



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



Comment un réseau douleur régional peut-il améliorer la prise en charge des patients atteints de douleur chronique ? Discussion à partir des résultats d'une étude réalisée chez 166 patients pris en charge dans les structures douleur de Franche-Comté

How can a regional pain center improve management practices for patients with chronic pain? Discussion on a study of 166 patients attending Franche-Comté pain clinics



Florence Tiberghien-Chatelain*, Claire Havet, Véronique Piccand, Laurent Balp, Calogera Dovico, Jean-Luc Delacour, Alain Girod, Pierre Fontaine, Jean-Louis Lajoie, Emmanuelle Lallier, Frédérique Lassauge, Jean-Pierre Schoch, Bernard Fergane,

médecins du réseau douleur Franche-Comté

Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, CHU Jean-Minjoz, boulevard Flemming, 25000 Besançon, France

Disponible sur Internet le 2 juin 2008

MOTS CLÉS

Réseau douleur Franche-Comté ; Études de l'impact des prises en charge sur l'amélioration

Résumé Le réseau douleur Franche-Comté, réseau interhospitalier constitué d'un pilotage à la fois régional et local, de coordination, financé par la dotation régionale de développement des réseaux (DRDR) a mené une étude dans le cadre d'une démarche qualité afin de repérer les dysfonctionnements et définir des axes d'amélioration dans la prise en charge des patients atteints de douleur chronique et aiguës rebelle suivis dans les différentes structures douleur de la région (à l'exclusion des patients atteints de douleur cancéreuse évolutive). À j0 et à six mois de la prise en charge entre septembre 2005 et avril 2006, chaque nouveau patient inclus

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ftiberghien@chu-besancon.fr (F. Tiberghien-Chatelain).

de la qualité de vie et des douleurs ; Définition d'axes d'amélioration

dans le réseau a rempli un questionnaire et cinq échelles : une échelle visuelle analogique de la douleur (EVA), une échelle numérique de la douleur (EN), une échelle de retentissement comportemental, l'*Hospital Anxiety and Depression scale* et une échelle visuelle analogique de qualité de vie. Au total 166 patients ont été inclus. Cent ont répondu aux questionnaires à six mois. La répartition des pathologies est comparable à celle retrouvée dans le bilan d'activité 2005 du réseau douleur de Franche-Comté. La moyenne d'âge des patients est de 50 ans. La durée d'évolution de la pathologie à l'origine des douleurs est en moyenne de sept ans et la durée médiane de trois ans. À j0, 15 % connaissent des difficultés d'ordre social, 84 % présentent un score d'anxiété douteuse ou certaine et 67 % un score de dépression douteux ou certain (pris en charge psychothérapeutique 24%). À six mois, 38 % des patients ont une amélioration des douleurs d'au moins un point, plus fréquente en cas de céphalées et en l'absence de difficultés sociales ($p > 0,02$). L'amélioration de qualité de vie de 50 % (36 % des patients), l'amélioration de la marche (43 % des patients), et du travail habituel à la maison (55 % des patients) est plus fréquente en cas de prise en charge en psychothérapie et en centre de rééducation fonctionnelle. L'amélioration du temps de loisir (50 % des patients), de la libido (43,2 % des patients) et du score d'anxiété et de dépression (30 % des patients) est plus fréquente en l'absence de difficultés sociales. Cette étude révèle une insuffisance de l'amélioration de la qualité de vie et des douleurs à six mois, mais permet de repérer des axes possibles d'amélioration. Grâce à l'organisation en réseau, ces améliorations sont possibles par une meilleure communication avec les médecins généralistes, par une demande de postes mutualisés entre plusieurs centres et par une évaluation des pratiques professionnelles en continue grâce à la mise en place d'un dossier médical commun informatique.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Franche-Comté pain center network; Quality control; Improved quality-of-life

Summary The Franche-Comté pain clinic network, an interhospital system piloted regionally and locally and financed by the regional public health authorities, recently conducted a quality audit to search for dysfunctions and define ways of improving management practices for patients with chronic refractory pain who attend the different pain clinics in the region (patients with advanced cancer pain were excluded). New persons attending pain clinics from September 2005 to April 2006 completed a questionnaire on day zero and at six months. The questionnaire included five scales: a visual analog scale for pain, a numerical pain scale, the Hospital Anxiety and Depression Scale, and a quality-of-life visual analog scale. In all, 166 patients were included: 100 responded to the questionnaire at six months. Disease distribution was comparable to that observed in the 2005 survey of the Franche-Comté pain network. Mean patient age was 50 years; mean disease duration was seven years, median three years. At day zero, social problems were noted for 15% of the patients, possible or certain anxiety in 84% and possible or certain depression in 67% (24% were receiving psychotherapy). At six months, pain scores had improved at least one point in 38% of patients, in a higher percentage for those with headache and free of social problems ($p > 0.02$). Quality-of-life was improved 50% in 36% of patients, gait in 43%, and activities of daily life in 55%; improvement was more frequent among patients receiving psychotherapy and care in a functional rehabilitation center. Improvement in recreational activities (50% of patients), libido (43.2% of patients), and anxiety and depression scores (30% of patients) was more frequent in patients free of social problems.

This study disclosed an insufficient improvement in quality-of-life and in pain scores at six months, but also identified possible ways of improvement.

Better communication with general practitioners, coordination of work shared between clinics, and continuous quality control of professional practices with implementation of a common computerized medical file should help improve practices and outcomes.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Le réseau douleur de Franche-Comté est un réseau interhospitalier.

Des financements dotation régionale de développement des réseaux (DRDR) ont permis depuis 2004 de renforcer les équipes existantes, d'obtenir des crédits alloués à la coordination, à la formation et au fonctionnement du réseau.

L'objectif du réseau douleur Franche-Comté (Figure 1) est de garantir, à tout Franc-Comtois adulte et enfant atteint d'une douleur chronique ou aiguë rebelle quels que soit son lieu de vie et sa condition sociale, l'accès à une consultation pluridisciplinaire de proximité, en lien étroit avec la médecine libérale et si besoin, d'avoir recours au plateau technique existant au CHU.

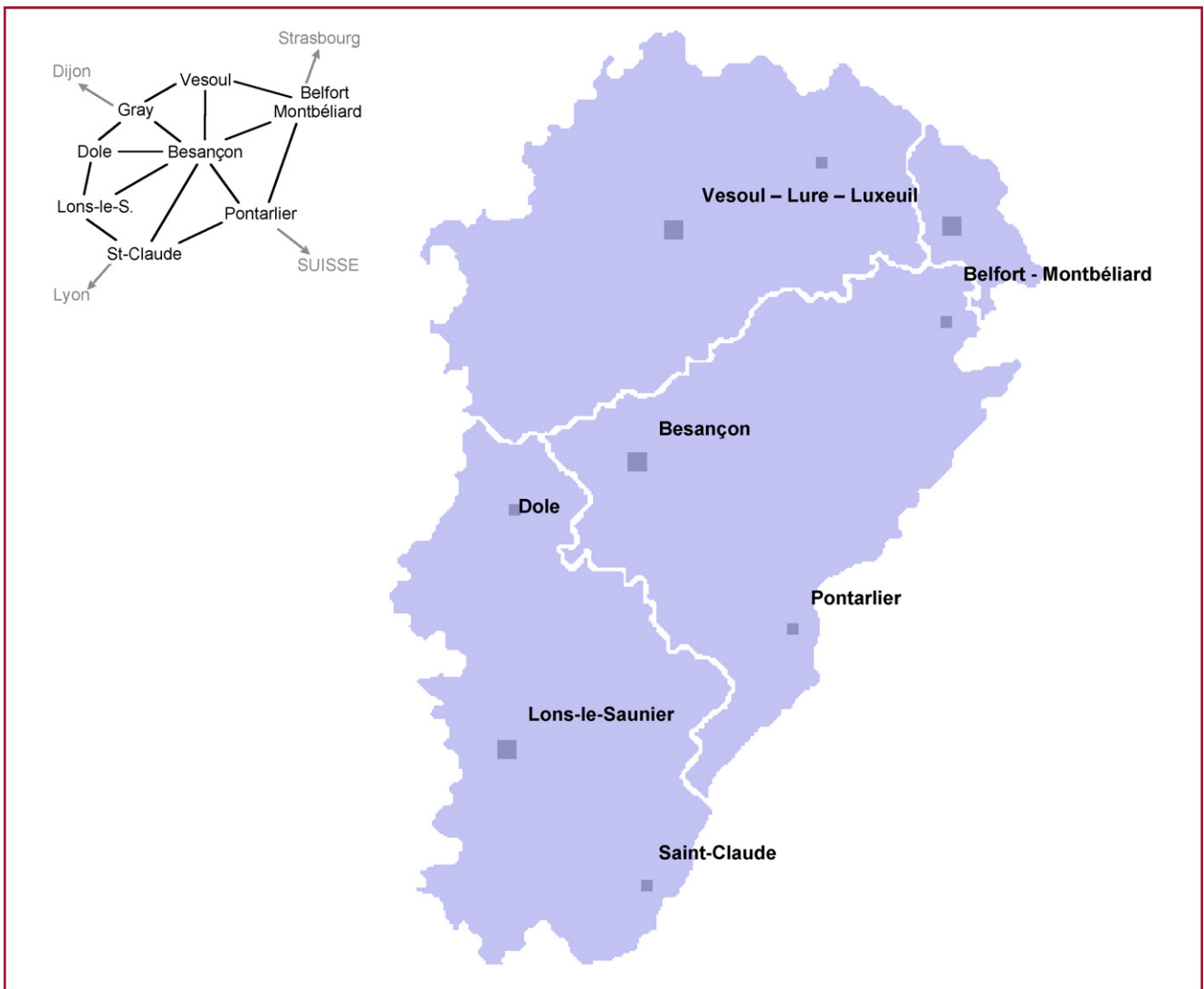


Figure 1. Le réseau douleur Franche-Comté.

Les membres sont des médecins, infirmières, psychologues et secrétaires, tous membres des structures douleur des établissements publics de santé de Franche-Comté : il s'agit pour les nommer des centre hospitalier de Belfort Montbéliard, centre hospitalier de Dole, centre hospitalier de Lons-le-Saunier, centre hospitalier de Pontarlier, centre hospitalier de Saint-Claude, CHI de Vesoul-Lure-Luxeuil et CHU de Besançon.

Depuis l'organisation en réseau de santé des structures douleur de Franche-Comté, la file active des patients pris en charge a augmenté de 238% et le nombre de consultations médicales de 196%.

En effet, ce réseau comprend un niveau de pilotage régional qui permet :

- de n'avoir qu'un seul interlocuteur concernant la douleur pour les tutelles : le réseau ;
- une meilleure coordination pour les patients par une entraide rapide mutuelle avec circulation de l'information autant administrative que médicale, utilisation des compétences de chaque structure dans tel ou tel domaine (absence d'attraction gravitationnelle inexorable vers le CHU) ;
- un accès rapide et facile au pôle d'excellence du CHU avec ses six lits d'hospitalisation situés au centre d'évaluation et de traitement de la douleur lié à une communication de qualité entre les différentes structures périphériques et ce noyau central ;
- une meilleure organisation des soins par une optimisation des pratiques diagnostiques et thérapeutiques ;
- la réalisation d'actions de sensibilisation, à l'aide d'un bulletin d'information trimestrielle, l'organisation d'une journée régionale de formation, l'élaboration de recommandations ;
- la mise en place d'un numéro vert et d'un site Internet à destinations des médecins généralistes ;
- la réalisation de plaquettes d'informations à destination des patients ;
- la réalisation d'enquêtes de satisfaction, la mise au point d'un logiciel de recueil de l'activité de chaque structure.

Et un niveau de pilotage de proximité idéalement à l'échelle d'un territoire de santé, véritable maillage local, qui doit permettre en lien étroit avec la médecine ambulatoire :

- une prise en charge plus rapide de la douleur ;
- une meilleure orientation limitant l'errance et la perte de chance des patients ;
- une diminution des conséquences psychologiques et psychosociales de la douleur chronique ;
- une économie d'examen complémentaires et de temps ;
- une limitation des coûts.

Vivre, c'est s'éprouver, mais aussi se prouver : pour un réseau, il s'agit de prouver qu'il est porteur d'une plus-value, tout particulièrement en termes d'amélioration de la qualité des soins et de service rendu aux patients. Démarche qualité oblige, il s'agira aussi au passage d'en profiter pour repérer les dysfonctionnements et définir de possibles axes d'amélioration. C'est dans ce contexte que le réseau douleur de Franche-Comté a décidé de mener une étude qui a fait l'objet d'une thèse de doctorat en médecine.

Description de l'étude

La douleur chronique est un syndrome complexe et multidimensionnel pour lequel il serait illusoire de postuler que le traitement antalgique est la seule composante de notre prise en charge. Il nous a paru important d'évaluer l'impact de cette prise en charge au niveau de l'intensité de la douleur, de qualité de vie, du retentissement comportemental et émotionnel de nos patients.

L'objectif de cette étude est d'améliorer nos pratiques en proposant des mesures correctrices si nous observions l'absence d'amélioration d'au moins 50% de la qualité de vie, des douleurs physiques et morales ainsi que des capacités physiques chez une majorité de patients pris en charge dans le réseau.

Nous avons retenu une définition de la qualité de vie reprenant celle de la santé de l'OMS en précisant l'aspect subjectif et l'influence socioéconomique : « État complet de bien-être physique, moral et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou infirmité. Donnée subjective liée à la santé mentale et physique influencée par l'environnement social et spirituel. ».

Il s'agit d'une étude prospective de tous les patients inclus par une des structures douleur de la région entre le 1^{er} septembre et le 30 octobre 2005. Les données nécessaires à notre étude ont été recueillies entre septembre 2005 et avril 2006.

Lors de la première consultation en septembre ou en octobre 2005 (M0), chaque patient a rempli un autoquestionnaire. Cet autoquestionnaire comprend cinq échelles : une échelle visuelle analogique de la douleur (EVA), une échelle numérique de la douleur (EN), une échelle de retentissement comportemental, une échelle visuelle analogique de qualité de vie, et une échelle de retentissement émotionnel.

Les autres données recueillies sont comme suit : l'âge, le sexe, la pathologie du patient à l'origine de la douleur pour laquelle il consulte, la date de début de la maladie, l'existence ou non d'un accident du travail à l'origine de cette pathologie, la présence ou non de difficultés sociales,

le délai d'attente avant la première consultation dans le réseau, le statut professionnel.

Après six mois de prise en charge, un questionnaire identique comprenant les cinq échelles a été de nouveau rempli par les mêmes patients et un recueil de données complémentaires concernant la prise en charge du patient a été effectué, permettant d'obtenir les variables suivantes :

- le suivi psychologique a-t-il été proposé? Si oui, a-t-il été accepté? A-t-il été suivi?
- l'existence ou non d'une prise en charge en kinésithérapie ;
- l'existence ou non d'une prise en charge en centre de rééducation fonctionnelle ;
- l'existence ou non d'une prise en charge par un travailleur social ;
- le nombre de bilans radiologiques, de médecins consultés et de journées d'hospitalisation avant et après la première consultation ;
- l'existence ou non de consultations pluridisciplinaires.

Ont été inclus tous les nouveaux patients âgés de plus de 18 ans, pris en charge pour une douleur chronique ou aiguë rebelle en dehors de la maladie cancéreuse évolutive et ayant accepté de participer à l'étude.

L'envoi d'un questionnaire à M6 et le recueil d'informations concernant la prise en charge dans les dossiers des patients ont nécessité un recueil de données nominatives. Une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a donc été effectuée par le réseau douleur Franche-Comté. Un accord réputé favorable a été reçu le 6 janvier 2006 (n° 1131993).

Choix des échelles

Nous avons choisi de renseigner les suivants :

- la douleur par l'EVA et l'EN ;
- le retentissement émotionnel par l'*Hospital Anxiety and Depression scale* (HAD) (pour les deux scores dépression et anxiété, des valeurs seuils ont été déterminées : un score inférieur ou égal à 7 = absence de perturbation, un score entre 8 et 10 = cas douteux, un score supérieur ou égal à 11 = cas certain) ;
- le retentissement comportemental par des échelles numériques graduées de zéro à dix (le patient attribue un chiffre entre zéro « aucune gêne » et dix « gêne totalement ») ; quatre dimensions comportementales sont évaluées comme suit : la capacité à marcher, le travail habituel à la maison, le temps de loisir et la libido ;
- le niveau de qualité de vie « considérant tous les aspects de la vie » par une échelle visuelle analogique, dont le résultat est transposé par une cotation comprise entre zéro (« au plus mal de ce que je peux imaginer ») et dix (« au mieux de ce que je peux imaginer »). Elle permet d'avoir l'avis subjectif du patient sur sa vie globale, lui laissant la liberté de l'évaluer selon ses propres références.

Analyse statistique

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Excel™. L'analyse des données a ensuite été réalisée à l'aide du logiciel stata™ version 9.1.

Le plan de cette analyse statistique a été le suivant :

- description de l'échantillon à M0 : les tests statistiques utilisés pour mesurer l'association entre le niveau moyen de douleur ou de qualité de vie et les autres variables étaient l'analyse de la variance pour les variables quantitatives. Les mesures de corrélation entre les niveaux de douleur, qualité de vie, retentissement comportemental et émotionnel ont été réalisées grâce au coefficient de corrélation des rangs de Spearman ;
- comparaison des répondants et des non répondants à M6 : la comparaison entre les répondants et les non répondants a été réalisée au moyen des tests du Khi2 ou du test exact de Fisher pour les variables qualitatives et au moyen de l'analyse de la variance pour les variables quantitatives ;
- impact de la prise en charge entre M0 et M6 : les niveaux moyens de douleur, qualité de vie, retentissement comportemental et émotionnel entre M0 et M6 ont été comparés au moyen du test des rangs de Wilcoxon pour séries appariées.

Le seuil de signification α retenu était de 5%.

Les critères d'évaluation retenus

Les critères d'évaluation retenues sont les suivants :

- pour l'amélioration de la qualité de vie : la proportion de patients dont le score de qualité de vie a été amélioré d'au moins 50% ;
- pour l'amélioration du niveau de l'intensité de la douleur : la proportion de patients dont le niveau de l'intensité de la douleur a été amélioré d'au moins un point (1 cm) ;
- pour l'amélioration du niveau de retentissement comportemental : la proportion de patients dont le niveau de retentissement comportemental a été amélioré d'au moins un point (la capacité à marcher, le travail habituel à la maison, le temps de loisir et la libido) ;
- pour l'amélioration du niveau de retentissement émotionnel : la proportion de patients dont le niveau de retentissement émotionnel a été amélioré d'au moins un point pour le niveau d'anxiété et le niveau de dépression.

Résultats à l'inclusion

Cent soixante-six patients ont été inclus, 62,7% de femmes et 37,3% d'hommes (sex-ratio de 0,60). L'âge moyen¹ est de 50 ans (ET = 16 ans). L'âge médian² est de 49 ans, avec une étendue de 18 à 91 ans. À l'inclusion, 45,4% des patients ont une activité professionnelle, 27,3% sont inactifs et 27,3% sont retraités. Un accident du travail est à l'origine de la pathologie douloureuse dans 12,0% des cas. Vingt-cinq patients (soit 15,1%) connaissaient des difficultés d'ordre social au moment de l'inclusion.

Les différentes pathologies à l'origine des douleurs ont été réparties en six groupes (Figure 2) selon leur origine : rhumatologiques (telles que les lombalgies chroniques,

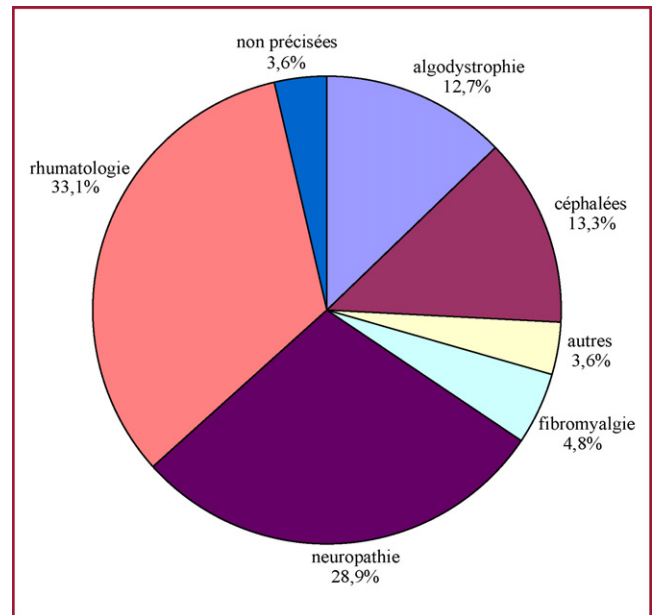


Figure 2. Répartition des pathologies.

cervicodorsalgies, douleurs arthrosiques), neuropathiques, céphalées, syndromes douloureux régionaux complexes de type1 SDRC (algodystrophie), fibromyalgies, et autres.

La répartition des pathologies était comparable à celle retrouvée dans le bilan d'activité 2005 du réseau douleur de Franche-Comté. La durée moyenne³ d'évolution de la pathologie à l'origine des douleurs est de sept ans. La durée médiane⁴ d'évolution de la pathologie est d'un peu moins de trois ans, variant de quelques jours à plus de 60 ans.

La proportion de patients dont l'inclusion dans le réseau a été réalisée moins de 12 mois après le début de la pathologie était de 26,6%.

Le délai médian d'attente du patient avant la première consultation était de 15 jours, variant de zéro à 90 jours.

Dans 46,7% des cas, le délai d'attente était supérieur à un mois.

À l'inclusion plus de la moitié des patients ont un score d'anxiété certain et plus d'un tiers un score de dépression certain (Figure 3).

Résultats à six mois

Six mois après l'inclusion soit M6, 100 patients sur les 166 inclus à M0 (60,2%) ont répondu.

En dehors des patients dont l'origine de la douleur est due à un accident du travail et qui ont mieux répondu au second questionnaire, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les patients répondants et les non répondants.

¹ La moyenne est la somme des valeurs de la variable divisée par le nombre d'individus.

² La moyenne est la somme des valeurs de la variable divisée par le nombre d'individus.

³ La moyenne est la somme des valeurs de la variable divisée par le nombre d'individus.

⁴ La moyenne est la somme des valeurs de la variable divisée par le nombre d'individus.

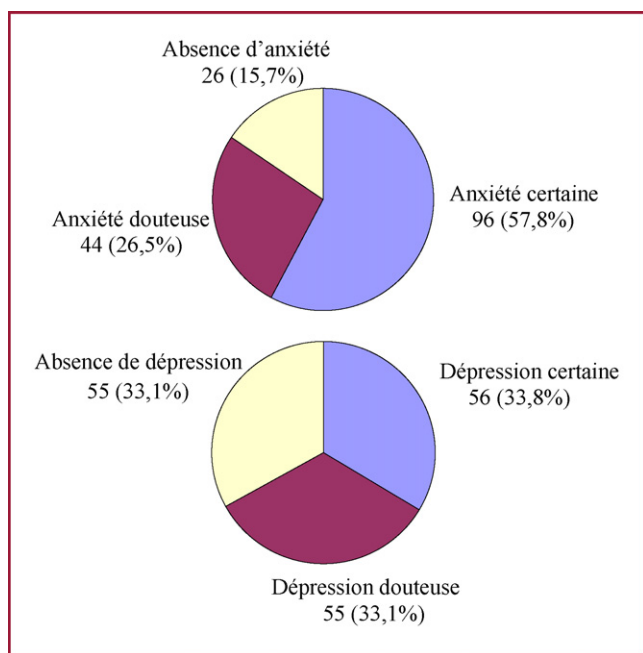


Figure 3. Score d'anxiété et score de dépression chez les patients inclus dans le réseau.

Niveaux moyens

Tous patients confondus, le niveau moyen de l'intensité de la douleur ($p < 0,02$) et le niveau moyen du retentissement de la douleur sur le travail habituel ($p < 0,001$) à la maison ont significativement diminué entre M0 et M6. Le niveau de qualité de vie est significativement supérieur à M6.

Évolution

Douleur : l'intensité de la douleur est améliorée d'au moins un point pour 38% des patients. Pour 27,0%, l'amélioration est d'au moins deux points. C'est pour le groupe Céphalée que l'amélioration est la plus importante. Il n'y a pas de lien significatif entre durée d'évolution de la pathologie, délai d'attente avant la première consultation et amélioration. L'analyse multivariée montre que l'amélioration de l'intensité de la douleur ($p < 0,02$) n'est liée significativement qu'à l'absence de difficultés sociales.

Qualité de vie : 36% des patients ont une amélioration de leur niveau de qualité de vie supérieur à 50%. Le niveau de qualité de vie est significativement supérieur à M6 ($p < 0,03$).

Cependant, on observe une aggravation des douleurs dans 21% des cas et de la qualité de vie dans 24% des cas.

Le pourcentage d'amélioration de l'intensité de la douleur, de la qualité de vie et des autres variables en fonction de la pathologie est représenté dans le **Tableau 1**.

Description des prises en charge

Sur les 100 patients dont les données sont disponibles à six mois, 17 ont des difficultés sociales à M0. Aucun n'a bénéficié d'une prise en charge par un travailleur social.

Seulement 22% des patients ont bénéficié d'un suivi psychologique alors que parmi les 100 patients pour lesquels les données ont été recueillies à six mois, 88 avaient un score d'anxiété douteux ou certain et 77 un score de dépression douteux ou certain à j0.

Trente-deux pour cent ont bénéficié d'une prise en charge en kinésithérapie et 8% d'une prise en charge en centre de rééducation fonctionnelle.

Mais parmi les patients ayant un retentissement important sur le travail habituel à la maison seulement 29% ont bénéficié d'une prise en charge en kinésithérapie et 8% en centre de rééducation fonctionnelle.

Le **Tableau 2** montre les pourcentages d'amélioration des différentes variables, les corrélations positives ou négatives statistiquement significatives ou les liaisons en fréquence avec les différentes prises en charge et l'absence de difficultés sociales.

Discussion

Dans cette étude, 166 patients ont été inclus et 100 dossiers ont pu être exploités à six mois. Les femmes sont plus nombreuses à venir exprimer leur douleur que les hommes (62,7% de femmes et 37,3% d'hommes).

Seulement 26,6% présentent une douleur en lien avec une pathologie évoluant depuis moins d'un an et la durée médiane d'évolution de la pathologie est de trois ans lorsque le patient vient en consultation pour la première fois. Ces délais semblent longs et nécessitent un effort de communication du réseau vers les médecins généralistes.

Nous sommes surpris par l'absence de différence significative d'amélioration des douleurs et de la qualité de vie en fonction du délai de prise en charge depuis le début de la pathologie douloureuse. Ce résultat nécessite une confirmation par de nouvelles études.

Tableau 1 Amélioration en pourcentage des différentes variables en fonction de la pathologie.

Amélioration (%)	Rhumatologie	Douleur neuropathique	Algodystrophie	Céphalée	Fibromyalgie	Autres	Total
Intensité de la douleur	33,0	42,0	28,0	60,0	27,0	50,0	38,0
Qualité de vie	41,7	40,0	40,0	20,0	0,0	33,3	36,0
Capacité à marcher	44,4	51,6	33,3	20,0	75,0	25,0	43,0
Travail à la maison	66,7	51,7	46,7	50,0	25,0	50,0	55,1
Loisir	60,0	38,5	30,8	70,0	50,0	66,7	50,1
Libido	43,3	36,0	50,0	57,1	33,3	50,0	43,2
Anxiété	33,3	41,9	13,3	40,0	25,0	0,0	32,0
Dépression	25,0	25,8	33,3	50,0	25,0	50,0	30,0

Tableau 2 Lien entre l'amélioration des variables, les différentes prises en charge et les difficultés sociales.

	Amélioration (%)	Centre rééducation fonctionnelle	Prise en charge psychologique	Kinésithérapie	Absence de difficultés sociales
Qualité de vie	36	*	*		
Douleur	38				+ $p < 0,02$
Retentissement comportemental					
Capacité à marcher	43	*	*		
Travail à la maison	55,1	*	*	*	
Loisir	50,1				*
Libido	43,2				*
					> chez les hommes
Retentissement émotionnel					
Anxiété	32 + sujets âgés				
	– $p < 0,04$		*		
Dépression	30				*

+ : liaison positive statistiquement significative ; – : liaison négative statistiquement significative.
* Liaison positive en fréquence.

Dans 12 % des cas, il s'agit d'une pathologie en lien avec un accident du travail. Contrairement aux idées reçues, le fait qu'une pathologie soit due à un accident du travail n'a pas d'influence sur l'évolution et l'amélioration de toutes les variables étudiées, que ce soit l'intensité de la douleur, la qualité de vie ou le retentissement comportemental et émotionnel.

Toutes les variables souhaitées au départ n'ont pas pu être recueillies de manière certaine et complète et n'ont pas pu être exploitées. Il s'agit de la prise en charge par une consultation pluridisciplinaire ou non, du nombre de bilans radiologiques, du nombre de médecins consultés avant et après M0.

L'évaluation s'est plutôt portée sur la prise en charge globale du patient et non sur les pratiques purement médicales (traitement antalgique, examens complémentaires, consultations pluridisciplinaires).

À six mois, nous avons retrouvé une amélioration insuffisante du niveau d'intensité de la douleur (38 % des cas) et une amélioration insuffisante de la qualité de vie (36 % des cas).

Seuls le retentissement comportemental sur le travail à la maison et celui sur le temps de loisir répondent à nos objectifs (amélioration pour 50 % des patients).

Il est à noter une amélioration de la qualité de vie moins importante chez les patients faisant partie des groupes de pathologies « céphalées » et « autres ». Mais ces deux groupes de patients avaient une qualité de vie peu altérée à M0 par rapport aux autres pathologies.

Étude de l'évolution du symptôme douloureux

Nous pouvons noter que l'amélioration de l'intensité de la douleur n'est pas liée aux prises en charge étudiées, ni à la durée d'évolution de la pathologie, ni au délai d'attente dans le réseau. Elle est donc en rapport avec la thérapie médicamenteuse engagée et probablement avec le fait, pour le patient, d'être pris en charge globalement

au sein d'une structure qui reconnaît l'existence de sa douleur.

L'amélioration de la douleur à six mois est uniquement corrélée statistiquement à l'absence de difficultés sociales.

Étude de l'impact des prises en charge

Toutes les prises en charge étudiées (psychologique, kinésithérapique, rééducative ou sociale) sont très nettement insuffisantes, voire absentes ; pourtant, le repérage des patients qui en ont besoin est possible dès le début de la prise en charge puisque nous utilisons les échelles d'évaluation systématique à la première consultation.

Malheureusement, le trop petit nombre de patients pris en charge en rééducation fonctionnelle (8 %) et en psychothérapie (22 %) ne nous a pas permis d'obtenir des résultats statistiquement significatifs, nous ne pouvons parler qu'en terme de fréquence.

Rééducation fonctionnelle

L'amélioration de l'autonomie des patients (capacité à marcher, travail habituel à la maison) est liée, en fréquence, à la prise en charge en rééducation fonctionnelle.

Mais parmi les patients présentant un retentissement comportemental important sur ces deux dimensions à M0 (capacité à marcher et travail habituel à la maison), la proportion ayant bénéficié d'une rééducation est minime (4,9 % des patients ayant un retentissement important sur la capacité à marcher et 9,4 % des patients ayant un retentissement important sur le travail à la maison).

Le problème n'est probablement pas de repérer les patients en ayant besoin, mais plus d'avoir la possibilité de réaliser cette prise en charge dans notre région.

Kinésithérapie

La kinésithérapie n'a pas d'impact sur la qualité de vie, la douleur et la capacité à marcher.

Seule l'amélioration du travail habituel à la maison est liée, en fréquence, à la prise en charge en kinésithérapie.

Or, parmi les patients présentant un important retentissement sur le travail habituel à la maison, seul 34,1% ont bénéficié d'une prise en charge kinésithérapeutique.

Cette étude semble montrer l'absence d'impact de la kinésithérapie effectuée en libéral dans l'amélioration des patients atteints de douleur chronique.

La présence d'un kinésithérapeute dans un centre douleur pourrait sûrement permettre de mieux cibler les actions, orienter les patients et faire le lien entre le réseau douleur et les kinésithérapeutes de ville.

Psychothérapie

Les scores élevés d'anxiété et de dépression montrent l'importance de la prise en charge émotionnelle de la douleur.

Nous avons montré que sur le nombre de patients présentant une anxiété ou une dépression certaine ou probable à MO, seulement 24% sont réellement pris en charge au niveau psychologique.

Nous avons retrouvé que l'amélioration de l'autonomie du patient et du niveau de la qualité de vie connaît une plus grande fréquence lorsqu'une prise en charge psychologique est réalisée.

Le nombre insuffisant de ces prises en charge est lié, d'une part, à un nombre trop faible de psychologues et de vacataires de psychiatres dans le réseau et, d'autre part, à une certaine réticence des patients à vouloir réaliser ce suivi. La douleur peut aussi être là pour permettre au patient de rester debout face à une souffrance parfois trop difficile à aborder.

Nous pouvons remarquer qu'à six mois de prise en charge, l'amélioration de l'anxiété et de la dépression n'est pas liée à la prise en charge psychologique, mais en fréquence à l'absence de difficultés sociales.

Elle est donc probablement en rapport avec le fait, pour le patient, d'être pris en charge globalement au sein d'une structure qui reconnaît l'existence de sa douleur ainsi qu'avec la thérapeutique médicamenteuse engagée.

Cela ne signifie pas que cette prise en charge psychologique n'est pas utile, mais plutôt que la durée nécessaire pour avoir une évaluation correcte de l'impact d'une psychothérapie est supérieure aux six mois de notre travail.

De même l'amélioration de l'anxiété significativement moins fréquente chez les patients ayant eu un suivi psychologique peut s'expliquer par l'impact anxiogène du début d'une psychothérapie.

La prise en charge psychothérapique reste donc nécessaire dès le départ et doit être suffisamment mise en œuvre.

L'évaluation du retentissement émotionnel était déjà faite systématiquement au début d'une prise en charge dans le réseau; elle n'est intéressante que si une réponse, c'est-à-dire une prise en charge psychologique, est possible, puis proposée.

Impact des difficultés sociales

Quinze pour cent des patients ont d'importantes difficultés sociales et, cependant, aucun n'a rencontré d'assistance sociale.

Et pourtant, l'amélioration de la douleur, du retentissement comportemental sur le temps de loisir et la libido, ainsi que l'amélioration du retentissement émotionnel sont liées en fréquence à l'absence de problèmes sociaux.

L'absence de problèmes sociaux est un facteur majeur dans l'amélioration globale des patients.

La place des travailleurs sociaux semble donc indispensable dans une prise en charge globale.

Mais vont-ils tout régler? Est-ce le rôle du monde de la santé de prendre en charge les maux de notre société?

Le décloisonnement entre le sanitaire et le social est probablement aussi un axe à améliorer.

Cette constatation renvoie à d'autres problèmes qui ne sont pas du seul ressort du réseau douleur de Franche-Comté, mais plus de la politique médicosociale mise en œuvre sur le territoire.

Conclusion

Il résulte de cette étude :

- l'intérêt d'une organisation en réseau qui a permis de colliger un nombre statistiquement suffisant de cas, et l'obtention d'un budget pour réaliser cette étude ;
- une amélioration insuffisante des niveaux d'intensité de la douleur (38%) et de la qualité de vie (36%) à six mois de prise en charge ;
- des prises en charge nécessaires et insuffisantes en psychothérapie et en rééducation fonctionnelle, (nombre trop restreint de psychologues au sein du réseau, insuffisance du nombre de centres de rééducation fonctionnelle motivés et capables de recevoir des patients atteints de douleur chronique dans la région) ;
- des difficultés sociales qui ne sont pas prises en compte alors que leur absence est un facteur majeur dans l'amélioration globale des patients au sein du réseau.

L'organisation des structures douleur de Franche-Comté en réseau de santé, à partir de cette étude peut permettre :

- d'améliorer la communication avec nos partenaires libéraux : de cette communication découleront naturellement des actions de formation : chaque praticien libéral devenant une sentinelle avancée dans la prise en charge des douloureux chroniques. Cela désengorgera nos structures spécialisées qui deviendront de vraies structures de recours dans la prise en charge de la douleur rebelle. Les délais de consultation seront, ainsi, ramenés à des limites raisonnables ;
- de mutualiser des postes dans une logique d'optimisation des ressources (psychologues, AS, kinésithérapeutes), cela pouvant se concevoir sur plusieurs territoires de santé ;
- de démontrer l'impact de la prise en charge par la rééducation fonctionnelle ;

- de mettre en place un dossier informatique partagé permettant de recueillir un certain nombre de données à chaque nouvelle consultation. Une évaluation en continu des Pratiques Professionnelles au sein du réseau serait alors possible ainsi que de nouvelles études.

Après trois ans de financements DRDR, ces axes d'améliorations sont un nouvel objectif pour le réseau douleur Franche-Comté.

Pour en savoir plus

Anaes. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Services des recommandations et références professionnelles. Février 1999.

Anaes. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Services des recommandations et références professionnelles. Paris, 2000.

Anaes. Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur : caractéristiques et critères de description de

l'activité. Paris, 2001. Services des recommandations et des références professionnelles. Paris, 2001.

ANAES. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Services des Recommandations et des Références Professionnelles. Paris, 2001.

Beset C. Comment évaluer la qualité de vie dans le domaine des soins palliatifs. Recherche d'un outil d'évaluation à l'usage du réseau Franche-Comtois de soins palliatifs. Th: Med: Besançon, 2000. 00-003.

Chassany O, and Caulin C. Qualité de vie liée à l'état de santé : critère d'évaluation. Quatrième journée de thérapeutique de l'UFR Lariboisière Saint-Louis; 25 octobre 2002. Paris : Springer Verlag France ; 2003.

Haute Autorité de santé (HAS). Principes d'évaluation des réseaux de santé. c1999 (mis en ligne le 25/10/1999) Évaluation des réseaux de soins : bilan de l'existant et cadre méthodologique.

Regnier F. Santé et qualité de la vie : l'évaluer c'est évoluer. Pratiques psychologiques 1995 ; 2: 11–6.

Vinas JM, Larcher P, Duriez M. Réseaux de santé et filières de soins. Actualité et dossier en santé publique 1998 ; 24: 13–20.