année moyenne de perception du premier ACI était de 2018. Toutes les MSP étaient constituées en SISA.

En moyenne, ces équipes étaient constituées de 26 professionnels avec un écart-type de 10 professionnels, pour une file active moyenne de 4 021 patients (écart-type 2 753 patients). Concernant leur composition, toutes possédaient au moins un médecin et un infirmier, 12 possédaient au moins un coordinateur et un kinésithérapeute, 11 possédaient au moins un psychologue, 10 possédaient au moins une pharmacie, une sage-femme et une diététicienne (voir Annexe 2).

Le temps de coordination financé par mois correspondait en moyenne à 42% d'un équivalent temps plein.

Le nombre moyen de RCP réalisées sur l'année 2020 était de 12, le nombre de protocoles pluriprofessionnels de 2, le nombre d'action de santé publique de 2 et le montant moyen de financement perçu par chaque équipe dans le cadre de leur SISA de 61 780 euros, avec un écart-type de 20 080 euros.

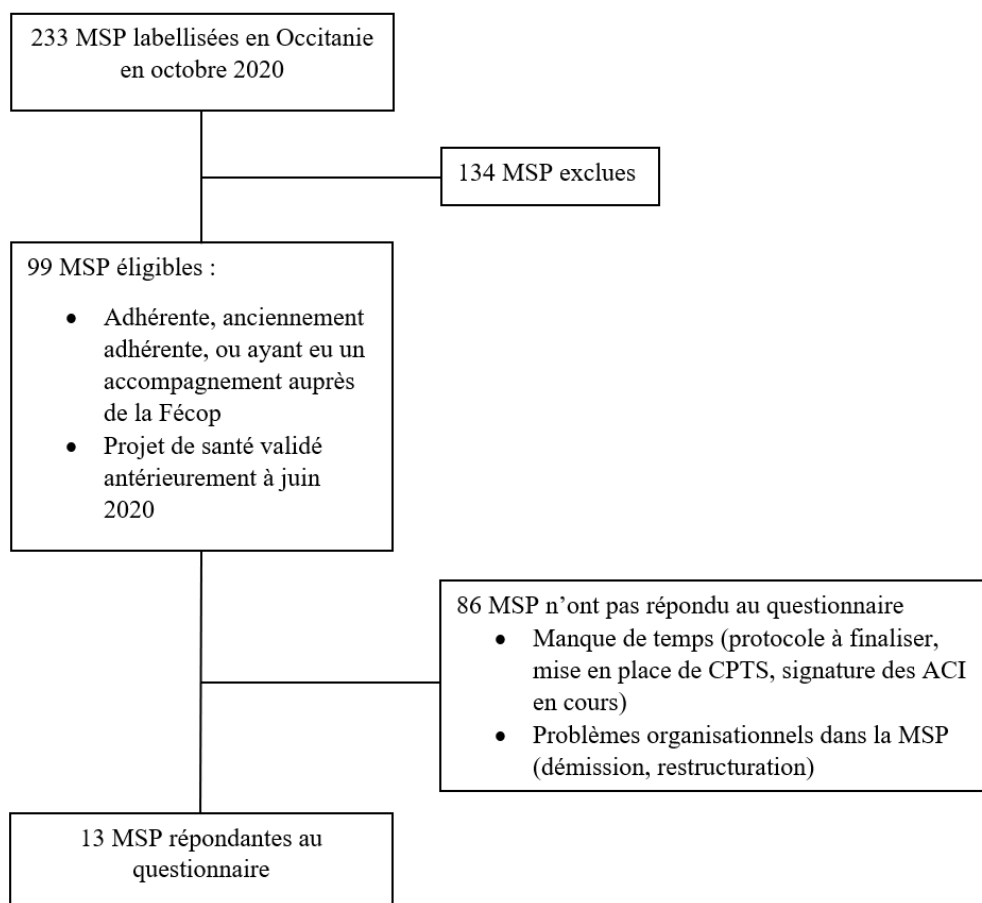


Figure 1. Diagramme de flux

3.2 Projets concernant la prise en charge de la douleur

La question de la prise en charge de la douleur s'est concrétisée pour 10 des équipes (77%) à travers des RCP, des protocoles ou des projets de santé. Sur les équipes interrogées, 8 (61.5%) comprenaient des professionnels formés à la prise en charge de la douleur, majoritairement par le biais de Diplôme Universitaire/Inter Universitaire et de formation personnelle (MOOC, congrès).

Les étiologies douloureuses sur lesquelles les équipes ont pu travailler étaient principalement les rachialgies (61.5%), suivies des douleurs neuropathiques (53.8%), des douleurs en soins palliatifs (53.8%), des douleurs liées au cancer (53.8%) et des douleurs liées aux soins (53.8%) (Figure 2).

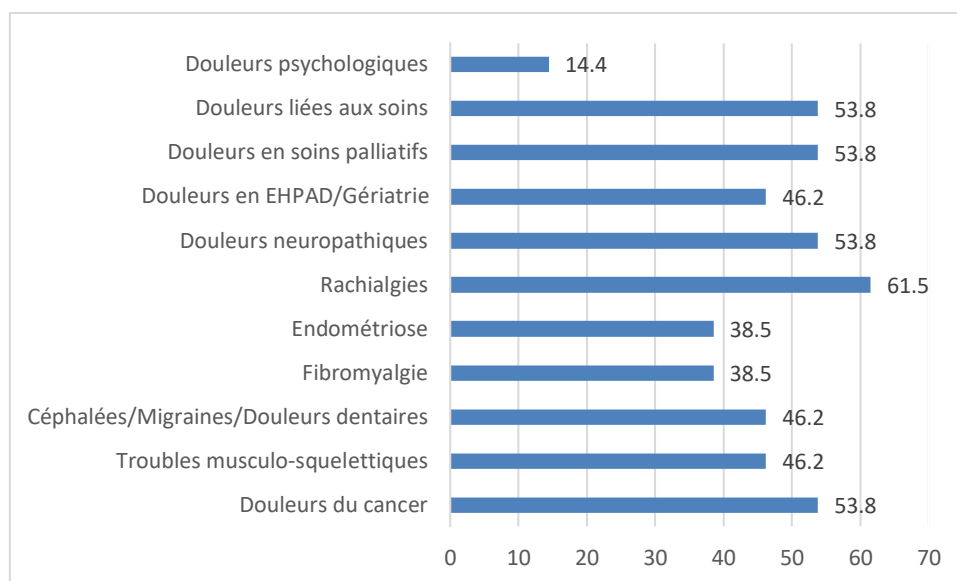


Figure 2. Etiologies douloureuses sur lesquelles les MSP ont travaillé (en %)

Dans les raisons ayant amené à aborder cette problématique de la douleur, la fréquence de la plainte était l'argument majoritaire, évoquée par plus d'un quart des MSP interrogées. Le cadre de la fin de vie et du cancer était également mis en avant. Deux MSP évoquaient la chronicité.

Concernant les projets portés par les équipes interrogées, 5 MSP étaient en cours de développement d'ateliers collectifs avec des patients autour de la douleur dont 3 avec l'objectif d'intégrer les médecines complémentaires dans leur pratique (méditation pleine conscience, art-thérapie, hypnose).

Quatre MSP (30.7%) travaillaient à la protocolisation de la prise en charge de la douleur, dont une à la mise en place de collaboration interprofessionnelle avec des structures existantes (réseau local, centre de la douleur).

3.3 Prise en charge des patients atteints de douleurs chroniques

Le trio médecin-infirmier-kinésithérapeute était le plus impliqué dans la prise en charge des patients atteints de douleurs chroniques, suivi par les pharmaciens, les psychologues, les sage-femmes et les infirmiers Asalée.

Les équipes des MSP interrogées se sentaient le plus en difficulté dans la prise en charge des douleurs liées à la fibromyalgie (92% se disaient en difficulté majeure), des douleurs neuropathiques (92%) et des douleurs de cancer (77%).

A contrario, la migraine et les douleurs liées aux soins étaient celles dont la prise en charge présentait le moins de difficulté ressentie par les équipes. La prise en charge de l'endométriose et des lombalgies était également évaluée comme relativement peu difficile (Figure 3).

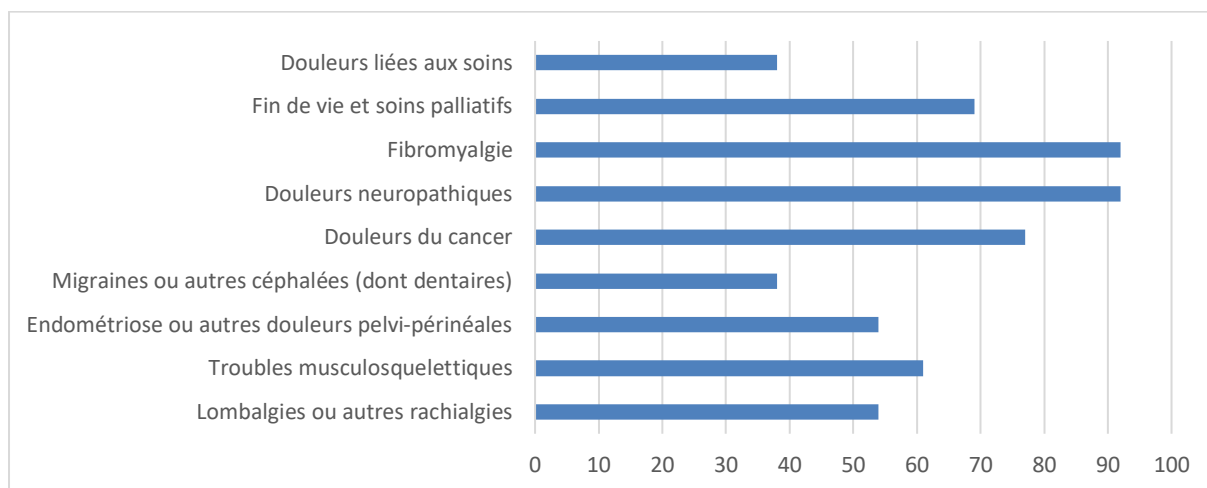


Figure 3. Difficultés ressenties par les équipes dans la prise en charge selon l'étiologie douloureuse (en %)

Concernant les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients atteints de douleurs chroniques, la souffrance psychologique, la disponibilité et l'éloignement des structures spécialisées ainsi que le retentissement socio-professionnel étaient les aspects présentant le plus grand degré de complexité.

A l'inverse, le nomadisme médical, l'addiction et la dépendance n'étaient pas ressentis comme des aspects complexes de la prise en charge du patient douloureux chronique.

Selon les équipes interrogées, les aspects à prioriser pour améliorer la coordination et la prise en charge du patient atteint de douleur chronique étaient en premier lieu la mise en place de RCP entre l'équipe traitante et un centre de traitement de la douleur, de formations spécifiques pour l'équipe et d'ateliers spécifiques d'éducation thérapeutique. En deuxième intention, la prise en charge remboursée pour l'accompagnement psychologique des patients et la mise en place d'Activité Physique Adaptée faisaient également parties des actions à privilégier. Aucune

des équipes interrogées ne priorisait la mise en place d'outils e-santé à destination des patients ni la mise en place d'outils de communication pour améliorer la coordination intra et extra équipe.

3.4 Coordination ville-hôpital concernant la douleur chronique

En cas de besoin, les MSP interrogées adressaient leurs patients vers les consultations spécialisées douleur ou les SDC en CH/clinique (84.6%) ou les CETD (38.5%).

Pour la majorité des équipes adressant des patients, les délais de prise en charge étaient compris entre 3 et 6 mois, avec un maximum n'excédant pas 12 mois.

La majorité des équipes adressait entre 5 et 20 patients par an à une structure douleur. Par la suite, elles étaient globalement peu satisfaites des prises en charges proposées par ces structures.

Une fois le patient adressé, 3 (23.1%) des équipes travaillaient en coordination avec la structure, principalement par échange téléphonique. Une équipe réalisait une RCP dédiée avec la structure en question.

4. DISCUSSION

4.1 Synthèse des principaux résultats

Notre étude a identifié que 10 des équipes (77%) ayant participé à cette enquête avait des projets concernant la prise en charge de la douleur et qu'une majorité de ces équipes intégrait des professionnels formés à cette thématique. Néanmoins, seulement 4 des équipes interrogées (30.7%) étaient en cours de protocolisation de cette prise en charge.

Parmi les organisations et les projets en cours, nous avons mis en évidence des projets visant à intégrer des médecines alternatives, notamment par le biais de formation des professionnels à la méditation en pleine conscience, à l'art-thérapie ou à l'hypnose, ainsi que des projets d'éducation thérapeutique à la douleur menés de façon pluridisciplinaire par des kinésithérapeutes, des sophrologues et des psychologues. L'intégration des approches de pleine conscience semblent apporter des bénéfices sur la diminution de l'intensité de la douleur, sur la consommation journalière d'antalgiques par opioïdes ainsi que leur mésusage, sur la détresse émotionnelle et les symptômes de dépression²¹. D'autre part, l'approche biopsychosociale utilisée dans l'éducation thérapeutique a déjà fait ses preuves concernant la réduction de l'incapacité et de la douleur chez les patients souffrants de douleurs lombaires chroniques²² et est aujourd'hui plus largement recommandée par l'International Association for the Study of Pain (IASP) dans la prise en charge de tous les types de douleurs chroniques²³. Une expérimentation menée sur des Vétérans Américains souffrant de douleurs chroniques et reposant sur une prise en charge combinant des traitements antalgiques, des stratégies d'autogestion de la douleur incluant de l'éducation thérapeutique à la douleur et des techniques de relaxations ainsi qu'une prise en charge psychologique par thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a d'ailleurs montré l'intérêt d'une telle prise en charge puisque l'étude retrouvait une réduction de l'incapacité liée à la douleur ainsi que de son intensité²⁴.

Il est intéressant de constater que la notion de chronicité n'est pas évoquée parmi les raisons principales ayant amené les équipes à aborder la problématique de la douleur. Ceci est cohérent avec la sous-estimation de cette problématique en soins primaires²⁵ et interpelle sur la nécessité de reconnaître la douleur chronique comme un diagnostic à part entière qui impacte toutes les dimensions de la vie²⁶.

Dans notre travail, les équipes interrogées se sentaient le plus en difficulté dans la prise en charge des douleurs liées à la fibromyalgie et aux douleurs neuropathiques. Pourtant, il existe pour ces deux pathologies des recommandations claires. Pour la fibromyalgie, la prise en charge est bien explicitée dans les recommandations de l'European League Against Rheumatism de 2016²⁷. La première étape consiste à poser le diagnostic en se basant sur les critères revisités de 2010 de l'American College of Rheumatology²⁸, ce qui est en théorie à la portée du médecin généraliste. Cependant, il semblerait que certains médecins généralistes aient des difficultés à reconnaître les symptômes fonctionnels de la fibromyalgie. En effet, ces patients présentent fréquemment une intrication de maladies ou syndromes et un contexte psychosomatique pouvant pousser les soignants à minimiser leurs symptômes²⁹. Certains généralistes évoquent également un manque de formation concernant cette pathologie. Il semblerait que ces difficultés ressenties soient également liées aux réticences voire aux refus de la part des patients aux propositions thérapeutiques, notamment à la pratique d'activité physique qui est pourtant une des thérapeutiques à mettre en place en première intention selon les recommandations de l'EULAR. Un autre aspect de ces difficultés semble être lié aux représentations que peuvent avoir certains soignants vis-à-vis de ces patients, qu'ils décrivent comme exigeants (intransigeance sur la prescription de leur traitement, demandes de rendez-vous en urgence fréquentes, demandes d'examens complémentaires, consultations chronophages). Enfin, la fréquente multiplicité des plaintes de ces patients semble générer chez certains soignants la peur de méconnaître un diagnostic potentiellement grave. Les médecins généralistes ayant un rôle central dans l'articulation du parcours de soin des patients atteints de fibromyalgie, cet ensemble de difficultés peut entraîner chez certains médecins un sentiment de mise en échec et de frustration³⁰, et expliquer les difficultés ressenties par les équipes soignantes dans la prise en charge globale de ces patients.

De même pour les douleurs neuropathiques, il existe des recommandations françaises de 2020 présentant un algorithme prenant en compte l'ensemble des approches thérapeutiques validées dans ce type de douleur³¹. Cependant, ces recommandations ne sont pas toujours applicables en soins primaires. Pour la douleur neuropathique focale par exemple, les traitements proposés en première, deuxième et troisième intention sont à prescription initiale par un médecin de SDC. Ceci suppose donc qu'un patient présentant ce type de douleur doit être adressé rapidement en SDC, avec les problématiques de délais et de disponibilités des SDC que nous avons déjà évoquées. D'autre part, cette divergence entre recommandations et difficultés ressenties par les

soignants peut s'expliquer également par l'existence d'une part psychologique ou psychiatrique associée à ces douleurs, de comorbidités, par la iatrogénie et les difficultés d'acceptation du traitement par les patients³².

Concernant les douleurs dont la prise en charge n'était pas considérée comme une difficulté majeure par les professionnels interrogés, on retrouvait la migraine et l'endométriose, alors qu'il est décrit un défaut de prise en charge pour ces mêmes pathologies. En effet, 60% des patients migraineux ne sont pas reconnus en tant que tels par leur médecin généraliste et seulement un tiers de ceux qui le sont bénéficie d'une prise en charge adéquate³³. Pour l'endométriose, le retard moyen de diagnostic en France est estimé entre 7 et 9 ans³⁴. La prise en charge des douleurs pelviennes chroniques liées à l'endométriose, incluant les dyspareunies, nécessite selon la HAS des alternatives non médicamenteuses telles que la rééducation périnéale, le recours au sexologue ou au psychologue, l'ostéopathie, le yoga, l'acupuncture³⁵ qui sont peu proposées par les médecins généralistes, encore moins en première intention. D'autre part, le mécanisme neuropathique est rarement évoqué, ce qui limite la prescription de thérapies adaptées³⁶. On peut supposer que le manque de reconnaissance de ces pathologies en tant que telles et de formation concernant leur prise en charge participe à la divergence de résultats entre la littérature et le ressenti des équipes interrogées.

De même, la prise en charge des lombalgies a été évaluée comme relativement peu difficile par les équipes interrogées. Dans ses recommandations de 2019, la HAS met en avant l'approche biopsychosociale dans la prise en charge de ces patients. Elle détaille également les facteurs de risque de passage à la chronicité et recommande des questionnaires de dépistage de ces facteurs de risque³⁷. De plus, l'Assurance Maladie a lancé en 2017 une campagne pour lutter contre les idées reçues concernant la lombalgie. Elle a également mis en place une application mobile à destination du grand public avec des exercices et des conseils afin de préserver son dos. La campagne a par la suite été étendue au monde du travail avec une sensibilisation à destination des employeurs³⁸. On peut supposer que l'anticipation de la chronicité par les soignants, l'éducation des patients et des employeurs concernant cette pathologie participent à la facilitation de la prise en charge de la lombalgie.

Dans cette étude, l'addiction et la dépendance n'étaient pas ressenties comme des situations complexes à prendre en charge. Cependant, depuis 2004, la délivrance d'opioïdes forts a augmenté de 71% pour des douleurs chroniques non cancéreuses³⁹. D'autre part, les décès

imputables aux opioïdes ont augmenté de 146% entre 2000 et 2015, et le nombre d'hospitalisations liées à la prescription d'antalgiques opioïdes a augmenté de 167% entre 2000 et 2017⁴⁰. Le mésusage d'un médicament correspond à son utilisation en dehors de son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) ou en dehors des recommandations des sociétés savantes. Les données d'addictovigilance de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) décrivent des cas de mésusages pour tous les opioïdes les plus prescrits, majoritairement dans un contexte de douleur et avec une prédominance féminine⁴⁰. Pourtant, les recommandations de la HAS indiquent que les opioïdes ne doivent être envisagés dans la douleur chronique non cancéreuse que lorsque l'ensemble des autres propositions thérapeutiques ont été essayées, avec des limites claires de doses et de durée. Elle recommande un suivi rapproché avec une évaluation de l'amélioration de la qualité de vie, de la fonction et de l'intensité douloureuse, ainsi qu'un dépistage des troubles de l'usage⁴¹. Une revue systématique de 14 études sur le respect par les médecins des recommandations sur la prescription des médicaments opioïdes pour traiter la douleur chronique non cancéreuse a montré que la plupart des médecins ne suivaient pas ces recommandations. Notamment, l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la douleur pour adapter le traitement opioïde et le dépistage du mésusage avant puis pendant le traitement n'étaient pas pratiqués par la majorité des médecins de cette étude⁴². Le manque de dépistage de cette problématique addictive pourrait expliquer la divergence de résultats entre l'explosion de la dépendance, du nombre de morts imputables aux opioïdes et les résultats de notre étude.

La RCP entre l'équipe traitante et la SDC était la mesure jugée prioritaire par les équipes interrogées pour améliorer la prise en charge du patient douloureux chronique. Cet aspect de coordination entre l'équipe traitante et l'équipe de SDC prenant en charge le patient est imposé par la HAS aux SDC⁴³. De plus, le binôme médecin traitant/médecin de la SDC est mis en avant comme la référence du parcours de soin du patient douloureux chronique par la SFETD, basée sur la labellisation des structures de douleur chronique par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)⁴⁴. Cependant, cette étude a identifié que ce système n'était pour la plupart du temps pas fonctionnel, puisque seulement 23% des MSP adressant des patients en SDC bénéficiaient d'un travail en coordination avec la structure et uniquement une MSP réalisait des RCP avec cette structure.

D'autre part, la SFETD évoque le développement d'outils e-santé, tels que des applications à destination des patients, comme nécessaire pour l'évaluation multidimensionnelle et la gestion

de la douleur chronique⁴⁵. Dans notre étude, aucune des MSP interrogées ne considérait cet outil comme un aspect à prioriser pour améliorer la prise en charge de ces patients.

Les délais moyens pour avoir accès à une SDC dans cette étude sont identiques à ceux décrits dans la littérature⁴⁶.

Dans cette étude, le montant moyen de financement perçu par chaque MSP dans le cadre de leur SISA était de 61 780 euros. En 2017, le montant moyen perçu par une MSP était du même ordre (66 000 euros)⁴⁷.

4.2 L'exemple de la MSP de Port Sainte Marie-Prayssas

La MSP de Port Sainte Marie-Prayssas (Lot et Garonne) mène depuis 2019 une expérimentation de prise en charge de la douleur chronique coordonnée en milieu rural, dont le fonctionnement est basé sur celui des SDC, en partenariat avec le CHU de Bordeaux et le CH d'Agen. Un médecin généraliste référent douleur, titulaire d'un DIU Douleur, propose des consultations d'évaluation et de suivi, associé à deux infirmières d'éducation thérapeutique, trois kinésithérapeutes, trois psychologues, une ostéopathe et une sophrologue pour une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée. Une RCP trimestrielle est réalisée au sein de la MSP sur le thème de la douleur chronique. En 2021, ont été réalisées 190 consultations d'évaluation et entre 300 et 500 consultations de suivi⁴⁸.

Cette expérimentation semble répondre au problème d'accessibilité aux SDC tout en améliorant la coordination de la prise en charge du patient douloureux chronique en soins primaires.

4.3 Forces

Cette étude s'intéressait aux équipes de soins primaires dans leur ensemble. En effet, nous nous sommes intéressés à la coordination entre les professionnels d'une même équipe ainsi qu'à la coordination avec les structures de second recours du territoire. En ce sens, notre démarche de recherche était une démarche innovante en soins primaires avec la volonté de dépasser le cadre des pratiques mono-professionnelles⁴⁹.

Notre étude présente une certaine représentativité concernant le nombre moyen de professionnels composant les MSP, puisque les équipes interrogées étaient constituées en moyenne de 26 professionnels, pour une moyenne de 25 en Occitanie⁵⁰. De plus, les MSP

répondantes sont plutôt bien réparties sur le territoire régional puisque 9 des 13 départements étaient représentés dans cette étude.

Les équipes qui nous ont répondu étaient sous ACI depuis 2018 en moyenne. L'ACI permet notamment de valoriser le travail en équipe coordonnée, ce qui suppose que les MSP sous ACI ont des équipes pluriprofessionnelles matures avec une dynamique de projet. Les premières MSP sous ACI remontent à 2015⁵¹, les équipes répondantes faisaient donc plutôt parties des MSP considérées comme anciennes.

4.4 Limites

Cette étude présente un biais de sélection car les MSP ont été recrutées en utilisant les bases de données de la Fécop. Elle n'est donc pas représentative de l'ensemble des MSP du territoire de la région Occitanie.

Concernant le faible taux de réponse à notre questionnaire (13.1%), plusieurs pistes sont à évoquer. On peut supposer que ce taux de réponse est en partie lié à la méthode, puisqu'il était demandé aux MSP de réaliser une réunion avec les différents professionnels pour répondre au questionnaire, une modalité nécessaire afin d'étudier la coordination interprofessionnelle mais chronophage et imposant des contraintes organisationnelles. De plus, dans les freins à la réalisation du questionnaire, le manque de temps était la principale raison citée, notamment en lien avec les nombreuses obligations que doivent déjà remplir les MSP afin de justifier leur financement. Cette étude s'est également déroulée en plein contexte de réorganisation du système de santé, avec l'émergence des CPTS qui mobilisent les professionnels de santé libéraux⁵². Enfin, la situation épidémique Covid et la nécessité d'organiser la vaccination à grande échelle a participé à l'épuisement des professionnels de santé libéraux⁵³, laissant supposer une moindre disponibilité pour participer à ce projet de recherche. Le nombre d'équipes intéressées par la problématique est donc probablement proche du nombre d'équipes qui nous a répondu.

En soins primaires, le mode de financement des professionnels repose principalement sur la tarification à l'acte. Le temps passé en dehors du soin du patient n'est pas rémunéré, ce qui est aujourd'hui le cas du temps investi pour la recherche. Ceci ouvre donc la question de la faisabilité de la recherche en soins primaires, et notamment celle de l'intérêt d'un financement pour les MSP participant aux études.

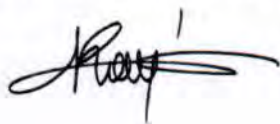
5. CONCLUSION

Cette enquête de pratique menée au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles de la région Occitanie a mis en évidence que 77% des équipes interrogées ont des projets concernant la prise en charge de la douleur et qu'une majorité de ces équipes intègre des professionnels formés à cette thématique. Néanmoins, seulement 30.7% de ces équipes sont en cours de protocolisation de cette prise en charge. D'autre part, le binôme médecin traitant/médecin de la Structure Douleur Chronique, mis en avant comme la référence du parcours de soin du patient douloureux chronique par la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, n'est pour la plupart du temps pas fonctionnel. En effet, seulement 23% des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles adressant des patients en Structure Douleur Chronique bénéficient d'un travail en coordination avec la structure.

L'accès aux Structures Douleur Chronique devenant de plus en plus difficile, il paraît urgent aujourd'hui de développer des modalités alternatives de prise en charge des patients douloureux chroniques. Cette étude montre que les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles de la région Occitanie ont potentiellement les ressources nécessaires pour répondre à ce besoin. Néanmoins, la prise en charge de ces patients reste à l'heure actuelle très peu coordonnée et protocolisée en soins primaires.

Basée sur l'exemple de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Port Sainte Marie-Prayssas, une expérimentation évaluant l'intérêt de postes avancés des structures douleur au sein de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles pourrait donc être envisagée dans la région Occitanie.

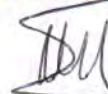
Lu et approuvé
Toulouse le 16 Avril 2023
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Toulouse le 17/04/2023

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



6. BIBLIOGRAPHIE

- 1 Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain*. 2001;89(2-3):175-180.
- 2 Raja S, Carr D, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain : concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-1982.
- 3 Treede RD, Rief W, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015 Jun;156(6):1003-1007.
- 4 Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008 Jun;136(3):380-387.
- 5 Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease : the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19-27.
- 6 Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain : an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021;397(10289):2082-2097.
- 7 Perrot S. Démographie et impact socio-économique de la douleur en France. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Livre Blanc de la Douleur. 2017. p37-41. Accès sur : https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf (dernier accès le 12/12/2022)
- 8 Bifulco L, Anderson DR, Blankson ML, et al. Evaluation of a Chronic Pain Screening Program Implemented in Primary Care. *JAMA Netw Open*. 2021;4(7):e2118495. Published 2021 Jul 1.
- 9 Waddell G, Newton M, Henderson I, et al. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993;52(2):157-68.
- 10 Piano V. Des soins de qualité, de proximité, pour tous les usagers. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Livre Blanc de la Douleur. 2017. P199-200. Accès sur : https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf (dernier accès le 12/12/2022)

- 11 Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. (2009) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf
- 12 Instruction N°DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relative à l'identification et au cahier des charges 2016 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/05/cir_40951.pdf
- 13 SFETD. Structures douleur chronique en France : Guide de bonnes pratiques. 2019
- 14 Perrot S. Les délais d'attente en consultation de la douleur. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Livre Blanc de la Douleur. 2017. P205-206. Accès sur : https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf (dernier accès le 12/12/2022)
- 15 Haute Autorité de Santé. Parcours de soins d'un patient douloureux chronique – Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine : HAS (2023). Accessible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218057/fr/parcours-de-soins-d-un-patient-douloureux-chronique-note-de-cadrage
- 16 Chevillard G, Mousquès J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? Irdes, Questions d'économie de la santé, 2020, 247.
- 17 Mousquès J, Daniel F. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centre de santé génère des gains en matières de productivité et de dépenses. IRDS, Questions d'économies de la santé. 2015 juin;(210):6
- 18 Fécop. (page consultée le 02.02.2023). Qui sommes-nous ?, [en ligne]. <https://www.fecop.fr/fecop/qui-sommes-nous>
- 19 Ministère de la Santé. (page consultée le 02.01.2023). Les maisons de santé, [en ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
- 20 Ministère de la Santé. (page consultée le 02.01.2023). L'exercice coordonné, [en ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>

- 21 Garland EL, Hanley AW, Nakamura Y, et al. Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement vs Supportive Group Therapy for Co-occurring Opioid Misuse and Chronic Pain in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2022;182(4):407-417.
- 22 van Erp RMA, Huijnen IPJ, Jakobs MLG, et al. Effectiveness of Primary Care Interventions Using a Biopsychosocial Approach in Chronic Low Back Pain : A Systematic Review. *Pain Pract.* 2019;19(2):224-241.
- 23 Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease : the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain.* 2019;160(1):19-27.
- 24 Bair MJ, Ang D, Wu J, et al. Evaluation of Stepped Care for Chronic Pain (ESCAPE) in Veterans of the Iraq and Afghanistan Conflicts : A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2015;175(5):682-689.
- 25 Bifulco L, Anderson DR, Blankson ML, et al. Evaluation of a Chronic Pain Screening Program Implemented in Primary Care. *JAMA Netw Open.* 2021;4(7):e2118495.
- 26 Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain : an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet.* 2021.
- 27 Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis.* 2017;76:318-328.
- 28 Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology. Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research.* 2010;62(5):600-610.
- 29 Nacu A, Benamouzig D. La fibromyalgie : du problème public à l'expérience des patients. *Santé publique.* 2010;22:551-562.
- 30 Ho-Ting-Fat L. Enquête sur la prise en charge de la fibromyalgie par les médecins généralistes : une uniformisation des pratiques est-elle possible ? [Thèse de Docteur en Médecine]. Faculté de Médecine, Université de Bordeaux ; 2017.

- 31 Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, et al. Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment for Neuropathic Pain : Short Form French Guidelines. *Revue Neurologique*. 2020;176:325-352.
- 32 Poucher AC, Di Patrizio P. Evolution des pratiques en médecine générale dans la prise en charge des douleurs neuropathiques. *Santé Publique*. 2016;28:505-516
- 33 Lanteri-Minet M, Geraud G. Epidemiology of migraine: French key descriptive data. *Rev Neurol* 2016; 172: 56-8
- 34 Réseau Ville Hôpital Endométriose. (page consultée le 20/12/2022). Qu'est-ce que l'endométriose ?, [en ligne]. <https://www.resendo.fr/endometrioise-a-savoir>
- 35 Haute Autorité de Santé. (page consultée le 20/12/2022). Prise en charge de l'endométriose, recommandation de bonne pratique [en ligne]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometrioise
- 36 Ohayon S. Prise en charge des douleurs liées à l'endométriose par le Médecin Généraliste : enquête de pratique auprès de médecins généralistes installés en Alsace et en Ile-de-France [Thèse de Docteur en Médecine]. Paris : Faculté de Médecine, Université de la Sorbonne ; 2022.
- 37 Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Recommandations de bonne pratique, [en ligne]. 2019 https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune (dernier accès le 26/02/2023)
- 38 Assurance Maladie. Campagne de sensibilisation au mal de dos, [en ligne]. 2022 <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/sensibilisation-lombalgie> (dernier accès le 26/02/2023)
- 39 Chenaf et coll. Trends in opioid analgesic use, doctor shopping and mortality in France from 2004 to 2014. *Fundam Clin Pharmacol*, 2016 april; 30(S1):30
- 40 Agence Nation de Sécurité du Médicament et des produits de santé. État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. 2019
- 41 Haute Autorité de Santé. Traitement antalgique opioïde de la douleur chronique non cancéreuse. Recommandations de bonnes pratiques, [en ligne]. 2022 https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune

- sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/traitement_antalgique_opioide_de_la_douleur_chronique_non_cancereuse_-_fiche.pdf (dernier accès le 26/02/2023)
- 42 Tournebize J, Gibaia V, Muszcak A, et al. Are Physicians safely prescribing opioids for chronic noncancer pain ? A systematic review of current evidence. *Pain Practice*. 2016 Mar;16(3):370-83.
- 43 Haute Autorité de Santé. (page consultée le 13/04/22). Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1247611/fr/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalises-pour-les-malades-chroniques
- 44 Ministère des affaires sociales et de la santé. (page consultée le 20/08/2022). Instruction N°DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relative à l'identification et au cahier des charges 2016 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique, [en ligne]. <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2021/02/2016-INSTRUCTIONS-DGOS-du-23-mai-2016-candidature-pour-renouvellement-SDC-en-2017.pdf>
- 45 Eschalié A, Corteval A, Authier N. E-santé et Douleur, Optimiser le parcours de soins du patient douloureux chronique en développant la e-santé. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Livre Blanc de la Douleur. 2017. P195-196. Accès sur : https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf (dernier accès le 12/12/2022)
- 46 Perrot S. Les délais d'attente en consultation de la douleur. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Livre Blanc de la Douleur. 2017. P205-206. Accès sur : https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf (dernier accès le 12/12/2022)
- 47 Assurance Maladie. Développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : un soutien financier. Communiqué de presse du 4 juin 2018, [en ligne] <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2018-06-04-cp-remuneration-maisons-pluri-professionnelles-msp.pdf> (dernier accès le 26/02/2023)
- 48 Kempler R, Nammathao B. L'expérience de la Maison de santé pluriprofessionnelle de Port Sainte Marie-Prayssas, [poster]. 22^e Congrès national de la SFETD, 11/2022.

- 49 Verga-Gérard A, Le groupe Soins primaires du réseau Recherche en épidémiologie clinique et en santé publique (RECaP). Les soins primaires : une définition du champ pour développer la recherche. Rev Epidemiol Sante Publique. 2018;66(2):157-162.
- 50 Direction de la Coordination de la Gestion Du Risque (DCGDR) Occitanie, données non rendues publiques, accès via la Fécop.
- 51 Légifrance. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. JORF n°0049 du 27 février 2015
- 52 Ministère des affaires sociales et de la santé. (page consultée le 14/02/2023). Instruction N°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=41637>
- 53 Vignaud P, Prieto N. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care professionals. Actual Pharm. 2020 Oct; 59(599): 51–53.

7. ANNEXES

7.1 Annexe 1. Carte de la répartition des MSP répondantes



7.2 Annexe 2. Composition totale des professionnels des MSP répondantes

MSP	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
Médecin	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Infirmier	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Kinésithérapeute	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coordinateur		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Psychologue	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X
Sage-femme		X	X	X	X		X	X	X	X	X		X
Pharmacien			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Dietéticien		X	X	X	X		X	X	X		X	X	X
Orthophoniste	X	X		X		X	X	X		X		X	X
Podologue	X	X	X	X	X		X			X	X	X	
Asalée	X	X	X	X	X	X		X					X
Dentiste							X	X		X	X		X
Psychomotricien		X			X			X					X
Orthoptiste		X				X							X
IPA									X	X			
Autre	Audioprothésiste		ADMR	Ergothérapeute			Sophrologue	Chiropracteur, Pnéritulnce			Pédopsychiatre, Biologiste	Ostéopathe	Ostéopathe
Nb total de professionnels par MSP	10	29	18	49	30	20	15	23	16	32	30	32	29

7.3 Annexe 3. Affiche utilisée lors du « Coll'Occ en Soins Primaires »



LA RECHERCHE EN SOINS PRIMAIRES VOUS
INTÉRESSE ? PARTICIPEZ À L'ÉTUDE

MSP-DOL

UNE ÉTUDE D'ÉVALUATION DES
PRATIQUES DANS LES MSP
D'OCCITANIE

DOULEUR CHRONIQUE-
COORDINATION-SOINS PRIMAIRES



DANS LE CADRE DE LA THÈSE DE JULIE SONGEON,
INTERNE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

7.4 Annexe 4. Questionnaire

Questionnaire MSP-DOL

Prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée des patients atteints de douleurs chroniques dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles de la région Occitanie : évaluation des pratiques actuelles

Ce travail de recherche est issu d'une collaboration entre le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Toulouse, l'Université Toulouse Jean Jaurès et la Fécop.

Il s'intègre dans le cadre de la Thèse d'exercice de Julie Songeon, Interne de Médecine Générale.

L'objectif est de réaliser un état des lieux des pratiques professionnelles et des projets dans les MSP de la région Occitanie concernant le parcours de soins des patients souffrant de douleurs chroniques, la coordination des équipes et l'articulation ville-hôpital.

Les données collectées seront colligées, anonymisées et ne seront pas analysées individuellement. Elles seront conservées 5 ans.

Vous avez la possibilité de vous rétracter à tout moment. Merci de nous en informer à l'adresse suivante : cetd.chu.toulouse@gmail.com

L'accord de la CNIL a été obtenu au préalable.

Certaines questions sont obligatoires, si vous ne savez/pouvez pas répondre, merci de noter 88888 à la place d'un chiffre.

Julie Songeon, Interne en Médecine Générale

Dr Antoine Elyn, Médecin généraliste & Algologue, CHU Toulouse & MSP Nailloux - St Léon

Bruno Bastiani, Université Toulouse Jean Jaurès

Dr Michel Dutech, Président de la Fécop

Manon Raynal, Directrice de la Fécop

Partie I. Informations générales concernant votre MSP

Ia. Nom de la MSP : _____

Ib. Adresse de la MSP :

Ic. Coordonnées de la MSP : *téléphone et adresse mail du coordinateur*

Id. Date de création de votre MSP ? *Merci de compléter la date au le format suivant :*
01/01/AAAA

01 / 01 / ____

Ie. Date de perception du premier ACI de votre MSP ? *Merci de compléter la date au le format suivant : 01/01/AAAA*

01 / 01 / ____

If. Quelles professions composent votre MSP ? *Cochez-la ou les case(s) correspondante(s)*

<input type="checkbox"/> Asalée	<input type="checkbox"/> Coordinateur	<input type="checkbox"/> Dentiste	<input type="checkbox"/> Diététicien
<input type="checkbox"/> Infirmier	<input type="checkbox"/> Infirmier de Pratique Avancée	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Médecin
<input type="checkbox"/> Orthophoniste	<input type="checkbox"/> Orthoptiste	<input type="checkbox"/> Pharmacie	<input type="checkbox"/> Pédicure- Podologue
<input type="checkbox"/> Psychologue	<input type="checkbox"/> Psychomotricien	<input type="checkbox"/> Sage-femme	<input type="checkbox"/> Autre (Précisez : ----- -----)

Ig. Combien de professionnels interviennent dans la MSP ?

Ih. Combien de patients sont régulièrement suivis par la MSP ? *File active*

Ii. Combien de temps de coordination est financé par mois ? *Pourcentage d'un équivalent temps plein*

Ij. Quel montant de financement (en €) avez-vous perçu pour l'exercice 2020 ?

----- €

Ik. Combien de RCP avez-vous réalisé sur l'année 2020 ?

II. Combien de protocole avez-vous rédigé sur l'année 2020 ?

Im. Combien d'action de santé publique avez-vous réalisé sur l'année 2020 ?

In. Votre MSP est-elle constituée en SISA ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Io. Comment vous êtes vous organisés pour recueillir les données de la MSP et réaliser le questionnaire ?

<input type="checkbox"/> Temps dédié formalisé lors d'une réunion pluriprofessionnelle
<input type="checkbox"/> Temps dédié individuel avec chacun des professionnels de la MSP
<input type="checkbox"/> Temps pris de manière informelle
<input type="checkbox"/> Autre -----

Partie II. Travail pluriprofessionnel, coordination et projets autour de la douleur

IIa. Dans votre équipe, y-a-t-il un (des) professionnel(s) formé(s) à la prise en charge de la douleur ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

IIb. Si oui, de quelle formation a-t-il (ont-ils) bénéficié(s) ? *Cochez-la ou les case(s) correspondante(s)*

<input type="checkbox"/> DU / DIU	<input type="checkbox"/> Capacité	<input type="checkbox"/> DESC	<input type="checkbox"/> Formation interne à un établissement de santé
<input type="checkbox"/> Formation personnelle (MOOC, congrès, etc.)	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Autre : _____ _____	

IIc. Comment la question de la prise en charge de la douleur s'est-elle concrétisée dans votre MSP ? *Cochez la ou les case(s) correspondante(s)*

<input type="checkbox"/> RCP	<input type="checkbox"/> Protocole	<input type="checkbox"/> Formation d'équipe	<input type="checkbox"/> Formulaire spécifique dans le logiciel métier
<input type="checkbox"/> Rien n'a été formalisé pour l'instant	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Autre : _____ _____	

IId. Depuis quand travaillez-vous sur cette thématique ? *Merci de compléter la date avec le format suivant : 01/01/AAAA*

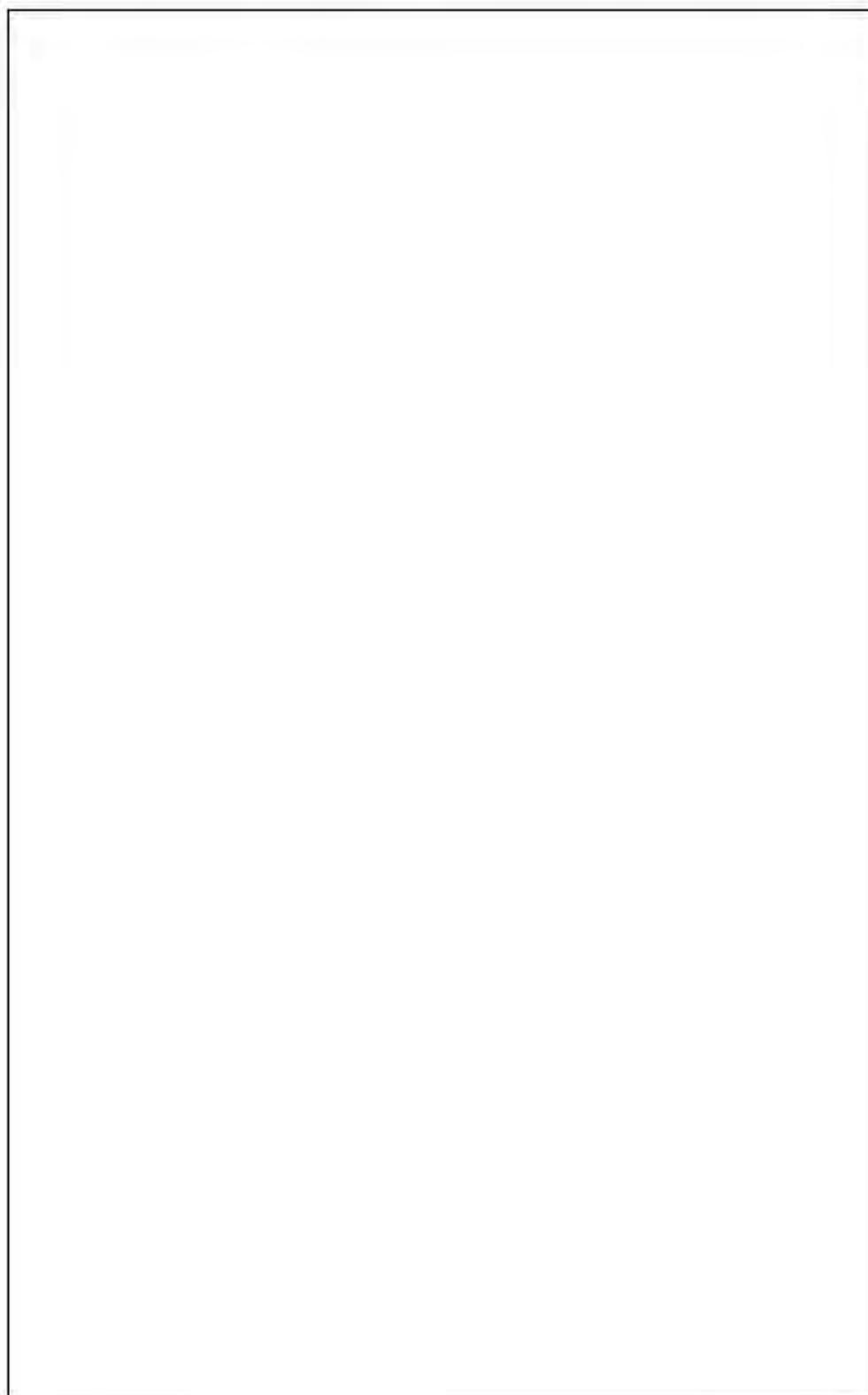
01/01/ _____

IIe. Quelles sont les types de douleurs sur lesquels vous avez travaillé ? *Cochez la ou les case(s) correspondante(s)*

<input type="checkbox"/> Douleurs du cancer	<input type="checkbox"/> Troubles musculosquelettiques	<input type="checkbox"/> Céphalée / Migraines / Douleurs dentaires	<input type="checkbox"/> Fibromyalgie
<input type="checkbox"/> Endométriose	<input type="checkbox"/> Rachialgies dont lombalgie commune	<input type="checkbox"/> Douleurs neuropathiques (ex. zona)	<input type="checkbox"/> Douleur en EHPAD ou en Gériatrie
<input type="checkbox"/> Douleur en soins palliatifs et en fin de vie	<input type="checkbox"/> Douleurs liées aux soins (ex. escarres, ulcère, plaies)	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Autre (Précisez : -----)

IIf. Citez les raisons principales vous ayant amené à aborder cette problématique

IIg. Si vous souhaitez nous en dire plus sur ce que vous avez pu mettre en place ou des projets que vous pourriez projeter sur cette thématique

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to provide additional information or project ideas related to the topic.

Partie III. Prise en charge des patients atteints de douleur chronique

IIIa. Quel(s) est (sont) le(s) professionnel(s) de la MSP qui est(sont) impliqué(s) dans la prise en charge de ces patients ? *Cochez la ou les case(s) correspondante(s)*

<input type="checkbox"/> Asalée	<input type="checkbox"/> Coordinateur	<input type="checkbox"/> Dentiste	<input type="checkbox"/> Diététicien
<input type="checkbox"/> Infirmier	<input type="checkbox"/> Infirmier de Pratique Avancée	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Médecin
<input type="checkbox"/> Orthophoniste	<input type="checkbox"/> Orthoptiste	<input type="checkbox"/> Pharmacie	<input type="checkbox"/> Pédicure - Podologue
<input type="checkbox"/> Psychologue	<input type="checkbox"/> Psychomotricien	<input type="checkbox"/> Sage-femme	<input type="checkbox"/> Autre (Précisez : _____)

IIIb. De 0 à 5, évaluer la difficulté que représente la prise en charge des patients souffrant des problématiques suivantes :

<u>Pathologie</u>	1 <i>Pas de difficulté ressentie</i>	2	3	4 <i>Difficulté majeure</i>	Ne se prononce pas
Lombalgies ou autres rachialgies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles musculosquelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endométriose ou autres douleurs pelvi-périnéales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraines ou autres céphalées (dont douleurs dentaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur du cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs neuropathiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fin de vie et soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs liées aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IIIc. Quel aspect prioriseriez-vous pour améliorer la coordination et la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques dans votre MSP ? *Une seule réponse possible*

<input type="checkbox"/> Ateliers spécifiques d'éducation thérapeutique
<input type="checkbox"/> Prise en charge remboursée pour l'accompagnement psychologique des patients
<input type="checkbox"/> RCP "Equipe traitante - Centre spécialisé Douleur"
<input type="checkbox"/> Application E-Santé à destination des patients
<input type="checkbox"/> Groupe d'Activité Physique Adaptée
<input type="checkbox"/> Outils de communication pour améliorer la coordination intra- ou extra-équipe
<input type="checkbox"/> Formations spécifiques pour l'équipe
<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<input type="checkbox"/> Autre : <i>précisez</i> _____

IIId. Concernant les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients atteints de douleur en général, évaluez le degré de complexité pour chacune des propositions suivantes :

<u>Difficultés</u>	1 <i>Peu ou pas de complexité</i>	2	3	4 <i>Très grande difficulté</i>	Ne se prononce pas
Souffrances psychologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retentissement socio-professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité/éloignement des structures spécialisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addiction/dépendance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nomadisme (absence de continuité de soins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie IV. Coordination ville - hôpital concernant la douleur chronique

IVa. En cas de besoin, vers quel(s) structure(s) adressez-vous ces patient(s) ?

<input type="checkbox"/> Consultation spécialisée Douleur
<input type="checkbox"/> Structure Douleur Chronique (SDC)
<input type="checkbox"/> Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD)
<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<input type="checkbox"/> Autre : <i>précisez</i> _____

IVb. Quels sont les délais de prise en charge sur cette structure ?

<input type="checkbox"/> < 3 mois
<input type="checkbox"/> [3 - 6[mois
<input type="checkbox"/> [6 - 12[mois
<input type="checkbox"/> > ou égal à 12 mois
<input type="checkbox"/> Ne sais pas

IVc. En moyenne, combien de patient par an adressez-vous en structure douleur ? *Faire la somme des moyennes des professionnels qui adressent.*

<input type="checkbox"/> < 5
<input type="checkbox"/> 5 - 9
<input type="checkbox"/> 10 - 20
<input type="checkbox"/> > 20
<input type="checkbox"/> Ne sais pas

IVd. De manière générale, êtes-vous satisfaits des prises en charge proposées par ces structures spécialisées ?

	1	2	3	4		Ne se prononce pas
<i>Non, pas du tout</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Oui, tout à fait</i>	<input type="checkbox"/>

IVe. Une fois votre patient adressé en structure douleur, travaillez-vous en coordination avec cette structure ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

IV.f Si oui, sous quelle(s) formes(s) échangez-vous avec cette structure ?

<input type="checkbox"/> Echange par mail
<input type="checkbox"/> Echange téléphonique
<input type="checkbox"/> RCP dédiée
<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<input type="checkbox"/> Autre : <i>précisez</i> _____

Partie V. Pour terminer

V.a Les résultats de cette étude seront communiquées aux MSP intéressées par mail. Souhaitez-vous être informé des résultats de cette enquête ?

☐ Oui ☐ Non

Vb. Acceptez-vous d'être sollicités à nouveau sur cette thématique ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

AUTEUR : Julie SONGEON

TITRE : Prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée des patients atteints de douleurs chroniques dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles de la région Occitanie : Etat des lieux des pratiques actuelles

DIRECTEURS DE THESE : Antoine ELYN et Bruno BASTIANI

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : 22 Mai 2023, Faculté de Médecine de Rangueil, Route de Narbonne, Toulouse

Introduction : La Douleur Chronique (DC) est définie par une douleur de plus de 3 mois. En France, on estime que 30% de la population est atteinte de DC. Moins de 3% de ces patients bénéficient d'une consultation en Structure DC (SDC). L'exercice pluriprofessionnel coordonné en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) semble adapté pour accompagner les patients atteints de DC. L'objectif principal était d'évaluer les pratiques et d'estimer la prévalence des MSP de la région Occitanie qui ont concrétisé la prise en charge de la DC dans leur organisation.

Méthode : Etude quantitative transversale, de type enquête de pratique par questionnaire (janvier-juillet 2022). Questionnaire à remplir lors d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), un seul questionnaire par MSP attendu.

Résultats : Sur 99 MSP éligibles, 13 ont répondu au questionnaire. 10 des MSP (77%) avaient des projets concernant la prise en charge de la douleur et intégraient des professionnels formés à la douleur, mais seulement 4 MSP étaient en cours de protocolisation de cette prise en charge. Les MSP ont travaillé sur les rachialgies (61.5%), les douleurs neuropathiques (53.8%), les douleurs en soins palliatifs (53.8%), les douleurs liées au cancer (53.8%) et les douleurs liées aux soins (53.8%). Elles se sentaient le plus en difficulté dans la prise en charge des douleurs liées à la fibromyalgie (92%), des douleurs neuropathiques (92%) et des douleurs de cancer (77%). Les MSP priorisaient la mise en place de RCP entre l'équipe traitante et une SDC, de formations spécifiques pour l'équipe et d'ateliers spécifiques d'éducation thérapeutique. Les MSP adressaient leurs patients vers les consultations spécialisées douleur ou les SDC en CH/clinique (84.6%) ou les Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (38.5%) pour des délais de prise en charge compris entre 3 et 6 mois. Elles adressaient entre 5 et 20 patients par an à ces structures et étaient globalement peu satisfaites des prises en charges proposées. Trois MSP travaillaient en coordination avec la SDC.

Conclusion : Les MSP de la région Occitanie ont potentiellement les ressources nécessaires pour répondre au besoin d'alternatives aux SDC dans la prise en charge du patient douloureux chronique. La prise en charge de ces patients reste à l'heure actuelle très peu coordonnée et protocolisée en soins primaires.

Multi-professional and coordinated management of patients with chronic pain in the Multi-professional Health Centers of the Occitanie region : an overview of current practices

Introduction : Chronic Pain (CP) is defined as a type of pain lasting for more than 3 months. In France, it is estimated that 30% of the population suffers from CP. Less than 3% of those patients benefits from a medical consultation in a CP Structure (CPS). Coordinated multi-professional practice in a Multi-professional Health Center (MHC) seems to be adapted to treat patients suffering from CP. The main objective was to evaluate the practices and estimate the prevalence of MHC in the Occitanie region that have implemented CD management in their organization.

Method : Cross-sectional quantitative study, of the type of practice survey by questionnaire (January-July 2022). Questionnaire to be filled during a Multidisciplinary Consultation Meeting (MCM). One questionnaire per MHC was expected.

Results : Among 99 eligible MHC, 13 have responded to the survey. 10 MHC (77%) had projects concerning pain management and included professionals trained in pain management, however only 4 of those MHC were in the process of protocolizing this management. Those MHC have worked on back pain (61.5%), neuropathic pain (53.8%), palliative care pain (53.8%) cancer-related pain (53.8%) and medical care-related pain (53.8%). They estimated to encounter the most difficulty caring for fibromyalgia pain (92%), neuropathic pain (92%) and cancer-related pain (77%). The MHC prioritized the implementation of MCM between the treating team and a CPS, specific training for the team and specific therapeutic education workshops. The MHC referred their patients to specialized pain consultations or CPS in hospitals/clinics (84.6%) or to Pain Assessment and Treatment Centers (38.5%) for treatment within 3 to 6 months. They referred between 5 and 20 patients per year to these structures and were generally not very satisfied with the care offered. Three MSPs worked in coordination with the CPS.

Conclusion : The MHC in the Occitanie region potentially have the resources to respond to the need for alternatives to the CPS in the management of chronic pain patients. The management of these patients currently remains poorly coordinated and protocolized in primary care.

Mots-Clés : douleur chronique, coordination, soins primaires, pluridisciplinaire

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France