



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

21 DEC. 2006

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale



par

Isabelle PIFFER

Le 23 Octobre 2006

Enquête d'évaluation de la formation et des connaissances des internes en
Médecine sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte.

Examineurs de la thèse :

M. Gérard BARROCHE	Professeur	Président
M. Thierry CONROY	Professeur	Juge
M. Hervé BOUAZIZ	Professeur	Juge
M. Philippe LONCHAMP	Docteur en Médecine	Juge
Mme. Catherine LAMOUILLE	Docteur en Médecine	Juge

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université: Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine: Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle:

du 2^{ème} Cycle:

du 3^{ème} Cycle:

de la Vie Facultaire :

M le Docteur François ALLA

M le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M le Professeur Marc BRAUN

M le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN - Jean LOCHARD - René HERBEUVAL - Gabriel FAIVRE - Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER - Paul SADOUL - Raoul SENAULT

Jacques LACOSTE - Jean BEUREY - Jean SOMMELET - Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX - Michel MANCIAUX - Paul GUILLEMIN - Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN - Claude CHARDOT - Jean-Bernard DUREUX - Jean DUHEILLE - Jean-Pierre GRILLIAT

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE - Robert FRISCH - Michel PIERSON - Jacques ROBERT

Gérard DEBRY - Pierre TRIDON - Michel WAYOFF - François CHERRIER - Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Jean PREVOT - Jean FLOQUET

Alain GAUCHER - Michel LAXENAIRE - Michel BOULANGE - Michel DUC - Claude HURIET - Pierre LANDES

Alain LARCAN - Gérard VAILLANT - Daniel ANTHOINE - Pierre GAUCHER - René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ - Jacques LECLERE - Francine NABET - Jacques BORRELLY

Michel RENARD - Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET - Marie-Claire LAXENAIRE - Adrien DUPREZ - Paul VERT

Philippe CANTON - Bernard LEGRAS - Pierre MATHIEU - Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER - Gilbert THIBAUT

Michel WEBER - Gérard FIEVE - Daniel SCHMITT - Colette VIDAILHET - Alain BERTRAND - Hubert GERARD

Jean-Pierre NICOLAS - François PENIN - Michel STRICKER - Daniel BURNEL - Michel VIDAILHET - Claude BURLET

Jean-Pierre DELAGOUTTE - Jean-Pierre MALLIE - Danièle SOMMELET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section: MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section: (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section: (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section: (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section: BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section: (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE - Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section: (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD - Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section: BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section: (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section: (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL - Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section: (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section: MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIENE

1^{ère} sous-section: (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section: (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section: (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section: SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section: (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section: (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET - Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section: (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section: (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER - Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section: CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section: (*Hématologie; transfusion*)

Professeur Christian JANOT - Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN - Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section: (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY - Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section: (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section: (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHESIOLOGIE, REANIMATION, MEDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section: (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section: (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section: (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section: (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE - Professeur Gérard GAY - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section: PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section: (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section: (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section: (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section: PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section: (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL - Professeur Isabelle VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section: (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section: (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ - Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section: (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section: PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section: (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section: (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section: (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX - Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section: (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section: MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section: (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section: (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section: (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER - Professeur Dominique HESTIN (Mme) - Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section: (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN - Professeur Jacques HUBERT - Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section: MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section: (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET - VAUTRIN - Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY - Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section: (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54^{ème} Section: DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section: (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section: (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section: (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER - Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Patricia BARBARINO - Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section: (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA - Professeur Marc KLEIN - Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section: PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section: (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section: (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section: (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section: BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section: MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section: (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section: (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section: (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section: BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section: BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section: (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK - Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN - Docteur Bernard NAMOUR - Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section: (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT - Docteur Nicole LEMAU de TALANCE - Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

4^{ème} sous-section: (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section: MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1^{ère} sous-section: (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)
Docteur Francine MORY - Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX - Docteur Véronique VENARD
2^{ème} sous-section: (*Parasitologie et mycologie*)
Docteur Marie-France BIAVA - Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section: SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1^{ère} sous-section: (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)
Docteur François ALLA – Docteur Alexis HAUTEMANIERE
4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)
Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section: CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1^{ère} sous-section: (*Hématologie ; transfusion*)
Docteur François SCHOONEMAN
3^{ème} sous-section: (*Immunologie*)
Docteur Anne KENNEL
4^{ème} sous-section: (*Génétique*)
Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section: ANESTHESIOLOGIE, REANIMATION, MEDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE**
1^{ère} sous-section: (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)
Docteur Jacqueline HELMER - Docteur Gérard AUDIBERT
3^{ème} sous-section: (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)
Docteur Françoise LAPICQUE - Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

**49^{ème} Section: PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**
5^{ème} sous-section: (*Médecine physique et de réadaptation*)
Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section: DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**
5^{ème} sous-section: (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section: SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} Section: CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE
Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} Section: SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} Section: MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section: GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK - Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} Section: BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} Section: BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS - Monsieur Pierre TANKOSIC - Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} Section: BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} Section: BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean- Marc BOIVIN

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF - Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT - Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON - Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT - Mme le Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Jean FLOQUET - Professeur Claude CHARDOT - Professeur Michel PIERSON - Professeur Alain BERTRAND
Professeur Daniel BURNEL - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude PERRIN – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRASBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh- Ville (VIÊTNAM)*

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Gérard BARROCHE

Professeur de Neurologie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Votre expérience et vos qualités humaines ont été pour nous un exemple.

Nous vous remercions pour l'aide que vous nous avez apportée dans l'élaboration de ce travail.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Thierry CONROY

Professeur de Cancérologie Clinique

Vous nous avez fait l'honneur d'être membre du jury de notre thèse.

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde admiration.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur d'Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale

Vous nous faites l'honneur d'être membre du jury de notre thèse.

Soyez remercié de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

Recevez ici le témoignage de notre respectueuse considération.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Philippe LONCHAMP

Docteur de Neurologie

Nous vous remercions d'avoir accepté la direction de cette thèse.

Nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance pour l'aide, le temps que vous nous avez consacrés et la disponibilité dont vous avez fait preuve.

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordé.

Vos conseils et vos encouragements nous ont été précieux.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Catherine LAMOUILLE

Docteur de Médecine Générale

Ta présence dans ce jury est pour nous un honneur et un grand plaisir.

Nous te remercions pour tes précieux conseils et ta disponibilité.

Ton soutien et tes encouragements nous ont été d'une grande aide.

REMERCIEMENTS

A mes parents,
Pour leur soutien inconditionnel et leur présence de chaque instant.
Avec tout mon amour.

A ma sœur Anne,
Pour ton amour sans faille....

A mon frère Alexandre,
Ton tour viendra...

A ma grand-mère Jeanne,
Tu avais tant attendu ce moment...

A mes regrettés grands-parents Jean, Roger et Thérèse et à mon oncle Jean-Jacques trop
tôt disparus,
C'est à vous que je dédie ce travail.

A mon oncle André,
Pour sa précieuse collaboration dans cette aventure.

Et à tous les autres membres de la famille...

A mes amis,

A Cyril, sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

Merci d'avoir relevé ce défi avec moi.

Qu'il marque pour toi le début d'une nouvelle aventure.

A mon ami Fabien,

Pour ton amitié inconditionnelle.

A toi Franck,

Pour ta patience et ton soutien.

Le meilleur reste à venir....

A mes amis messins, Dudu, Anne-So et les autres...

Pour votre soutien et vos encouragements.

Que l'aventure continue...

A tous mes amis nancéiens,

En souvenir des grands moments partagés ensemble....

Aux amis de toujours, et aux autres.....

A Mme le Dr Massard,

Votre compréhension et votre soutien m'ont été indispensables.

En espérant pouvoir travailler encore longtemps avec vous.

Aux Drs Gauchotte et Mayot,

Pour m'avoir soutenue dans mon projet professionnel.

Cette année passée en votre compagnie a été une expérience très enrichissante.

A toute l'équipe médicale et paramédicale du CFM de Metz-Bonsecours,

Pour votre soutien.

En espérant poursuivre l'aventure avec vous.

A toute l'équipe médicale et paramédicale du SAU de Metz-Bonsecours.

Pour ces moments inoubliables passés en votre compagnie.

A Mme le Dr Empereur,

Pour votre aide et votre disponibilité.

Enfin, un grand remerciement à tous les internes qui ont accepté de participer au projet.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

SOMMAIRE



INTRODUCTION	28
PREMIERE PARTIE : METHODE	31
1. Objectifs de l'étude	32
1.1. Evaluation de la formation	32
1.2. Evaluation des connaissances	33
1.3. Propositions d'amélioration de la formation	33
2. Analyse descriptive	33
2.1. Description de l'échantillon	34
2.2. Période d'étude	35
2.3. Evaluation des connaissances	35
3. Logistique	35
3.1. Questionnaire	35
3.1.1. Présentation de l'échantillon étudié	36
3.1.2. Evaluation des connaissances	39
3.1.2.1. Définir la douleur chronique	40
3.1.2.2. Douleur par excès de nociception	42
3.1.2.2.1. Evaluation et diagnostic	42
3.1.2.2.2. Traitements	43
3.1.2.3. Douleur neuropathique	52
3.1.2.3.1. Evaluation	52
3.1.2.3.2. Diagnostic	52
3.1.2.3.3. Traitements	53
3.2. Distribution des questionnaires	55
3.3. Recueil des questionnaires	56
4. Saisie des données	56
5. Analyse des résultats	58
5.1. Etude descriptive	58
5.2. Analyse qualitative	58
5.3. Analyse quantitative	59
5.4. Comparaisons des scores	59

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS.....61

1.	Description de l'échantillon	62
1.1.	Nombre de sujets	62
1.2.	Description de l'échantillon	62
2.	Scores	68
2.1.	Définitions de la douleur chronique	68
2.1.1.	Douleur par excès de nociception	68
2.1.2.	Rythme de la douleur	69
2.1.3.	Douleur neuropathique	69
2.2.	Douleur par excès de nociception	70
2.2.1.	Evaluation.....	70
2.2.2.	Traitement	71
2.2.2.1.	Palier 1.....	71
2.2.2.2.	Palier 2.....	72
2.2.2.3.	Palier 3.....	73
2.3.	Douleur neuropathique	82
2.3.1.	Evaluation.....	82
2.3.2.	Clinique	83
2.3.3.	Traitement	85
2.4.	Comparaison des scores	88
2.4.1.	Synthèse globale des scores obtenus	88
2.4.2.	Comparaison des scores en fonction de la formation théorique	90
2.4.3.	Comparaison des scores en fonction de l'ancienneté.....	93

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION.....95

1.	Etude.....	96
1.1.	Limites et biais	96
1.1.1.	Echantillon	96
1.1.2.	Questionnaire	96
1.1.3.	Distribution des questionnaires	97
1.1.4.	Recueil des questionnaires	98
1.1.5.	Comparaisons des scores.....	98
1.2.	Avantages	99

1.2.1.	Echantillon	99
1.2.2.	Accueil sur le terrain	99
1.2.3.	Formations reçues	100
1.2.4.	Questionnaire	100
2.	Analyse des résultats	101
2.1.	Définitions.....	101
2.2.	Evaluation.....	101
2.3.	Diagnostic.....	101
2.4.	Traitement	102
2.4.1.	Douleur par excès de nociception	102
2.4.2.	Douleur neuropathique	104
2.5.	Conclusions	105
3.	La formation des médecins sur la prise en charge de la douleur chronique.....	108
3.1.	Historique de la formation médicale	108
3.1.1.	Formation initiale	108
3.1.2.	Formation continue	109
3.2.	Le module 6 à Nancy	110
3.3.	La formation actuelle du point de vue des internes.....	112
3.4.	Comparaison des scores obtenus par les internes.....	113
3.5.	Hypothèses d' amélioration de la formation	114
3.5.1.	Propositions faites par les internes	114
3.5.2.	Hypothèses proposées pour améliorer la formation	116
3.5.2.1.	Au cours du deuxième cycle des études médicales.....	116
3.5.2.2.	Au cours du troisième cycle des études médicales.....	118
3.5.2.3.	Formations post-universitaires	118
3.5.3.	Proposition d'un outil pratique d'aide à la prise en charge.....	119
CONCLUSION.....		121
BIBLIOGRAPHIE.....		123
ANNEXES.....		130

LISTE DES ABREVIATIONS



ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CAV	Centre Alexis Vautrin
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CLUD	Comité de Lutte Contre la Douleur
CNEFUSP	Collège national des Enseignants pour La Formation Universitaire en Soins Palliatifs
CNEUD	Collège National des Enseignants Universitaires de la Douleur
CRLCC	Centre Régional de Lutte Contre le Cancer
DCEM	Deuxième Cycle des Etudes Médicales
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DIU	Diplôme InterUniversitaire
DN4	Douleur Neuropathique 4
DU	Diplôme Universitaire
ECPA	Echelle Comportementale de la Personne Agée
EN	Echelle Numérique
ENC	Examen National Classant
EPU	Enseignement Post Universitaire
EVA	Echelle Visuelle Analogique
EVS	Echelle Verbale Simple
F	Faux
FFI	Faisant Fonction d'Interne
IASP	International Association for Pain Study
IV	IntraVeineux
LI	Libération Immédiate
LP	Libération Prolongée
NSP	Ne Sais Pas
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
QCM	Question à Choix Multiples
QDSA	Questionnaire de Saint Antoine
SETD	Société d'Etude et de Traitement de la Douleur

SFSP	Société Française de Santé Publique
SM	Sulfate de Morphine
V	Vrai



SITES UTILES

Société d'Etude et de Traitement de la Douleur (SETD) : www.setd-douleur.org

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale : www.santé.gouv.fr (La Douleur en Questions)

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé (ANAES) : www.anaes.fr

Agence Française de Sécurité sanitaire de produits de santé (AFSSAPS) : www.afssaps.fr

Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) : www.fnclcc.fr

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) : www.inpes.santé.fr

Ligue National contre le Cancer : www.ligue-cancer.net

Faculté de Médecine de Nancy : <http://www.ac-nancy-metz.fr/Académie/cabinet-du-recteur/actualités/indic/rers2005.pdf>

La Lutte Contre la Douleur à l'AP-HP : www.interclud.ap-hp.fr

Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) : www.sfap.org

Institut Upsa de la Douleur : www.institut-upsa-douleur.org

Haute Autorité de Santé : www.has-santé.fr



LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

- Tableau 1 : Présentation des internes
Tableau 2 : Stages en cours au moment de l'enquête
Tableau 3 : Formations reçues (module 6 exclus)
Tableau 4 : Outils utilisés au quotidien pour prendre en charge la douleur chronique
Tableau 5 : Répartition des réponses concernant la prescription des molécules de palier 1
Tableau 6 : Signes d'un surdosage en morphinique
Tableau 7 : Scores de l'ensemble des internes
Tableau 8 : Comparaison des scores en fonction de la formation théorique reçue
Tableau 9 : Comparaison des scores en fonction des semestres

- Graphique 1 : Reconnaître une douleur par excès de nociception
Graphique 2 : Reconnaître le rythme de la douleur
Graphique 3 : Reconnaître une douleur neuropathique
Graphique 4 : Les molécules de palier 2
Graphique 5 : Initiation d'un traitement morphinique
Graphique 6 : Répartition des erreurs concernant la valeur d'une interdose de morphine
Graphique 7 : Adaptation d'un traitement morphinique
Graphique 8 : Principaux effets secondaires des morphiniques
Graphique 9 : Molécules utilisées pour une rotation d'opioïdes
Graphique 10 : Reconnaître une douleur neuropathique à l'interrogatoire du patient
Graphique 11 : Signes cliniques évocateurs d'une douleur neuropathique
Graphique 12 : Initiation d'un traitement de douleur neuropathique



LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Questionnaire d'évaluation de la formation et des connaissances sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte
- Annexe 2 : lettre d'introduction et de présentation du questionnaire aux internes
- Annexe 3 : liste des différents services visités

INTRODUCTION

Confrontés au quotidien au cours de notre pratique médicale à la prise en charge de la douleur chronique, nous sentant souvent limités dans nos connaissances, voire parfois dans l'incapacité de soulager nos patients, nous avons décidé, avec mon collègue Cyril GUILLAUME, de parfaire notre formation.

Ayant débuté nos études de médecine dans le début des années 90, notre formation sur la douleur s'est limitée à quelques cours magistraux et séminaires. Notre impression d'impuissance face aux attentes de certains de nos patients algiques, en rapport avec notre manque de connaissances sur le sujet, nous a conduits à nous inscrire en 2004 au Diplôme InterUniversitaire (DIU) « Etude et prise en charge de la douleur » dispensé par les facultés de Nancy et de Dijon. Le mémoire que nous avons réalisé dans le cadre de ce DIU se composait de deux parties. L'une était un test de connaissances sur la prise en charge de la douleur chronique auquel nous avons soumis un petit nombre d'internes désireux de participer au projet, l'autre correspondait à l'élaboration d'un outil pratique d'aide à la prise en charge au quotidien.

Ce travail, les résultats obtenus par l'enquête et l'élaboration de la plaquette nous ont permis d'une part d'améliorer nos connaissances, d'autre part de nous sentir impliqués, sans prétention aucune, dans l'évolution des conduites médicales face à la douleur. Nous avons décidé d'en faire notre travail de thèse.

Cette thèse a pour objectif de réaliser un état des lieux de la formation et des connaissances actuelles de nos collègues internes en médecine sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte.

Dans une première partie nous allons expliquer la méthodologie utilisée pour réaliser cette enquête d'évaluation. Nous vous présenterons les objectifs de l'étude. Le questionnaire, son élaboration, sa distribution seront ensuite développés. Enfin, nous discuterons de l'analyse des résultats .

Dans une deuxième partie, les résultats obtenus au cours de cette enquête seront présentés. Tout d'abord, nous ferons le point sur le curriculum vitae et les formations théoriques et pratiques des internes interrogés. Ensuite nous présenterons les notes obtenues au test des connaissances. Enfin, nous comparerons les résultats des internes en fonction de leurs formations théoriques reçues et de leur ancienneté.

Dans une troisième partie, nous discuterons de la formation actuelle des jeunes médecins sur la prise en charge de la douleur. Les avantages et inconvénients de notre enquête seront développés. Nous discuterons des résultats obtenus et des lacunes des internes à ce jour. Nous exposerons leur formation actuelle et nous essaierons de mettre en évidence l'intérêt de la mise en place d'un nouveau module spécifique sur la douleur au cours des études médicales. Enfin, nous émettrons des hypothèses permettant d'améliorer cette formation en se basant sur ce qui existe déjà et sur les propositions faites par les internes eux-mêmes.

PREMIERE PARTIE : METHODE

La douleur chronique est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement, l'humeur, le sommeil et les activités du patient » (1,2).

1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Riches de l'expérience acquise au cours de la réalisation du mémoire pour le DIU « Etude et Prise en Charge de la Douleur » (3), surpris des résultats que nous avons alors obtenus, nous avons décidé d'étendre notre enquête à un nombre plus conséquent d'internes dans le but de savoir si, comme nous l'avions été avant ce DIU, nos collègues se sentaient en difficulté dans leur pratique quotidienne et limités dans leurs connaissances sur la douleur chronique.

Les objectifs de ce travail sont :

1.1. EVALUATION DE LA FORMATION

Nous allons dans un premier temps nous intéresser aux différentes formations théoriques dont ont bénéficié nos collègues au cours de leurs études médicales. Nous évaluerons leur satisfaction sur ces formations.

Nous comparerons les notes obtenues par les internes, les uns ayant bénéficié du module 6 « Douleur-Soins Palliatifs-Accompagnement » (4), les autres de la formation « ancienne formule » par séminaires et cours magistraux au cours du deuxième cycle, pour tenter de mettre en évidence les apports de ce nouveau module spécifique dans la formation médicale sur la douleur.

Nous ferons également une comparaison des scores en fonction de leur ancienneté et donc de l'expérience acquise dans leur pratique médicale.

1.2. EVALUATION DES CONNAISSANCES

Par une enquête d'évaluation, nous réaliserons une photographie des connaissances actuelles de nos collègues sur la douleur chronique.

Les mécanismes générateurs de cette douleur sont multiples : composante nociceptive, composante neuropathique, composante affectivo-émotionnelle et composante psychosociale. Nous nous limiterons à interroger les internes sur les douleurs par excès de nociception et sur les douleurs neuropathiques. Nous les évaluerons sur les définitions, diagnostics, évaluations et traitements de ces douleurs et tenterons de mettre en évidence leurs points forts et leurs points faibles.

1.3. PROPOSITIONS D'AMELIORATION DE LA FORMATION

Enfin, des solutions susceptibles d'améliorer la formation des jeunes médecins seront discutées, en confrontant les propositions qu'ils nous feront par l'intermédiaire de l'enquête à ce qui existe déjà, notamment depuis l'introduction du module 6.

Nous ferons le point sur les méthodes utilisées par les internes dans leur pratique quotidienne pour prendre en charge la douleur chronique chez l'adulte et essaierons de montrer l'intérêt de la création d'un outil d'aide à la prise en charge.

Développons à présent la méthodologie utilisée pour réaliser cette enquête.

2. ANALYSE DESCRIPTIVE

Notre enquête est une analyse descriptive de la formation et des connaissances actuelles des internes sur la douleur chronique.

Elle est basée sur un questionnaire anonyme en deux parties. La première nous permettra de mieux connaître les internes interrogés ainsi que les formations qu'ils ont reçues. La seconde correspond au test des connaissances de ces mêmes internes sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte.

2.1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

La population cible regroupe tous les internes de médecine, c'est-à-dire internes de spécialité, internes de médecine générale et résidents. En effet, ces internes nous semblent être les plus enclins à traiter la douleur chronique chez l'adulte dans leur pratique quotidienne.

Sont exclus de l'enquête les internes de chirurgie étant plus confrontés à la douleur aiguë, les internes de pédiatrie, les internes de radiologie, de médecine nucléaire, d'anatomopathologie, de biologie, de santé publique et de médecine du travail n'étant pas, peu ou de façon très spécifique confrontés à la douleur.

L'échantillon interrogé au cours de notre étude inclut les internes des différents services de médecine du Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de NANCY, du Centre Régional de Lutte Contre le Cancer (CRLCC), le Centre Alexis Vautrin (CAV) de NANCY et du Centre Hospitalier Régional (CHR) de METZ-THIONVILLE.

Les internes rencontrés sont de tous semestres confondus, ceci nous permettant d'inclure à la fois des étudiants ayant bénéficié du module 6 et des étudiants ayant bénéficié de l'ancienne formule de formation par des séminaires ou cours magistraux et de confronter des internes d'âges et d'expériences, personnelles et pratiques sur le terrain, différents.

Tous les services de médecine des trois sites suscités ont été sollicités, nous permettant d'inclure des internes confrontés à différents problèmes de prise en charge de la douleur chronique sur le terrain, fonction des pathologies respectives présentes dans leur service, ayant également bénéficié de formations diverses et variées en fonction de leur cursus et des stages pratiques effectués.

Tous ces éléments constitueront la première partie de notre questionnaire (annexe 1, pages 1 et 2).

2.2. PERIODE D'ETUDE

Notre enquête s'est déroulée sur trois mois, de janvier à mars 2006. Au cours de cette période nous avons personnellement rencontré nos collègues dans les différents services de médecine des hôpitaux suscités. Nous leur avons présenté notre projet, distribué et recueilli les questionnaires.

Les questionnaires réceptionnés au-delà du mois de mars n'ont pu être inclus dans l'étude.

2.3. EVALUATION DES CONNAISSANCES

La deuxième partie de notre questionnaire se présente sous la forme d'un test avec questions à choix multiples (QCM), questions ouvertes et cas cliniques (annexe 1, Pages 3 à 9). Elle a pour objectif la réalisation d'une photographie des connaissances actuelles des internes sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte, plus particulièrement sur les douleurs par excès de nociception et les douleurs neuropathiques.

3. LOGISTIQUE

3.1. QUESTIONNAIRE

Notre questionnaire se compose de neuf pages, précédé d'une lettre d'introduction (annexe 2) présentant notre projet et insistant sur la nécessité de répondre aux questions sans aide humaine ou matérielle dans un souci de vision exacte de l'état des connaissances des internes.

3.1.1. PRESENTATION DE L'ECHANTILLON ETUDIE

La première partie (Annexe 1, pages 1 et 2) a essentiellement pour but de présenter le "curriculum vitae" des internes et d'évaluer la satisfaction de leurs formations. Elle se décompose ainsi :

- Questions 1 à 4 :

1. *Quel est votre âge ? _____*
Quel est votre sexe ? ☐ masculin ☐ féminin
2. *En quel semestre êtes-vous ?*
3. *Vous êtes interne de :*
☐ *Médecine générale*
☐ *Médecine spécialisée*
☐ *Définie ; si oui, laquelle ?*
☐ *Pas encore définie ; vers quelle spécialité vous orientez-vous*
4. *Dans quel service êtes-vous en stage actuellement ?*

Les questions 1 et 2 nous permettent de connaître leur âge, leur sexe et le semestre en cours. Il nous semble intéressant de relever ces variables considérant que selon l'ancienneté de l'interne interrogé, celui-ci a bénéficié ou non de la formation par le module 6 et acquis ou non de l'expérience « sur le terrain » au cours de sa plus ou moins longue pratique hospitalière.

Les questions 3 et 4 nous informent sur leur spécialité médicale choisie et sur le stage en cours au moment de l'enquête. Nous partons du principe que selon les stages choisis, les internes sont plus ou moins sensibilisés dans leur pratique à la prise en charge de la douleur chronique. De même certaines spécialités confrontent plus les étudiants à la prise en charge de la douleur que d'autres.

- Question 5 :

5. *Avez-vous bénéficié du module 6 intitulé « DOULEUR - SOINS PALLIATIFS - ACCOMPAGNEMENTS » au cours de votre DCEM ?*
☐ *OUI* ☐ *NON*
Si oui, avez-vous assisté aux cours ? ☐ OUI ☐ NON ☐ EN PARTIE
Si vous n'avez pas assisté aux cours, pour quelle(s) raison(s) ?
-

Êtes-vous satisfait de l'enseignement du module 6 sur la prise en charge de la douleur chronique; pouvez-vous l'évaluer sur une échelle de 0 (pas satisfait) à 10 (très satisfait) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

➔

Cette question fermée nous permettra de savoir s'ils ont, au cours leur cursus, bénéficié de la formation par le module 6 et s'ils ont assisté aux cours théoriques dispensés à la faculté de médecine dans le cadre de ce module. Si tel n'est pas le cas, une question ouverte leur permet d'expliquer les raisons de leur absence.

Pour les internes ayant participé aux cours, une échelle d'évaluation de 0 (pas satisfait) à 10 (très satisfait) leur permet de quantifier leur degré de satisfaction.

Cette question nous permettra également d'essayer de mettre en évidence les apports du module 6 dans la formation médicale en comparant les notes des internes ayant bénéficié de cette formation aux notes des internes ne l'ayant pas reçue.

- Question 6 :

6. *Que vous ayez bénéficié du module 6 ou non, avez-vous eu d'autre(s) formation(s) sur la prise en charge de la douleur chronique ?*

☐ OUI ☐ NON

- *Si oui, la ou laquelle(s) ?*

☐ Séminaires

☐ Cours magistraux

☐ Congrès (précisez) _____

☐ Enseignement dans un stage ; si oui, précisez quel(s) stage(s) _____

☐ Conférences d'internat

☐ Formation Médicale Continue, EPU

☐ Staff de laboratoires pharmaceutiques

☐ Autres (précisez) _____

- *Êtes-vous globalement satisfait de ces différentes formations (en dehors du module 6) et pouvez-vous l'évaluer sur une échelle de 0 (pas satisfait) à 10 (très satisfait) ?*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

➔

Grâce à cette question à choix multiples nous relèverons si, module 6 mis à part, les internes ont bénéficié d'autres formations sur la prise en charge de la douleur chronique. Plusieurs propositions de réponses leur sont faites et sont à cocher. Toujours par l'intermédiaire d'une échelle d'évaluation de 0 à 10, nous leur demandons de quantifier leur satisfaction sur ces différentes formations.

- Question 7 :

7. *Quel(s) outil(s) ou moyen(s) utilisez-vous pour traiter la douleur chronique ?*

- ☐ *Manuels thérapeutiques (VIDAL, DOROSZ, autres)*
- ☐ *Protocoles de service*
- ☐ *Brochures de laboratoires pharmaceutiques*
- ☐ *Appel à un collègue médical ou paramédical*
- ☐ *Appel à un référent douleur du service ou de l'hôpital*
- ☐ *Sites internet*
- ☐ *Autres(précisez)*

☐ *Aucun*

Sous forme d'une question à choix multiples , nous analyserons les outils ou moyens utilisés comme aide à la prise en charge de la douleur chronique. Nous essaierons de mettre en évidence l'intérêt de disposer d'un outil pratique regroupant les dernières recommandations. La dernière question (question 10) de cette première partie nous confortera ou non dans ce sens puisque sous forme d'une question fermée, nous les interrogerons directement sur l'intérêt éventuel de disposer d'un tel outil au quotidien.

- Question 8 :

8. *Sur une échelle de satisfaction de 0 à 10, pouvez-vous estimer votre manière de prendre en charge la douleur chronique ?*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

Quelle que soit leur formation théorique, nous leur demandons d'estimer sur une échelle de 0 à 10 la qualité de leur prise en charge.

Partant de notre sentiment d'insatisfaction sur notre prise en charge de la douleur chronique, il nous semble intéressant de savoir comment les internes interrogés estiment leur propre manière de la traiter.

Sont-ils aussi peu satisfaits d'eux-mêmes que nous l'avons été avant de décider de nous inscrire au DIU d' « Etude et de Prise en Charge de la Douleur » pour parfaire nos connaissances ?

- Question 9 :

9. *Quelles sont vos propositions pour améliorer la formation des étudiants en médecine à la prise en charge de la douleur chronique ?*

Partant du principe que tout enseignement peut être amélioré, nous leur laissons la possibilité, par l'intermédiaire d'une question ouverte, de faire des propositions pour améliorer leur formation à la prise en charge de la douleur chronique.

L'ensemble des réponses obtenues sera développé au cours de notre discussion et permettra peut être d'ouvrir de nouvelles perspectives quant à la sensibilisation et à la formation des étudiants en médecine sur la douleur chronique, en tenant compte de leurs doléances.

Cette première partie du questionnaire nous fournira de précieux renseignements sur les internes notamment certaines variables qualitatives : âge, sexe, semestre, spécialité médicale choisie, stage en cours.

Le deuxième intérêt est de savoir s'ils ont ou non bénéficié de la formation par le module 6 ou d'autres formations.

D'autres informations, dispensées par des réponses aux questions ouvertes, sont intéressantes et concernent notamment les raisons de l'absentéisme des étudiants aux cours du module 6, ainsi que des suggestions faites par les étudiants pour améliorer cette formation.

3.1.2. EVALUATION DES CONNAISSANCES

La deuxième partie du questionnaire (Annexe 1, pages 3 à 9) se présente sous la forme d'un test de connaissances subdivisé en deux parties, l'une sur la douleur par excès de nociception, l'autre sur la douleur neuropathique ; chacune des sous parties s'articulent sur le même mode à savoir évaluation, diagnostic et signes cliniques et enfin, traitements.

Les questions sont présentées sous forme de choix multiples ou de questions ouvertes. A chaque question, l'interne dispose d'une possibilité de répondre par « je ne sais pas ». Le nombre de bonnes réponses est précisé dans l'intitulé.

Nous allons présenter les différentes questions posées. Les réponses correctes sont en gras et soulignées dans l'intitulé.

3.1.2.1. Définir la douleur chronique

Deux cas cliniques d'introduction (annexe 1, page 3, questions A et B) nous permettent de savoir si les internes savent définir une douleur chronique, plus précisément s'ils savent différencier :

- Une douleur par excès de nociception (1, 5 à 10) :

A. Me X., 75 ans, se plaint de douleurs lombaires évoluant depuis plus de trois mois, qu'elle décrit à type de barre, de pression intense, avec irradiation para vertébrale, élective à la palpation de L4 à S1, majorée par la mobilisation. Les douleurs ne sont pas insomniantes. Les changements de position dans la nuit peuvent toutefois la réveiller.

Citez le mécanisme en cause dans la genèse de la douleur de cette patiente :

- a) Nociceptive*
- b) Neuropathique*
- c) Psychogène*
- d) Je ne sais pas*

La douleur par excès de nociception correspond à une stimulation des nocicepteurs. Elle est de topographie régionale. C'est une douleur spontanée, reproductible par une manœuvre, immédiate. L'examen neurologique associé est normal. C'est la douleur décrite dans ce cas clinique.

- Une douleur mécanique d'une douleur inflammatoire (5,10) :

2. Les douleurs sont de rythme : (une bonne réponse)

- a) Inflammatoire
- b) Mécanique**
- c) Mécanique et inflammatoire
- d) Ni mécanique ni inflammatoire
- e) Je ne sais pas

La douleur par excès de nociception peut être de rythme mécanique, c'est-à-dire augmentée par l'activité physique ou de rythme inflammatoire, survenant préférentiellement la nuit après une immobilité prolongée avec un dérouillage matinal. Dans notre cas clinique, la douleur décrite est une douleur mécanique.

- Une douleur neuropathique (10, 12) :

B. Madame F. 70 ans a présenté dix-huit mois auparavant un zona thoracique, initialement hyperalgique. Elle garde des douleurs séquellaires, permanentes. Le frottement des vêtements occasionne des douleurs importantes. Il existe des périodes de renforcement très difficiles à supporter. A l'examen vous constatez une cicatrice cutanée légèrement dépigmentée et la présence sur ce territoire d'un déficit sensitif.

Citez le(s) mécanisme(s) en cause dans la genèse de cette douleur : (une seule réponse)

- 1. Nociceptive
- 2. Neuropathique**
- 3. Psychogène
- 4. Nociceptive et neuropathique
- 5. Nociceptive et psychogène
- 6. Je ne sais pas

La douleur neuropathique est due à une lésion nerveuse, périphérique ou centrale. Elle se situe dans le territoire correspondant à la lésion neurologique. A l'examen clinique, on retrouve une altération des fonctions sensibles dans le territoire concerné. C'est le type de douleur décrite ci-dessus.

3.1.2.2. Douleur par excès de nociception

3.1.2.2.1. Evaluation et diagnostic

L'évaluation de la douleur est indispensable pour, dans un premier temps, identifier le patient douloureux et initier le traitement en fonction de l'intensité de cette douleur. Secondairement, une réévaluation permet d'adapter au mieux le traitement antalgique.

C'est pourquoi, nous leur demandons de citer un outil (annexe 1, pages 3 et 4, questions C et D) :

- *permettant d'évaluer l'intensité douloureuse chez un patient communiquant (2,13 à 15)*

Nous attendons comme réponse :

- Echelle Visuelle Analogique (EVA)
- Echelle Numérique (EN)
- Echelle Verbale Simple (EVS)

- *et permettant le diagnostic de la douleur chez un patient non communiquant (16 à 25)*

Nous attendons comme réponse :

- Doloplus 2
- Echelle Comportementale de la Personne Agée (ECPA)

3.1.2.2.2. Traitements

Vient ensuite l'évaluation de leurs connaissances sur la thérapeutique des douleurs par excès de nociception (26 à 35).

Nous nous sommes basés en grande partie sur les trois paliers définis par l'Organisation Mondiale de la Santé ou OMS (34).

- Palier OMS 1 :

Le palier 1 est défini par les douleurs faibles à modérées. Il regroupe les antalgiques anti-pyrétiques (paracétamol, noramidopyrine) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (33 à 39).

Dans notre questionnaire, il se résume à une question à choix multiples leur demandant de cocher la proposition exacte de prescription d'une molécule de palier 1 pour un adulte d'âge et de poids moyens présentant une douleur chronique (annexe 1, page 4, question E1) :

1. Voici des prescriptions de molécules de palier 1 ; entourez la prescription exacte pour un adulte sain de 50 ans pesant 65kgs présentant une douleur chronique :

- a) 1g Paracétamol per os matin, midi, soir*
- b) 1g Paracétamol per os si douleur, max 4g/j*
- c) 500mg Paracétamol per os toutes les 4 à 6h/j*
- d) **1g Paracétamol per os toutes les 4 à 6h/j***
- e) 1g Paracétamol IV toutes les 4 à 6h/j*
- f) Je ne sais pas*

Le but de cette question est de savoir si l'interne est capable de prescrire correctement le paracétamol lorsqu'il traite une douleur chronique, notamment si la posologie correcte est connue, si la couverture du nyctémère est correctement assurée et si le traitement est bien prescrit à intervalles réguliers et non à la demande.

- Palier OMS 2

Il est défini par les douleurs modérées à sévères. Nous leur demandons d'identifier parmi une liste de molécules celles appartenant au palier 2 (annexe 1, page 4, question E2)(35, 39) :

- a) *Phosphate de codéine*
- b) *Nefopam*
- c) *Dextropropoxyphène*
- d) *Tramadol*
- e) *Kétoprofène*
- f) *Chlorhydrate d'Hydromorphone*
- g) *Je ne sais pas*

Nous déterminerons ainsi si la notion de « paliers » définis par l'OMS est connue des internes et s'ils sont capables de savoir quelle molécule appartient à quel palier.

- Palier OMS 3

Le palier 3, correspondant aux opioïdes forts, fait l'objet de plusieurs questions (annexe 1, pages 4,5 et 6, questions E3) (39 à 43).

La question E3a pose le problème de la voie d'administration privilégiée en première intention d'un traitement morphinique (34, 39). Elle se présente sous la forme d'une question à choix multiple :

a) *Quelle voie d'administration privilégiez vous en première intention ?*

- (1) *Orale*
- (2) *Transdermique*
- (3) *Sous-cutanée*
- (4) *Intraveineuse*
- (5) *Intramusculaire*

L'intérêt est ici de savoir si effectivement les internes privilégient lorsque cela est possible le traitement per os, ou si, du fait de leurs « habitudes hospitalières », ils utilisent la voie intraveineuse.

Ensuite par l'intermédiaire de deux questions à réponse ouverte, nous les interrogeons sur les règles d'équianalgésie utilisée pour passer d'une dose de morphine per os à une dose sous-cutanée et d'une dose per os à une dose de morphine intraveineuse (IV) (question E3b), (34,35) :

3.b. L'équianalgésie correspond au facteur de conversion utilisée pour passer d'une voie d'administration à une autre.

(1) Quelle est la règle d'équianalgésie pour convertir une dose de morphine per os en une dose sous-cutanée ?

(2) De même pour passer de la forme orale à la forme IV ?

Les facteurs de conversion attendus sont :

- Pour passer de la forme orale à la forme sous-cutanée : « **un demi** »
- Pour passer de la forme orale à la forme IV : « **un tiers** ». Nous tolérons également « un demi ».

Il nous semble indispensable de connaître ces facteurs de conversion pour éviter les sur ou sous dosages lors du passage d'une forme à une autre, ce qui est fréquent en pratique quotidienne.

En pratique, pour soulager la douleur, après échec des paliers 1 et 2 ou d'emblée si la douleur est très intense, il faut avoir recours aux molécules de palier 3 : les opioïdes forts (34,35,39 à 47).

Par le biais d'un cas clinique avec réponses à choix multiples, nous testons l'initiation d'un traitement par sulfate de morphine chez un jeune patient atteint de douleurs cancéreuses, nociceptives très intenses et sans autre antécédent par ailleurs (annexe 1, page 5, question E3c). Plusieurs propositions de réponses sont données.

C. On initialise un traitement par Sulfate de Morphine (SM) chez un patient jeune atteint de douleurs cancéreuses, nociceptives, très intenses, sans autres antécédents (bon état général, pas d'insuffisance rénale) ; Deux schémas thérapeutiques d'initiation sont possibles ; lesquels ?

(1) **SM LI (Libération immédiate) 10 mg toutes les 4h avec doses de secours possibles équivalentes toutes les heures sans dépasser 4 prises successives en 4h**

(2) SM LI 5mg toutes les 4h avec doses de secours possibles équivalentes toutes les heures sans dépasser 4 prises successives en 4h

(3) **SM LP (Libération Prolongée) 30mg x 2/jour + interdosés SM LI 10mg/4h si besoin**

(4) SM LP 30mg x 2/jour sans interdosés

(5) SM LP 10mg x 2/jour + interdosés SM 5mg/4h si besoin

(6) Je ne sais pas

Nous voulons ainsi déterminer si l'initiation d'un traitement morphinique se fait à bonne posologie et si les interdosés de morphine sont bien intégrés dans la prescription en cas d'accès douloureux spontané ou provoqué. C'est pourquoi nous avons inclus dans les propositions des réponses erronées sans interdosés adaptées de morphiniques.

Prescrire des interdosés lors d'un traitement morphinique implique de connaître leur valeur par rapport à la dose journalière de fond (34,35,39). Sous forme d'une question à choix multiples (E3d) nous leur demandons de retrouver, parmi une liste de propositions, la valeur de ces interdosés :

(1) $\frac{1}{2}$ à $\frac{1}{3}$

(2) $\frac{1}{3}$ à $\frac{1}{4}$

(3) $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{5}$

(4) **$\frac{1}{6}$ à $\frac{1}{10}$**

(5) Je ne sais pas

La question E3e concerne l'adaptation du traitement morphinique avec inclusion des interdoses journalières à la dose de fond (35,39). Elle se présente sous la forme d'un cas clinique :

e) En fin de titration, le patient prend SM LP 50mg X 2/jour et 4 interdoses adaptées au traitement de fond (interdoses prises dans le cadre de pic douloureux et non pour anticiper des douleurs provoquées par des soins). Il ne présente plus de douleurs.

Entourez la réponse exacte.

(1) On laisse le traitement à l'identique

(2) SM LP 60mg x 2/j + interdoses adaptées

(3) SM LP 60mg x 2/j sans interdoses

*(4) **SM LP 70mg x 2/j + interdoses adaptées***

(5) SM LP 70mg x 2 sans interdoses

(6) Je ne sais pas

Le même patient que présenté ci-dessus est équilibré par « SM LP 50mg deux fois par jour et 4 interdoses adaptées au traitement de fond ». Nous leur faisons 6 propositions d'adaptation du traitement. Le patient étant équilibré, il s'agit d'inclure les 4 interdoses à la dose de fond et de prescrire de nouvelles interdoses en cas d'accès douloureux.

Nous déterminerons si les internes sont capables d'adapter correctement les traitements morphiniques et surtout s'ils pensent à prescrire de nouvelles interdoses en cas d'accès douloureux ; nous leur faisons des propositions erronées dans lesquelles, sous prétexte que le patient est équilibré, nous n'ajoutons pas les interdoses.

L'utilisation des morphiniques implique de connaître les signes et la conduite à tenir en cas de surdosage (39). Deux questions ouvertes traitent de ce surdosage ainsi que de son antidote et de la manière de l'utiliser (annexe 1, page 6, question E3f) :

f) Quel est le signe principal de surdosage morphinique nécessitant le recours à un antidote ?

Quel est cet antidote et comment l'utilisez-vous ?

Les signes principaux d'un surdosage en morphinique sont la « bradypnée » ou la « somnolence croissante ».

Les internes savent-ils reconnaître un surdosage lorsqu'ils y sont confrontés ? Pensent-ils au surdosage en morphine devant d'autres signes cliniques comme le myosis par exemple, qui rappelons le n'est qu'un signe d'imprégnation morphinique ?

Du diagnostic d'un surdosage en morphine découle l'utilisation de l'antidote : le Naloxone.

Le protocole d'utilisation de l'antidote est demandé aux internes mais n'est pas noté.

Les morphiniques sont certes très efficaces sur la douleur mais pas dénués d'effets secondaires. Proposant huit symptômes, nous leur demandons de citer les trois effets indésirables les plus fréquents des opioïdes (annexe 1, page 6, question E3g)(35) :

(1) *Détresse respiratoire*

(2) *Hallucinations*

(3) *Diarrhées*

(4) **Constipation**

(5) **Somnolence**

(6) *Dépendance*

(7) **Vomissements**

(8) *Rétention aiguë d'urines*

L'intérêt de cette question est de savoir si les internes connaissent les principaux effets indésirables des morphiniques de manière à pouvoir les prévenir ou les traiter de façon symptomatique lorsqu'ils surviennent, avant de réaliser une rotation d'opioïdes.

C'est justement lors de la survenue d'effets indésirables rebelles malgré un traitement symptomatique adapté et/ou lorsque survient un phénomène de résistance aux opioïdes qu'il convient de procéder à « une rotation d'opioïdes » (35,39,48,49,50).

Nous leur faisons six propositions concernant la définition et la manière de pratiquer une rotation d'opioïdes (annexe 1, page 7, question E3h). Pour chacune des propositions, ils bénéficient d'une possibilité de répondre par « vrai », « faux » ou « ne sais pas ».

Les propositions correctes sont en gras et soulignées dans l'intitulé.

b) Répondez aux propositions suivantes sur la rotation des opioïdes par Vrai (V), Faux (F) ou Ne Sait Pas (NSP)

(1) Elle se définit par un changement d'un opioïde par un autre lorsque survient une diminution du ratio bénéfice/risque

☐ V ☐ F ☐ NSP

(2) Elle est réalisée lors de la survenue d'effets indésirables rebelles malgré un traitement symptomatique adéquat et/ou lorsque survient un phénomène de résistance aux opioïdes

☐ V ☐ F ☐ NSP

(3) La survenue d'effets indésirables lors de l'augmentation des doses chez un malade implique systématiquement une rotation des opioïdes

☐ V ☐ F ☐ NSP

(4) Le phénomène de résistance aux opioïdes est défini par une absence d'efficacité de l'opioïde mais également par une absence d'effets indésirables malgré une augmentation massive et rapide des doses de l'opioïde

☐ V ☐ F ☐ NSP

(5) La rotation des opioïdes se fait entre tous les agonistes purs dans un ordre bien précis

☐ V ☐ F ☐ NSP

(6) Elle se définit par le passage d'un palier 2 à un palier 3 (palier de l'OMS) lorsque l'antalgie est insuffisante en respectant les facteurs de conversion estimés des opioïdes

☐ V ☐ F ☐ NSP

Partant de notre propre expérience et notamment du peu de notions que nous avions concernant cette rotation avant notre formation au cours du DIU « Etude et prise en charge de la douleur », nous nous sommes demandés si ces notions ne faisaient défaut qu'à nous.

Nous avons donc, dans un premier temps, interrogé nos collègues sur la définition et les indications d'une rotation d'opioïdes (annexe 1, page 7, question E3h, propositions 1,2,4).

Nous attendions comme réponse qu'elle se définit par le remplacement d'un opioïde par un autre lorsque survient une diminution du ratio bénéfice/risque.

La survenue d'effets indésirables nécessite de procéder à un traitement symptomatique adéquat avant de réaliser une rotation (annexe 1, page 7, question E3h, proposition 3).

La proposition 5 (annexe 1, page 7, question E3h) prétend à tort que la rotation des opioïdes se fait entre tous les agonistes purs dans un ordre bien précis. Nos collègues ont-ils notion d'un ordre d'utilisation des molécules dans une rotation ?

Enfin, est-il vraiment évident pour les internes que cette rotation se fasse entre les différentes molécules de palier 3 (annexe 1, page 7, question E3h, proposition 6) ?

La question E3i concerne les molécules utilisées dans le cadre de la rotation des opioïdes. Sur le même principe que suscité nous leur proposons huit molécules susceptibles d'être utilisées pour réaliser une rotation (annexe 1, page 7, question E3i) :

- | | |
|--|--|
| (1) <u>Sulfate de Morphine</u> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| (2) <i>Buprénorphine</i> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| (3) <u>Chlorhydrate de Morphine</u> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| (4) <u>Chlorhydrate d'Hydromorphone</u> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| (5) <i>Tramadol</i> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| (6) <i>Dextropropoxyphène</i> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| (7) <u>Chlorhydrate d'Oxycodone</u> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| (8) <u>Fentanyl</u> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |

Parmi les propositions nous leur citons des molécules de palier 2 pour établir, comme précédemment, s'ils maîtrisent le fait que la rotation n'inclut que des molécules de palier 3. Nous verrons également si les différentes formes d'administration des opioïdes (transdermique, injectable) sont connues par les internes comme pouvant être utilisées lors d'une rotation.

La question E3j (annexe 1, page 8, question E3j) se présente sous forme d'un tableau dans lequel l'interne doit préciser pour six molécules le facteur de conversion estimé correspondant à dix mg de morphine orale (49).

<i>Morphine orale</i>	<i>10mg (opioïde étalon)</i>
<i>Chlorhydrate d'Hydromorphone</i>	<i>10/7,5</i>
<i>Chlorhydrate d'Oxycodone</i>	<i>10/2</i>
<i>Tramadol</i>	<i>10/5</i>
<i>Phosphate de Codéine</i>	<i>10/6</i>
<i>Dihydrocodéine</i>	<i>10/3</i>
<i>Dextropropoxyphène</i>	<i>10/6</i>

L'intérêt est ici essentiellement de démontrer que l'ensemble de ces coefficients ne sont pas connus des internes et que, de ce fait, il pourrait être intéressant de les répertorier dans un outil pratique d'aide à la prise en charge.

Enfin, pour terminer cette partie d'évaluation des connaissances sur la prise en charge de la douleur par excès de nociception, une question à choix multiples les teste sur l'équivalence en morphine orale d'un dispositif transdermique de 25µg de Durogésic® (annexe 1, page 8, question E3k) (35,49) :

k. 25µg/h DUROGESIC® correspond en moyenne àmg/j de Morphine orale :

- 1) 20mg/j
- 2) 40mg/j
- 3) **60mg/j**
- 4) 100mg/j
- 5) Je ne sais pas

La mise en route des dispositifs transdermiques antalgiques, soit initialement, soit en relais d'une forme orale ou injectable de morphine chez un patient à l'équilibre antalgique atteint est chose commune dans notre pratique. Mais les équivalences Sulfate de Morphine-Fentanyl sont-elles connues ?

La douleur nociceptive est une des composantes de la douleur chronique. Testons à présent les connaissances des internes sur une autre de ces composantes, la douleur neuropathique .

3.1.2.3. Douleur neuropathique (annexe 1, pages 8 et 9, questions F1 à F6)

3.1.2.3.1. Evaluation

La question F1 consiste à citer un questionnaire permettant d'évaluer la probabilité d'une douleur neuropathique (12,51 à 55).

Avant de participer au DIU, nous ne savions pas qu'il existait des questionnaires, comme le DN4 ou le Questionnaire de Saint Antoine, permettant d'évaluer l'existence d'une composante neuropathique dans une douleur chronique. Qu'en est-il de nos collègues ? Contrairement aux EVA ou aux EN, nous n'avons pas l'impression que la présentation et la distribution de ces échelles soient faite aux jeunes médecins, ni au cours de leur formation théorique ni au cours de leur formation pratique dans leurs stages hospitaliers.

3.1.2.3.2. Diagnostic

La question F2 est une liste de caractéristiques et symptômes. Parmi ces signes, nous demandons à l'interne de retrouver ceux pouvant évoquer une composante neuropathique de la douleur chronique à l'interrogatoire du patient (10,12) :

- | | |
|--|--|
| a) <u>Fourmillements</u> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| b) <i>Compression</i> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| c) <u>Décharges électriques</u> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| d) <u>Picotements</u> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| e) <u>Engourdissements</u> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| f) <u>Sensation de froid douloureux</u> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| g) <u>Brûlures</u> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| h) <i>Démangeaisons</i> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| i) <i>Pulsations</i> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |

En proposant d'autres caractéristiques non évocatrices de douleur neuropathique telles que « compression, démangeaisons, pulsation », nous avons voulu confirmer ou infirmer notre impression que les signes évocateurs de cette composante n'étaient connus que de manière assez superficielle.

Quatre signes cliniques retrouvés dans la douleur neuropathique (10,12) sont alors cités à la question F3 :

- | | |
|--------------------------------|--|
| a) <u>Allodynie</u> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| b) <u>Troubles vasomoteurs</u> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| c) <u>Hypoesthésie au tact</u> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| d) <u>Hyperalgésie</u> | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |

Les internes sont testés sur leur capacité à reconnaître cliniquement une douleur neuropathique.

De la même manière que pour les symptômes évoquant à l'interrogatoire une douleur neuropathique, il nous semble que les signes cliniques correspondant à cette même douleur sont mal connus.

3.1.2.3.3. Traitements

Concernant la thérapeutique des douleurs neuropathiques, nous leur demandons, par une question ouverte, de citer les deux classes médicamenteuses utilisées pour le traitement de cette douleur (question F4)(15,35,56 à 60).

Les 2 réponses attendues sont : antidépresseurs tricycliques et antiépileptiques. Sont-elles connues par les internes comme étant utilisées pour traiter les douleurs neuropathiques ?

A la question F5, nous leur proposons plusieurs possibilités de traitement chez une patiente d'âge moyen présentant une douleur neuropathique typique depuis plus de six mois. Parmi ces sept propositions, nous leur demandons d'entourer les trois réponses exactes :

5. Vous décidez d'instaurer un traitement chez une patiente de 50 ans, sans autres antécédents, présentant une douleur neuropathique typique évoluant depuis six mois. Parmi ces traitements, lesquels vous paraissent les plus appropriés ? (3 bonnes réponses)

- a) RIVOTRIL® gouttes 10 gouttes matin, midi, et soir/jour
- b) ANAFRANIL® 25mg/jour le soir
- c) OXYCONTIN® LP 10mg toutes les 12h/jour avec interdoses adaptées si besoin
- d) NEURONTIN® 300mg toutes les 8h/jour
- e) LAROXYL® 25mg toutes les 8h/jour
- f) RIVOTRIL® gouttes 5gouttes le soir/jour
- g) DICODIN® LP 60mg 1cp toutes les 12h/jour

Nous avons faits d'autres propositions avec notamment des posologies très élevées, comme par exemple « RIVOTRIL® gouttes 10 gouttes matin, midi, et soir/jour » ou encore « LAROXYL® 25mg toutes les 8h/jour » pour voir comment nos collègues initient ces traitements. En effet, ces traitements, quels qu'ils soient et sachant qu'il n'y a pas une molécule plus recommandée qu'une autre, doivent être débutés à faible posologie avec augmentation progressive des doses, pour éviter entre autre de voir apparaître des effets secondaires tels que sédation ou vertiges.

L'initiation de ces traitements ne nous semble pas maîtrisée .

Enfin pour terminer l'évaluation des connaissances sur la douleur neuropathique, trois propositions concernant des généralités sur le traitement de ces douleurs leur sont faites. Ils doivent y répondre par « vrai », « faux » ou « ne sais pas » (question F6).

Les propositions correctes sont en gras et soulignées.

- a) Il n'y a pas de molécules agissant sur la composante neuropathique de la douleur plus recommandées qu'une autre. ☐ V ☐ F ☐ NSP

Grâce à la deuxième proposition, nous déterminerons s'ils savent que l'efficacité des traitements sur la douleur neuropathique est différée (entre 2 à 6 semaines) :

- b) L'efficacité des traitements utilisés dans la douleur neuropathique est quasi immédiate ☐ V ☐ F ☐ NSP

Enfin, le tramadol a un effet antalgique reconnu sur la douleur neuropathique(61). Cette notion est-elle connue de nos collègues ?

c) Le Tramadol a un effet antalgique reconnu sur la douleur neuropathique ☐ V ☐ F ☐ NSP

Le questionnaire se termine par le chronométrage du temps mis pour le remplir (annexe 1, page 9).

3.2. DISTRIBUTION DES QUESTIONNAIRES

En pratique pour toucher le maximum d'internes, nous nous sommes déplacés personnellement dans les différents services de médecine du CHRU de NANCY, du CAV de NANCY et du CHR de METZ-THIONVILLE.

Lorsque cela s'est avéré possible, nous avons essayé de réunir l'ensemble des internes de chaque service.

Dans un premier temps, nous leur avons expliqué collectivement notre projet : celui-ci est parti de notre expérience personnelle et d'un sentiment de manque de formation sur la douleur pendant nos études médicales. La réalisation du mémoire pour le DIU « Etude et Prise en Charge de la Douleur » nous avait permis de mettre en évidence des lacunes dans les connaissances sur la douleur chronique et nous avons voulu, pour confirmer ou infirmer notre impression, étendre notre enquête à un nombre plus conséquent d'internes.

Le questionnaire, que nous précisions être anonyme, leur était expliqué. Nous insistions sur l'intérêt de le remplir individuellement, avec leurs propres connaissances sans aide extérieure pour que notre analyse puisse refléter un état des lieux corrects de leurs connaissances sur la prise en charge de la douleur chronique.

Nous insistions également sur le fait que les questions ne concernent que la douleur chronique chez l'adulte. Nous leur précisions que le questionnaire se scinde en deux parties, l'une nous permettant de mieux les connaître et de connaître leur cursus, l'autre testant leurs connaissances sur la douleur chronique, en précisant qu'en aucun cas nous ne nous posions comme juges de leur savoir.

Nous leur laissions alors tout le temps nécessaire pour répondre aux questions.

Sur certains sites, il ne nous a pas été possible de réunir en même temps et dans un même lieu tous les internes du service. Aux internes présents mais indisponibles faute de temps, nous avons brièvement expliqué l'enquête et laissé le questionnaire, en insistant bien sur le fait qu'il fallait le remplir avec ses propres connaissances uniquement, sans aide aucune. En cas d'absence (récupération de gardes, formation, congés, maladies), nous avons effectué plusieurs passages pour essayer de les rencontrer individuellement. Lorsque, après plusieurs passages, cela s'avérait impossible nous laissions un questionnaire aux co-internes en leur demandant de transmettre.

3.3. RECUEIL DES QUESTIONNAIRES

Dans la majorité des cas, nous avons pu réunir les internes de chaque service et leur laisser le temps nécessaire pour répondre au questionnaire que, de ce fait, nous récupérions d'emblée.

A certains internes indisponibles faute de temps (notamment les internes des services du CHRU), nous avons été obligés de laisser un questionnaire. Dans le meilleur des cas, nous passions les récupérer après quelques heures. La plupart du temps, nous les récupérions après plusieurs jours.

Nous leur avons également laissé la possibilité de retourner les questionnaires directement par courrier interne à la consultation douleur de leur établissement.

4. SAISIE DES DONNEES

Initialement, nous avons rencontré un épidémiologiste pour la notation des questionnaires. Nous avons convenu que les bonnes réponses seraient notées « 1 », que les mauvaises réponses, les « ne sais pas » ou l'absence de réponse seraient notés « 0 ».

Pour les questions bénéficiant de plusieurs bonnes réponses, il a été décidé que l'interne obtiendrait « 1 » si l'ensemble des bonnes réponses est donné, « 0 » si tel n'est pas le cas.

Par ailleurs, pour affiner l'analyse, chaque proposition ou item seront notés, « 0 » si c'est une mauvaise réponse ou « ne sais pas » et « 1 » si c'est une bonne réponse.

Une fois l'ensemble des questionnaires recueillis et corrigés selon la notation expliquée ci-dessus, l'épidémiologiste a créé un masque de saisie par l'intermédiaire d'un logiciel Epidata .

Ce masque est construit sur le questionnaire initial. A chaque questionnaire saisi correspond un numéro dans le logiciel Epidata permettant de le retrouver.

Pour la première partie du questionnaire, les informations recueillies sur les internes (âge, sexe, semestre, spécialité médicale choisie, stage en cours) sont saisies sous forme de variables qualitatives. Nous incluons également les réponses concernant le module 6 (faisant partie ou non du cursus de l'interne, si oui a-t-il participé aux cours). Les raisons données par les internes concernant leur absence de participation aux cours sont également saisies en vue d'être exploitées.

Les autres types de formations théoriques reçues par les internes sur la prise en charge de la douleur chronique font partie du masque sous forme d'un listing, saisies « 0 » lorsqu'elles ne sont pas citées par l'interne, « 1 » lorsqu'elles sont citées.

Pour les échelles d'évaluation (satisfaction des cours du module 6, satisfaction sur les autres formations, estimation de sa propre prise en charge de la douleur chronique), les notes données par les internes sont saisies de manière à calculer une note moyenne.

Pour la deuxième partie du questionnaire, toutes les notes globales à chacune des questions sont saisies. Par ailleurs, chacune des réponses faites par les internes, qu'elle soit correcte ou non, est saisie, et ce, pour chaque question et pour chaque item ou proposition.

Les réponses aux questions ouvertes sont également prises en compte. Dans un premier temps, la note est saisie puis la réponse, qu'elle soit correcte ou non.

Le tout est alors envoyé à l'épidémiologiste pour analyse statistique.

A chacune des questions nous disposons du nombre de réponses obtenues ainsi que du pourcentage que cela représente.

Les variables quantitatives sont également répertoriées.

Enfin, en deuxième ligne, une nouvelle analyse statistique nous permet de confronter les résultats entre les internes ayant bénéficié de la formation par le module 6 et ceux ne l'ayant pas reçue ainsi que selon leur ancienneté, en opposant les résultats des internes du 1^{er} au 4^{ème} semestres à ceux des internes du 5^{ème} au 9^{ème} semestres.

5. ANALYSE DES RESULTATS

5.1. ETUDE DESCRIPTIVE

Cette enquête d'évaluation de la formation et des connaissances des internes en médecine sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte est avant tout une enquête descriptive.

Elle s'attache à faire le point sur les formations diverses théoriques reçues par les internes au cours de leur cursus médical.

Elle nous permet également de réaliser un état des lieux de leurs connaissances sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte.

5.2. ANALYSE QUALITATIVE

L'analyse qualitative des données recueillies nous permet de mieux connaître l'échantillon testé.

La première variable saisie est l'âge des internes répondant. Elle a son importance si l'on considère que plus l'interne est âgé, plus son expérience professionnelle, et donc sa formation sur le terrain à la prise en charge de la douleur chronique, est longue.

La deuxième variable est le sexe. Il pourrait être intéressant de l'exploiter pour savoir si il existe des différences de sensibilité entre les internes des deux sexes pour ce qui concerne la douleur.

Ensuite, le semestre dans lequel évolue l'interne au moment de l'enquête est précisé. Encore une fois, cela nous permet d'inclure des internes de semestres différents, ayant bénéficié d'une formation théorique différente selon leur ancienneté, mais également d'une formation pratique sur le terrain et d'une expérience professionnelle propres à chacun.

La spécialité médicale choisie par l'interne est relevée. Il aurait pu être intéressant de confronter les réponses des internes de médecine générale à celles des internes de spécialité.

Un des intérêts de ce questionnaire est de savoir si les internes ont bénéficié du module 6 au cours de leur cursus et s'ils ont ou non assisté aux cours. Pour tous les internes interrogés, y compris ceux ayant bénéficié du module 6, nous pouvons établir s'ils ont également bénéficié d'autres formations théoriques.

Nous essaierons de comprendre les raisons de l'absentéisme des étudiants aux cours traitant de la douleur et ferons le recueil de leurs propositions faites pour améliorer leur formation .

Enfin, les outils utilisés par ces internes au cours de leur pratique quotidienne pour prendre en charge la douleur chronique seront relevés.

5.3. ANALYSE QUANTITATIVE

L'analyse quantitative des données va nous permettre de noter les connaissances des internes sur la prise en charge de la douleur chronique dans sa globalité, à savoir sur la douleur par excès de nociception et sur la douleur neuropathique. Diagnostic, clinique, évaluation et traitement de ces deux composantes de la douleur chronique sont testés.

Les notes recueillies aux différentes questions nous permettront de faire l'état des lieux des connaissances actuelles des internes sur la douleur chronique. Nous essaierons de mettre en évidence leurs points forts et leurs points faibles..

5.4. COMPARAISONS DES SCORES

Nous nous proposons ensuite de comparer les scores des internes selon :

- leurs formations théoriques reçues (module 6 versus autres formations)
- leur ancienneté (en fonction du nombre de semestres déjà effectués)

Pour se faire, nous avons réuni plusieurs questions et leur avons donné un score global que nous pourrions comparer. Le score global correspond au nombre de questions réunies dans la « note ». L'interne répondant correctement à toutes les questions obtient le score maximal. S'il ne répond à aucune question de la « note », il obtient « 0 ».

Dans la « note A » nous regroupons les questions A1 et A2 (annexe 1, page 3) sur les définitions de la douleur par excès de nociception. Elle est notée sur 2.

La « note B » correspond à la question B sur la définition de la douleur neuropathique (annexe 1, page 3). Elle est notée sur 1.

Les « note C » et « note D » correspondent respectivement aux questions C et D (annexe 1, pages 3 et 4) concernant les échelles d'évaluation de la douleur par excès de nociception. Elles sont toutes deux notées sur 1.

La « note E » regroupe l'ensemble des questions sur la thérapeutique des douleurs par excès de nociception selon les 3 paliers de l'OMS ainsi que la rotation des opioïdes (annexe 1, pages 4 à 8, questions E1, E2, E3a à k). Elle est notée sur 14.

Enfin la « note F » correspond aux questions F1 à F6 (annexe 1, pages 8 et 9) sur les échelles et les traitements des douleurs neuropathiques.

Chaque « note » a donc un score global correspondant au nombre total de questions regroupées dans la note. Pour faciliter la compréhension, nous rapportons l'ensemble des scores obtenus sur 20 pour l'ensemble des 6 notes.

Ces 6 notes constitueront donc nos 6 points de comparaison, entre les internes ayant bénéficié du module 6 et ceux ne l'ayant pas reçu dans un premier temps, puis dans un second temps entre les internes du 1^{er} au 4^{ème} semestres et les internes du 5^{ème} au 9^{ème} semestres.

Nous allons maintenant vous présenter les résultats obtenus au cours de notre enquête.

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ENQUETE

1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

1.1. NOMBRE DE SUJETS

Au total 150 questionnaires ont été distribués aux internes de médecine des différents services visités (annexe 3).

L'enquête a débuté en janvier 2006. Elle s'est étalée sur trois mois. En mars 2006, nous avons récupéré 108 questionnaires sur l'ensemble des 150 distribués. Nous obtenons un taux de réponses satisfaisant de 72%.

1.2. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

Par l'intermédiaire de la première partie du questionnaire nous avons établi le « curriculum vitae » des internes interrogés (annexe 1, page 1, questions n°1, 2, 3 et 4).

Sur les 108 répondants, nous constatons une proportion homme/femme représentative de la proportion nationale dans les facultés de médecine française. En effet, toutes années confondues, 59 % des étudiants en médecine sont des femmes. Elles représentent 60 % des étudiants du deuxième cycle et 50 % des étudiants du troisième cycle (62). Dans notre étude, nous relevons 60 % de femmes répondant.

La moyenne d'âge est de 27 ans, les extrêmes allant de 24 ans pour le minimum à 50 ans pour le maximum.

Les 108 internes sont de tous semestres confondus et se répartissent comme suit :

Tableau n°1 : Présentation des internes

Variables		Nombre	Pourcentage
Sexe	masculin	43	40%
	féminin	65	60%
Semestre	premier	31	29%
	deuxième	1	1%
	troisième	29	27%
	quatrième	1	1%
	cinquième	21	20%
	sixième	12	11%
	septième	8	8%
	huitième	0	0%
	neuvième	3	3%
Spécialité médicale choisie	Médecine générale	37	35%
	Médecine spécialisée définie	40	37%
	Médecine spécialisée non définie	30	28%

Nous notons :

- une majorité d'internes est de sexe féminin (60%).
- tous les semestres (excepté le huitième) sont représentés, majoritairement les semestres impairs, ce qui est normal puisque le premier stage de l'année universitaire s'effectue de novembre à mai et que notre enquête a eu lieu en janvier, février et mars.
- une majorité d'internes a choisi une spécialité (70 au total) contre 37 internes de médecine générale ou résidents. Il est à noter, qu'avec la réforme, la médecine générale est maintenant considérée comme une spécialité. Il n'est donc pas impossible que certains futurs médecins généralistes se soient classés dans la catégorie « médecine spécialisée non définie ».
- un interne n'a pas répondu à cette question.

Les stages en cours au moment de l'enquête sont répertoriés dans le tableau suivant :

Tableau n°2 : Stages en cours au moment de l'enquête

Stage en cours	Nombre d'internes
Urgences	14
Gériatrie Soins palliatifs	13
Oncologie Radiothérapie	12
Hépatogastro-entérologie	10
Dermatologie	8
Neurologie	7
Cardiologie	7
Anesthésie Réanimation	6
Diabétologie Endocrinologie	6
Maladies infectieuses et respiratoires	6
Médecine interne	6
Rhumatologie	4
Pneumologie	3
Hématologie	3
Néphrologie	2
Non précisé	1

Toutes les spécialités médicales sont représentées. Les services dans lesquels nous obtenons le plus de réponses sont : Urgences, Gériatrie - Soins palliatifs, Oncologie-Radiothérapie et Hépatogastro-Entérologie.

Concernant leur formation théorique, sur les 108 internes répondant, 61 d'entre eux, soit 56 %, ont bénéficié du module 6 au cours de leur cursus (annexe 1, page 1, question n°5) . Sur ces 61 internes, 36, soit 58 % ont assisté à ces cours.

Leur satisfaction moyenne, chiffrée par l'intermédiaire de l'échelle d'évaluation allant de 0 à 10, est de 5,3 avec un écart-type de 2.

Aux 42 % des étudiants n'ayant pas assisté aux cours nous avons demandé quelles en étaient les principales raisons. Les différentes explications obtenues se résument ainsi :

- « Cours du module 6 en DCEM 4, année de l'internat ou de l'ENC (Examen National Classant) »
- « Cours non adaptés à la préparation de l'ENC »
- « Cours peu intéressants »
- « Habitude de ne plus aller en cours »
- « Eloignement du lieu de stage »
- « Absence de disponibilité du fait du travail au service, manque de temps »
- « Stage à l'étranger »
- « Utilisation de livres traitant de ce sujet »
- « Enseignants non informés du programme ou absents aux cours »
- Aucune explication

Les deux explications les plus fréquemment citées par les internes sont d'une part que le module 6 est dispensé en DCEM 4, année de l'internat ou de l'ENC, d'autre part que les cours du module 6 ne sont pas adaptés à la préparation de l'internat ou de l'ENC.

Module 6 mis à part, nous les avons interrogés sur les autres formations théoriques reçues concernant la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte (annexe 1, pages 1 et 2, question n°6). 69 étudiants sur 108, soit 64 % admettent avoir reçu une formation autre que le module 6 :

Tableau n°3 : Formations reçues (module 6 exclus)

Type de formation	Nombre d'internes ayant bénéficié de cette formation	Pourcentage
Cours magistraux	34	31%
Stages	32	30%
Staff de laboratoires	30	28%
Séminaires	19	18%
Conférences d'internat	19	18%
Enseignement post universitaire	5	5%
Congrès	2	2%
Autres	1	1%

Pour information, la réponse citée pour « autres » est le Diplôme Universitaire (DU) de Cancérologie.

Nous notons que :

- 31 % des internes se souviennent avoir reçu une formation sur la prise en charge de la douleur chronique sous forme de cours magistraux dispensés pendant leurs études médicales.

- 30 % ont reçu une formation sur la prise en charge de la douleur chronique aux cours de leurs stages pratiques.

- 28 % ont été formés lors de staffs de laboratoires pharmaceutiques.

- 18 % ont reçu une formation par les conférences d'internat.

- 18 % ont reçu une formation sous forme de séminaires au cours de leur cursus.

Toujours sur le même principe d'échelle d'évaluation de 0 à 10, nous leur avons demandé d'estimer leur satisfaction quant à ces formations. La note moyenne obtenue est de 5,6 avec un écart-type de 2,3.

Les principaux moyens utilisés dans leur quotidien pour traiter la douleur chronique sont répertoriés dans le tableau ci-dessous (annexe 1, page 2, question n°7) :

Tableau n°4 : Outils utilisés au quotidien pour prendre en charge la douleur chronique

Moyens utilisés	Nombre de fois cités	Pourcentage
Manuels thérapeutiques	97	90%
Protocoles de service	32	30%
Brochures de laboratoire	20	18%
Appel d'un collègue	39	36%
Référent douleur	72	67%
Site internet	10	9%
Autre outil	7	6%
Aucun outil	0	0%

- La réponse la plus fréquemment citée est « utilisation de manuels thérapeutiques » type dictionnaire Vidal® ou Dorosz (90 % des internes).

- Vient ensuite l'appel à un référent douleur de l'hôpital pour 67% des internes.

- 36 % d'entre eux font appel à un collègue médical.

- 30 % d'entre eux utilisent les protocoles de service lorsque ceux-ci existent.

A l'estimation de sa propre manière de prendre en charge la douleur chronique (sur une échelle de 0 à 10), les internes se donnent une note de 5,5 avec un écart type de 1,5 (annexe 1, page 2, question n°8).

Pour renforcer notre conviction de l'intérêt de disposer d'un outil pratique d'aide à la prise en charge de la douleur chronique, nous leur avons directement posé la question (annexe 1, page 2, question n°10). 105 internes répondent favorablement. 2 n'en voit pas l'intérêt. Un seul est sans avis à ce sujet.

Dans une seconde partie, nous allons recueillir les résultats du test des connaissances sur la prise en charge de la douleur chronique.

2. SCORES

2.1. DEFINITIONS DE LA DOULEUR CHRONIQUE

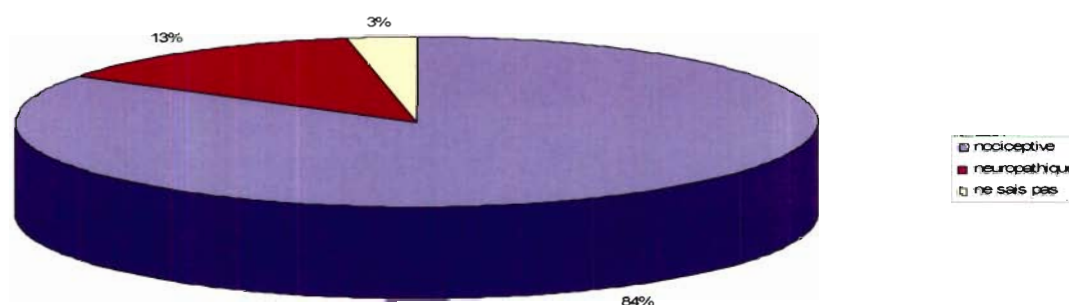
Les réponses correctes sont en bleu sur les graphiques.

2.1.1. DOULEUR PAR EXCES DE NOCICEPTION

Sous forme d'un cas clinique (annexe 1, page 3, question A1), nous les avons testé sur la définition d'une douleur par excès de nociception.

91 internes sur 108, soit 84 % d'entre eux savent reconnaître une douleur par excès de nociception :

GRAPHIQUE 1: RECONNAÎTRE UNE DOULEUR PAR EXCES DE NOCICEPTION

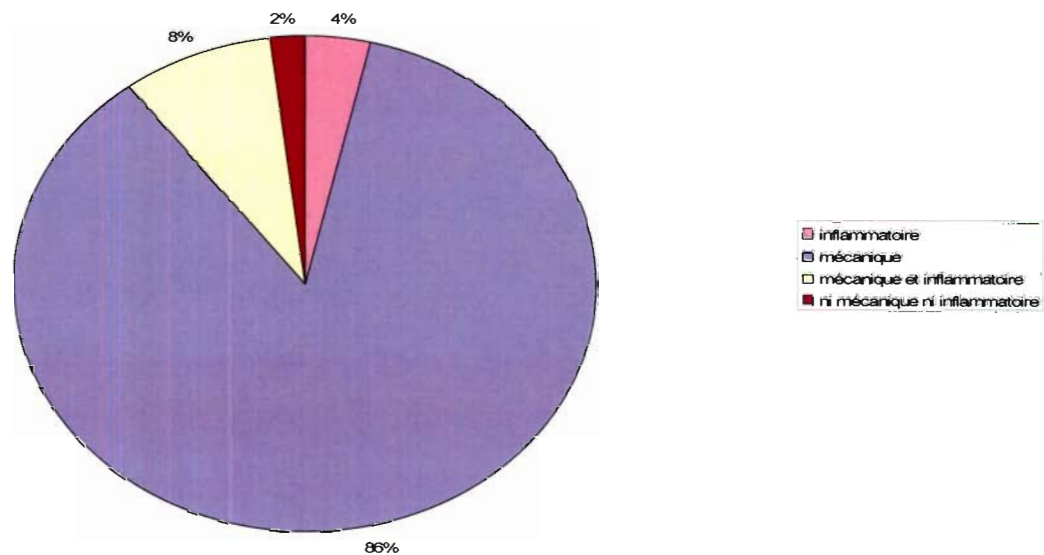


2.1.2. RYTHME DE LA DOULEUR

A la question A2 (annexe 1, page 3), nous attendions qu'ils reconnaissent le rythme de la douleur.

93 internes soit 86 % savent différencier une douleur mécanique d'une douleur inflammatoire :

GRAPHIQUE N°2: RECONNAITRE LE RYTHME DE LA DOULEUR

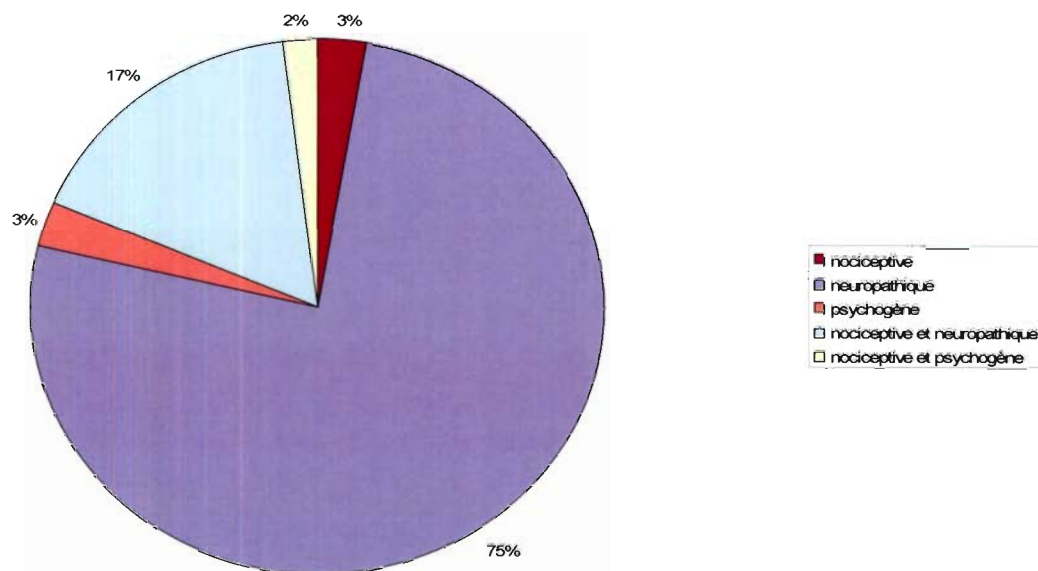


2.1.3. DOULEUR NEUROPATHIQUE

Nous les avons ensuite interrogés sur la composante neuropathique d'une douleur chronique en leur proposant de la reconnaître dans un cas clinique (annexe 1, page 3, question B).

82 internes, soit 76 % d'entre eux reconnaissent cette douleur comme étant neuropathique :

GRAPHIQUE N°3: RECONNAITRE UNE DOULEUR NEUROPATHIQUE



2.2. DOULEUR PAR EXCES DE NOCICEPTION

Après les définitions de la douleur chronique, nous avons testé l'évaluation et le traitement de la douleur par excès de nociception et la rotation des opioïdes.

2.2.1. EVALUATION

Chez l'adulte communiquant, 99 internes soit 92 % sont capables de citer un outil d'évaluation de la douleur par excès de nociception (annexe 1, page 3, question C). L'EVA est citée par 87 d'entre eux, l'EN par 10 et l'EVS par 2 d'entre eux. Parmi les mauvaises réponses citées, on retrouve : « réglette », « échelle nosologique ».

Pour le patient non communiquant, 24 internes soit 22 % citent un outil correct : l'échelle DOLOPLUS pour 16 internes et l'ECPA pour 8 d'entre eux (annexe 1, page 4, question D).

78 % ne connaissent pas d'échelle d'évaluation de la douleur chez l'adulte non communiquant : soit nous n'obtenons aucune réponse, soit une réponse erronée comme par exemple :

-« Visages, échelle des visages, EVA sur faciès »

-« constantes vitales, tachycardie »

-« grimaces, mimiques »

-« manœuvre de Pierre Marie et Foix »

2.2.2. TRAITEMENT

Pour tester les connaissances des internes sur le traitement de la douleur par excès de nociception, nous avons, comme précisé dans la première partie, subdivisé cette question en fonction des trois paliers de l'OMS.

2.2.2.1. Palier 1 (annexe 1, page 4, question E1)

54% des internes connaissent les modalités de prescription d'une molécule de palier 1, le Paracétamol, dans le traitement d'une douleur chronique :

Tableau n°5 : Répartition des réponses concernant la prescription des molécules de palier 1

Propositions	Nombre de réponses	pourcentage
1g Paracétamol per os matin, midi, soir	16	15%
1g Paracétamol per os si douleur, max 4g/j	28	25%
500mg Paracétamol per os toutes les 4 à 6h/j	5	5%
1g paracétamol per os toutes les 4 à 6h/j	58	54%
1g Paracétamol IV toutes les 4 à 6h/j	0	0%
Je ne sais pas	1	1%

Nous notons que :

- 25 % des internes prescrivent le traitement à posologie correcte mais à la demande pour traiter une douleur chronique.

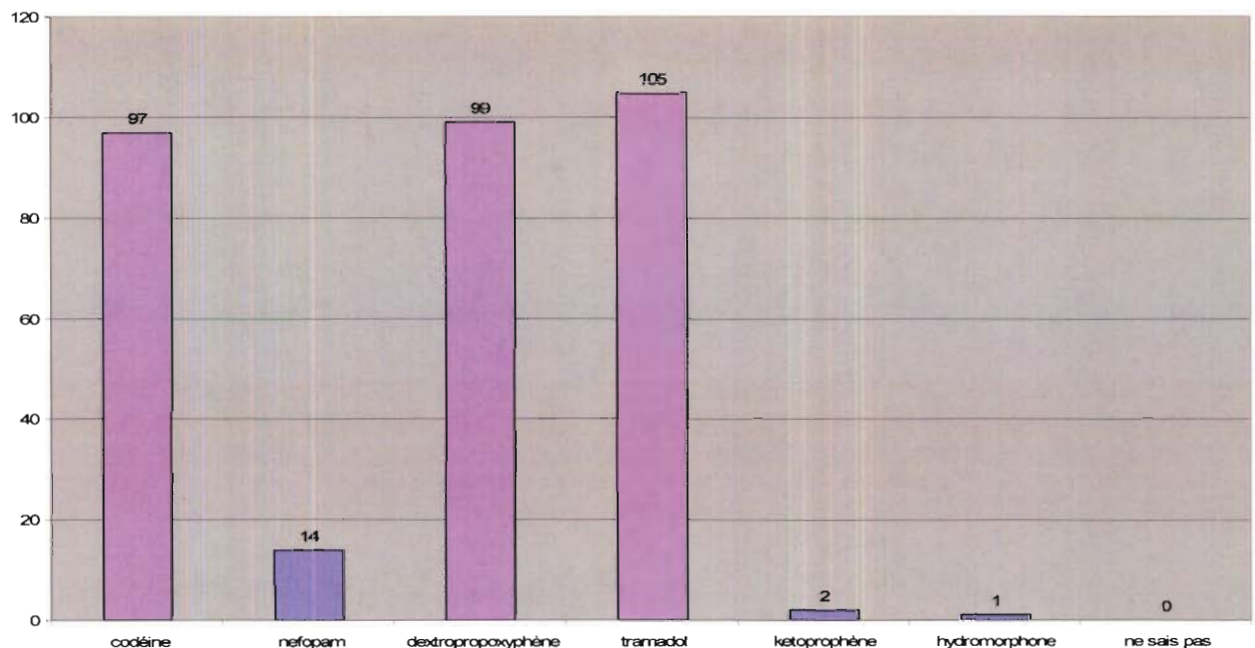
- 15 % prescrivent 1g de paracétamol trois fois par jour et n'ont donc pas de couverture antalgique nocturne.

2.2.2.2. Palier 2 (annexe 1, page 4, question E2) :

Nous leur avons demandé de retrouver parmi une liste de molécules celles appartenant au palier 2, correspondant aux opioïdes faibles.

87 internes, soit 81 % sont capables de citer les trois molécules appartenant à ce palier (en mauve sur le graphique) :

GRAPHIQUE N°4: LES MOLECULES DE PALIER 2



Globalement les molécules de palier 2 sont bien connues par les internes. Le Tramadol est la molécule la plus citée (105 internes), vient ensuite le Dextropropoxyphène (99 internes) puis la Codéine (97 internes).

Notons que pour 14 des internes interrogés le Néfopam fait partie des molécules de palier 2.

2.2.2.3. Palier 3

- Voie d'administration :

A la question sur la voie d'administration privilégiée en première intention dans un traitement par opioïdes forts (annexe 1, page 4, question E3a), à savoir la voie orale, nous obtenons 89 % de bonnes réponses.

7% des internes citent la voie intraveineuse en première intention.

- Concernant l'équianalgie :

Nous leur avons demandé de citer les facteurs de conversion utilisés pour passer d'une dose de morphine per os à une dose sous cutanée et à une dose intraveineuse (annexe 1, page 5, E3b). Nous notons :

67 internes soit 62% connaissent le facteur de conversion pour passer d'une forme orale à une forme sous-cutanée. Parmi les mauvaises réponses, nous obtenons :

- 2/3 pour 5 internes
- facteur 1 pour 1 interne
- multiplier par 2 pour 4 internes
- multiplier par 3 pour 2 internes
- 3/4 pour 2 internes
- 1/3 pour 5 internes
- 1 d'entre eux se réfère au Vidal pour la conversion.

81 internes soit 75% connaissent le facteur de conversion pour passer d'une forme orale à une forme IV. Parmi les mauvaises réponses, nous retenons :

- facteur 1 pour 1 interne
- multiplier par 2 pour 1 interne
- multiplier par 6 pour 1 interne
- multiplier par 3 pour 2 internes
- 1/4 pour 3 internes
- 1/6 pour 2 internes

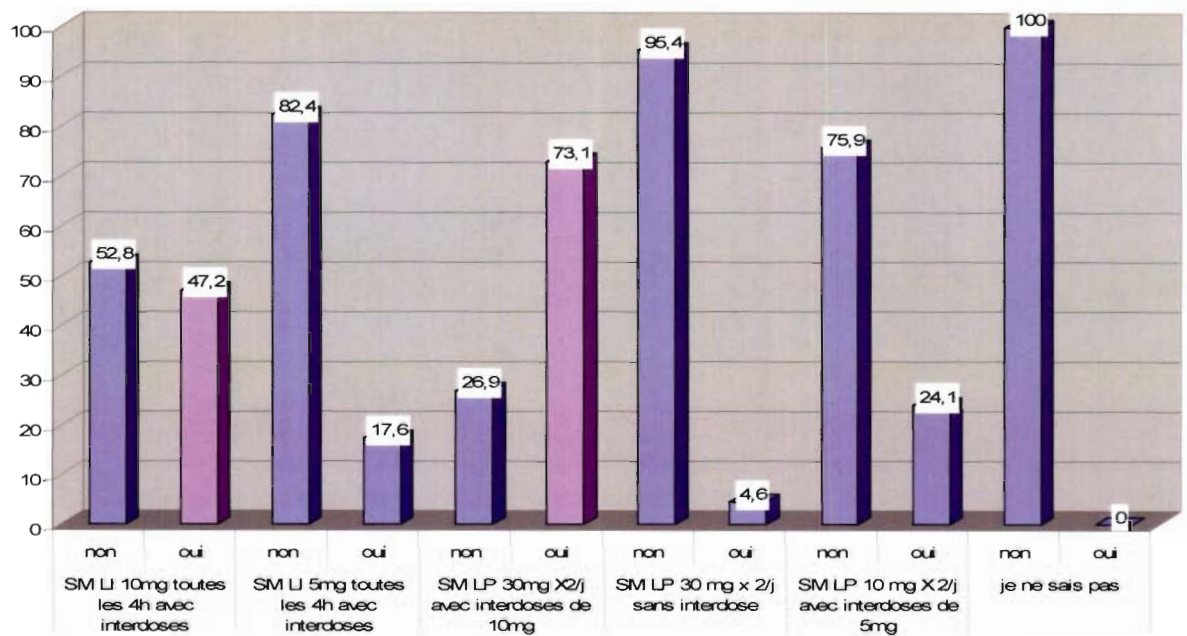
Au total, 60 % des internes connaissent à la fois les facteurs de conversion pour passer de la forme orale à la forme sous cutanée et de la forme orale à la forme IV.

- Initiation d'un traitement par morphinique.

Parmi plusieurs propositions, nous leur demandions de retrouver les 2 schémas thérapeutiques possibles d'initiation d'un traitement morphinique chez un jeune patient atteint de douleurs cancéreuses nociceptives très intenses (annexe 1, page 5, question E3c).

Les réponses obtenues sont regroupées dans le graphique suivant. Les réponses correctes sont en mauve.

GRAPHIQUE N°5: INITIATION D'UN TRAITEMENT MORPHINIQUE



- 73 % des internes initient à juste titre un traitement par « SM LP 30mgX 2/j + interdoses ».

- 47 % réalisent à juste titre une titration par « SM LI 10mg toutes les 4h + interdoses ».

- aucun interne n'avoue ne pas savoir initier un traitement morphinique.

- seuls 5 % d'entre eux prescrivent un traitement par « SM LP 30mg X2/j sans interdoses ».

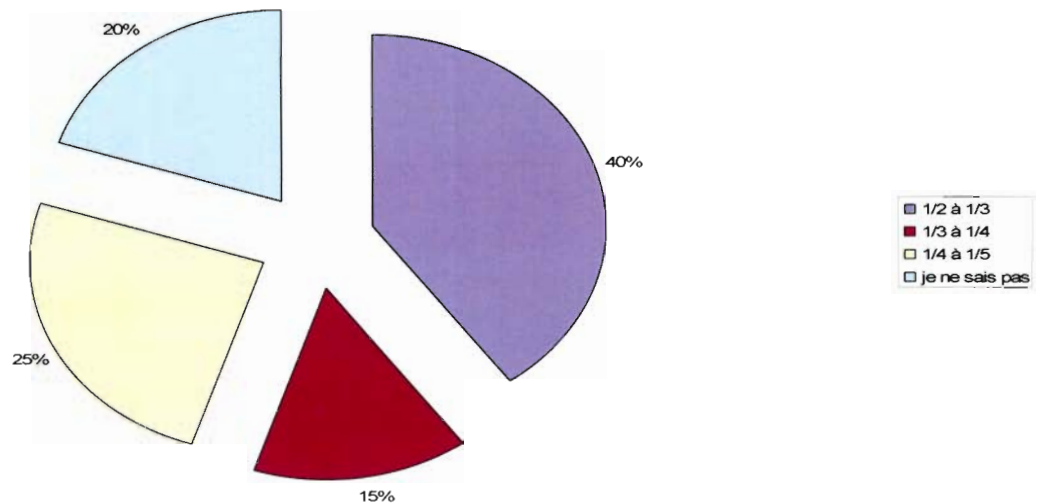
- respectivement, 24% et 18 % des internes initient un traitement morphinique en sous dosant le patient par « SM LP 10mgX2/j avec interdoses » ou titration par « SM LI 5mg toutes les 4h + interdoses ».

- Valeur d'une interdose (annexe 1, page 5, question E3d)

89 internes soit 82 % connaissent la valeur d'une interdose de morphinique par rapport à la dose journalière de fond.

19 d'entre eux soit 18 % sont dans l'erreur, les mauvaises réponses citées se répartissant ainsi :

GRAPHIQUE N°6: REPARTITION DES ERREURS CONCERNANT LA VALEUR D'UNE INTERDOSE DE MORPHINE

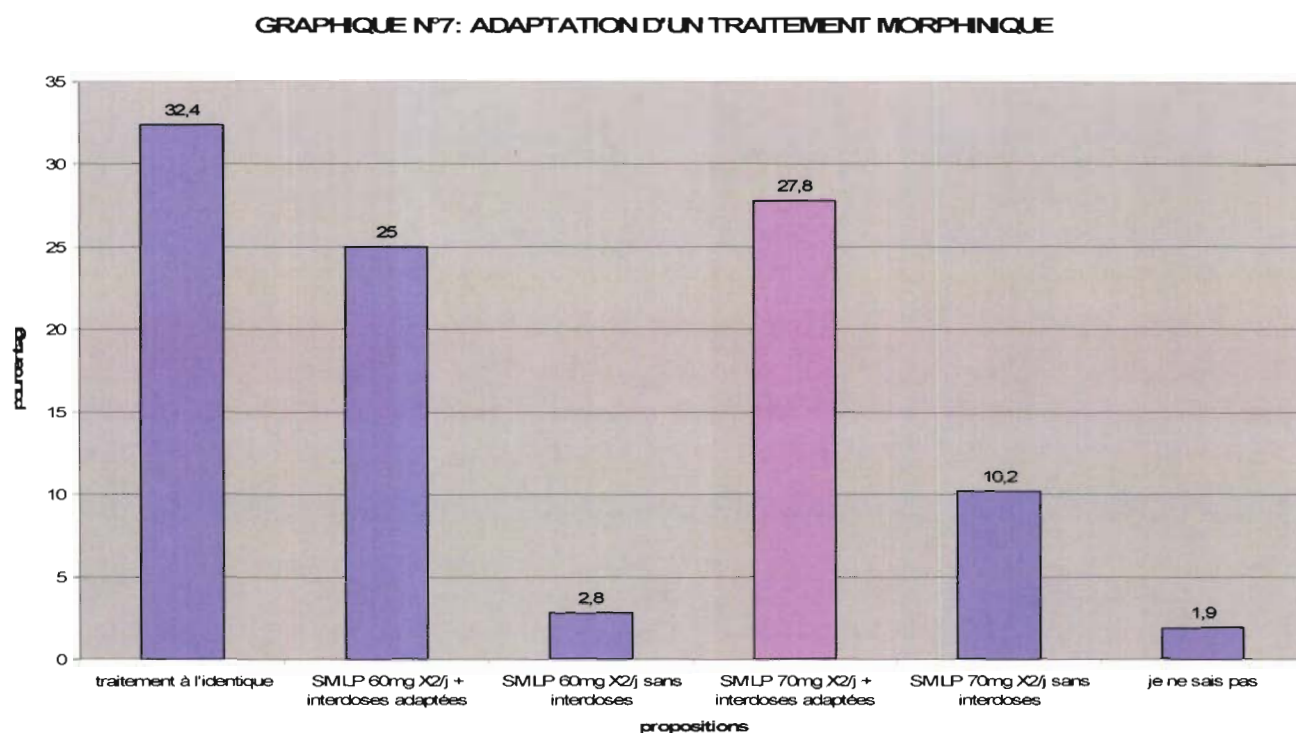


- Adaptation d'un traitement morphinique

Sous forme d'un cas clinique, nous avons voulu savoir si les internes savaient adapter correctement un traitement morphinique en reprenant le cas de ce même jeune patient équilibré d'un point de vue antalgique par « SM LP 50mg X 2/jour et 4 interdosés adaptés » (annexe 1, page 6, question E3e).

- 30 internes (28%) adaptent le traitement correctement (en mauve sur le graphique).
- 78 soit 72 % sont dans l'erreur.
- La majorité des internes, 32 % laissent le traitement à l'identique.

L'ensemble des réponses à cette question est regroupé dans le graphique suivant :



- Initier ou adapter un traitement opioïde nécessite de reconnaître et de savoir prendre en charge un surdosage (annexe 1, page 6, question E3f).

67% des internes connaissent les signes d'un surdosage en morphinique à savoir « la bradypnée » et les « troubles de la conscience croissants ». 33 % les ignorent et répondent :

Tableau n°6 : Signes d'un surdosage en morphinique

Signes cités	Nombre d'internes
Arrêt respiratoire	1
Confusion	2
Cyanose	1
Détresse respiratoire, dyspnée, insuffisance respiratoire	23
Myosis	10

Parmi les mauvaises réponses les plus citées on retrouve :

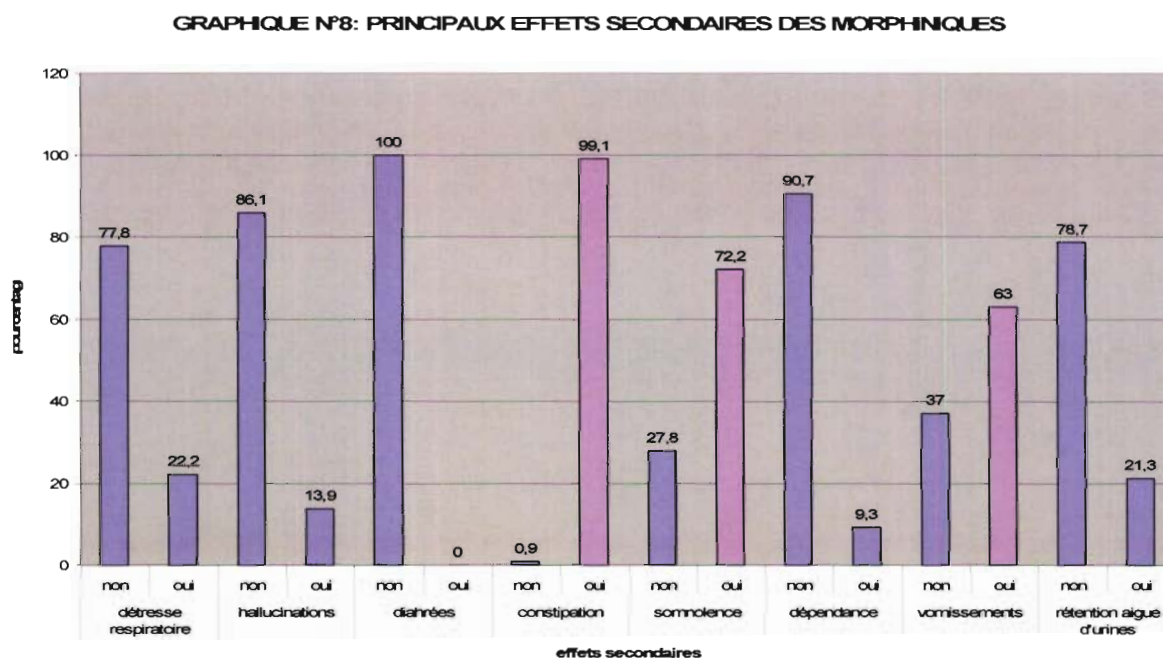
- la détresse respiratoire, l'insuffisance respiratoire, la dyspnée pour 23 internes
- le myosis, signe d'imprégnation morphinique cité par 10 internes.

En ce qui concerne l'antidote d'un surdosage en morphinique, le Naloxone, 94 internes soit 87% sont capables de citer la molécule. Le protocole d'utilisation exacte n'est retrouvé qu'une seule fois parmi les 108 questionnaires. Parmi les mauvaises réponses citées, nous retrouvons :

- « Anexate » (cité 6 fois)
 - « Flumazenil »
 - « Sulfate de Protamine »
- Effets indésirables

Parmi une liste de symptômes, il s'agissait de reconnaître les trois effets indésirables les plus fréquents des morphiniques (annexe 1, page 6, question E3g).

Les réponses obtenues se répartissent ainsi (réponses correctes en mauve) :



42 % des internes interrogés ont retrouvé les trois signes principaux : constipation, somnolence et vomissements.

La constipation est l'effet secondaire le plus cité à 99 %.

Viennent ensuite la somnolence citée par 72 % et les vomissements cités par 63%.

Les deux erreurs les plus fréquentes concernent la détresse respiratoire citée par 22 % et la rétention aigue d'urines citée par 21 % des internes.

- Comme nous l'avons déjà précisé dans la première partie, l'utilisation des morphiniques implique de connaître la définition et les molécules permettant une rotation des opioïdes (annexe 1, page 7, question E3h).

Cette question comportait plusieurs propositions concernant la rotation des opioïdes. Nous allons étudier les réponses proposition par proposition.

- Proposition 1 :

63 % des internes sont dans l'erreur .

28% avouent ne pas connaître la définition d'une rotation d'opioïdes.

35% pensent qu'il ne faut pas procéder à un changement d'opioïde lorsque le rapport bénéfice/risque diminue.

- Proposition 2 :

76 % des internes réalisent une rotation lors de la survenue d'effets indésirables malgré un traitement symptomatique adapté et/ou en cas de résistance à l'opioïde.

17% avouent ne pas savoir.

- Proposition 3 :

79 % des internes semblent savoir que la survenue d'effets indésirables à l'augmentation des doses n'implique pas systématiquement une rotation, mais la mise en place d'un traitement symptomatique de ces effets indésirables ou la réévaluation de la posologie du traitement opioïde.

- Proposition 4 :

62% ne définissent pas la résistance aux opioïdes comme une absence d'efficacité du morphinique utilisé et/ou une absence d'effets indésirables malgré une augmentation massive et rapide des doses et sont donc dans l'erreur. 28% avouent ne pas savoir.

- Proposition 5 :

48 % des internes savent qu'il n'y a pas d'ordre précis pour effectuer une rotation d'opioïdes.

41% d'entre eux n'ont pas d'idée sur la question.

- Proposition 6 :

Pour 67%, elle ne correspond pas au passage d'une molécule de palier 2 à une molécule de palier 3.

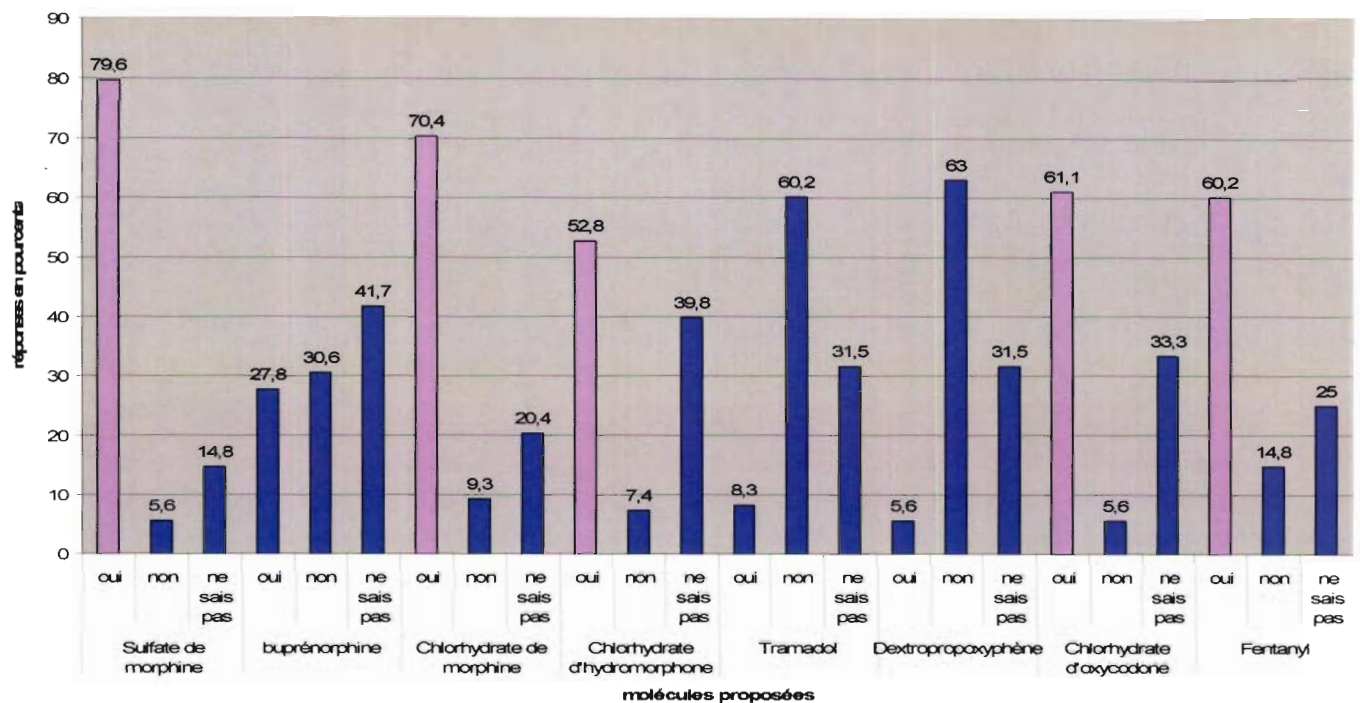
12% pensent que c'est le cas.

21% admettent ne pas savoir.

Au total, seuls 3 % d'entre eux répondent correctement à l'ensemble des propositions.
97 % font au moins une erreur.

- Nous leur demandions ensuite de reconnaître les molécules utilisées pour une rotation d'opioïdes (en mauve sur le graphique) parmi une liste de médicaments (annexe 1, page 7, question E3i) :

GRAPHIQUE N°9: MOLECULES UTILISEES POUR UNE ROTATION D'OPIOIDES



- 86 internes soit 80 % citent le Sulfate de morphine.
- 76 internes soit 70 % citent le Chlorhydrate de morphine.
- 57 internes soit 53 % citent le Chlorhydrate d'hydromorphone.
- 66 internes soit 61 % citent le Chlorhydrate d'oxycodone.
- 65 internes soit 60 % citent le Fentanyl.

Au total, seuls 14 % des internes connaissent l'ensemble des molécules pouvant être utilisées pour réaliser une rotation d'opioïdes.

- Sous forme d'un tableau à remplir, nous avons essayé de déterminer si les coefficients de conversion estimés des principaux opioïdes, correspondant à 10mg de morphine orale étaient connus (annexe 1, page 8, question E3j) :

Seul 1 interne sur 108 remplit le tableau correctement et en entier.

- Enfin, pour en terminer avec les douleurs par excès de nociception, nous leur avons posé une dernière question sur le dispositif transdermique de Fentanyl , plus précisément sur son équivalence en morphine orale (annexe 1, page 8, question E3k):

53 soit 49 % des internes connaissent cette équivalence. 39 d'entre eux soit 36 % avouent l'ignorer.

2.3. DOULEUR NEUROPATHIQUE

La dernière partie du questionnaire est basée sur l'évaluation des connaissances des internes sur une autre composante de la douleur chronique : la douleur neuropathique.

2.3.1. EVALUATION

De la même manière que pour les douleurs par excès de nociception, nous les avons testés sur la reconnaissance et l'évaluation d'une douleur neuropathique en leur demandant de nous citer un questionnaire permettant d'estimer la probabilité d'une telle douleur (annexe 1, page 8, question F1).

Nous attendions comme réponse le « DN4 » ou le « Questionnaire de St Antoine ».

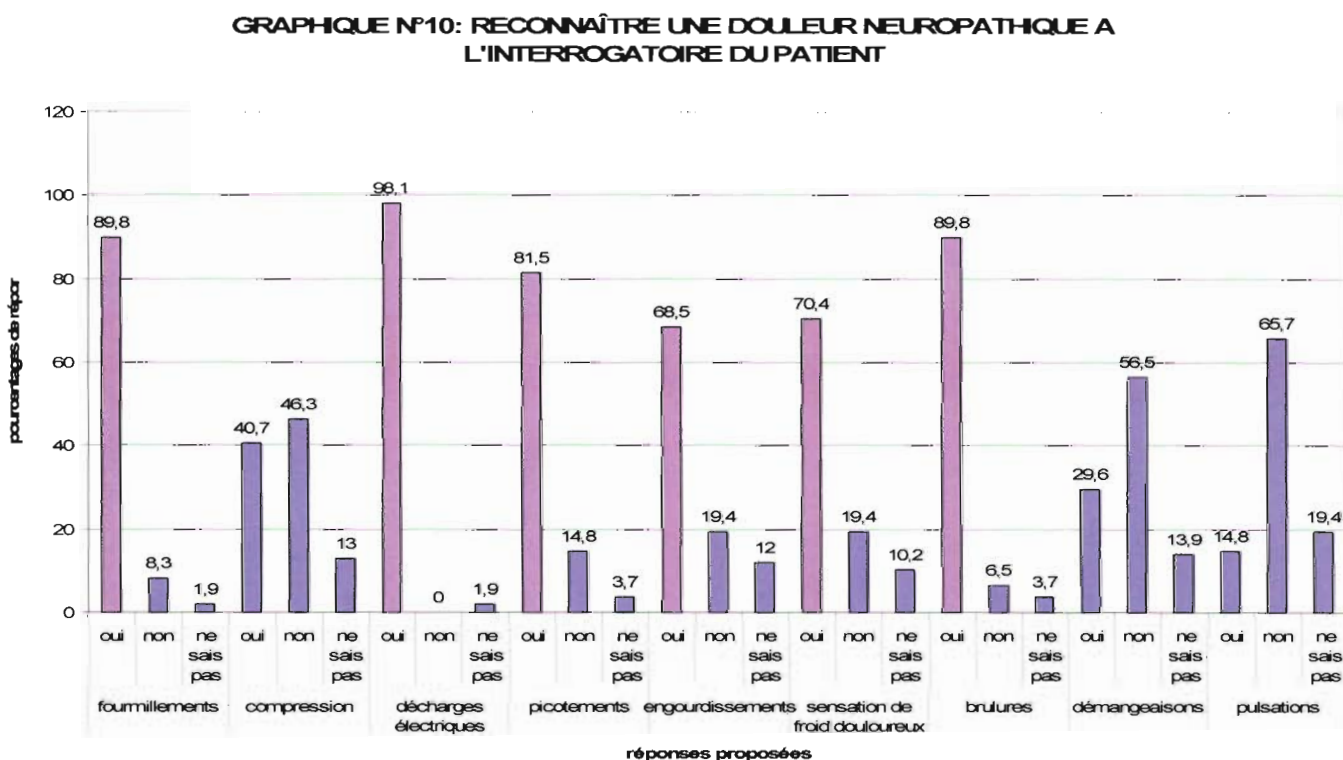
Seuls 3 internes sont capables de citer un questionnaire. 98 % d'entre eux n'en connaissent aucun ou donnent une réponse erronée :

- 102 internes ne donnent aucune réponse
- 1 interne cite le « 4A »
- 1 interne cite l'échelle « Doloplus »
- 1 interne cite la « douleur à l'effleurement »

2.3.2. CLINIQUE

Ensuite, notre démarche a été de savoir si nos collègues savaient reconnaître une douleur neuropathique, d'abord à l'interrogatoire du patient puis à l'examen clinique.

Nous leur avons demandé dans un premier temps, parmi une liste de caractéristiques et symptômes, de retrouver ceux permettant d'évoquer une composante neuropathique à l'interrogatoire du patient (annexe 1, page 8, question F2) . Les signes qu'il fallait citer sont en mauve sur le graphique :



97 internes soit 90 % ne sont pas capables de reconnaître l'ensemble des signes caractérisant une douleur neuropathique.

Parmi les signes qu'il fallait reconnaître :

- 98 % citent les décharges électriques
- 90 % citent les fourmillements
- 90 % citent les brûlures
- 81 % citent les picotements
- 70 % citent la sensation de froid douloureux
- 68 % citent les engourdissements

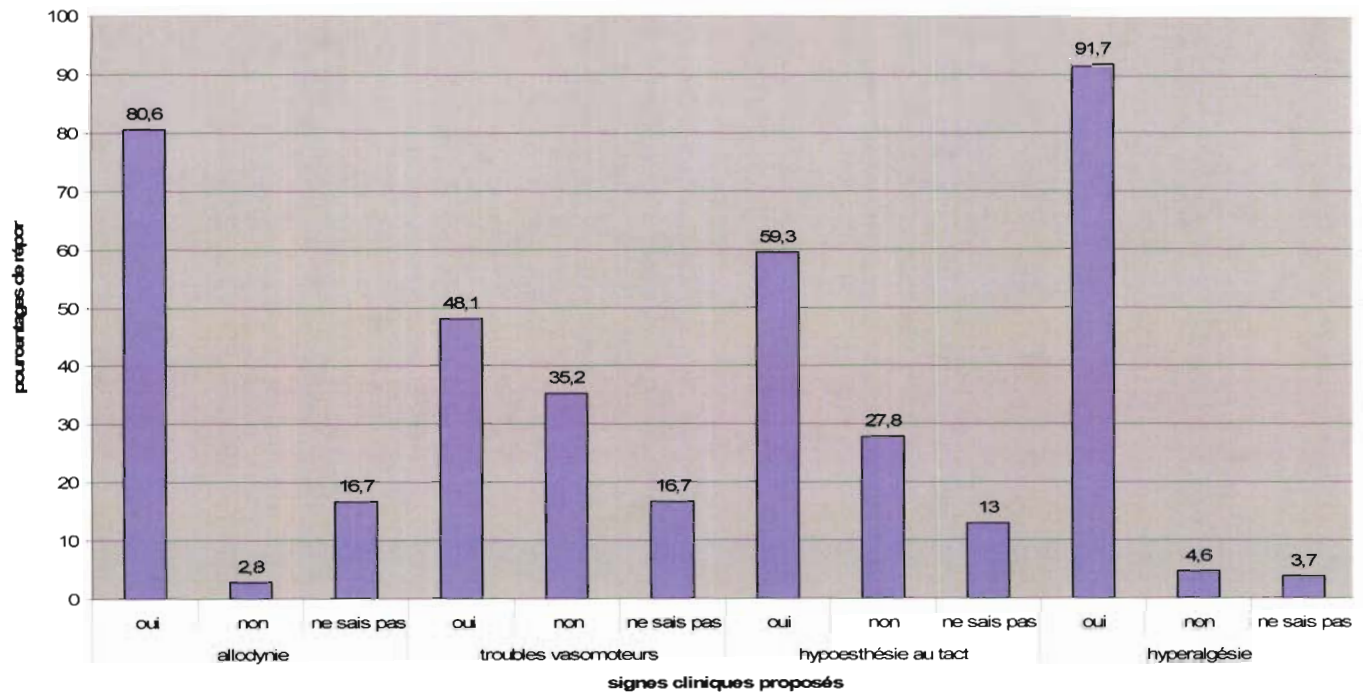
Au total, seuls 10 % d'entre eux retrouvent l'ensemble des signes caractérisant une douleur neuropathique.

Parmi les mauvaises réponses, du plus au moins cité, on retrouve :

- la compression, citée par 41 %
- les démangeaisons, citées par 30 %
- les pulsations, citées par 15 %

Dans un second temps, nous les avons interrogés sur les signes cliniques évocateurs de douleur neuropathique à l'examen du patient (annexe 1, page 9, question F3) :

GRAPHIQUE N°11: SIGNES CLINIQUES EVOCATEURS D'UNE DOULEUR NEUROPATHIQUE



74 % des internes ne reconnaissent pas l'ensemble des 4 signes proposés.

92 % reconnaissent l'hyperalgésie.

81 % reconnaissent l'allodynie.

60 % reconnaissent l'hypoesthésie au tact.

48 % reconnaissent les troubles vasomoteurs.

2.3.3. TRAITEMENT

Les deux classes thérapeutiques utilisées dans le traitement d'une douleur neuropathique (annexe 1, page 9, question F4) étaient à citer.

52 % des internes donnent les deux classes thérapeutiques attendues : antidépresseurs

tricycliques et antiépileptiques :

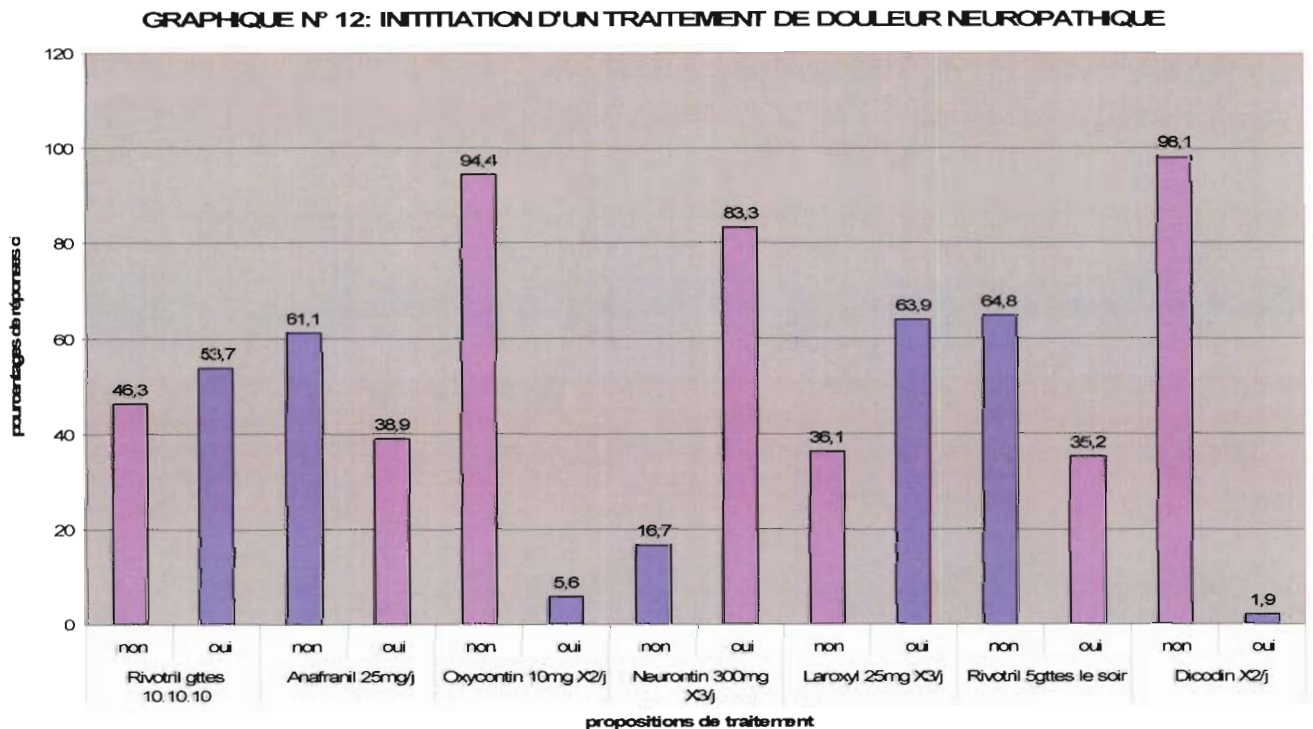
- Les antidépresseurs sont cités par 80 internes, soit 80 %.
- Les antiépileptiques sont cités par 71 internes soit 71 %.

Parmi les autres réponses erronées, nous retrouvons :

- neuroleptiques pour 14 internes
- benzodiazépines pour 31 internes
- antalgiques de palier 1 à 3 pour 1 interne
- antihypertenseurs pour 1 interne

Nous leur proposons ensuite plusieurs possibilités d'initiation d'un traitement de douleur neuropathique chez une patiente de 50 ans, sans autres antécédents, présentant une douleur neuropathique typique évoluant depuis six mois (annexe 1, page 9, question F5).

Nous obtenons :



Seuls 13 internes soit 12% retrouvent les 3 schémas possibles d'initiation d'un traitement de douleur neuropathique (en mauve).

54% démarrent à forte posologie le Rivotril® à 10 gouttes trois fois par jour et 64% le Laroxyl® à 25mg trois fois par jour.

84% prescrivent correctement le Neurontin®, 39% l'Anafranil® et seulement 35% le Rivotril®.

Enfin, nous leur avons fait trois propositions concernant les douleurs neuropathiques en leur demandant de retrouver celles qui étaient exactes (annexe 1, page 9, question F6).

A la première proposition :

42% des internes pensent, à tort, que certaines molécules sont plus recommandées que d'autres pour traiter la composante neuropathique d'une douleur chronique.

22% avouent ne pas savoir.

A la deuxième proposition :

81 % des internes savent que l'efficacité des traitements n'est pas immédiate sur la douleur neuropathique.

A la troisième proposition :

104 internes sur 108 soit 96 % ignorent que le tramadol a une action antalgique sur la composante neuropathique.

Au total, seuls 4 % des internes répondent correctement à l'ensemble de ces propositions.

Comparons à présent les résultats obtenus en fonction de la formation et de l'ancienneté des internes.

2. 4. COMPARAISONS DES SCORES

2.4.1. SYNTHESE GLOBALE DES SCORES OBTENUS

Dans le tableau ci-dessous, nous avons répertorié les scores obtenus par l'ensemble des 108 internes aux 6 notes que nous avons déterminées dans la première partie :

- « Note A » : définitions de la douleur par excès de nociception
- « Note B » : définition de la douleur neuropathique
- « Note C » : échelle d'évaluation chez l'adulte communiquant
- « Note D » : échelle d'évaluation chez l'adulte non communiquant
- « Note E » : traitement des douleurs par excès de nociception selon les 3 paliers de l'OMS
- « Note F » : évaluation et traitement des douleurs neuropathiques

Chacun des scores obtenus à chaque « note » a été rapporté sur 20.

Tableau n°7 : Scores de l'ensemble des internes

NOTE	SCORES SUR 20	POURCENTAGES n= 108
NOTE A	0/20	3%
	10/20	24%
	20/20	73%
NOTE B	0/20	24%
	20/20	76%
NOTE C	0/20	8%
	20/20	92%
NOTE D	0/20	78%
	20/20	22%
NOTE E	De 1 à 6/20	15%
	De 7 à 11/20	61%
	De 12 à 17/20	24%
NOTE F	0/20	27%
	3/20	44%
	6/20	25%
	10/20	3%
	13/20	1%

Nous retrouvons les chiffres obtenus ci-dessus dans l'analyse des résultats question par question :

- Aux questions sur les définitions de la douleur chronique (notes A et B), environ 2/3 des internes ne font aucune erreur.
- Aux questions sur les échelles d'évaluation des douleurs par excès de nociception (notes C et D), 92% connaissent une échelle chez l'adulte communiquant contre seulement 22% chez l'adulte non communiquant.

- Aux questions sur le traitement des douleurs par excès de nociception (note E) selon les 3 paliers de l’OMS, la majorité des internes (61%) obtient une note moyenne entre 7 et 11 sur 20. Seuls 24% obtiennent une bonne note entre 12 et 17 sur 20. Aucun n’interne ne fait de sans faute.

- Aux questions sur l’évaluation et le traitement des douleurs neuropathiques (note F), la majorité des internes (44%) obtient la note de 3 sur 20. 27% d’entre eux ne donnent aucune bonne réponse. 1% seulement obtient la meilleure note de 13 sur 20. 3% obtiennent à peine la moyenne.

2.4.2. COMPARAISON DES SCORES EN FONCTION DE LA FORMATION THEORIQUE

Pour faciliter l’interprétation nous précisons que :

- Le groupe 1 correspond aux internes n’ayant pas reçu la formation par le module 6.
- Le groupe 2 regroupe les internes ayant bénéficié du module 6 au cours de leur cursus.

Aucun des résultats obtenus n’est significatif ($p > 0,05$).

Les résultats sont regroupés, toujours sur le même principe des 6 notes, dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°8 : Comparaison des scores en fonction de la formation théorique reçue

NOTE	SCORES SUR 20	ABSENCE DE FORMATION PAR LE MODULE 6 N=47 GROUPE 1	FORMATION PAR LE MODULE 6 N=61 GROUPE 2	p
NOTE A	0	6%	0%	Non significatif
	10	23%	25%	
	20	71%	75%	
NOTE B	0	27%	21%	Non significatif
	20	73%	79%	
NOTE C	0	9%	8%	Non significatif
	20	91%	92%	
NOTE D	0	81%	75%	Non significatif
	20	19%	25%	
NOTE E	De 1 à 6	11%	18%	Non significatif
	De 7 à 11	69%	54%	
	De 12 à 17	20%	28%	
NOTE F	0	23%	30%	Non significatif
	3	43%	45%	
	6	28%	23%	
	10	4%	2%	
	13	2%	0%	

Nous notons :

- en ce qui concerne les définitions de la douleur par excès de nociception et du rythme de la douleur, d'une manière générale les résultats des internes du groupe 2 sont légèrement plus satisfaisants que ceux de leurs collègues : 75% (contre 71%) trouvent les 2 bonnes réponses, 25% (contre 23%) obtiennent la moyenne. Il n'y a aucun interne ayant bénéficié du module 6 qui ne trouve aucune bonne réponse à cette question.

- en ce qui concerne la définition de la douleur neuropathique, cette fois encore le groupe 2 répond un peu mieux (79% de bonnes réponses contre 73%).

- pour les échelles d'évaluation, chez l'adulte communiquant les scores sont sensiblement les mêmes. Chez l'adulte non communiquant, les internes ayant eu le module 6 donnent une échelle correcte dans 25% des cas (contre 19% pour les internes n'ayant pas eu la formation).

- pour la thérapeutique des douleurs par excès de nociception, les scores des 2 groupes sont encore une fois très proches. La majorité des internes des 2 groupes obtient une note moyenne (entre 7 et 11 sur 20) avec cette fois un meilleur taux de bonnes réponses chez les internes n'ayant pas bénéficié du module 6 (69% contre 54%). Les meilleures notes (entre 12 à 17 sur 20) sont à mettre au profit des internes ayant eu le module 6 (28% contre 20%).

- en ce qui concerne les douleurs neuropathiques, il n'y a pas de grande différence entre les 2 groupes répondant. Les meilleures notes sont obtenues par les internes ayant bénéficié du module 6 (2%). Dans les 2 groupes, la majorité des internes (respectivement 43% et 45%) obtiennent une note de 3 sur 20. Environ ¼ dans les 2 groupes obtient 0 sur 20 et ¼, toujours dans les 2 groupes, 6 sur 20.

En conclusion, il n'y a pas réellement de différence entre les notes obtenues par les internes ayant bénéficié du module 6 et ceux ne l'ayant pas eu. Les internes ayant bénéficié du module 6 semblent répondre un peu mieux que leurs collègues mais la différence n'est pas significative.

Les plus mauvais scores s'observent, et ce dans les 2 groupes, aux questions sur l'évaluation de la douleur par excès de nociception chez l'adulte non communiquant et à celles sur la douleur neuropathique.

Pour les traitements de la douleur par excès de nociception, les résultats sont très moyens dans les 2 groupes avec une majorité d'internes (un peu plus de la moitié) obtenant une note de 7 à 11 sur 20.

2.4.3. COMPARAISON DES SCORES EN FONCTION DE L'ANCIENNETE

Ici encore aucun des résultats obtenus n'est significatif.

Tableau n°9 : Comparaisons des scores en fonction des semestres

NOTE	SCORES SUR 20	SEMESTRES DE 1 à 4 N=64	SEMESTRES DE 5 à 9 N=44	p
NOTE A	0	0%	7%	Non significatif
	10	27%	20%	
	20	73%	73%	
NOTE B	0	28%	18%	Non significatif
	20	72%	82%	
NOTE C	0	11%	5%	Non significatif
	20	89%	95%	
NOTE D	0	75%	82%	Non significatif
	20	25%	18%	
NOTE E	De 1 à 6	18%	11%	Non significatif
	De 7 à 11	60%	60%	
	De 12 à 17	22%	29%	
NOTE F	0	29%	25%	Non significatif
	3	44%	43%	
	6	25%	25%	
	10	2%	5%	
	13	0%	2%	

Nous notons :

- concernant les définitions des douleurs par excès de nociception et rythmes de la douleur, les scores sont identiques (73% d'internes obtenant 20/20) dans les 2 groupes.

- pour la définition de la douleur neuropathique, les internes les plus anciens répondent mieux (82% de bonne réponse contre 72%).

- pour les échelles d'évaluation chez l'adulte communiquant elles sont tout aussi bien connues dans les 2 groupes. Chez l'adulte non communiquant, elles semblent mieux connues par les internes les plus jeunes.

- le traitement des douleurs par excès de nociception ne souffre de presque aucune différence en fonction de l'ancienneté des internes. Cette fois encore une majorité d'internes équivalente dans les 2 groupes (60%) obtient une note moyenne de 7 à 11 sur 20. Les meilleures notes (entre 12 et 17) sont obtenues par les internes les plus anciens.

- pour la douleur neuropathique, il n'existe pas de différence entre les internes les plus jeunes et les plus anciens. Nous pouvons noter que seuls 5% des anciens internes ont la moyenne à cette question à savoir 10/20 (contre 2% seulement des jeunes internes). 2% des plus anciens ont 13 sur 20 (contre 0% chez les plus jeunes) ce qui est la note maximale obtenue. Comme précédemment, dans les 2 groupes, la majorité des internes obtient la faible note de 3 sur 20.

En conclusion, les internes les plus anciens obtiennent des notes sensiblement meilleures que leurs collègues plus jeunes, excepté pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte non communiquant, mais la différence n'est pas significative.

Nous allons maintenant discuter de l'ensemble des résultats obtenus par cette enquête.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

1. ETUDE

1.1. LIMITES ET BIAIS

1.1.1. ECHANTILLON

Cette étude, faute de temps et de moyens, s'est limitée aux internes des CHRU, CAV de NANCY et CHR de METZ-THIONVILLE. L'ensemble des internes de médecine dépendant du CHRU de NANCY n'a pu être interrogé car, notamment pour les résidents et internes en médecine générale, ceux-ci sont répartis dans l'ensemble des établissements lorrains. Pour être assurés de les toucher, nous avons décidé de les aborder « individuellement » et il nous était impossible de nous déplacer dans tous les services de médecine de la région.

Notre sélection a donc été essentiellement géographique sur les trois plus grands centres de formation des internes de METZ et de NANCY et nous avons dû délaissé les internes des hôpitaux de périphérie.

Ensuite, nous nous sommes limités aux internes de médecine. Peut être aurait il été intéressant d'interroger également les internes de chirurgie et d'autres spécialités peu confrontées à la douleur (santé publique,...), qui ont également, au cours du deuxième cycle des études médicales, une formation identique.

Sur le terrain, nous avons été confrontés au problème des FFI (Faisant Fonction d'Internes), à savoir des internes étrangers poursuivant leur cursus en France. Ces internes, n'ayant pour la plupart pas suivi leurs études en France, ne pouvaient donc faire partie de notre enquête. Parfois devant l'insistance de ceux-ci et leur désir de participer, nous leur avons distribué questionnaires et plaquettes mais ne les avons pas inclus dans l'étude.

1.1.2. QUESTIONNAIRE

Nous basant sur notre expérience antérieure (mémoire réalisé dans le cadre du DIU « Etude et Prise en Charge de la Douleur » en 2005)(3), nous avons souhaité établir un questionnaire simple à saisir et facile d'interprétation. C'est pourquoi une majorité des questions se présente sous la forme de QCM.

Est-ce la meilleure manière de tester les connaissances de nos collègues ? Probablement pas... En effet, comme pour tout QCM, la réponse est dans la liste proposée, ce qui oriente le questionné. Par ailleurs, une part liée au hasard existe indéniablement et ne peut être évitée.

D'autre part, notre questionnaire présente certains écueils. En effet la douleur chronique se compose d'une composante nociceptive et d'une composante neuropathique, bases de notre questionnaire. Mais la douleur est un concept pluridimensionnel avec une composante physique mais également une composante affective et émotionnelle, une composante sociale et une composante psychologique dont nous n'avons pas tenu compte (1,2).

Pour la douleur par excès de nociception, paliers 1 et 2 ont été testés brièvement car nous pensions que ces connaissances étaient acquises par les internes. Les résultats du questionnaire nous prouvent le contraire, notamment pour ce qui est de la prescription des molécules de palier 1 (54 % des internes prescrivent correctement le paracétamol dans une douleur chronique). Pour le palier 2, nous aurions pu tenter de savoir si les trois molécules, visiblement connues par nos collègues, étaient prescrites correctement.

Enfin, nous aurions pu les interroger sur les traitements coantalgiques ce que nous n'avons pas fait.

1.1.3. DISTRIBUTION DES QUESTIONNAIRES

Comme nous l'avons expliqué auparavant, nous souhaitions vivement rencontrer les internes soit en petit groupe dans leurs services respectifs, soit individuellement, pour pouvoir leur expliquer de vive voix le projet. Partant de notre propre ressenti concernant les difficultés face auxquelles nous nous retrouvions pour prendre en charge la douleur chronique, nous avons voulu les sensibiliser sur l'importance de participer à l'enquête et d'y répondre le plus honnêtement possible pour que les résultats obtenus soient le meilleur reflet possible des connaissances actuelles des internes de médecine. Peut être cet abord direct constitue t-il un biais ? Peut être des internes qui n'auraient pas souhaité participer à ce genre d'enquête se sont ils sentis obligés de répondre du simple fait de notre présence ?

Par ailleurs, notre présence au moment du remplissage des questionnaires dans certains services où nous avons réussi à réunir tous les internes a-t-elle pu être vécue comme une expérience stressante où avons-nous été alors perçus comme « juge » des connaissances de nos collègues.

Parfois, nous nous sommes vus dans l'obligation de laisser certains questionnaires. Nous ne pouvons être assurés, malgré notre insistance sur l'intérêt de n'utiliser que ses propres connaissances, que ces internes n'ont pas usé d'aides extérieures, ce qui bien sur constitue un biais.

1.1.4. RECUEIL DES QUESTIONNAIRES

Lorsque nous avons été amenés à repasser dans les services pour récupérer les questionnaires, les internes les avaient parfois égarés. Nous avons été contraints de leur fournir un nouveau questionnaire, créant ainsi des doublons (3 au total).

Si pour les hôpitaux de METZ et de THIONVILLE nous n'avons pas eu trop de difficulté à convaincre les internes de nous accorder du temps, la tâche s'est avérée nettement plus ardue au niveau du CHRU de NANCY. La plupart du temps, nous nous retrouvions face à des internes débordés dans l'impossibilité de prendre quelques minutes pour remplir le questionnaire. Nous avons donc multiplié les passages dans les différents services, parfois même essayé de convenir d'un rendez vous individuel avec un interne, en fonction de ses disponibilités.

Enfin, certains questionnaires (6 au total), nous sont malheureusement parvenus hors délai, les internes n'ayant pas trouvé le temps de les remplir plus rapidement, et de ce fait n'ont pas été inclus dans la saisie des résultats.

1.1.5. COMPARAISONS DES SCORES

Nous avons comparé les scores obtenus par les internes selon leurs formations théoriques reçues et selon leur ancienneté. Or, par définition, les internes les plus jeunes sont les internes ayant théoriquement bénéficié du module 6, mis en place depuis 2005.

Nous sommes partis du principe que tous les internes du 1^{er} au 4^{ème} semestres n'ont pas obligatoirement reçu cette formation (mise en disponibilité, reprise des études, congés maternité, arrêt maladie...) ce qui explique en partie les différences que nous obtenons dans nos 2 comparaisons.

1.2. AVANTAGES

1.2.1. ECHANTILLON

Le fait de nous déplacer et de rencontrer les internes nous a permis d'obtenir un taux de réponse très satisfaisant puisque sur 150 questionnaires distribués nous en avons récupéré 108, soit 72% dans le délai que nous nous étions fixé. Ce pourcentage élevé de participation n'aurait probablement pas été atteint si nous avions utilisé une méthode différente, comme par exemple l'envoi par courrier.

Notre échantillon nous semble représentatif de la population que nous voulions étudier, à savoir les internes ayant choisi une spécialité médicale et de ce fait confrontés au quotidien à la prise en charge de la douleur chronique.

La population interrogée est hétéroclite et regroupe des internes de médecine générale-post résidents (35 %) et des internes de spécialité médicale (65 %).

Ces internes sont en formation dans plusieurs services (médecine interne, urgences, anesthésie, gériatrie, neurologie, rhumatologie....) et sont donc tous confrontés, de différentes manières, à la prise en charge de la douleur chronique dans leur quotidien.

Enfin, l'ensemble des semestres, du 1^{er} au 9^{ème}, est représenté ce qui inclut des internes peu à plus expérimentés et des internes ayant bénéficié soit de l'ancienne formation théorique par séminaires (43 %) soit de la formation par le module 6 (56 %).

1.2.2. ACCUEIL SUR LE TERRAIN

Dans certains services, notamment sur le CHR de METZ-THIONVILLE et sur le Centre Spillman de LAY-SAINT-CHRISTOPHE, il n'a pas été très difficile de convaincre les internes de participer à l'enquête. Parfois même, certains d'entre eux se portaient volontaires pour se charger de réunir leurs collègues respectifs et d'organiser notre rencontre.

En distribuant les questionnaires, nous nous sommes retrouvés face à des internes très intéressés par le projet. Dans la majorité des cas, ils répondaient favorablement à notre demande en se donnant quelques minutes pour participer à l'enquête.

La plupart du temps, après remplissage des questionnaires, un temps de discussion s'établissait. Nous nous entretenions avec eux des réponses aux questions, de l'intérêt d'un outil pratique, de leurs formations sur la douleur, de leurs difficultés rencontrées au quotidien.

Il nous semble ressortir de ces différentes rencontres un réel intérêt de la part de nos collègues pour ce sujet concernant la douleur chronique chez l'adulte. Nous avons eu l'impression, à l'issue de ces discussions, que bien souvent ils se retrouvaient dans les mêmes situations délicates face à certains de leurs patients algiques, avec cette même impression d'impuissance que nous avons nous-mêmes ressentie.

1.2.3 FORMATIONS REÇUES

Notre questionnaire nous a permis, par sa première partie, de connaître le « cursus » des internes interrogés .

Les formations théoriques reçues sont multiples et variées : environ un tiers d'entre eux (31 %) se souvient avoir bénéficié de cours magistraux ; environ un tiers (30 %) admet avoir été formé au cours de ses stages pratiques ; 28 % d'entre eux ont été formés au cours des staffs réalisés par les laboratoires. Les deux autres réponses les plus fréquemment citées, à 18 % toutes deux, sont les séminaires et les conférences d'internat. 58% des internes interrogés ont pu bénéficier de la nouvelle formation par le module 6.

Tous ces internes sont issus d'horizons différents et ont donc bénéficié, en fonction de leur cursus, de leur ancienneté, de leur grille de stages effectués, d'une formation et d'une sensibilisation à la douleur chronique sur le terrain qui leur est propre.

1.2.4. QUESTIONNAIRE

Le fait de rédiger le questionnaire avec une majorité de QCM nous a facilité la notation et l'exploitation des données. Comme nous l'avons souligné ci-dessus une part liée au hasard ne peut-être évitée. Pour limiter au maximum cet écueil, chaque question disposait d'une possibilité de réponse par « je ne sais pas ».

2. ANALYSE DES RESULTATS

2.1. DEFINITIONS

Une douleur chronique se compose d'une composante nociceptive associée parfois à une composante neuropathique (10,11,12,29).

D'une manière générale, les internes connaissent ces notions puisque 84 % savent identifier une douleur par excès de nociception et 76 % une douleur neuropathique.

Le rythme de la douleur semble également être une notion maîtrisée. 86 % des internes différencient un rythme mécanique d'un rythme inflammatoire (6).

2.2. EVALUATION DE LA DOULEUR

Pour traiter une douleur chronique, il est important de savoir l'évaluer en première intention pour identifier le malade douloureux et initier un traitement adapté mais également régulièrement pour s'assurer de l'efficacité du traitement mis en route et de l'adaptation de celui-ci en cas de besoin (2,13 à 25).

Si les internes sont dans une grande majorité capables d'évaluer une douleur par excès de nociception chez l'adulte communiquant (92 %), seuls 22 % connaissent une échelle d'évaluation de la douleur chronique chez l'adulte non communiquant. En ce qui concerne la douleur neuropathique, 98% d'entre eux ne connaissent aucun outil d'évaluation.

2.3. DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'une douleur chronique par excès de nociception ne pose pas de problème majeur aux internes. Attardons nous sur la douleur neuropathique :

90 % des internes ne connaissent pas l'ensemble des signes caractérisant une douleur neuropathique (10,12).

Fourmillements, décharges électriques, picotements et brûlures sont les signes caractérisant une douleur neuropathique les mieux reconnus par les internes.

Ils sont plus hésitants sur la compression puisque 40 % la citent et 13% avouent ne pas savoir. Ce terme, que nous avons choisi, était peut-être ambigu car trop proche de la « sensation d'étau » qui peut caractériser une douleur neuropathique. Les démangeaisons, n'appartenant pas non plus à cette douleur, sont également citées à 30 %.

En ce qui concerne le diagnostic clinique d'une douleur neuropathique (10,12), 74 % des internes ne connaissent pas les quatre principaux signes à rechercher. Les deux signes les plus cités sont hyperalgésie (92 %) et allodynie (81 %). L'hypoesthésie au tact est citée par environ un interne sur 2. La moitié quand même cite les troubles vasomoteurs, qui sont essentiellement retrouvés dans les syndromes douloureux régionaux complexes.

2.4. TRAITEMENT

2.4.1. DOULEUR PAR EXCES DE NOCICEPTION

Pour le palier 1, nous sommes un peu surpris car seuls 54 % d'entre eux savent prescrire correctement du paracétamol (35 à 39). L'erreur est essentiellement sur la prescription en systématique, puisque 26 % le prescrivent à la bonne posologie mais à la demande pour traiter une douleur chronique. Il est intéressant de noter que 15 % d'entre eux prescrivent 1g de Paracétamol matin, midi et soir et ne couvrent donc pas la douleur pendant la nuit. Est-ce en rapport avec les « modalités hospitalières » de prescription où les feuilles de traitement sont réalisées de telle sorte que les prises médicamenteuses se font matin, midi, soir et au coucher et que par conséquent les patients se retrouvent sans couverture antalgique nocturne (selon bien sur la durée d'action des traitements) ?

Pour le palier 2, 81 % des internes connaissent les trois molécules suivantes : Phosphate de Codéine, Tramadol et Dextropropoxyphène (35,39) . 14% citent une molécule de palier 1, à savoir le Néfopam. Les modalités de prescription n'ont pas été testées.

Pour le palier 3, 89 % des internes prescrivent la morphine per os en première intention (34,39). 7 % la prescrivent directement en intraveineux.

Les facteurs de conversion pour le passage d'une forme orale à une forme sous cutanée ou à une forme IV sont connus par environ deux tiers des internes (34,35). Ce qui est plus inquiétant, ce sont certaines des mauvaises réponses données : certains internes multiplient (au lieu de diviser) la dose par 2,3, voire 6 la dose de morphine orale.

En ce qui concerne l'initiation d'un traitement morphinique (34,35,39 à 47), 73% des internes débutent à raison le traitement par « MO LP 30mg + interdosés adaptés ». 47 % débutent le traitement par une titration correcte avec de la « MO LI 10mg ».

Notons qu'aucun interne n'admet ne pas savoir répondre à cette question. 18 % démarrent une titration avec de la « MO LI à 5mg » et 24 % un traitement par « MO LP à 10mg + interdosés ». Est-ce par « fébrilité » quant à l'utilisation des morphiniques ? Dans notre étude, à la question sur les propositions d'amélioration de la formation (annexe 1, page 2, question 9) plusieurs internes ont souligné le manque de liberté quant à la prescription des morphiniques dans certains services, avec nécessité de l'aval du senior pour valider les prescriptions. Ceci peut-il expliquer que les internes, ne se sentant pas assez à l'aise dans la manipulation des opioïdes, démarrent les traitements à faible posologie ?

Enfin seuls 5 % oublient d'ajouter les interdosés à la dose quotidienne de fond, interdose dont la valeur est connue par 82 % d'entre eux.

Le traitement d'une douleur par excès de nociception par morphiniques implique, comme nous l'avons déjà expliqué, de réévaluer quotidiennement l'intensité de la douleur et d'adapter le traitement. Or, à la question sur l'adaptation morphinique (35,39), nous constatons que seuls 28 % d'entre eux adaptent correctement le traitement. La majorité (32 %) laisse le traitement à l'identique, alors que le patient est équilibré sous « MO LP et 4 interdosés adaptés » ce qui implique l'inclusion des interdosés à la dose de fond.

Instaurer un traitement morphinique nécessite de savoir reconnaître les signes d'un surdosage et l'antidote aux morphiniques ainsi que son utilisation. 67% des internes connaissent ces signes de surdosage à savoir la bradypnée et la somnolence croissante (39).

Parmi les mauvaises réponses obtenues, 24 internes citent des signes en rapport avec la respiration mais erronés : détresse respiratoire, dyspnée, insuffisance respiratoire, cyanose. Autre signe fréquemment rencontré le myosis, qui est un signe d'imprégnation morphinique.

Concernant l'antidote d'un surdosage morphinique, l'essentiel des internes (87%) connaît la molécule (la Naloxone) mais un seul d'entre eux sait l'utiliser sans avoir recours à une aide extérieure. 6 internes vont traiter un surdosage morphinique avec de l'Anexate.

Les effets secondaires des morphiniques (35) sont maîtrisés par 42 % d'entre eux. Constipation, vomissements, somnolence, les 3 principaux effets secondaires des morphiniques sont les plus cités. 22 % pensent que la détresse respiratoire est un des trois principaux effets secondaires et 21 % citent la rétention aigue d'urine. La dépendance est citée par 9 % d'entre eux.

La définition de la rotation des opioïdes n'est connue que par 37% d'entre eux (34,39,48,49,50) pourtant plus de deux tiers en connaissent ses indications. Seule une moitié des internes (48%) sont capables de la réaliser.

Les molécules utilisées les plus citées par les internes sont : le sulfate de morphine (80 %) et le chlorhydrate de morphine (70 %). Viennent ensuite le chlorhydrate d'oxycodone (61 %), le fentanyl (60 %) et le chlorhydrate d'hydromorphone (53 %). Est également citée par 28 % la buprénorphine, qui n'entre pas dans le cadre d'une rotation.

D'une manière générale, les coefficients de conversion des principaux opioïdes ne sont pas connus par les internes (49). Plus particulièrement, seuls 49 % des internes connaissent l'équivalence d'un dispositif transdermique de Durogésic 25µg/ 72h (49).

2.4.2. DOULEUR NEUROPATHIQUE

Pour traiter une douleur neuropathique (2,35,56 à 60), les antidépresseurs sont cités par 79 % et les antiépileptiques par 71 %. Parmi les mauvaises réponses les plus citées, nous retrouvons les neuroleptiques et les benzodiazépines.

Seuls 12% des internes initient correctement un traitement de douleur neuropathique. La majorité (81%) sait que l'efficacité de ces traitements n'est pas immédiate.

Les molécules utilisées sont globalement connues, l'essentiel des erreurs se concentrant sur les posologies. Contrairement aux traitements par morphiniques pour lesquels les internes paraissaient prudents à l'initiation, les antidépresseurs et antiépileptiques sont en général prescrits à des posologies initiales trop élevées. Par exemple « Rivotril » est prescrit à une posologie sur dosée la plupart du temps (« 10gttes trois fois par jour » pour 54% versus 35 % pour « Rivotril 5 gttes le soir » qui était la bonne réponse). De la même manière, les antidépresseurs sont prescrits mais sur dosés puisque « Anafranil 25mg/j » (réponse exacte) est prescrit par 39 % d'entre eux alors que « Laroxyl 25mg trois fois par jour » (surdosé pour une initiation de traitement) est prescrit par 64 % d'entre eux. Seul le Neurontin semble maîtrisé puisque prescrit à la bonne posologie par 83 % des internes. Est-ce la molécule la plus utilisée par nos collègues pour traiter une douleur neuropathique ? En effet, 64% des internes ignorent qu'il n'y a pas une molécule plus recommandée qu'une autre agissant sur la composante neuropathique de la douleur chronique. Les laboratoires pharmaceutiques y sont ils pour quelque chose ?

Enfin seuls 12% savent que le Tramadol a un effet antalgique reconnu dans la douleur neuropathique (61).

2.5. CONCLUSIONS

En nous basant sur les principes généraux de prise en charge de la douleur chronique, nous notons :

Définir le type de la douleur (1,6,10,11,12,29)

Interrogatoire et examen clinique systématiques :

Les définitions concernant la douleur chronique, douleur par excès de nociception, douleur neuropathique et rythmes de la douleur sont des notions assez bien maîtrisées des internes.

Dans une douleur chronique, les internes sont capables de reconnaître une douleur par excès de nociception. Ils ne savent reconnaître à l'interrogatoire que certains des signes caractérisant une composante neuropathique. A l'examen clinique, ils ne cherchent en majorité que l'hyperalgésie et l'allodynie.

Evaluation de la douleur (2,13 à 25 ,52 à 55) :

En règle générale, les internes savent évaluer une douleur par excès de nociception chez l'adulte communiquant. Ils ne maîtrisent pas l'évaluation chez l'adulte non communiquant et dans le cadre des douleurs neuropathiques.

Traiter :

-par voie orale (34,39) :

Les internes privilégient la voie orale en première intention.

-à intervalles réguliers et non « à la demande » (34,39,47) :

Un tiers des internes prescrivent les antalgiques de palier 1 à la demande, si douleurs.

-en respectant l'échelle OMS à 3 niveaux pour la composante nociceptive (34) :

En ce qui concerne le palier 1, nous notons quelques erreurs avec notamment prescription de traitement à posologie non adaptée avec absence de couverture du nycthémère (35 à 39).

En ce qui concerne le palier 2, les molécules sont connues (35,39).

En ce qui concerne le palier 3, l'initiation d'un traitement par morphinique est connue (34,35,39 à 47) .

-en respectant les règles d'équianalgie (34,35) :

Le passage de la forme orale de morphine aux formes intraveineuse et sous cutanée est connu. Les coefficients de conversion entre les molécules de palier 2 et les différents opioïdes ne sont pas maîtrisés.

La rotation des opioïdes n'est pas non plus une notion bien maîtrisée. La plupart des internes en connaissent les indications mais pas la définition exacte, ni les molécules utilisées pour effectuer cette rotation, encore moins les facteurs d'équianalgie entre ces différentes molécules.

-en repérant une éventuelle composante neuropathique (2,12,51 à 55) :

Les internes ne connaissent pas tous les signes pouvant faire évoquer à l'interrogatoire une douleur neuropathique. De même à l'examen clinique, sont essentiellement recherchés l'hyperalgésie et l'allodynie.

Les internes connaissent les deux classes de molécules utilisées pour le traitement de la composante neuropathique. Ils savent que leur efficacité n'est pas immédiate. Mais les modalités de prescription de ces molécules ne sont pas maîtrisées (56 à 60).

-en anticipant les accès douloureux ou provoqués :

Les internes pensent à prescrire les interdoses, à bonne valeur, dans les traitements par morphinique.

-en réévaluant régulièrement la douleur :

Les internes ne disposent pas des connaissances pour évaluer la douleur chez l'adulte non communiquant ni les outils permettant d'évoquer une composante neuropathique.

Ils n'adaptent pas correctement les traitements par morphiniques après réévaluation.

13% adaptent le traitement mais oublient de prescrire de nouvelles interdoses adaptées.

-en évaluant systématiquement les effets indésirables (35,39) :

Les effets secondaires des morphiniques ne sont pas complètement connus des internes.

De même, les signes principaux d'un surdosage en morphinique, ne sont connus que par la moitié des internes. S'ils connaissent pour une grande majorité l'antidote utilisé dans un surdosage, ils ne connaissent pas ses modalités d'utilisation.

Nous allons à présent évoquer la formation médicale sur la prise en charge de la douleur chronique et faire le point sur les éventuels apports du module 6.

3. LA FORMATION DES MEDECINS SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

3.1. HISTORIQUE DE LA FORMATION MEDICALE

Lorsque nous avons démarré nos études de médecine en 1993, la formation sur la prise en charge de la douleur se limitait à quelques cours magistraux et à des séminaires non obligatoires au cours du deuxième cycle des études médicales (33).

3.1.1. FORMATION INITIALE

Avant 1999, à Nancy, le thème de la douleur ne fait pas l'objet d'un enseignement spécifique. Il est abordé dans certains modules. En Neurologie par exemple, 2 heures d'enseignements dirigés sont consacrées à ce sujet avec remise d'un document à chaque étudiant participant.

L'arrêté du 4 mars 1997 (63) permet d'inclure au cursus des études médicales l'enseignement « traitement de la douleur et soins palliatifs » au cours du deuxième cycle par des séminaires. A Nancy, ces séminaires sont dispensés en cinquième année, sous forme de cours théoriques, présentations vidéos et cas cliniques avec un volume horaire de 8 heures. Seuls 18% des nos collègues interrogés se souviennent avoir bénéficié de ces séminaires.

L'internat comportait alors seulement deux questions sur la douleur (1995, premières questions « douleur » à l'internat) :

-« Douleur : moyens et stratégies thérapeutiques »

-« Analgésiques : principes et règles d'utilisation, posologie de la morphine et de ses dérivés ».

Au cours de ces dernières années, les programmes de lutte contre la douleur ont permis de faire évoluer la prise en charge de la douleur et notamment la formation des étudiants en médecine.

Le 1^{er} programme national de lutte contre la douleur 1998-2000 (64) permet le renforcement de la formation sur la prise en charge de la douleur au cours du troisième cycle des études médicales.

C'est grâce au 2ème programme national de lutte contre la douleur (4) que l'on voit se renforcer la formation des étudiants en médecine à la prise en charge de la douleur au cours du deuxième cycle par la mise en place d'un nouveau module d'enseignement intitulé « Douleurs-Soins palliatifs-Accompagnement ». Ce module est encore dispensé de manière différente d'une faculté à l'autre (65), pour ce qui est du volume et de la mise en place des cours, créant ainsi des inégalités dans la formation.

A ce jour, les priorités du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 (66) sont :

- d'améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients,
- de renforcer la formation des médecins par l'introduction d'un module obligatoire dans le programme du deuxième cycle.

3.1.2. FORMATION CONTINUE

1997 voit naître la « capacité douleur ». Sont autorisés à s'inscrire les titulaires d'un diplôme de Médecin. Elle est précédée d'un examen probatoire, avec épreuves écrites et entretien. La formation théorique qui s'en suit est organisée sur 2 ans. La formation pratique est assurée lors de stages hospitaliers ou dans des laboratoires de recherche (67).

Autre type de formation continue, les Diplômes Universitaires ou Diplômes Interuniversitaires s'adressent aux infirmières, psychologues cliniciens, internes en médecine et médecins. Leur durée est variable d'une faculté à l'autre, leur modalités d'organisation également. Ils ont également pour but de renforcer les connaissances sur la prise en charge de la douleur. A Nancy, c'est un DIU, organisé conjointement avec la faculté de Dijon. Il s'effectue sur un an et est sanctionné par une épreuve écrite et un mémoire.

Actuellement, le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, a pour objectifs, outre l'amélioration de la formation initiale, le renforcement de la formation continue avec notamment :

- création d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire (DESC) « Soins palliatifs et Douleur » (66, 68).

Ce DESC est non qualifiant. Il appartient au groupe 1. Il s'effectue sur 2 ans avec 2 stages pendant l'internat et 2 stages en post internat. Toutes les spécialités médicales et chirurgicales étant potentiellement confrontées à la douleur, tous les Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES) peuvent donner accès à ce DESC, plus particulièrement les spécialités suivantes : Anesthésie Réanimation, Gériatrie, Hématologie, Médecine Générale, Médecine interne, Médecine d'Urgences, Neurochirurgie, Neurologie, Oncologie, Pédiatrie, Pneumologie, Psychiatrie, Rééducation Fonctionnelle et Rhumatologie. Il fait l'objet d'une approche multidisciplinaire permettant le renforcement des connaissances sur l'évaluation et le traitement de la douleur.

- renforcement des programmes de formation sur la prise en charge de la douleur chronique et notamment des douleurs chroniques dites rebelles dans le « Diplôme d'Etude Spécialisée de Médecine Générale ».

3.2. LE MODULE 6 A NANCY

Ce module a été mis en place en 2005. A Nancy, il est dispensé au cours du deuxième cycle des études médicales en sixième année. Il est constitué de 15 heures de cours magistraux dont 12h pour la partie « Douleur » réparties comme suit :

-« Bases neuro-physiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique »

-« Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses »

-« Anesthésie locale , loco-régionale et générale »

-« Douleur chez l'enfant : sédation et traitements antalgiques »

Ses objectifs généraux sont : « L'étudiant doit savoir différencier une douleur aiguë ou douleur "symptôme" d'une douleur chronique ou douleur "maladie". Il doit être attentif à écouter, à évaluer et à prendre en charge les souffrances physiques et morales des malades. Il doit être capable de mettre en place et de coordonner les soins palliatifs à domicile ou à l'hôpital chez un malade en fin de vie. » (69) .

Les enseignements dispensés à la faculté de Médecine de Nancy sont les suivants:

- « Physiologie de la douleur » Dr Lonchamp
- « Evaluation de la douleur aigue chez l'adulte » Dr Cornet
- « La notion de douleur chronique chez l'adulte et son évaluation » Dr Torloting
- « Evaluation de la douleur chez l'adulte non communiquant » Dr Schweitzer
- « Pharmacologie des antalgiques » Dr Cornet
- « Syndrome douloureux chronique : aspects psychologiques » Mme Batt
- « La douleur en pédiatrie » Dr Mansuy

N'ayant pas reçu cette formation du fait de notre ancienneté, nous avons été surpris de la richesse des cours dispensés par le module 6. La prise en charge globale (physiopathologie, évaluation, diagnostic, coanalgésie, approche pluridimensionnelle de la douleur chronique) est largement enseignée. Ce module reprend l'essentiel des cours que nous avons reçu au cours du DIU « Etude et prise en charge de la douleur », DIU qui rappelons le nous avait semblé plus qu'indispensable pour améliorer nos connaissances.

Nous notons également la présence de multiples intervenants (neurologues, oncologues, anesthésistes réanimateurs, gériatres, psychologues). Par ailleurs, plusieurs d'entre eux ont inclus dans leurs cours des cas cliniques (Dr TORLOTING : « La notion de douleur chronique chez l'adulte et son évaluation », Dr CORNET : « cas clinique sur une douleur neuropathique dans un contexte de zona thoracique »), permettant une application pratique de l'enseignement reçu et une méthode d'apprentissage plus interactive.

3.3. LA FORMATION ACTUELLE DU POINT DE VUE DES INTERNES

L'enquête a permis de mettre en évidence que 64 % des internes interrogés ont reçu une formation théorique, module 6 mis à part, moyennement satisfaisante, essentiellement sous forme de séminaires et cours magistraux, formations au cours de leurs stages pratiques, formations par les staffs de laboratoire et conférences d'internat.

Environ un tiers des internes interrogés estime être formé sur la douleur chronique par les laboratoires pharmaceutiques. Un parallèle avec les résultats publiés dans le « Livre Blanc de la douleur » (70) est intéressant puisque au cours de cette enquête 24% des médecins considéraient être formés au cours de séminaires pharmaceutiques. Considérant que ces laboratoires ont pour but de vendre leurs produits, cela est inquiétant. Par ailleurs, la « formation » dispensée par ceux-ci n'inclut pas une approche globale de la maladie « douleur ». Pouvons nous estimer aujourd'hui qu'un interne sachant prescrire correctement telle ou telle molécule antalgique est un interne qui sait correctement prendre en charge la douleur chronique ? La réponse médicamenteuse est-elle réellement la solution à tout problème de douleur chronique ? Le risque est ici de le faire croire aux internes.

56 % des internes interrogés ont bénéficié des cours du module 6. Seuls 58 % d'entre eux y ont assisté. Lorsque nous leur demandons pour quelles raisons cette absence, la majorité d'entre eux répondent soit « cours dispensés la même année que l'internat ou ENC », soit « cours non adaptés à la préparation de l'ENC ». Les principales raisons motivant ces absences sont donc en relation avec l'ENC, dont semble-t-il les internes ont fait leur priorité. Ils estiment cette formation par le module 6 moyennement satisfaisante mais sont-ils en mesure d'être critique par rapport à ce module vu le faible taux de participation aux cours ?

3.4. COMPARAISON DES SCORES OBTENUS PAR LES INTERNES

Dans notre enquête, nous n'avons pas réussi à mettre en évidence de différences significatives entre les réponses des internes ayant bénéficié du module 6 et les autres. Notons que cette absence de différence significative peut être en partie liée au trop faible nombre d'internes interrogés.

Sachant que 42% des internes ayant eu le module 6 n'ont pas assisté aux cours, pouvons nous réellement en conclure que celui-ci ne permet pas d'améliorer les connaissances des internes ? Une prise en charge globale de la douleur leur ait pourtant enseignée, avec de multiples intervenants et présentation de cas cliniques. Cette formation semble fournir les informations nécessaires à une meilleure prise en charge de la douleur au quotidien.

Est-ce alors un problème de sensibilisation ? Les internes ayant bénéficié de ce module sont-ils trop jeunes, ont-ils trop peu d'expérience pratique pour se rendre compte de l'utilité de cette formation ?

Est-ce le fait d'être confronté dans son quotidien aux difficultés de la douleur chronique qui constitue un facteur déclenchant dans la volonté d'améliorer ses connaissances sur le sujet ?

Dans notre enquête, l'ancienneté, et par conséquent l'expérience pratique acquise aux cours des stages, n'améliorent pas significativement les notes des internes. Cette fois encore, le taux trop faible d'internes interrogés peut expliquer cette absence de différence significative.

Mais l'ancienneté semble avoir son importance puisque globalement les meilleures notes sont obtenues par les internes les plus expérimentés (influence de la formation pratique ?). Ces internes, répondant très bien, sont malgré tout peu nombreux. Sont-ils plus intéressés par le « sujet » douleur que les autres ? Sont-ils passés dans des stages plus formateurs ? Ont-ils été plus sensibilisés à la douleur ?

Pour préciser ceci, il nous aurait fallu comparer les scores des internes, non seulement en fonction de leur semestre mais également en fonction de tous leurs stages pratiques effectués. En effet, selon la maquette des stages, propre à chaque spécialité et à chaque interne, les apprentissages sur le terrain sont différents. Certains stages sont probablement plus formateurs que d'autres à la prise en charge de la douleur chronique, mais nous n'avons pas étudié la différence des notes obtenues en fonction du stage (ou de la spécialité médicale) de l'interne.

Dans notre enquête, les services les plus répondeurs sont : oncologie radiothérapie, urgences, gériatrie soins palliatifs et hépato-gastro-entérologie. Ces services sont-ils plus formateurs ? Les internes y sont-ils plus sensibilisés à la douleur ? Ou est-ce parce qu'ils sont plus fournis en internes que leur taux de réponses est plus élevé ?

3.5. HYPOTHESES D'AMELIORATION DE LA FORMATION

3.5.1. PROPOSITIONS FAITES PAR LES INTERNES

Les internes estiment leur manière de prendre en charge la douleur chronique à 5,6 sur 10 (avec un écart type de 1,5).

Notre enquête a permis de montrer les lacunes encore existantes actuellement sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte dans l'échantillon étudié.

C'est pourquoi nous leur avons demandé de faire des propositions pour améliorer leur formation sur la prise en charge de la douleur chronique.

Les différentes propositions obtenues sont les suivantes :

- « enseignement d'une prise en charge consensuelle adaptée aux différentes pathologies générant une douleur chronique »
- « enseignements pratiques, interactifs, multidisciplinaires, avec des psychologues, coanalgésie, prise en charge globale du patient »
- « cas cliniques, apprentissage pratique de l'utilisation des antalgiques »
- « formation pratique au lit du malade souffrant de douleur chronique »

- « avancer le module 6 dans le cursus, le rendre obligatoire »
- « augmenter le volume des cours du module 6, améliorer les cours »
- « disposer d'une fiche technique claire et simple d'utilisation, indépendante des laboratoires pharmaceutiques, protocoles, référentiels d'aide à la prise en charge »
- « stages de deuxième cycle dans les services traitant de douleur chronique type soins palliatifs, stages obligatoires, sensibilisation à la prescription d'antalgiques dès l'externat »
- « staff aux changements d'internes, mise en place d'un cours pour les internes sur le sujet (comme pour la pharmacovigilance, les accidents d'exposition au sang...) »
- « cours théorique suivi d'une mise en pratique sur le terrain, cours adaptés à la réalité clinique »
- « sensibiliser l'étudiant à la douleur chronique »
- « amélioration de la prise en charge de la douleur par les seniors, sensibiliser les seniors à la douleur »
- « collaboration avec les référents douleur de l'hôpital »

Au total, 4 grandes idées semblent ressortir :

- Les internes ne s'estiment pas assez sensibilisés à la douleur chronique au cours de leurs études, théoriques et pratiques.

La résolution de ce problème ne passe-t-elle pas par une sensibilisation plus accrue de tous les acteurs de santé ? Certains services sont peut être plus confrontés à la douleur que d'autres. Mais la douleur n'est elle pas présente dans chaque service ? Ne fait-elle pas partie des attentes quotidiennes d'une grande majorité de patients ?

- Ils préconisent que les cours du module 6 interviennent plus tôt dans le cursus, que ces cours soient plus pratiques, avec des cas cliniques, un apprentissage plus global de la douleur (approche psychologique, coantalgies), avec divers intervenants (formation multidisciplinaire), plus proche de la réalité clinique à laquelle ils sont confrontés.

Nous avons pu constater que ce module remplit déjà un certain nombre des attentes de nos collègues internes. Le fort taux d'absentéisme à ces cours peut en partie expliquer qu'ils semblent ignorer qu'une partie de leurs doléances aient déjà été prises en compte.

Le fait que ces cours soient dispensés en sixième année, année de l'ENC, chargée en travail personnel est la principale explication au manque d'assiduité des internes.

- La formation au lit du malade dans des services spécialisés, au cours de leurs stages leur semble indispensable. Pour se faire, certains préconisent la sensibilisation et la formation des seniors et le travail en collaboration avec l'« équipe douleur » de l'hôpital.

Comme le soulignent les internes et comme le soulignait un groupe de travail dans un « Rapport destiné au Président de la République sur les avancées dans le domaine des douleurs » en 2001 (71), l'enseignement clinique, au lit du malade, ne devrait-il pas relever d'un stage dans une unité ou un service spécialisés en la matière ?

- Enfin, ils mettent en avant l'intérêt de disposer de guides pratiques, d'outil d'aide à la prise en charge de la douleur dans leur quotidien, avec référentiels et arbres décisionnels.

3.5.2. HYPOTHESES PROPOSEES POUR AMELIORER LA FORMATION

3.5.2.1. Au cours du deuxième cycle des études médicales

Le rapport de la Société Française de Santé Publique (SFSP) du plan triennal (65) a mis en évidence le manque de formation initiale des médecins sur la douleur. Les médecins interrogés au cours de cette étude souligne « une prise en charge de la douleur insuffisamment intégrée à l'enseignement des pathologies concernées, un nombre d'heures de formations spécifiques sur la douleur insuffisant et ne concernant que l'aspect technique ».

Parmi les propositions faites dans ce rapport pour améliorer la prise en charge de la douleur par les médecins, nous retrouvons la notion d'amélioration de la formation initiale et de la formation continue, à la fois sur les connaissances et sur l'aspect relationnel.

En 2005, l'enquête du « Livre Blanc de la Douleur » (70) montrait qu'un médecin interrogé sur trois estimait que sa formation n'était pas adaptée à sa pratique quotidienne.

Pour pallier à ce manque de formation initiale, un nouveau module spécifique de formation sur la prise en charge de la douleur a été récemment mis en place.

Ce module 6 permet une formation théorique complète permettant une meilleure prise en charge de la douleur chronique. Ces cours sont interactifs et pratiques avec cas cliniques. Malgré tout, il semble demeurer peu attractif pour les étudiants. Comment y remédier ?

Un enseignement plus pratique, avec une mise en application sur des cas concrets pourraient être intéressants. Ne pourrait-on envisager que chaque étudiant de deuxième cycle puisse bénéficier d'une formation pratique au lit du malade par un senior qualifié ? Cette hypothèse implique une sensibilisation accrue de tous les acteurs de santé, ce qui ne semble pas être actuellement le cas si l'on considère une des remarques faite par les internes qui préconisent l'« amélioration de la prise en charge de la douleur par les seniors et la sensibilisation des seniors à la douleur ».

Ce rôle ne pourrait-il alors être tenu par un membre d'une équipe spécialisée dans la prise en charge de la douleur ? La collaboration avec ces équipes sur le terrain pourrait déjà être un bon compromis, permettant une formation transversale pratique des étudiants.

Parallèlement aux cours, leur permettre d'assister aux consultations douleur pourrait les sensibiliser à ce sujet, en les impliquant dans la relation médecin-patient. Confrontés aux difficultés de cette prise en charge, ils pourraient se rendre compte de l'utilité des cours qui leur sont dispensés.

En conclusion, une sensibilisation des étudiants du deuxième cycle à la douleur par des mises en application pratiques pourrait leur permettre de trouver un intérêt à la formation théorique par le module 6.

3.5.2.2. Au cours du troisième cycle des études médicales

Les internes sont des professionnels actifs en formation. Notre enquête a permis de montrer qu'à l'heure actuelle ils ne disposent pas de toutes les connaissances nécessaires à une prise en charge optimale de la douleur chronique. L'introduction récente du module 6 va permettre d'améliorer leur formation initiale mais qu'en est-il de leur formation continue ?

Le maintien de séminaires, abordant différents thèmes de la douleur, ne pourrait-il pas répondre en partie à leurs difficultés quotidiennes ? Ces séminaires pourraient servir de « remise à niveau des connaissances ». Nous pourrions également envisager que ceux-ci se présentent comme un lieu d'échange où, de manière interactive, seraient développées des questions suggérées par les internes eux-mêmes, en rapport avec les difficultés qu'ils rencontrent ?

Ne pourrait-on pas également envisager que figure dans la « maquette » des stages, un passage obligatoire dans un service spécialisé ou une unité douleur ? Le problème est, qu'à l'heure actuelle, ces unités douleur sont peu nombreuses et par conséquent le nombre de stagiaires pouvant y être accueillis est limité. Par ailleurs, un certain nombre d'entre elles, comme à NANCY par exemple, ne fonctionne pas à temps plein, ce qui pose un souci d'encadrement des étudiants. La solution n'est-elle pas alors, de mettre en place une formation obligatoire sous forme de « vacations » dans des services habilités à former sur le sujet ?

3.5.2.3. Formations post-universitaires

En 1998, le rapport SFSP du plan triennal (65) mettait en avant une volonté individuelle, une démarche personnelle de la part des professionnels de santé de se former pour améliorer sa prise en charge de la douleur au quotidien, devant une formation initiale considérée comme nettement insuffisante. 70% des médecins interrogés dans l'enquête du « Livre Blanc » (70) reconnaissent se former sur la douleur au cours d'enseignement post-universitaire.

Les plans de lutte contre la douleur (2002-2005 et 2006-2010) (2, 64) ont toujours considéré la formation comme une de leurs priorités. Le plan 2006-2010 permet de mettre en place des formations pour compléter ou maîtriser les différents aspects de la prise en charge en harmonisant les DU, DIU et capacités dans leurs contenus, durée, validation et inclusion d'un enseignement pratique, d'une faculté à l'autre et répondre ainsi aux attentes des médecins désireux d'améliorer leurs connaissances.

La mise en place d'un DESC « Douleur-Soins Palliatifs » va également permettre, à tout interne intéressé, de recevoir une formation spécialisée adaptée. Mais y aura-t-il suffisamment de services susceptibles de les accueillir et d'assurer leur formation pratique?

Il n'est actuellement pas à douter de la volonté de mieux former les futurs médecins à la prise en charge de la douleur (formation initiale au cours du deuxième cycle, DIU, capacités...) mais il semble que sans une démarche individuelle, une implication personnelle, un désir de compléter sa formation, une sensibilisation plus accrue à la douleur, les choses n'évoluent guère.

Partant du principe que chaque interne ne dispose pas du temps ou de l'envie de suivre une formation post universitaire sur la douleur, nous nous sommes demandés si nous ne pouvions pas essayer malgré tout d'améliorer la prise en charge de la douleur chronique au quotidien, en créant un outil pratique d'aide à la prise en charge.

3.5.3. PROPOSITION D'UN OUTIL PRATIQUE D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE

En moyenne, les internes estiment leur manière de prendre en charge la douleur chronique à 5,5 sur 10 avec un écart-type de 1,5.

Nous avons pu mettre en évidence les nombreuses lacunes encore existantes dans leur prise en charge de la douleur chronique que ni la formation par le module 6, ni l'expérience acquise sur le terrain ne semblent actuellement améliorer.

A l'issue de l'enquête, nous nous sommes demandés comment améliorer la prise en charge de la douleur chronique au quotidien pour, et c'est là le but premier, répondre aux attentes de nos patients.

Les moyens les plus utilisés par nos collègues pour traiter la douleur chronique sont les manuels thérapeutiques (90%), l'appel d'un référent douleur (67%), l'aide d'un collègue (36%) et les protocoles de service (30%).

Nous leur avons demandé de faire des propositions pour améliorer leur formation (cf. ci-dessus). Parmi les propositions citées, nous en retiendrons une : « guide pratique d'aide à la prise en charge, référentiels, arbre décisionnel ».

Avec Cyril GUILLAUME, nous avons donc essayé d'élaborer un outil d'aide à la prise en charge de la douleur chronique. Il nous a semblé, à tous deux, que disposer d'un seul et même support pour trouver, au lit du malade, tous les moyens de prendre en charge la douleur chronique (la diagnostiquer, l'évaluer, la traiter) était intéressante.

Notre outil se présente sous la forme d'une fiche technique, pratique d'utilisation, permettant de disposer d'informations claires et précises sans avoir à recourir à d'autres sources (VIDAL®, internet....).

Les dernières recommandations concernant les traitements des douleurs par excès de nociception et des douleurs neuropathiques y figurent. Les facteurs d'équianalgésie entre les molécules de paliers 2, 3 et les différentes voies d'administration des morphiniques, la rotation et les effets indésirables des opioïdes sont disponibles également. Le protocole Naloxone est détaillé. Pour les douleurs neuropathiques, nous avons fait figurer le DN4, permettant de repérer cette composante éventuelle de la douleur chronique.

Ainsi, tout médecin, quelles que soient ses qualifications ou son ancienneté, pourra disposer dans sa pratique quotidienne d'informations claires et simples lui permettant de prendre en charge la douleur chronique dans sa globalité.

Dans notre enquête, 105 internes avaient déclaré trouver un intérêt à disposer d'un tel outil au quotidien. Cet outil synthétique, simple d'utilisation pourrait répondre à leurs attentes et leur apporter les connaissances qui leur font parfois défaut pour soulager les patients douloureux chroniques au quotidien.

La création de cet outil, son élaboration et sa validation par les CLUDS sont développés dans la thèse de Cyril GUILLAUME (72).

CONCLUSION

Cette enquête d'évaluation sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte, réalisée auprès de 150 internes de médecine a permis de mettre en évidence les points faibles actuels de leurs connaissances. Si les définitions, l'évaluation chez l'adulte communiquant, le palier 2, et l'initiation d'un traitement morphinique semblent maîtrisés, il persiste des lacunes sur l'évaluation de la douleur chez l'adulte non communiquant, l'adaptation d'un traitement morphinique, l'équianalgie, la rotation des opioïdes et sur la douleur neuropathique dans son diagnostic et son traitement.

Dans notre étude nous n'avons pas réussi à mettre en évidence de différence significative entre les internes ayant bénéficié des formations par séminaires et cours magistraux et les internes ayant bénéficié du module 6. Pourtant ce nouvel enseignement spécifique, inclus dans la formation initiale des internes, est une avancée notable dans le domaine de la formation sur la douleur.

Au vu de nos résultats, comparativement à la richesse des formations actuellement proposées aux internes, il semble que l'amélioration des connaissances sur la douleur reste encore une démarche personnelle, à laquelle de multiples formations post-universitaires, comme les DIU, capacités « Douleur » et DESC permettent actuellement de répondre.

Les connaissances actuelles des internes semblent insuffisantes pour une prise en charge optimale de la douleur chronique au quotidien. Nous avons émis plusieurs hypothèses d'amélioration de la formation, en se basant sur ce qui existe déjà et sur les propositions faites par les internes eux-mêmes.

Pour améliorer la prise en charge, nous avons tenté d'élaborer un outil d'aide regroupant les dernières recommandations, simple et pratique d'utilisation.

La combinaison d'une formation théorique initiale améliorée, d'une formation pratique plus adaptée, d'une meilleure sensibilisation des internes et l'apport de notre outil sur le terrain permettront-ils d'améliorer la prise en charge au quotidien des patients douloureux chroniques ?



BIBLIOGRAPHIE



1. MERSKEY H., BOGDUK. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. IASP Task Force on Taxonomy. IASP Press, Seattle. 1994: 209-214.
2. ANAES. Recommandations et références professionnelles. Evaluation et suivi de la douleur chronique en médecine ambulatoire. PARIS : ANAES ; 1999.
3. PIFFER I., GUILLAUME C. Evaluation de la Prise en Charge de la Douleur Chronique par les Internes. De la Formation théorique à la pratique. Mémoire du Diplôme InterUniversitaire d' « Etude et Prise en Charge de la Douleur ». 2004-2005. 34p.
4. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE – MINISTERE DELEGUE A LA SANTE. 2^{ème} programme national de lutte contre la douleur 2002-2005. Paris. 2002. 36p.
5. GUIRIMAND F., LE BARS D., Physiologie de la nociception. Ann.Fr.Anesth.Réanim. 1996 ; 15 : 1048-1079.
6. Physiologie de la sensation douloureuse. Encycl. Méd. Chir., Paris-France.
7. WILLER J.-C . LE BARS D. Physiologie de la sensation douloureuse. Encycl. Méd. Chir., Anesthésie-Réanimation, 36-020 A10, 1993.
8. SETD, Ministère de la santé et de la protection sociale. La douleur en questions, Nov 2004.
9. ANAND K.J.S., CRAIG K.D.. New perspectives on the definition of pain. Pain, 1996 ; 67 : 3-6.
10. GROUPE ALGOLOR. Cahier pédagogique de la douleur. Annales Médicales de Nancy et de Lorraine. 2^{ème} édition 2001.
11. BOUREAU F., DOUBRERE J.F. Le concept de douleur. Du symptôme au syndrome. Douleur et Analg. 1988 ; 1 : 11-17.
12. VIBES J. Les douleurs neuropathiques. Editions Masson, 2002.
13. HIRSZOWSKI F. BOUREAU F. Nécessité d'évaluer la douleur en pratique quotidienne. Douleurs, 2000,1,1 : 16-19. Masson éd. Paris.

14. BOURREAU F. Douleur : pourquoi et comment évaluer son intensité ? La revue du praticien. Médecine Générale. Tome 12. N°442. Déc. 1998 : 15-20.
15. DELORME T., WOOD C. et al. Recommandations pour la pratique clinique. Standards, Options et Recommandations pour l'Evaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. 2003.
16. ANAES. Evaluation de la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Paris : ANAES ; 2000.
17. LUSSIER D. Approche et évaluation multidimensionnelle de la douleur chronique chez les patients gériatriques. La revue de gériatrie. 25. Nov. 2000 : 673-682.
18. AGS PANEL ON CHRONIC PAIN IN OLDER PERSONNS. The management of chronic pain in older personns. J Am Geriatric Soc. 1998 ; 46 : 635-651.
19. HERR K.A., MOBILY P.R. Complexities of pain assessment the elderly : clinical considerations. J Gerontol Nurs. 1991; 17: 12-19.
20. FERRELL B.A., FERREL B. R., al. Pain in cognitively impaired nursing home patients. J Pain Symp Manage. 1995; 10: 591-598.
21. NIZARD J., LAJAT Y., POTEL G. et al. Evaluation et prise en charge de la douleur du sujet âgé. Le concours médical. Avril 2000 ; 122-16 : 1095-1102.
22. WARY B. et le collectif Doloplus. L'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles cognitifs. La revue du généraliste et de la Gériatrie. Numéro spécial. Avril 2000 ; tome 7, N°64 : 162-168.
23. SIMON A.M. et al. Evaluation de la douleur chez la personne âgée. La Revue du Généraliste et de la Gériatrie. 1998 ;49 :6-10.
24. Douleur et personnes âgées : repérer, évaluer, organiser une prise en charge de qualité. Colloque du 24 mars 2005. Paris. La Revue de Gériatrie ; 2005, 30, supplément C au n°6 :p43.
25. MORELLO R., JEAN A., ALIX M. L'ECPA : une échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes. 1998 ; 51(3) : 22-29.
26. SCHUCK S., ALLAIN H. La douleur :moyens et stratégies thérapeutiques. La revue du Praticien. 1997 ; 47 : 555-569.
27. KRAKOWSKI I., CHAST F. Traitements médicamenteux. Guide de la douleur. 1999 : 168-204.

28. AGENCE NATIONALE POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'EVALUATION MEDICALE. Recommandations pour la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire. 1995.
29. BESSON J.M. La douleur. Editions Odile Jacob. 1992.
30. BRASSEUR L. Traitement de la douleur. Doin Editeurs. Paris. 2002.
31. COUTURIER M. La douleur-Place des antalgiques. Editions de l'interligne. 1992.
32. KRAKOWSKI I. et al. Recommandations pour une bonne pratique dans la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte et l'enfant. Opération « Standards, Options et Recommandations » en cancérologie de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. Bull Cancer, 1996 ; 83, suppl 1 : 1-84.
33. NEUWIRTH L. Prendre en charge la douleur. Les rapports du Sénat. Paris, 1994.
34. WORLD HEALTH ORGANISATION. Cancer pain relief : with a guide to opioid availability. 2nd Ed Geneva. World Health Organisation. 1996
35. Dictionnaire VIDAL. 2006. 82ème Ed. PARIS : Editions du Vidal. 2006.
36. BOUREAU et al. The IPSO study :ibuprofen, paracetamol study in osteoarthritis. A randomised comparative clinical study comparing the efficacy and safety of ibuprofen and paracetamol analgesic treatment of osteoarthritis of the knee or hip. Ann Rhum Dis. 2004 ; 63(9) : 1028-1034.
37. JAWAD A.S. Analgesics and osteoarthritis : are treatment guidelines reflected in clinical practice ? Am J ther. 2005; 12(1): 98-103.
38. NICKLES C.J. et al. The role of paracetamol in chronic pain : an evidence-based approach. Am J Ther. 2005;12(1):80-91.
39. KRAKOWSKI I., THEOBALD S., COLLIN E., VUILLEMIN N.,BALP L., TORLOTING G. et al. Standards, Options et Recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuse par excès de nociception chez l'adulte. Mise à jour. Editions John Libbey Eurotext. 2003 ; volume 15.
40. TREVES R., BANNWARTH B., et al. Les recommandations de Limoges. Usage de la morphine dans les douleurs rhumatologiques non cancéreuses. Douleurs, 2000 ; 1 : 33-38.

41. CHAUVIN M. Pharmacologie des morphiniques et antagonistes de la morphine .
Encycl. Méd. Chir. Anesthésie-Réanimation, 36-71, 1995.
42. BANNWARTH B. Analgésiques morphiniques. La Revue du Praticien, 1996 ; 46 :
1393-98.
43. ESCHALIER A., PICARD P., DUBRAY C. Analgésiques. Principes et règles
d'utilisation, posologie de la morphine et de ses dérivés. La Revue du Praticien, 2000 ;
50 : 907-911.
44. PERROT S., BANNWARTH B., BERTIN P., JAVIER R.M., GLOWINSKI J., LE
BARS M., TREVES R. Les recommandations de Limoges. Recommandations pour
l'utilisation de la morphine dans les douleurs chroniques non cancéreuses en
rhumatologie. La Revue du Rhumatisme. 1999.
45. BALLANTYNE J.C., MAO J. Opioid therapy for chronic pain. N Engl J Med. 2003 ;
349(20) :1943-53.
46. KALSO E., EDWARDS J.E., MOORE R.A., MCQUAY H.J. Opioids in chronic non
cancer pain: systematic review of efficacy and safety. Pain. 2004 ; 112(3) :372-380.
47. TRESOT A.M., BONVELL M.V. et al. Opioid guidelines in the management of
chronic non cancer pain. Pain Physician. 2006; 9(1): 1-39.
48. BRUERA E., PEREIRA J. et al. Opioid rotation in patients cancer pain. Cancer,
1996 ; 78 : 852-857.
49. PEREIRA J. et al. Equianalgesic dose ratios for opioids. A critical review and
proposal for long term dosing. Journal of Pain and Symptom management, 2001 ;
22(2): 672-687.
50. QUIGLEY C. Opioid switching to improve pain relief and drug tolerability. Cochrane
Database Syst Rev. 2004; 3: CD004847.
51. LANTERI-MINET M. et al. Stopnep : study of prevalence of neuropathic pain. Poster
n°192 : 169.
52. BOUHASSIRA D., ATTAL N., ALCHAAR H. et al. Comparison of pain syndromes
associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain
questionnaire (DN4). Pain, 2005; 114: 29-36.
53. MELZACK R. The short-form of McGill pain questionnaire. Pain. 1987; 30(2):191-
197.

54. BOUREAU F., LUU M., DOUBRERE J.F., GAY C. Construction of a questionnaire for the self-evaluation of pain using a list of qualifiers. Comparison with Melzack's McGill Pain Questionnaire versions. *Thérapie*. 1984 ; 39(2) :119-129.
55. BOUHASSIRA D., ATTAL N., FERMANIAN J. et al. Development and validation of the neuropathic Pain Symptom Inventory . *Pain* . 2004 ; 108(3) :248-257.
56. McQUAY H.J., TRAMER M., NYE B.A. et al. A systematic review of antidepressants in neuropathic pain. *Pain*. 1996 ;68(2-3) :217-227.
57. McQUAY H.J., CAROLL D., JADAD A.R. et al . Anticonvulsant drugs for management of pain: a systematic review. *BMJ*. 1995; 311(7012): 1047-1052.
58. ATTAL N. Traitements médicaux de la douleur neuropathique. La douleur neuropathique. Chapitre 6. Institut UPSA de la douleur. PARIS. 2000 :125-177.
59. SINDRUP S.H., OTTO M., FINNERUP N.B. et al. Antidepressants in the treatment of neuropathic pain. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2005; 96(6): 399-409.
60. TREMONT-LUKATS I.W., MEGEFF C., BACKONJA M.M. Anticonvulsants for neuropathic pain syndromes : mechanisms of action and place in therapy. *Drugs*. 2000; 60(5): 1029-1052.
61. SINDRUP S.H., ANDERSEN G., MADSEN C. et al. Tramadol relieves pain and allodynia in polyneuropathy : a randomised, double-blind, controlled trial. *Pain*. 1999; 83(1):85-90
62. Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche. Edition 2005.
www.ac-nancy-metz.fr/Académie/cabinet-du-recteur/actualités/indic/rers2005.pdf
63. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 4 mars 1997 pris en application de l'article 7 de l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales fixant les thèmes d'enseignement devant faire l'objet de séminaires.
64. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE . 1^{er} programme national de lutte contre la douleur 1998-2000. Paris. 1998.
65. Rapport de la Société Française de Santé Publique. Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur : p70. 149p.
66. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris. 2006. 36p.

67. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 5 Mai 1988. Journal Officiel. Mai 1988
68. SFAP. Projet de Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires. Médecine de la Douleur, Médecine Palliative. CNEUD, CNEFUSP. Juin 2005. Version 17.
69. Etudes médicales. Objectifs pédagogiques terminaux pour les items de la 2^{ème} partie du 2eme cycle des études médicales. Bulletin Officiel. Août 2005.
70. GODEFROY J.N., DELORME C. Les professionnels de santé libéraux et la douleur. Enquête auprès des professionnels de santé libéraux. Comité d'organisation des états généraux de la douleur. Le Livre Blanc de la Douleur. 2005. 159p.
71. AUQUIER L. ARTHUIS M. et al. Rapport destiné au Président de la République au nom d'un groupe de travail : les avancées dans le domaine des douleurs et de leur traitement chez l'adulte et l'enfant. Paris. 2001.
72. GUILLAUME C. Utilisation d'un outil pratique d'aide à la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte. Thèse de Médecine Générale. Nancy. 2006. 145p.



ANNEXES

ANNEXE 1 : EVALUATION DES CONNAISSANCES SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE



1. Quel est votre âge ? _____
 Quel est votre sexe ? ☐ masculin ☐ féminin
2. En quel semestre êtes-vous ?
3. Vous êtes interne de :
☐ Médecine générale
☐ Médecine spécialisée
☐ Définie ; si oui, laquelle ? _____
☐ Pas encore définie ; vers quelle spécialité vous orientez-vous ? _____
4. Dans quel service êtes-vous en stage actuellement ? _____
5. Avez-vous bénéficié du module 6 intitulé « DOULEUR - SOINS PALLIATIFS - ACCOMPAGNEMENTS » au cours de votre DCEM ?
☐ OUI ☐ NON
 Si oui, avez-vous assisté aux cours ? ☐ OUI ☐ NON ☐ EN PARTIE
 Si vous n'avez pas assisté aux cours, pour quelle(s) raison(s) ? _____

- Êtes-vous satisfait de l'enseignement du module 6 sur la prise en charge de la douleur chronique; pouvez-vous l'évaluer sur une échelle de 0 (pas satisfait) à 10 (très satisfait) ?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →
6. Que vous ayez bénéficié du module 6 ou non, avez-vous eu d'autre(s) formation(s) sur la prise en charge de la douleur chronique ? ☐ OUI ☐ NON
 - Si oui, la ou lesquelles(s) ?
 - ☐ Séminaires
 - ☐ Cours magistraux
 - ☐ Congrès (précisez) _____
 - ☐ Enseignement dans un stage ; si oui, précisez quel(s) stage(s) _____
 - ☐ Conférences d'internat
 - ☐ Formation Médicale Continue, EPU
 - ☐ Staff de laboratoires pharmaceutiques
 - ☐ Autres (précisez) _____

- Êtes-vous globalement satisfait de ces différentes formations (en dehors du module 6) et pouvez-vous l'évaluer sur une échelle de 0 (pas satisfait) à 10 (très satisfait) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

7. Quel(s) outil(s) ou moyen(s) utilisez-vous pour traiter la douleur chronique ?

- ☐ Manuels thérapeutiques (VIDAL, DOROSZ, autres)
- ☐ Protocoles de service
- ☐ Brochures de laboratoires pharmaceutiques
- ☐ Appel à un collègue médical ou paramédical
- ☐ Appel à un référent douleur du service ou de l'hôpital
- ☐ Sites internet
- ☐ Autres (précisez)

☐ Aucun

8. Sur une échelle de satisfaction de 0 à 10, pouvez-vous estimer votre manière de prendre en charge de la douleur chronique ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

9. Quelles sont vos propositions pour améliorer la formation des étudiants en médecine à la prise en charge de la douleur chronique ?

10. Trouvez-vous un intérêt de disposer d'un outil pratique d'aide à la prise en charge de la douleur chronique ? ☐ OUI ☐ NON ☐ SANS AVIS

QUESTIONNAIRE DES CONNAISSANCES

A.Me X., 75 ans, se plaint de douleurs lombaires évoluant depuis plus de trois mois, qu'elle décrit à type de barre, de pression intense, avec irradiation paravertébrale, élective à la palpation de L4 à S1, majorée par la mobilisation. Les douleurs ne sont pas insomniantes. Les changements de position dans la nuit peuvent toutefois la réveiller.

1.Citez le mécanisme en cause dans la genèse de la douleur de cette patiente :

- a) Nociceptive
- b) Neuropathique
- c) Psychogène
- d) Je ne sais pas

2.Les douleurs sont de rythme : (une bonne réponse)

- a) Inflammatoire
- b) Mécanique
- c) Mécanique et inflammatoire
- d) Ni mécanique ni inflammatoire
- e) Je ne sais pas

B. Madame F. 70 ans a présenté dix-huit mois auparavant un zona thoracique, initialement hyperalgique. Elle garde des douleurs séquellaires, permanentes. Le frottement des vêtements occasionne des douleurs importantes. Il existe des périodes de renforcement très difficiles à supporter. A l'examen vous constatez une cicatrice cutanée légèrement dépigmentée et la présence sur ce territoire d'un déficit sensitif.

Citez le(s) mécanisme(s) en cause dans la genèse de cette douleur : (une seule réponse)

- 1. Nociceptive
- 2. Neuropathique
- 3. Psychogène
- 4. Nociceptive et neuropathique
- 5. Nociceptive et psychogène
- 6. Je ne sais pas

C. Citez un outil d'évaluation de l'intensité douloureuse chez un patient communiquant.

D. Citez un outil d'hétéro-évaluation de la douleur chez un patient non communiquant.

E. Les 3 paliers de l'O.M.S. de la douleur nociceptive :

1. Voici des prescriptions de molécules de palier 1 ; entourez la prescription exacte pour un adulte sain de 50 ans pesant 65kgs présentant une douleur chronique :

- a) 1g Paracétamol per os matin, midi, soir
- b) 1g Paracétamol per os si douleur, max 4g/j
- c) 500mg Paracétamol per os toutes les 4 à 6h/j
- d) 1g Paracétamol per os toutes les 4 à 6h/j
- e) 1g Paracétamol IV toutes les 4 à 6h/j
- f) Je ne sais pas

2. Le palier II correspond aux opioïdes faibles ; entourez les trois molécules appartenant à ce palier :

- a) Phosphate de codéine
- b) Nefopam
- c) Dextropropoxyphène
- d) Tramadol
- e) Kétoprofène
- f) Chlorhydrate d'Hydromorphone
- g) Je ne sais pas

3. Le palier III correspond aux opioïdes forts :

- a) Quelle voie d'administration privilégiez vous en première intention ?
 - (1) Orale
 - (2) Transdermique
 - (3) Sous-cutanée

- (4) Intraveineuse
- (5) Intramusculaire

b) L'équianalgésie correspond au facteur de conversion utilisée pour passer d'une voie d'administration à une autre.

- (1) Quelle est la règle d'équianalgésie pour convertir une dose de morphine per os en une dose sous-cutanée ?
-

- (2) De même pour passer de la forme orale à la forme IV ?
-

c) On initialise un traitement par Sulfate de Morphine (SM) chez un patient jeune atteint de douleurs cancéreuses, nociceptives, très intenses, sans autres antécédents (bon état général, pas d'insuffisance rénale) ; Deux schémas thérapeutiques d'initiation sont possibles ; lesquels ?

- (1) SM LI (Libération immédiate) 10 mg toutes les 4h avec doses de secours possibles équivalentes toutes les heures sans dépasser 4 prises successives en 4h
- (2) SM LI 5mg toutes les 4h avec doses de secours possibles équivalentes toutes les heures sans dépasser 4 prises successives en 4h
- (3) SM LP (Libération Prolongée) 30mg x 2/jour + interdoses SM LI 10mg/4h si besoin
- (4) SM LP 30mg x 2/jour sans interdoses
- (5) SM LP 10mg x 2/jour + interdoses SM 5mg/4h si besoin
- (6) Je ne sais pas

d) La valeur d'une interdose représente par rapport à la dose journalière de fond :

- (1) $\frac{1}{2}$ à $\frac{1}{3}$
- (2) $\frac{1}{3}$ à $\frac{1}{4}$
- (3) $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{5}$
- (4) $\frac{1}{6}$ à $\frac{1}{10}$
- (5) Je ne sais pas

- e) En fin de titration, le patient prend SM LP 50mg X 2/jour et 4 interdoses adaptées au traitement de fond (interdoses prises dans le cadre de pic douloureux et non pour anticiper des douleurs provoquées par des soins). Il ne présente plus de douleurs.

Entourez la réponse exacte.

- (1) On laisse le traitement à l'identique
- (2) SM LP 60mg x 2/j + interdoses adaptées
- (3) SM LP 60mg x 2/j sans interdoses
- (4) SM LP 70mg x 2/j + interdoses adaptées
- (5) SM LP 70mg x 2 sans interdoses
- (6) Je ne sais pas

- f) Quel est le signe principal de surdosage morphinique nécessitant le recours à un antidote ?

Quel est cet antidote et comment l'utilisez-vous ?

- g) Parmi ces symptômes, quels sont les trois effets indésirables les plus fréquents des opioïdes?

- (1) Détresse respiratoire
- (2) Hallucinations
- (3) Diarrhées
- (4) Constipation
- (5) Somnolence
- (6) Dépendance

- (7) Vomissements
- (8) Rétention aiguë d'urines

h) Répondez aux propositions suivantes sur la rotation des opioïdes par Vrai (V), Faux (F) ou Ne Sait Pas (NSP)

- (1) Elle se définit par un changement d'un opioïde par un autre lorsque survient une diminution du ratio bénéfice/risque
☐ V ☐ F ☐ NSP
- (2) Elle est réalisée lors de la survenue d'effets indésirables rebelles malgré un traitement symptomatique adéquat et/ou lorsque survient un phénomène de résistance aux opioïdes
☐ V ☐ F ☐ NSP
- (3) La survenue d'effets indésirables lors de l'augmentation des doses chez un malade implique systématiquement une rotation des opioïdes
☐ V ☐ F ☐ NSP
- (4) Le phénomène de résistance aux opioïdes est défini par une absence d'efficacité de l'opioïde mais également par une absence d'effets indésirables malgré une augmentation massive et rapide des doses de l'opioïde
☐ V ☐ F ☐ NSP
- (5) La rotation des opioïdes se fait entre tous les agonistes purs dans un ordre bien précis
☐ V ☐ F ☐ NSP
- (6) Elle se définit par le passage d'un palier 2 à un palier 3 (palier de l'OMS) lorsque l'antalgie est insuffisante en respectant les facteurs de conversion estimés des opioïdes
☐ V ☐ F ☐ NSP

i) Parmi les molécules suivantes, quelles sont celles utilisées pour la rotation des opioïdes :

- (1) Sulfate de Morphine ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
- (2) Buprénorphine ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
- (3) Chlorhydrate de Morphine ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
- (4) Chlorhydrate d'Hydromorphone ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
- (5) Tramadol ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP
- (6) Dextropropoxyphène ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

(7) Chlorhydrate d'Oxycodone ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

(8) Fentanyl ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

j) Coefficient de conversion estimé des principaux opioïdes. Donnez les facteurs de conversion de chaque molécule citée correspondant à 10mg de Morphine orale.

Morphine orale	10mg (opioïde étalon)
Chlorhydrate d'Hydromorphone	
Chlorhydrate d'Oxycodone	
Tramadol	
Phosphate de Codéine	
Dihydrocodéine	
Dextropropoxyphène	

k) 25µg/h DUROGESIC correspond en moyenne àmg/j de Morphine orale :

(1) 20mg/j

(2) 40mg/j

(3) 60mg/j

(4) 100mg/j

(5) Je ne sais pas

F. LES DOULEURS NEUROPATHIQUES .

1. Citez un questionnaire permettant d'estimer la probabilité d'une douleur neuropathique

2. Parmi les caractéristiques et symptômes suivants, quels sont ceux permettant d'évoquer une composante neuropathique de la douleur chronique à l'interrogatoire du patient ?

- | | |
|----------------------------------|--|
| a) Fourmillements | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| b) Compression | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| c) Décharges électriques | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| d) Picotements | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| e) Engourdissements | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| f) Sensation de froid douloureux | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| g) Brûlures | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| h) Démangeaisons | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| i) Pulsations | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |

3. Quels signes cliniques évocateurs d'une douleur neuropathique peut-on trouver à l'examen du patient ?

- | | |
|-------------------------|--|
| a) Allodynie | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| b) Troubles vasomoteurs | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| c) Hypoesthésie au tact | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |
| d) Hyperalgésie | ☐ OUI ☐ NON ☐ NSP |

4. Quelles sont les deux classes thérapeutiques utilisées dans le traitement de la douleur neuropathique ?

5. Vous décidez d'instaurer un traitement chez une patiente de 50 ans, sans autres antécédents, présentant une douleur neuropathique typique évoluant depuis six mois. Parmi ces traitements, lesquels vous paraissent les plus appropriés ? (3 bonnes réponses)

- a) RIVOTRIL® gouttes 10 gouttes matin, midi, et soir/jour
- b) ANAFRANIL® 25mg/jour le soir
- c) OXYCONTIN® LP 10mg toutes les 12h/jour avec interdoses adaptées si besoin
- d) NEURONTIN® 300mg toutes les 8h/jour
- e) LAROXYL® 25mg toutes les 8h/jour
- f) RIVOTRIL® gouttes 5gouttes le soir/jour
- g) DICODIN® LP 60mg 1cp toutes les 12h/jour

6. Répondre par Vrai, Faux ou Ne Sait Pas aux questions suivantes :

- a) Il n'y a pas de molécules agissant sur la composante neuropathique de la douleur plus recommandées qu'une autre. ☐ V ☐ F ☐NSP
- b) L'efficacité des traitements utilisés dans la douleur neuropathique est quasi immédiate ☐ V ☐ F ☐NSP
- c) Le Tramadol a un effet antalgique reconnu sur la douleur neuropathique ☐ V ☐ F ☐NSP

ANNEXE 2 : LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT DU QUESTIONNAIRE

Melle PIFFER Isabelle
Mr GUILLAUME Cyril

METZ, le 25 janvier 2006

A l'attention des internes en médecine

Objet : thèse sur la prise en charge de la **douleur chronique**

Cher(e) Collègue,

Nous réalisons une enquête concernant la prise en charge de la douleur chronique par les étudiants en médecine sur les hôpitaux de NANCY et METZ-THIONVILLE.

Si vous souhaitez participer à ce projet, veuillez trouver ci-joint un questionnaire de 9 pages comportant 2 parties :

- la première partie (pages 1 et 2) concerne votre cursus médical et votre formation sur la douleur ;
- la deuxième partie (pages 3 à 9) se présente sous la forme de cas cliniques (nombre de bonnes réponses précisé) et de questions générales sur la douleur chronique chez l'adulte ; elle nous permettra de faire l'état des lieux de vos connaissances.

Cette enquête est anonyme et n'a pas pour but de vous juger.

Nous vous remercions de chronométrer le temps mis pour répondre à l'enquête (à reporter au bas de la page 9).

Une fois le questionnaire rempli, nous vous distribuerons une plaquette d'aide à la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte, qui a été présentée et approuvée par les CLUDS de NANCY et de METZ-THIONVILLE.

N'hésitez pas à nous contacter pour nous faire part de vos suggestions.

Vous remerciant de votre collaboration,

PIFFER Isabelle

GUILLAUME Cyril

ANNEXE 3 : LISTE DES DIFFERENTS SERVICES VISITES :

CHRU DE NANCY : - anesthésie et réanimation

- cardiologie
- dermatologie
- diabétologie-endocrinologie
- gériatrie, moyens et longs séjours
- hématologie
- hépato-gastro-entérologie
- maladies infectieuses
- maladies respiratoires
- médecine interne
- néphrologie
- neurologie
- pneumologie
- réanimation respiratoire
- rhumatologie
- soins palliatifs
- urgences



CAV DE NANCY : -radiologie

- radiothérapie
- oncologie

CHR DE METZ THIONVILLE : - anesthésie et réanimation

- cardiologie
- gériatrie, moyens et longs séjours
- hématologie
- hépato-gastro-entérologie
- néphrologie
- neurologie
- pneumologie
- soins palliatifs
- urgences

VU

NANCY, le 24 août 2006	NANCY, le 25 septembre 2006
Le Président de Thèse	Le Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur G. BARROCHE	Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **2 octobre 2006**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

RESUME DE LA THESE

Partant de notre propre sentiment d'un manque de formation sur la douleur au cours des études médicales, nous avons élaboré un questionnaire d'évaluation de la formation et des connaissances des internes sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte. 150 questionnaires ont été distribués et nous avons obtenu un taux de réponse de 72 %.

Une première partie nous a permis de présenter la méthode d'élaboration et la distribution du questionnaire, ainsi que les objectifs attendus de cette enquête.

Dans une seconde partie, nous avons présenté les résultats obtenus et comparé les scores des internes en fonction de leurs formations et de leur ancienneté. Nous avons pu mettre en évidence de réelles lacunes, notamment en ce qui concerne les connaissances sur l'évaluation de la douleur chez l'adulte non communiquant, les traitements par morphiniques, la rotation des opioïdes et la douleur neuropathique dans son évaluation et son traitement, que ni le module 6 ni l'ancienneté ne semblent combler.

Dans une troisième partie, nous avons abordé l'historique de la formation médicale à la douleur. Les formations actuelles ont été présentées. En se basant sur les enseignements existant à ce jour et sur les suggestions faites par les internes, nous avons émis plusieurs hypothèses d'amélioration de cette formation.

Enfin, nous avons proposé un outil pratique d'aide à la prise en charge de la douleur que Cyril GUILLAUME a développé dans sa thèse.

TITRE EN ANGLAIS

Investigation of evaluation about the education and the knowledges of the medical student about the adult's chronic pain.

THESE : MEDECINE GENERALE –ANNEE 2006

MOTS CLEFS:

Douleur chronique chez l'adulte, évaluation, connaissances, formations, internes de médecine

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54 500 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX
