



Douleur chronique et soins primaires : Freins et leviers à l'adressage hospitalier

Retour d'expérience en région Hauts-de-France

INTRODUCTION

Le médecin généraliste est en **première ligne** face à la douleur chronique.

Une **minorité de patient-e-s** accède à l'offre hospitalière.

La **décision d'adressage**, vers l'algologie hospitalière, reste mal connue.

QUESTION DE RECHERCHE

Quels sont les **freins et leviers** à l'adressage en structure douleur hospitalière, depuis la médecine générale ?

OBJECTIFS

- Identifier les facteurs décisionnels d'adressage.
- Comparer la littérature et les pratiques cliniques.
- Accompagner le parcours de santé "douleur chronique" .

METHODE

Revue narrative de la littérature internationale.

Focus groups de médecin généralistes de la région Hauts-de-France.

MATERIEL

6 focus groups organisés entre juin et septembre 2023.

Accueil par les **Groupe Qualité** de médecine générale.

Total de **41 médecins généralistes** participants.

Praticiens actifs dans l'**Aisne, le Nord, l'Oise et le Nord-Pas-de-Calais**.

RESULTATS : MATRICE DECISIONNELLE D'ADRESSAGE

Dans le colloque singulier

FACTEURS LEVIERS

- Douleur – Aide au diagnostic (patho. spécifique / polypatho.)
- Douleur – Aide à l'évaluation
- Douleur – Urgence douloureuse (cancer, zona, trigéminale...)
- Patient – Demande personnelle d'adressage
- Patient – Comorbidité psychiatrique / psychologique
- Patient – Défiance envers le MG
- MG – Absence de formation en algologie
- MG – Existence d'une formation en algologie
- MG – Sentiment d'usure / d'épuisement / d'isolement
- MG – Sentiment d'échec thérapeutique
- MG – Précédent réussi d'adressage en SDC
- MG – Manque de temps en consultation
- MG – Adressage précoce pour éviter au patient un sentiment d'abandon
- Thérapeutique – Aide à la stratégie thérapeutique
- Thérapeutique – Aide au choix pharmacologique
- Thérapeutique – Impasse thérapeutique
- Thérapeutique – Pharmacorésistance / Intolérance / Addiction
- Thérapeutique – Besoin d'une PEC pluridisciplinaire
- Thérapeutique – Besoin d'une PEC conjointe (suivi inclus)
- Thérapeutique – Désaccord MG / patient sur la PEC
- Thérapeutique – Objectif de reprise du travail (AT long)



Hors du colloque singulier

FACTEURS FREINS

- Douleur – Adressage trop tardif / « situation désespérée »
- Douleur – Doute du MG sur une origine organique de la douleur
- Patient – Satisfaction de la prise en charge par le MG
- Patient – Refus d'adressage en SDC
- Patient – Méconnaissance de l'offre de santé en SDC
- MG – Difficulté de formulation des attentes vis-à-vis de la SDC
- MG – Perception de la SDC comme « exclusivement soins palliatifs »
- MG – Perception de la SDC comme « complexe et chronophage »
- MG – Crainte d'un jugement négatif de la SDC sur la PEC de ville
- MG – Perception d'abandon du patient par l'adressage en SDC
- MG – Précédent non réussi d'adressage en SDC
- MG – Crainte de « perdre son patient » au bénéfice de la SDC
- Thérapeutique – MG considérant que la PEC de ville est suffisante
- Thérapeutique – MG doutant de l'efficacité de la PEC en SDC

- Support – Outil d'aide à la décision d'adressage
- Support – Autre spécialiste favorable à l'adressage
- Support – Existence de relations confraternelles MG / SDC
- Offre sanitaire – Réseau douleur présent sur le territoire
- Offre sanitaire – Pénurie de spécialistes de ville (neuro, rhumato...)
- SDC – Proximité géographique
- SDC – Offre de formation des MG à l'algologie
- SDC – Existence d'un accès accéléré / coupe-fil
- SDC – Offre de traitement spécifique (médicamenteux ou non)
- SDC – Offre thérapeutique innovante
- SDC – Offre de soins sans reste à charge
- Support – Absence de relations confraternelles MG / SDC
- Support – Barrage du secrétariat de la SDC
- Support – Pesanteur administrative des formalités d'accès
- Offre sanitaire – Absence de SDC
- Offre sanitaire – Eloignement de la SDC
- Offre sanitaire – Préférence pour un spécialiste de ville (neuro, rhumato...)
- SDC – Hétérogénéité des PEC entre les SDC
- SDC – Absence de labellisation
- SDC – Difficultés de coordination de PEC entre MG et SDC
- SDC – Absence de retour vers le MG (ex. : CRH)
- SDC – Absence de prise en compte des examens réalisés par le MG
- SDC – Délai d'accès trop long
- SDC – Créneaux de rendez-vous non adaptés au patient
- SDC – Reste à charge non supportable par le patient
- SDC – Faible effectif médical dans la structure

DISCUSSION

Cette étude identifie les **facteurs d'adressage**, depuis la médecine générale, vers une « structure douleur » hospitalière.

On identifie plusieurs **catégories de facteurs décisionnels** :

- Relatifs à l'espace-temps du colloque singulier
- Relatifs à l'offre territoriale de santé

Les **forces** de l'étude sont : son caractère innovant et participatif.

Les **limites** de l'étude sont : des biais de recrutement et de classement.

Les **perspectives** de l'étude concernent :

- Le **pilote en santé publique** : déploiement du « parcours de santé » douleur chronique » (HAS)
- La **pratique clinique** en médecine générale :
 - documenter les outils d'aide à la décision d'adressage
 - prioriser les patient-e-s motivant un adressage hospitalier
 - alimenter les formations en algologie (internat ; DU / DIU ; Capacité...)