



Prise en charge des patients douloureux chroniques : analyse de besoins des patients vis-à-vis de leurs médicaments antalgiques

Sophie Fouquet, Maxime Orset

► To cite this version:

Sophie Fouquet, Maxime Orset. Prise en charge des patients douloureux chroniques : analyse de besoins des patients vis-à-vis de leurs médicaments antalgiques. Médecine humaine et pathologie. 2012. <dumas-00766101>

HAL Id: dumas-00766101

<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00766101>

Submitted on 17 Dec 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

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 n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.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>

**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE**

Année : 2012

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES : ANALYSE DE BESOINS DES PATIENTS VIS-A-VIS DE LEURS MEDICAMENTS ANTALGIQUES

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

FOUQUET Sophie

Née le 28 novembre 1987,
à GRENOBLE (38)

ORSET Maxime

Né le 14 septembre 1988,
à RODEZ (12)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE
GRENOBLE

Le mercredi 12 décembre 2012, à 18h30

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

- M. Christophe RIBUOT, Président de Jury, Directeur de l'UFR et Professeur à la faculté de pharmacie de Grenoble
- Mme Magalie BAUDRANT-BOGA, Directeur de thèse, PH, pharmacien Hospitalier UF Pharmacie Clinique, pôles Digidune et Pharmacie CHU Grenoble
- Mme Caroline MAINDET-DOMINICI, PH, médecin de la douleur
- Mme Véronique VION, masseur-kinésithérapeute diplômé d'état

La faculté de pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 00
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70



Directeur de l'UFR : M. Pr. Christophe RIBUOT
Vice-doyen et Directeur des Etudes : Mme Delphine ALDEBERT

Année 2012-2013

PROFESSEURS A L'UFR DE PHARMACIE (n = 17)

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (TIMC-IMAG)
BOUMENDJEL	Ahcène	Chimie Organique (D.P.M.)
BURMEISTER	Wim	Biophysique (U.V.H.C.I)
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique (TIMC-IMAG, PU-PH)
CORNET	Murielle	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH)
DANEL	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU / PU-PH)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Christian	Immunologie Médicale (TIMC-IMAG)
DROUET	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2/PU-PH)
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie-Pharmacologie (HP2)
LENORMAND	Jean Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (THEREX, TIMC, IMAG)
MOSSUZ	Pascal	Hématologie (PU-PH)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
SEVE	Michel	Biochimie – Biotechnologie (IAB, PU-PH)
RIBUOT	Christophe	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
WOUESSIDJEWÉ	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

PROFESSEURS ASSOCIES (PAST) (n=4)

BELLET	Béatrice	Pharmacie Clinique
MARTIN	Don	Biotechnologie (TIMC-IMAG)
RIEU	Isabelle	Qualitologie (Praticien Attaché – CHU)
TROUILLER	Patrice	Santé Publique (Praticien Hospitalier – CHU)

PROFESSEUR AGREGE (n=1)

GAUCHARD	Pierre Alexis	Chimie Biochimie (D.P.M)
----------	---------------	--------------------------

Dernière mise à jour : 13/12/11

Rédacteur : L.FAURE, Secrétaire du Directeur

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – France - TEL : +33 (0)4 75 63 71 00 – FAX : +33 (0)4 75 63 71 70

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 00
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70



PROFESSEURS EMERITES (n=2)

GRILLOT	Renée
ROUSSEL	Anne Marie

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogénèse et Ontogénèse »
IBS : Institut de Biologie Structurale
JR : Jean Rogot
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogénèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Dernière mise à jour : 13/12/11

Rédacteur : L.FAURE, Secrétaire du Directeur

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – France - TEL : +33 (0)4 75 63 71 00 – FAX : +33 (0)4 75 63 71 70

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 75 63 71 00
FAX : +33 (0)4 75 63 71 70

Université
Joseph Fourier 
GRENOBLE

Directeur de l'UFR : M. Pr. Christophe RIBUOT
Vice-doyen et Directeur des Etudes : Mme Delphine ALDEBERT

Année 2012-2013

MAITRE DE CONFERENCES DE PHARMACIE (n = 35)

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie-Mycologie (L.A.P.M)
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique (ThEMAS TIMC-IMAG / MCU-PH)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BOURGOIN	Sandrine	Biochimie – Biotechnologie (IAB)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B – LAN)
BRIANCON-MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (I.B.S)
CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M)
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique (Equipe SIS « Santé, Individu, Société »-EAM 4128)
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (L.B.F.A)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Biotechnologies (I.B.S)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M)
GERMI	Raphaëlle	Microbiologie (U.V.H.C.I / MCU-PH)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M)
GUIEU	Valérie	Chimie Analytique (D.P.M)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
KHALEF	Nawel	Pharmacie Galénique (TIMC-IMAG)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
MELO DE LIMA	Christelle	Biostatistiques (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
PERES	Basile	Pharmacognosie (D.P.M)
PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique (D.P.M.)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVEL	Anne	Chimie Analytique (D.P.M)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie Organique (D.P.M.)

Dernière mise à jour : 08/09/2011 12/09/2012

Rédacteur : L.FAURE; Secrétaire du Doyen

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – France - TEL : +33 (0)4 75 63 71 00 – FAX : +33 (0)4 75 63 71 70

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 75 63 71 00
FAX : +33 (0)4 75 63 71 70



ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES (AHU) (n=2)

VAN NOOLEN Laëtitia Biochimie (HP2, AHU-Biochimie)

ENSEIGNANTS ANGLAIS (n=3)

BIROS Camille Professeur Certifié
FITE Andrée Professeur Certifié
GOUBIER Laurence professeur Certifié

ATER (n= 6)

Mathieu FAVIER ATER
Sylvia LEHMANN ATER
Anis ADDAD-AMANOU ATER
David DAYDE ATER
Myriam REGENT-KLOECKNER ½ ATER
Marion HENRI ½ ATER

MONITEUR ET DOCTORANTS CONTRACTUELS (n=10)

BOUCHET	Audrey	(01-10-2009 au 30-09-2012)	Biotechnologie (GIN, ESRF)
CAVAREC	Fanny	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)
FAVIER	Mathieu	(01-10-2009 au 30-09-2012)	Laboratoire HP2 (JR)
GRAS	Emmanuelle	(01-10-2010 au 30-09-2013)	Laboratoire HP2 (JR)
LESART	Anne-Cécile	(01-10-2009 au 30-09-2013)	Informatique C2i
MELAINE	Feriel	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2(JR)
NASRALLAH	Chady	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2(JR)
POULAIN	Laureline	(01-10-2009 au 30-09-2012)	Laboratoire HP2 (JR)
THOMAS	Amandine	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »
IBS : Institut de Biologie Structurale
JR : Jean Roget
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Dernière mise à jour : 08/09/2011 12/09/2012

Rédacteur : L.FAURE; Secrétaire du Doyen

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – France - TEL : +33 (0)4 75 63 71 00 – FAX : +33 (0)4 75 63 71 70

REMERCIEMENTS

A notre président,

Mr Christophe RIBUOT,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse à la dernière minute. Veuillez trouver ici l'expression de notre très vive reconnaissance et de notre sincère admiration.

A notre directrice de thèse,

Mme Magalie BAUDRANT-BOGA,

Vous avez accepté de nous laisser faire partie de ce projet et d'encadrer notre travail. Merci pour vos conseils et votre gentillesse. Nous nous souviendrons de cette rencontre ; veuillez trouver ici l'expression de nos profonds remerciements.

A nos juges,

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté de juger ce travail et de faire partie de notre jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A tous les patients et à tous les professionnels de santé, qui nous ont aidés dans ce projet.

Nous vous remercions sincèrement pour votre générosité et pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.



A Max, mon « chérichou »

Merci d'avoir bien voulu partager ce travail avec moi. Merci pour ton amour, ton soutien et ta patience qui ont parfois été mis à rude épreuve ! Je n'aurais pas pu ni voulu faire cette thèse sans toi. Malgré tout le temps passé à travailler, le stress et les quelques moments de panique, tu as su me redonner le sourire et me faire rire à chaque fois. À nous la belle vie et vivement que l'on concrétise ces superbes vacances que l'on s'imagine dans notre tête depuis déjà pas mal de temps... Je t'aime !

A mes parents,

Merci de m'avoir toujours encouragée et soutenue dans mes choix ; mais également d'être toujours présents pour moi. Je ne vous remercierai jamais assez pour votre amour et tout ce que vous m'apportez chaque jour.

A ma sœur et à mon frère,

Merci pour votre soutien sans faille et pour vos encouragements. Merci pour votre inébranlable bonne humeur et tous les rires partagés ensemble. Vous comptez énormément pour moi et je vous souhaite tout le bonheur possible pour la suite.

A Grand-mère, Papy et Renée,

Merci pour tout l'amour que vous me portez. Merci pour la bienveillance et le soutien dont vous avez toujours fait preuve envers moi.

A mes tantes, mes oncles, mes cousines et mes cousins,

Grâce à vous, nos repas de famille sont toujours des moments magiques. Je vous souhaite tout le bonheur du monde, vous le méritez.

A ma « belle-famille » au complet,

Merci de m'avoir accueillie dans votre famille avec autant de gentillesse. Vous êtes la « belle-famille » idéale, je n'aurais pas pu rêver mieux.

A Florence,

Merci tout simplement pour le fait d'être ma meilleure amie depuis plus de 20 ans maintenant. Merci pour toutes ces années de complicité et celles encore à venir, merci pour ton amitié qui compte énormément. Je te souhaite beaucoup de bonheur (notamment avec Antoine). Maintenant que cette thèse est terminée, je suis sûre que nous pourrons nous retrouver beaucoup plus souvent !

A mes « copines de fac »,

Merci pour votre gentillesse, votre amitié sincère et votre soutien. Même si les études sont finies, j'espère que cela ne va pas trop nous éloigner. Je vous souhaite beaucoup de réussite dans tous vos projets !

A Sandrine et Cécile,

Merci pour tout. Vous m'avez donné envie de faire ce métier. Merci pour votre soutien, vos encouragements et votre confiance.

Aux « filles de la pharma »,

Merci de me permettre de venir travailler tous les jours avec le sourire ! Merci d'être là pour moi, merci pour votre soutien, pour nos fous rires quotidiens, pour « *Brescia* » (avec l'accent s'il vous plaît) et tous les autres ! Vous êtes « trop top » les copines, restez comme vous êtes !



A Sof', ma « chérichette »,

Tu as été le moteur de ce travail et je ne peux que te remercier pour cela. Tu as toujours été là pour nous motiver et nous faire avancer ! Merci beaucoup pour tout ce que tu m'apportes au quotidien et j'espère sincèrement que notre duo durera éternellement.

Nous allons enfin pouvoir profiter de la « vraie » vie et de tout ce que nous en attendons depuis maintenant presque un an.

Je t'aime...

A mes parents,

Merci pour tout ce que vous avez fait et faites encore pour moi.

Merci pour votre soutien au fil des années dans le bonheur comme dans les moments plus difficiles.

A ma sœur,

J'ai toujours trouvé dans tes yeux et tes gestes le soutien dont j'avais besoin. Je suis très fier de toi dans tout ce que tu accomplis et j'espère qu'il en est de même pour toi !

A mes grands-mères,

Merci pour tout l'amour et la bienveillance que vous me portez au quotidien.

A mon « Papy chat »,

Même si tu n'es plus là, je voudrais te remercier pour l'amour que tu m'as donné étant petit et je suis certain que tu aurais aimé venir me voir soutenir ce travail.

A mes tantes, mes oncles, mes cousines et mes cousins,

Merci à tous pour les moments de joie passés en votre compagnie que ce soit les repas de famille ou les soirées pizzas devant Masterchef ! Je les espère encore nombreux !

A Loulou, Miti et Pacôme,

Merci d'être trop mignon et d'égayer nos journées quand on vient vous voir !

A Marc,

Merci beaucoup pour tout ce que vous m'avez appris au cours de ces trois dernières années. Je ne peux que vous être particulièrement reconnaissant. Grâce à vous, j'ai vraiment pu voir toutes les facettes d'une pharmacie.

Merci pour votre confiance.

A Jean et Claudine,

Merci de m'accueillir à bras ouverts dans votre officine.

C'est un réel bonheur de partager avec vous ce travail commun et les petits déboires informatiques de Claudine.

Aux « filles de la pharma »,

Merci beaucoup à toutes pour tous les moments passés avec vous ! Merci d'avoir facilité mon intégration.

C'est réellement un plaisir de travailler avec vous ! J'espère que cela durera encore longtemps.

A ma belle-famille,

Merci de m'avoir accueilli dans votre famille même si je suis difficile pour l'alimentation...

Merci pour tous ces repas partagés avec vous qui nous permettaient de nous éloigner un peu de ce travail. Merci également à Coco pour les tâches ménagères dont tu nous as libérés...

En tout cas vous pouvez être fiers de votre fille.

TABLE DES MATIERES

Liste des enseignants de l'UFR de pharmacie de Grenoble.....	2
Remerciements.....	6
Table des matières.....	12
Listes des figures et tableaux.....	19
Tables des annexes.....	22
INTRODUCTION	23
RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	25
1. Le rapport à la douleur chronique.....	25
1.1. Définitions de la douleur chronique.....	25
1.2. Douleur aiguë/douleur chronique.....	26
1.3. Epidémiologie et répercussions.....	27
1.4. Les outils d'évaluation de la douleur.....	31
1.4.1. Evaluation de la douleur.....	31
1.4.2. Les échelles unidimensionnelles.....	32
1.4.2.1. Le schéma corporel.....	32

1.4.2.2. L'échelle visuelle analogique.....	33
1.4.2.3. L'échelle numérique.....	35
1.4.2.4. L'échelle verbale simple.....	35
1.4.3. Echelles multidimensionnelles.....	36
1.4.3.1. MacGill Pain Questionnaire.....	36
1.4.3.2. Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine.....	36
1.4.3.3. Formes courtes.....	38
1.4.3.4. Autres.....	39
1.5. Symptômes : « pas seulement de la douleur ».....	40
1.6. Prise en charge multidisciplinaire.....	41
1.6.1. L'importance de l'approche multidisciplinaire.....	41
1.6.2. Les approches multidisciplinaires.....	42
1.7. Médication disponible.....	43
1.7.1. Les traitements pharmacologiques.....	43
1.7.1.1. Les antalgiques.....	44
1.7.1.2. Les antidépresseurs.....	45
1.7.1.3. Les antiépileptiques.....	46
1.7.1.4. Les anxiolytiques.....	47
1.7.1.5. Autres.....	47

1.7.2. Les traitements non médicamenteux.....	47
2. Le rapport aux médicaments.....	49
2.1. Observance thérapeutique.....	50
2.2. La non-observance thérapeutique.....	53
2.3. Les déterminants de l'adhésion au traitement médicamenteux comme éléments de compréhension des liens entre patient et médicament.....	57
2.3.1. La maladie : Douleur chronique.....	58
2.3.2. Le traitement médicamenteux.....	60
2.3.3. Les facteurs démographiques et socio-économiques.....	66
2.3.4. Le patient et/ou son entourage.....	67
2.3.5. Le système de soins.....	77
2.4. Stratégies disponibles pour optimiser la prise en charge des patients douloureux chroniques.....	88
MATERIEL ET METHODE.....	95
1. Contexte.....	95
2. Objectifs de l'enquête.....	96
3. Eléments méthodologiques.....	96
3.1. Enquête transversale.....	96
3.2. Population ciblée : critères d'inclusion.....	97
3.3. Construction de l'outil « auto-questionnaire ».....	98
3.4. Délivrance de l'auto-questionnaire.....	100

4. Méthode d'analyse des résultats des questionnaires.....	101
RESULTATS	102
1. Echantillon.....	102
2. Profil des patients.....	104
2.1. Age des patients.....	104
2.2 Sexe.....	105
2.3. Pathologies rencontrées.....	106
2.4. Etats : émotionnel et douloureux.....	109
3. Analyse thématique des données	110
3.1. Thème 1 : Les médicaments.....	110
3.1.1. Les classes pharmacologiques de médicaments identifiés par les patients comme médicaments agissant contre leurs douleurs.....	110
3.1.2. Perception de différences d'efficacité entre les médicaments antalgiques.....	112
3.1.3. Préférences en termes de forme galénique.....	114
3.1.4. Les gélules.....	115
3.1.5. Les comprimés secs.....	116
3.1.6. Les comprimés effervescents.....	117
3.1.7. Les patchs.....	118
3.1.8. Les injections.....	119

3.1.9. Les sachets.....	119
3.1.10. Autres.....	120
3.2. Thème 2 : L'ordonnance.....	120
3.2.1. La rédaction de l'ordonnance permet-elle au patient d'adapter son traitement ?	120
3.2.2. Dans quelles circonstances les patients adaptent-ils leur traitement ?.....	121
3.2.3. Causes d'arrêt de prises de médicaments par les patients.....	122
3.2.4. Perception des patients quant à une surveillance éventuelle à réaliser avec leurs médicaments.....	124
3.3. Thème 3 : Le vécu du patient avec ses médicaments au quotidien.....	126
3.3.1. Quelles sont les difficultés que peut rencontrer le patient dans la vie de tous les jours avec ses médicaments ?.....	126
3.3.2. Quels sont les effets indésirables cités le plus fréquemment par les patients ?	127
3.3.3. Comment les patients gèrent-ils ces effets indésirables ?.....	128
3.4. Thème 4 : Les attentes des patients.....	130
3.4.1. Attentes vis-à-vis des soignants.....	130
3.4.2. Attentes vis-à-vis de ses médicaments.....	132
3.4.3. Autres attentes.....	133

DISCUSSION	134
1. Avantages et limites de l'étude.....	134
2. Analyse des résultats.....	137
2.1. Profil.....	137
2.1.1. L'âge.....	138
2.1.2. Le sexe.....	139
2.1.3. Les différents types de pathologies douloureuses concernées.....	140
2.1.4. Etats émotionnel et/ou douloureux.....	140
2.2. Analyse des données selon les thématiques identifiées.....	142
2.2.1. Les médicaments contre la douleur des patients.....	142
2.2.1.1. Les classes pharmacologiques.....	142
2.2.1.2. Perception de l'efficacité des médicaments des patients et différences entre les classes pharmacologiques.....	143
2.2.1.3. Préférence selon les formes galéniques disponibles.....	144
2.2.2. L'ordonnance : outil adapté pour une prise optimale des médicaments antalgiques ?.....	146
2.2.2.1. La rédaction de l'ordonnance.....	146
2.2.2.2. Modalités d'adaptation du traitement.....	149
2.2.3 Le vécu du patient et les difficultés rencontrées au quotidien avec ses médicaments.....	152

2.2.4. Les attentes du patient.....156

CONCLUSION.....160

BIBLIOGRAPHIE162

ANNEXES..... 173

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Population souffrant de douleurs chroniques en Europe

Figure 2 : Schéma corporel des zones douloureuses

Figure 3 : Exemple d'échelle visuelle analogique

Figure 4 : Echelle numérique

Figure 5 : Echelle verbale simple

Figure 6 : Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine abrégé

Figure 7 : Représentations des différents paliers d'antalgiques

Figure 8 : Répartition des patients en fonction d'une échelle d'observance thérapeutique évaluée à l'aide d'un pilulier électronique (selon Urquhart 1994).

Figure 9 : Répartition des patients selon leur âge (n=86)

Figure 10 : Répartition des patients selon leur sexe (n=86)

Figure 11 : Répartition des patients selon leur pathologie (n=75)

Figure 12 : Evaluation de la douleur des patients lors du remplissage du questionnaire (n=86)

Figure 13 : Répartition des différentes classes médicamenteuses pris par les patients (n=86)

Figure 14 : Différence perçue d'efficacité par les patients entre leurs médicaments antalgiques (n=79)

Figure 15 : Perception de l'efficacité par classes médicamenteuses

Figure 16 : Répartition des patients selon leur forme galénique préférée (n=76)

Figure 17 : Répartition des différents avantages des gélules (n=27)

Figure 18 : Répartition des différents avantages des comprimés secs (n=26)

Figure 19 : Répartition des différents avantages des comprimés effervescents (n=12)

Figure 20 : Répartition des différents avantages des patchs (n=9)

Figure 21 : Répartition des différents avantages des injections (n=8)

Figure 22 : Adaptation des prises de médicaments en fonction de la rédaction de l'ordonnance (n=86)

Figure 23 : Répartition des raisons aboutissant à l'adaptation du traitement (n=50)

Figure 24 : Répartition des raisons aboutissant à l'arrêt du traitement (n=54)

Figure 25 : Le besoin de surveillance associé à leur traitement selon les patients (n=76)

Figure 26 : Les différents critères à surveiller d'après les patients (n=52)

Figure 27 : Difficultés rencontrées par le patient au quotidien (n=33)

Figure 28 : Les différents effets indésirables ressentis par les patients (n=74)

Figure 29 : Gestion des effets indésirables (n=51)

Figure 30 : Attentes du patient par rapport aux soignants (n=31)

Figure 31 : Répartition des âges des 4839 patients souffrant de douleurs chroniques dans l'étude « Survey of chronic Pain in Europe »

Figure 32 : Répartition des sexes des 4839 patients souffrant de douleurs chroniques dans l'étude « Survey of chronic Pain in Europe »

Tableau 1 : Conséquences de la douleur chronique en Europe

Tableau 2 : Principaux déterminants de l'adhésion médicamenteuse classés en 5 dimensions

Tableau 3 : Listes des différents établissements participant à l'étude

Tableau 4 : Chiffres clés sur l'âge des patients selon les différents établissements

Tableau 5 : Pathologies rencontrées selon les établissements en pourcentage

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Questions autour de la représentation que se font les patients des médicaments

Annexe 2 : Questionnaire sur votre traitement contre la douleur

Annexe 3 : Fiche profil patient à remplir par le soignant

Annexe 4 : Exemple de regroupement des verbatims pour l'analyse thématique

INTRODUCTION

Autrefois, lorsqu'une personne se plaignait de ressentir de la douleur constante depuis des mois ou des années, elle était qualifiée souvent de «malade imaginaire». Aujourd'hui, grâce à la recherche, l'existence de la douleur chronique est reconnue et sa présence peut même constituer une maladie en soi. Actuellement, elle demeure un enjeu majeur de santé publique, encore mal compris, qui peut faire des ravages dans la vie des personnes atteintes.(1)

En France, il existe peu d'études concernant le ressenti et la gestion de la douleur chronique non cancéreuse par les patients(2)(3)(4). Pourtant, la plainte « douleur » est fréquente en médecine générale, estimée selon les pays et les études de 20% à 50%. (5)(6)(7)(8)

La prise en charge d'une personne douloureuse chronique nécessite une approche multiprofessionnelle, un suivi régulier et une certaine maîtrise par le patient des différentes stratégies médicamenteuses proposées. L'adhésion au traitement médicamenteux, associée à l'acquisition d'habiletés à gérer et à adapter son traitement à ses douleurs et à sa vie apparaît comme une composante essentielle dans la prise en charge de ces personnes douloureuses chroniques. Cependant, les difficultés d'adhésion au traitement médicamenteux peuvent être multiples, liées à de nombreux facteurs tels que la maladie elle-même, le traitement médicamenteux, les facteurs démographiques et socioéconomiques, le patient et/ou son entourage et le système de soins. Différentes stratégies interventionnelles éducatives ou non ont été proposées pour optimiser l'adhésion des patients à leur traitement médicamenteux comme l'optimisation et la simplification du traitement, l'éducation thérapeutique du patient pour mieux gérer son traitement au quotidien, une approche multidisciplinaire de la maladie pour gérer toutes les facettes de la douleur chronique ou encore une formation plus poussée

des soignants sur leur moyen de communication mais également sur leurs connaissances dans les médicaments...

Afin de mieux comprendre les relations existantes entre les patients douloureux chroniques et leur traitement médicamenteux, une analyse de besoins a été envisagée auprès de ces patients ciblant leurs problématiques liées aux médicaments. L'objectif de ce travail a donc été d'identifier les difficultés et les attentes des patients face à leurs médicaments antalgiques, afin de proposer des interventions adaptées pour optimiser leur prise en charge médicamenteuse.

Ce travail s'organise en quatre parties. Dans une première partie bibliographique, la douleur chronique et sa complexité sont définies, ainsi que les différentes composantes de sa prise en charge. Puis, la problématique de l'adhésion au traitement médicamenteux (causes et stratégies d'optimisation testées) est abordée en général, et plus spécifiquement, chez les patients douloureux chroniques.

Cette première partie faisant ressortir la nécessité d'approfondir la compréhension des liens entre les patients douloureux chroniques et leurs médicaments antalgiques dans leur quotidien, la seconde partie décrit la méthodologie de l'étude de besoins envisagée.

Les résultats sont ensuite détaillés puis discutés dans la partie finale, afin d'envisager des pistes de réflexion visant à améliorer la prise en charge médicamenteuse des patients douloureux chroniques.

RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

1. Le rapport à la douleur chronique

1.1. Définitions de la douleur chronique (9)

Plusieurs définitions de la douleur chronique sont proposées dans la littérature médicale, les unes faisant surtout référence à la durée de la douleur, les autres insistant sur son caractère syndromique.

La définition de la douleur la plus souvent citée est celle proposée par *l'International Association for the Study of Pain (IASP)* : la douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion »(10)(11). Cette définition, assez large, témoigne de la nature subjective de la douleur autant que de sa complexité.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (12) retiennent, par consensus formalisé, la définition de la « douleur chronique » suivante : la douleur est « ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est ». Elle existe dès lors qu'elle affirme la ressentir, qu'une cause soit identifiée ou non.

La douleur chronique est un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. La douleur est considérée comme chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- persistance ou récurrence ;
- durée au-delà de ce qui est habituel, pour la cause initiale présumée, notamment, si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;
- réponse insuffisante au traitement ;

- détérioration significative et progressive, du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient, dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

La douleur chronique peut être accompagnée :

- de manifestations psychopathologiques ;
- d'une demande insistante du patient de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à soulager ;
- d'une difficulté du patient à s'adapter à la situation.

En fonction de cette définition, l'origine multifactorielle de la douleur est déjà perceptible et laisse apparaître l'interaction entre des facteurs somatiques, psychologiques et comportementaux.

1.2. Douleur aiguë/Douleur chronique (13)

Jusqu'il y a peu de temps, la distinction entre douleur "aiguë" et douleur "chronique" était uniquement basée sur la durée du symptôme. Certains définissaient la douleur chronique comme celle qui persiste au-delà de la période d'évolution habituelle d'une maladie "aiguë" ou « au-delà du temps raisonnable pour la guérison d'une lésion » (BONICA 1987)(14). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose de manière pragmatique de reconnaître la douleur comme "chronique" lorsqu'elle dure plus de 6 mois (OMS 1992)(15).

Cependant, aujourd'hui ces deux types de douleur se différencient par un certain nombre de mécanismes physiopathologiques qui sous-tendent et caractérisent cliniquement le

déroulement temporel des transformations neurobiologiques du système nociceptif lorsqu'il est activé par un stimulus nocif intense et prolongé.

Lorsque la douleur devient chronique (au-delà de 3 à 6 mois), elle devient une maladie. Cette douleur est associée à des mécanismes divers (neurophysiologiques, psychologiques) et des phénomènes comportementaux spécifiques. Elle est persistante et rebelle aux traitements usuels. La douleur chronique est dévastatrice, nocive et peut conduire à terme à la dépression.

Alors que la douleur aiguë représente dans un premier temps un signal d'alarme utile. Cette douleur symptôme joue un rôle de protection (en évitant, par exemple, de marcher avec une jambe fracturée).(16)

Douleur aiguë

- Monofactorielle
- Récente, transitoire
- Rôle d'alarme (utile)
- Symptôme
- Génératrice d'anxiété
- Comportement réactionnel
- Traitement curatif

Douleur chronique

- Multifactorielle
- Ancienne (> 3 à 6 mois)
- Destructrice (inutile)
- Syndrome - Maladie
- Peut conduire à la dépression
- Comportement acquis
- Traitement réadaptatif (somatique, psychique et social)

1.3. Épidémiologie et répercussions

Il apparaît difficile d'évaluer de façon précise la prévalence de la douleur chronique dans la population générale. En effet, d'une étude à l'autre, la définition de la douleur

chronique varie, les échantillons étudiés et les méthodes utilisées pour collecter les données sont différents. Selon les études françaises et internationales, la prévalence de la douleur chronique varie de 10,1 % à 55,2 % en population générale.(9)(17)

La principale enquête réalisée en France sur la douleur chronique est l'étude STOPNET (Study of the Prevalence of Neuropathic Pain)(18)(19). Elle a estimé en 2004 la prévalence de la douleur chronique et des douleurs neuropathiques en population générale à partir d'un échantillon représentatif de la population Française (étude postale concernant 30 155 personnes avec un taux de réponse de 81,2% soit 24 497 réponses). Selon cette enquête, 31,7 % [31,1-32,3] des Français expriment une douleur quotidienne depuis plus de 3 mois. La prévalence de la douleur chronique est significativement plus élevée chez les femmes (35 % [34,4-35,6]) que chez les hommes (28,2 % [27,6-28,7]). Par ailleurs, la prévalence augmente avec l'âge surtout au-delà de 65 ans. Elle est quasiment deux fois plus élevée chez les ouvriers et les agriculteurs que chez les cadres. La prévalence des douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère est évaluée en population générale à 19,9 % [19,5-20,4].(9)

L'étude Pain In Europe (PIE)(16) représente la première étude à l'échelle européenne portant sur la douleur. Plus de 46 000 personnes ont été contactées, permettant d'interroger plus de 4 800 patients présentant des douleurs chroniques non cancéreuses dans 16 pays différents.

Il en résulterait que 75 millions d'Européens sont concernés par les douleurs chroniques.(16)

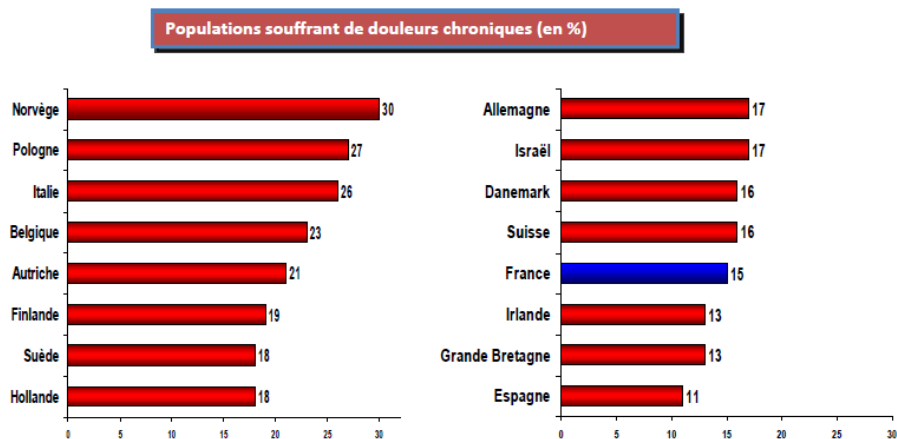


Figure 1 : Population souffrant de douleurs chroniques en Europe (16)

Il ressort de cette même étude que la prévalence de la Douleur Chronique Non Cancéreuse (DCNC) en France est évaluée à 7 millions, soit 15% des Français souffrant de douleurs chronique contre 19% en moyenne en Europe (11% en Espagne et 30% en Norvège). En France, la douleur touche 58% de femmes contre 56% en Europe(16).

De même, elle touche plus les 30-61 ans (54%). 30% des patients ont plus de 61 ans et l'âge moyen est évalué à 51 ans.

Cette étude traite également la douleur dans sa longueur. En France, les patients douloureux souffrent en moyenne depuis 5,7 ans contre 7 ans pour les Européens (4,9 ans pour l'Irlande et 9,6 ans pour la Finlande). 18% des patients souffrent depuis plus de 20 ans et plus de 2 patients français sur 3 (72%) souffrent de façon quasi permanente.(16)

L'étude PIE met, de plus, en évidence que la douleur chronique peut être dévastatrice. En effet, l'impact sur les activités journalières des personnes interrogées n'est pas négligeable. 26% pensent même que la douleur a une influence sur leur emploi. De plus, 15 journées d'arrêt de travail par an sont données en raison des douleurs (estimation sur les données de 6 mois). 1/5 rapportent une perte d'emploi (19%) ou un diagnostic de dépression réactionnelle à la douleur (21%)(16).

	Total	Royaume Uni (n=243)	France (n=232)	Allemagne (n=232)	Italie (n=233)	Espagne (n=255)	Pologne (n=220)	Suède (n=292)	Norvège (n=289)	Danemark (n=298)
Perte d'emploi	19%	25%	15%	14%	17%	22%	14%	24%	24%	29%
Changement de responsabilités professionnelles	16%	16%	12%	11%	28%	8%	19%	28%	28%	21%
Changement complet de travail	13%	18%	12%	8%	20%	4%	13%	25%	22%	11%
Diagnostic de dépression	21%	24%	18%	20%	22%	29%	14%	24%	28%	11%

Tableau 1 : Conséquences de la douleur chronique en Europe(16)

En résumé, environ 7 millions de Français souffrent de douleurs chroniques et 4,6 millions presque constamment. Les douleurs se font sentir pendant presque 6 ans en moyenne et il faut 2 ans pour être soulagé. 2 patients sur 3 sont résignés et 140 000 consultent des spécialistes de la douleur. De plus, 2,3 millions des patients français ne sont pas traités et 185 000 patients traités prennent des opioïdes forts.(16)

Parmi les douleurs chroniques, les douleurs rhumatologiques (ostéo-articulaires et/ou musculo-tendineuses) sont au premier plan. Les pouvoirs publics se sont mobilisés et des programmes nationaux gouvernementaux de lutte contre la douleur ont vu le jour, en 1998 et 2002. Le dernier plan reconnaissait la nécessité de mieux prendre en charge les douleurs chroniques, sources de handicaps et de dégradations majeures de la qualité de vie et à l'origine de coûts importants pour la société. En effet, la personne atteinte de douleur chronique a recours chaque année à environ 10 consultations ou visites chez le généraliste et 4 consultations chez le spécialiste. 45% d'entre elles sont concernées par des arrêts de travail dont la durée moyenne cumulée dépasse 4 mois par an.(20)

Cependant, les coûts liés à la prise en charge de la douleur sont difficiles à chiffrer (directs et indirects), et les études menées n'établissent pas, ou peu, de distinction entre les

différents types de douleur. Les données disponibles se limitent souvent aux coûts des traitements médicamenteux. D'après l'étude ECONEP16B, le coût total moyen par patient et par an serait de :

- Hospitalisation : 7 000 euros (en hôpital privé) et 14 500 euros (en hôpital public).
- Traitements médicamenteux : 580 euros.
- Traitements non médicamenteux : 3 630 euros (en hôpital privé) et 5 150 euros (en hôpital public).
- Examens complémentaires : 950 euros.

L'impact économique et sociétal de la douleur chronique est donc difficile à évaluer et les données sont peu nombreuses. Il semble qu'une prise en charge précoce pourrait permettre une réduction des coûts, notamment ceux liés aux arrêts de travail. En effet, les limitations d'activités professionnelles ou domestiques liées à la douleur sont importantes chez 6% des personnes de 25-64 ans, 15% des 65-84 ans et 33% des personnes de 85 ans et plus.(20)

1.4. Les outils d'évaluation de la douleur

1.4.1. Evaluation de la douleur

La démarche d'évaluation répond à diverses questions ; une échelle d'évaluation constitue une manière concrète d'accorder de l'importance à la douleur.(21)

Elle permet au patient :

- d'exprimer sa douleur et d'être entendu «le plus précisément possible»,
- d'apprécier l'efficacité et l'adaptation des traitements prescrits,
- d'inscrire la douleur dans un cadre fixe qui puisse servir de référence dans le temps.

Elle permet au soignant :

- d'utiliser un outil de communication avec le patient même si celui-ci ne peut plus s'exprimer verbalement (personnes démentes, certains patients comateux...),
- de mieux comprendre les événements qui peuvent être à l'origine d'une augmentation ou d'une diminution de la douleur,
- d'avoir un instrument de liaison qui favorise l'interdisciplinarité,
- d'être cohérent dans le choix des analgésiques.(22)

1.4.2. Les échelles unidimensionnelles

1.4.2.1. Le schéma corporel

Outil élémentaire qui permet au patient de localiser la ou les zones douloureuses du corps et si on y ajoute un code choisi est ajouté (traits hachurés, en gras ...), de donner une notion d'intensité à la douleur perçue.

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.

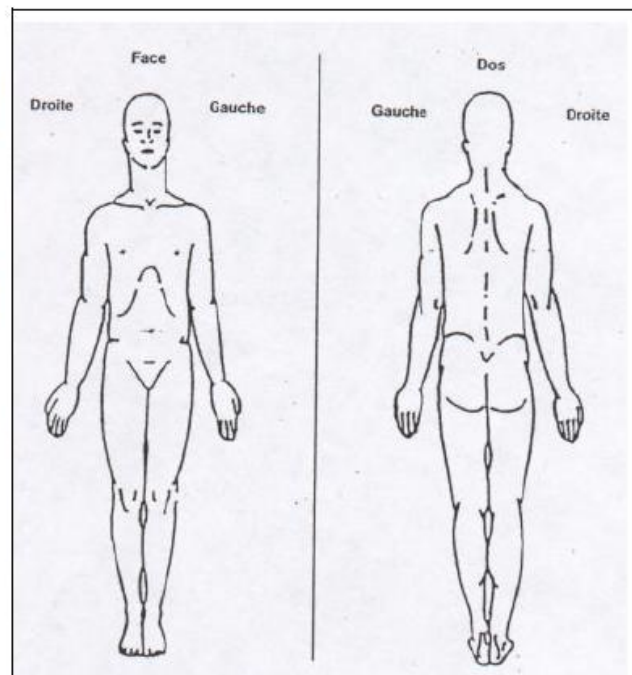


Figure 2 : Schéma corporel des zones douloureuses (22)

1.4.2.2. L'échelle visuelle analogique (EVA)

L'EVA, Echelle Visuelle Analogique, est validée :

- Depuis 1995, pour l'évaluation de la douleur chez le patient adulte atteint d'un cancer,
- Depuis 1999, pour l'évaluation de la douleur chronique des adultes en médecine ambulatoire,
- Depuis 2000, pour l'évaluation de la douleur des enfants (23)

Initialement proposée par Huskisson [1976] pour évaluer l'intensité de la douleur chronique(24)(25), l'EVA correspond à une règle graduée d'une longueur de 100 mm dont les extrémités figurent pour l'une, l'absence de douleur, pour l'autre, la douleur maximale imaginable.

La face présentée au patient ne comprend que ces deux informations et la ligne qui les relie n'est pas graduée. Le choix des termes figurant aux deux extrémités de la ligne a fait l'objet de nombreux travaux(24)(26) et le terme « haut » peut être remplacé par de nombreux équivalents : douleur atroce, pire douleur imaginable, douleur maximale, intolérable, insupportable...

Au recto de la règle, le patient déplace sur la ligne un curseur qu'il positionne à un niveau correspondant à la douleur ressentie.

Au verso, la ligne est graduée de 0 à 100 mm. Ce chiffre sera noté par le soignant. L'EVA existe en présentation horizontale et en présentation verticale (plus adaptée pour les enfants) dont la fiabilité et la validité sont identiques(26)(27). Il importe seulement de ne pas modifier la présentation pour un même patient pendant son séjour(26). Dans certaines

circonstances, l'EVA a pu être utilisée en demandant au patient de tracer une marque au crayon sur une ligne.

Les Standards Options Recommandations (SOR – recommandations pour la pratique clinique en oncologie initiées par la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer FNCLCC en 1993) ont consacré un rapport à « l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteint d'un cancer » en 1995, rapport révisé en septembre 2003. Il met en avant l'autoévaluation qui doit être privilégiée « dans la mesure du possible ».

Concernant l'utilisation de l'EVA, il est noté que l'échelle offre la possibilité d'une évaluation rétrospective de la douleur, sur une période de temps ou en fonction des situations, et facilite la transmission des informations entre professionnels de santé. En revanche, les scores de l'EVA ne permettent pas de comparer les patients entre eux. Cette échelle permet au patient de se situer par rapport à sa douleur et d'évaluer régulièrement l'évolution de cette douleur en fonction par exemple des traitements antalgiques proposés, des événements intercurrents... (Le patient étant son propre témoin). Pour les patients très douloureux, il semble parfois illusoire de vouloir obtenir un score EVA.(23)

L'intensité de votre douleur peut être définie par un trait tracé sur l'échelle comme dans l'exemple ci-dessous.



Une extrémité correspond à la douleur maximale imaginable

Plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante

L'autre extrémité correspond à pas de douleur

Plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante

Figure 3 : Exemple d'échelle visuel analogique(22)

1.4.2.3. L'échelle numérique

Cette échelle sera, le plus souvent, utilisée en deuxième intention, si l'échelle visuelle analogique n'est pas ou mal comprise car son mode d'emploi peut être vécu comme moins abstrait car utilisant des valeurs chiffrées. Cependant, ceci nécessite une appropriation des chiffres et une compréhension par le patient de cette gradation numérique. Le patient situe sa douleur sur une ligne horizontale graduée de 0 à 10. La cote 0 représente « l'absence de douleur » et la cote 10 représente « la douleur maximale imaginable ». Cette évaluation peut également se faire oralement. Elle est par ailleurs moins sensible car elle ne propose que onze degrés possibles de douleur (de 0 à 10) (22).

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Figure 4 : Echelle numérique(22)

1.4.2.4. L'échelle verbale simple (EVS)

Le patient choisit les mots qui décrivent le mieux sa douleur : douleur absente, légère, modérée, forte, intolérable. A préconiser en dernière intention vu son manque de sensibilité. Néanmoins, elle reste la plus simple à comprendre donnant au patient une évaluation plus concrète par les adjectifs utilisés qui ne doivent pas comporter de connotations émotionnelles.(22)

0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
--------------	-------------	--------------	--------------	--------------------------

Figure 5 : Echelle verbale simple(22)

Parmi les outils d'auto-évaluation unidimensionnels, l'échelle visuelle analogique (EVA) est considérée comme l'outil d'auto-évaluation de référence.

1.4.3. Echelles multidimensionnelles

La plupart des outils d'évaluation ont été construits pour permettre une évaluation multidimensionnelle du retentissement de la douleur sur le sujet. Ils comportent habituellement plusieurs parties ou sous-échelles permettant d'évaluer chacune des principales dimensions considérées.

1.4.3.1. MacGill Pain Questionnaire(28)

Le *MacGill Pain Questionnaire* (MPQ)(29) est un questionnaire de 78 mots répartis en 25 sous-classes qui peut être rempli en 5 à 15 minutes. Il est constitué d'une série d'adjectifs permettant de qualifier la douleur. Aucune étude sur la validité contre critère et sur la sensibilité au changement n'a été retrouvée et les revues de la littérature de Turk (30) et de Bowling (31) n'en ont pas mentionné. L'absence de validation contre critère peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit du premier outil développé pour l'évaluation multidimensionnelle de la douleur. Le MPQ est un outil très largement répandu, utilisé dans plus de 100 études et traduit dans plusieurs langues(22)(30).

1.4.3.2. Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine(32)

Le *MacGill Pain Questionnaire* (MPQ) a été adapté en France sous la forme du questionnaire de la douleur de Saint-Antoine (QDSA)(33)(34). Il comporte moins de mots que

le MPQ (61 mots). Certains qualificatifs possèdent une certaine valeur d'orientation diagnostique pour faciliter la reconnaissance de certaines douleurs (par exemple les douleurs neurogènes), et apprécier le retentissement affectif de la douleur (accord professionnel)(35).

Le vocabulaire de la douleur a une certaine valeur d'orientation diagnostique pour faciliter la reconnaissance de certaines douleurs (notamment les douleurs neurogènes) et pour apprécier le retentissement affectif de la douleur (accord professionnel). Les versions longues des questionnaires d'adjectifs sont validées. Leur longueur les rend difficilement applicables en médecine ambulatoire (accord professionnel). Les versions courtes ne sont pas actuellement validées. En l'absence de validation disponible, seule la présence de tel ou tel item est à retenir.(22)

1.4.3.3. Formes courtes

Des formes courtes du MPQ (MPQ-SF) (36) et du QDSA (QDSA abrégé) (34) ont été développées. Ces formes abrégées ne sont pas validées mais présentent une utilité en pratique ambulatoire.

	0 absent non	1 faible un peu	2 modéré modérément	3 fort beaucoup	4 extrêmement fort extrêmement
Élancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Figure 6 : Questionnaire de la douleur de Saint-Antoine abrégé(22)

1.4.3.4. Autres

Il existe encore une multitude d'outils utilisés comme :

- le *Brief Pain Inventory* (BPI) (37) traduit en français : questionnaire concis sur les douleurs (QCD)(38)
- le *Multidimensional Pain Inventory* (MPI ou WHYMPI) (39) traduit en français par Turk (40)
- le *Dallas Pain Questionnaire* (DPQ)(41) traduit en français(42)

Ces trois outils, sont destinés à l'évaluation multidimensionnelle de la douleur par le patient. Ils ont chacun une orientation particulière. Leurs qualités métrologiques sont comparables pour les versions anglophones. Parmi les échelles multidimensionnelles, le MPI dans sa version anglaise est le plus étudié dans les travaux d'évaluation de la douleur chronique.

Deux questions se posent au sujet de l'utilisation de ces échelles d'évaluation qu'elles soient uni ou multidimensionnelles:

- La faisabilité : les échelles unidimensionnelles demandent peu de temps et d'attention d'où une place de choix en médecine générale.
- L'efficacité : il est difficile d'apporter une preuve en termes d'amélioration ou de contrôle des symptômes. Ces outils ne doivent pas être utilisés comme simples objets techniques mais comme autant de repères qui permettent d'approcher la souffrance globale exprimée par la personne qui utilise ces outils d'évaluation.

L'utilisation d'échelles d'évaluation est validée dans la pratique pour évaluer la douleur mais n'est pas reconnue dans la littérature comme outil de médiation pouvant être utilisé dans une démarche d'accompagnement du patient douloureux(13)(22).

1.5. Symptômes : « pas seulement de la douleur »

La douleur chronique est accompagnée d'un ensemble de symptômes qui infligent aux personnes atteintes une grande souffrance physique et psychologique (1).

Les symptômes physiques de la douleur chronique peuvent être très variés. Parmi les personnes atteintes de douleur neuropathique, certaines ressentent de l'engourdissement, des fourmillements, des picotements (paresthésie), une sensibilité au toucher et/ou une faiblesse musculaire temporaire. D'autres éprouvent des symptômes plus intenses, comme une sensation de brûlure (particulièrement la nuit). Les zones les plus souvent touchées sont le dos, les jambes (43), les mains et les pieds (44).

Les personnes souffrant de problèmes arthritiques décrivent une gamme de symptômes totalement différents de la douleur neuropathique. Par exemple, l'enflure, la raideur, l'inflammation et la douleur à une ou plusieurs articulations diminuent la mobilité articulaire (45).

La douleur n'est pas le seul symptôme de la douleur chronique. À cause de sa ténacité, elle peut affaiblir le système immunitaire, diminuer la capacité à endurer le stress et occasionner des états dépressifs.

La dépression est d'ailleurs l'un des problèmes les plus fréquents chez les personnes atteintes de douleur chronique. Les risques de dépression sont d'autant plus grands si la

personne se trouve dans une condition de perte d'autonomie ou de faible mobilité qui réduit sa participation aux activités sociales. On considère qu'entre 30 et 60 % des patients souffrants de douleur chronique développeront une dépression directement liée à leur douleur.

Les troubles qui accompagnent la douleur chronique diminuent les possibilités pour l'individu malade de composer avec son état. Plus fréquents encore que la dépression, les troubles du sommeil et l'anxiété découlent des conséquences éprouvantes associées au fait de vivre avec une douleur chronique. Le manque de sommeil réparateur abaisse le seuil de tolérance à la douleur, si bien que l'effet combiné de la douleur chronique et du manque de sommeil aboutit à un cercle vicieux. Dans une étude sur la douleur neuropathique chronique, près de 90 % des sujets souffraient de troubles du sommeil qui, dans plus de la moitié des cas, se doubleraient d'anxiété.

1.6. Prise en charge multidisciplinaire

1.6.1. L'importance de l'approche multidisciplinaire

La douleur comporte donc plusieurs facettes ; il va falloir l'attaquer sur plusieurs fronts pour tenter de la maîtriser adéquatement (1).

Une approche multidisciplinaire serait bénéfique pour la majorité des patients qui souffrent de douleur chronique, principalement parce que la douleur physique s'accompagne souvent de problèmes psychologiques et fonctionnels. Il est peu probable que la simple prise en charge de la douleur physique soit efficace à long terme. Il semble donc primordial de s'occuper également du stress psychologique et social qu'éprouvent les patients afin d'améliorer leur bien-être.

Les patients traités dans une clinique multidisciplinaire seraient deux fois plus nombreux à réintégrer le marché du travail et utiliseraient moins le système de santé que ceux

qui sont traités au moyen d'une seule approche (46). Selon une revue systématique récente d'essais cliniques, les patients souffrant de fibromyalgie et de lombalgies chroniques seraient ceux qui bénéficient le plus des cliniques multidisciplinaires (47).

Un suivi psychologique peut être nécessaire chez certains patients. Le psychologue peut par exemple aider la personne à mieux composer avec la douleur et à faire le deuil de ses anciennes capacités physiques.

De plus, les thérapies cognitivocomportementales, l'hypnothérapie et des techniques de relaxation seraient toutes indiquées pour les patients souffrant de douleur chronique.

1.6.2. Les approches multidisciplinaires

Un peu partout dans le monde se sont développés des centres de la douleur ainsi que des programmes multidisciplinaires de gestion de la douleur destinés aux patients souffrant de douleurs chroniques.

Les premiers « centres anti-douleur » européens se sont ouverts dès 1963 en Italie et 10 ans plus tard en Belgique ; ces centres se sont organisés en structure multidisciplinaire respectivement en 1979 pour l'Italie et en 1974 en Belgique.

Aux États-Unis, la Rehabilitation Accreditation Commission (CARF) définit un programme de gestion de la douleur chronique comme étant un programme « qui fournit des services coordonnés, orientés vers un but, d'une équipe interdisciplinaire, afin de réduire la douleur, d'améliorer le fonctionnement et de diminuer la dépendance envers le système de soins des personnes ayant un syndrome de douleur chronique » (48). Plusieurs revues de littérature évaluant l'impact des programmes suggèrent que les bénéfices pour les patients de la participation à un tel programme comprennent une réduction de l'intensité de la douleur,

une amélioration du sentiment de contrôle sur la douleur, un reconditionnement physique, une moins grande utilisation des opiacés et du recours aux soins de santé ainsi qu'une réduction des coûts de soins et de l'absentéisme professionnel (48)(49).

Un programme type de gestion de la douleur chronique comprend un diagnostic médical, une évaluation du fonctionnement physique, une évaluation psychosociale, une thérapie pharmacologique, une réhabilitation physique, de l'éducation du patient, et des approches psychologiques appropriées (par exemple, relaxation, biofeedback, entraînement des capacités à faire face, psychothérapie) (46)(50). Selon la Joint Commission, l'éducation thérapeutique du patient est potentiellement la thérapie la plus décisive, étant donné qu'elle est souvent essentielle à la réhabilitation. (48)

1.7. Médication disponible

1.7.1. Les traitements pharmacologiques

La douleur ne doit plus être considérée comme une fatalité et toutes les possibilités thérapeutiques à notre disposition doivent être mises au service du patient et de sa souffrance.

En fonction de la physiopathologie, le traitement de la douleur peut se situer à différents niveaux (13):

- blocage ou diminution de la sensibilité des récepteurs nociceptifs (inhibiteurs de la synthèse des prostaglandines),
- modification de la transmission spinale,
- activation des récepteurs opioïdes au niveau du système nerveux central.

Le traitement de la douleur aiguë est le plus souvent étiologique et tient compte des différentes causes qui peuvent la provoquer. Par contre, pour la douleur chronique, le

symptôme douloureux est à l'avant-plan et doit être pris en compte dans toutes les dimensions qui ont déjà été décrites(13).

1.7.1.1. Les antalgiques

L'échelle subdivisée en 3 paliers a permis d'établir une adaptation progressive du traitement médicamenteux. La gradation de la puissance analgésique a été proposée par l'OMS pour favoriser une utilisation plus rationnelle des analgésiques (13).

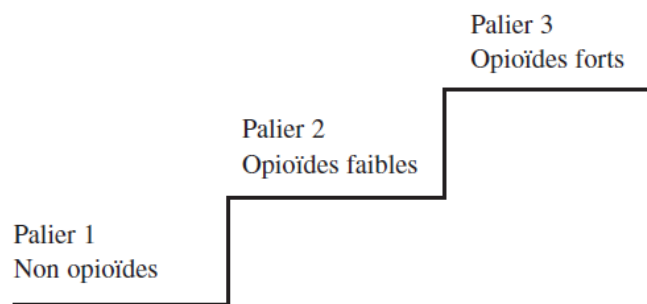


Figure 7 : Représentations des différents paliers d'antalgiques

Palier 1 : analgésiques non morphiniques(51) :

- Paracétamol,
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : Acétylsalicylate de lysine, acide acétylsalicylique, acide méfénamique, acide niflumique, acide tiaprofénique, diclofénac, fénoprofène, ibuprofène, kétoprofène, morniflumate, naproxène. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont très souvent utilisés dans les exacerbations aiguës de douleurs chroniques de type rhumatismales, en particulier l'arthrose dégénérative. Ils sont en effet analgésiques en partie grâce à leur effet anti-inflammatoire(13).
- Autres antalgiques de paliers 1 : néfopam, floctafénine.

Palier 2 : opïodes faibles, commercialisés pour la grande majorité en association avec le paracétamol(51) :

- Codéine,
- Dihydrocodéine,
- Opium,
- Tramadol.

Palier 3 : Opïdes forts classés en 3 groupes (51):

- Agonistes purs : morphine, fentanyl, oxycodone, hydromorphone, pethidine,
- Agonistes partiels : buprénorphine,
- Agonistes-antagonistes : nalbuphine

1.7.1.2. Les antidépresseurs(1)(51)(52)

Ils sont fréquemment utilisés pour soulager la douleur chronique, à des doses inférieures à celles utilisées dans les indications psychiatriques, bien que la plupart n'aient pas été étudiés spécialement pour cette indication. Ils sont souvent l'objet de préjugés sociaux. En effet, l'indication antalgique de leur prescription doit être expliquée aux patients afin qu'il n'y ait pas de quiproquo sur la prise en compte de la réalité de leur douleur. S'il existe un syndrome dépressif et/ou anxieux associé en lien ou non avec la douleur qui perdure, un traitement antidépresseur adapté devra être proposé à la posologie adéquate et selon le choix de la molécule, celle-ci pourra prendre en compte aussi le syndrome douloureux.

Les antidépresseurs tricycliques sont donc utilisés à doses inférieures en tant qu'antalgique dans le cadre des douleurs neuropathiques (doses moyennes 75mg/jour)(52). Les molécules utilisées sont l'amitryptiline (Laroxyl®), la clomipramine (Anafranil®),

l'Imipramine (Tofranil®). A ces doses, la fréquence des effets indésirables (somnolence, effets anticholinergiques) est moindre qu'à doses antidépressives mais nécessite une surveillance, une détection des contre-indications et interactions médicamenteuses ainsi qu'une information des patients. L'effet analgésique apparait plus rapidement que l'effet antidépresseur, il est donc souhaitable d'initier le traitement avec des doses peu importantes et de les augmenter en cas de réponse insuffisante(13).

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ont également des effets analgésiques indépendants de l'effet antidépresseur. Ces agents sont généralement mieux tolérés que les tricycliques avec une efficacité identique(53)(54). Les molécules les plus utilisées sont la Duloxetine (Cymbalta®) à une dose moyenne de 60 mg/jour (52) qui est indiquée dans le traitement de la douleur neuropathique diabétique périphérique chez l'adulte et la Venlafaxine (Effexor®).

1.7.1.3. Les antiépileptiques(1)(51)(52)

Un certain nombre d'anticonvulsivants sont prescrits pour soulager différents types de douleur chronique d'origine neuropathique, souvent avec des résultats intéressants(52). Les molécules les plus utilisées sont : la Gabapentine (Neurontin®, dose moyenne de 1200mg/jour) et la Prégabaline (Lyrica®, dose moyenne de 300mg/jour)(52). L'utilisation de la Carbamazépine (Tégréto®) est limitée pour des indications autre que la névralgie des trijumeaux du fait de ces très nombreux effets indésirables et de ces multiples interactions médicamenteuses(51). Le mécanisme d'action diffère d'une molécule à l'autre. Certaines préviennent les décharges électriques répétées dans les fibres nerveuses, tandis que d'autres entraînent la libération de substances ayant des effets inhibiteurs sur la douleur. Tout comme

les antidépresseurs, leur indication est antalgique pour leur fonction stabilisatrice de transmission du message nerveux et non comme antiépileptique.

1.7.1.4. Les anxiolytiques(1)

Ils peuvent être prescrits principalement dans le cadre d'une prise en charge multidimensionnelle de la douleur chronique. Il existe cependant un risque de dépendance pour les benzodiazépines avec syndrome de sevrage à l'arrêt qui doit être pris en considération dans le cadre de la prise en charge d'une affection chronique.

1.7.1.5. Autres (51)

Il existe également d'autres médicaments disponibles comme les anesthésiques locaux (bupivacaïne ; lévobupivacaïne : Chibrocaïne® ; lidocaïne : Versatis®, Xylocaïne® ; mépivacaïne : Carbocaïne®; procaïne ; ropivacaïne : Naropeïne®), la capsaïcine (Qutenza®), le tetrazepam (Myolastan®), tiapride (Tiapridal®), Mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote MEOPA (Kalinox®), kétamine...(51)(55)

1.7.2. Les traitements non médicamenteux

Les thérapies complémentaires et les « médecines douces » ou médecines alternatives sont des outils supplémentaires à la portée des patients pour reprendre la maîtrise de leur vie. L'acupuncture, la mésothérapie, la relaxation, l'hypnose et l'ostéopathie sont les thérapies qui

semblent les plus prometteuses, et les plus étudiées(43). Ces techniques ne fonctionnent pas pour tous. Chacun doit trouver ce qui est efficace pour lui. Étant donné la perception d'une efficacité limitée des analgésiques par les patients, pour soulager leur douleur, nombre d'entre eux se tournent vers des propositions complémentaires et alternatives comme l'homéopathie, la phytothérapie, l'utilisation de vitamines, de compléments alimentaires associées ou non à des médecins complémentaires comme celle citées précédemment et les traitements pharmacologiques(56). Un avis pharmaceutique est conseillé avant d'utiliser ces produits afin de vérifier l'absence de toxicité potentielle, d'interactions médicamenteuses et/ou de contre-indication et la présence d'études d'efficacité(1).

Il existe également d'autres techniques pour soulager le patient tel que la neurostimulation transcutanée, la chirurgie ou les thérapies comportementales et psychologiques(1)(57)(58)(59).

2. Le rapport aux médicaments

«Pharmakon», médicament en grec, veut dire poison et remède, ce qui exprime bien la signification équivoque de la thérapeutique(60). Si le médicament représente pour celui qui le prescrit le soin, pour le patient ce même médicament représente, certes le soin et donc l'espoir de guérison, mais aussi sa maladie, sa souffrance, ses craintes(61). C'est dire l'ambivalence du rapport médecin-patient et de chacun des deux vis-à-vis du médicament.

L'usage des médicaments fait aujourd'hui l'objet d'une attention accrue des professionnels de santé et des pouvoirs publics, du fait d'une consommation caractérisée comme excessive. La plupart des travaux accomplis sur ce sujet dans les sociétés occidentales s'accordent en effet pour constater l'inflation de la consommation pharmaceutique et l'engouement des Français pour les médicaments. Les Français consomment deux fois à trois fois plus de médicaments que les autres Européens et que les Américains. Le poste « pharmacie » de l'assurance maladie ne cesse d'augmenter et la France est le premier pays pour la consommation de psychotropes dans le monde(62)(63). Cette surconsommation implique des problèmes, thérapeutiques aux yeux des uns et économiques aux yeux des autres. (64)

Pourtant, force est de constater que les médicaments font l'objet de certaines réticences, voire parfois d'un véritable rejet. La forte consommation de médicaments en France, volontiers qualifiée de « sur-consommation », coexiste donc en réalité avec une « sous-consommation », (même si les patients peuvent renouveler régulièrement leurs ordonnances de médicaments non pris ou différemment de la prescription en réalité), dans la mesure où la réticence devant les médicaments peut conduire les patients à refuser et/ou adapter les traitements qui leur sont proposés, attitude que les professionnels de santé qualifie

de faible observance des prescriptions(64). Par ailleurs, cette réticence peut également retenir les patients de consulter un médecin, en vue précisément d'échapper à leur prescription.(64)

S'interroger sur le rapport que les patients entretiennent avec leurs médicaments, est par conséquent, par-delà du constat de surconsommation du point de vue général pour ces substances, de prendre également acte des réticences, des refus et/ou des adaptations potentiels dont ils font parfois l'objet.

Le problème de l'observance thérapeutique est sans doute aussi vieux que la pratique de la médecine. Hippocrate ne disait-il pas déjà : *«Les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments»* (65). De nos jours, le problème reste entier. Dans un de ses rapports, l'Organisation Mondiale de la Santé a conclu que *«améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe quelle découverte biomédicale»* (66). En effet, le défaut d'observance thérapeutique représente certainement un frein majeur à l'obtention des objectifs médicaux.(67)

2.1. Observance thérapeutique

Il existe souvent un décalage entre la prise en charge « techniquement optimale » telle que peut la définir un professionnel de santé et la prise en charge « la plus adaptée possible » aux réalités du patient. C'est ce décalage qui est en jeu, dans la notion d'observance. Selon la définition fondatrice de Haynes, dès 1979, la notion d'observance thérapeutique se définit comme « l'importance avec laquelle les comportements d'un individu (en termes de prise de médicaments, de suivi de régime ou de changements de mode de vie) coïncident avec les conseils médicaux ou de santé » (68). L'observance et son absence, la non-observance,

touchent non seulement au respect de la prise des médicaments prescrits mais aussi à tous les aspects des traitements(69).

Dès les années 70, les auteurs anglo-saxons ont introduit dans la littérature le terme de «compliance» signifiant consentement, obéissance (68). En français, ce terme est habituellement traduit par celui d'observance auquel certains préfèrent la terminologie d'adhésion au traitement qui reconnaît mieux l'implication réelle du patient dans le choix thérapeutique qui lui est proposé. En fait, l'adhésion au traitement («adherence» en anglais) est un terme général qui englobe l'adhésion primaire, l'observance, et la persistance (70).

1) L'*adhésion primaire* est un concept utilisé pour les patients nouvellement diagnostiqués chez lesquels un traitement est initié ; elle concerne le respect de cette prescription inaugurale et peut être évaluée, en première intention, par le contrôle de l'achat du médicament, inscrit sur l'ordonnance, chez le pharmacien.

2) L'*observance* correspond à la manière dont un patient respecte la posologie de son traitement au jour le jour. Elle peut être mesurée par le nombre de doses prises divisé par le nombre de doses prescrites; dans certains cas, il faut aussi tenir compte de l'horaire des prises ou de certaines conditions particulières à respecter.

3) La *persistance* («persistence») représente la durée de prise d'un médicament et peut s'apprécier par la durée moyenne entre l'initiation et l'arrêt du traitement (70). Le manque de persistance pose un problème majeur dans la gestion des maladies chroniques. (66)(67)

L'adhésion au traitement est composite et comprend au moins trois versants essentiels (65)(71):

- L'*adhésion au suivi médical en général*, c'est-à-dire la capacité du patient à se rendre aux rendez-vous pour la prescription et le contrôle du traitement; elle est souvent considérée comme un facteur prédictif des deux autres composantes ;

- *L'adhésion aux règles hygiéno-diététiques*, qui joue un rôle majeur dans la prise en charge de pathologies chroniques, et en particulier dans la prévention des maladies cardio-vasculaires (72) ;
- *L'adhésion au traitement médicamenteux*, la mieux étudiée(67).

La question de l'observance semble une des problématiques au cœur même de la relation médecin-malade (65)(71). La prescription médicale peut être considérée comme un contrat qui découle d'un pacte de soins fondé sur la confiance. Pour le médecin, ce contrat est indiscutable, ainsi qu'en atteste la représentation de l'écrit («l'ordonnance»). Il est perçu comme une responsabilité juridique, une matérialisation d'une négociation aboutie mais qui, finalement, peut s'apparenter à un renforcement du pouvoir médical. Pour le patient, le contrat de prescription est moins évident et les enjeux d'une négociation moins aboutie feront place à une contestation implicite où interviendront les rôles de l'histoire personnelle, des représentations sociales, de la personnalité avec ses besoins, ses désirs, ses craintes, ... En fait, ce contrat, discutable et déséquilibré, est virtuel puisque, de toute évidence, les médecins ne peuvent obliger les patients à se soigner (73).(67)

Les taux d'observance relevés dans la littérature sont très fluctuants, compte tenu de la complexité du phénomène : de 20 % (traitement de l'asthme) à 71 % (traitement de l'arthrose), avec une médiane aux alentours de 40 à 50 %, représentée par le traitement du diabète ou de l'hypertension(69)(74)(75)(76).

L'impression que le médecin a de l'observance de son patient est souvent erronée. L'expérience montre que, pour prendre conscience de l'importance de l'observance, le patient a besoin que son médecin s'y intéresse(67). L'évaluation de l'observance thérapeutique peut faire appel à différents moyens plus ou moins sophistiqués : décompte des comprimés,

contrôle du renouvellement des ordonnances, visualisation des armoires de pharmacie à domicile, entretien en face à face avec le patient (65)(71). Dans les essais cliniques (77), les deux méthodes les plus utilisées sont le décompte des comprimés restants («pill-count») et, plus récemment, l'utilisation de piluliers électroniques qui enregistrent et datent chaque ouverture de flacon (78). Enfin, dans certains cas, le recours au monitoring thérapeutique (quand les dosages plasmatiques et/ou urinaires du médicament et/ou de ses métabolites sont possibles) peut être utilisé pour objectiver l'observance. En effet, le dosage de la concentration du médicament dans le sang (ou éventuellement dans les urines) permet alors d'attester de la prise du traitement. Parfois, un suivi biologique peut être le reflet de la prise du médicament comme la mesure de l'INR(International Normalized Ratio) avec les anti-vitamine K.(67)

2.2. La non-observance thérapeutique

La non-observance peut être décrite avec des termes plus ou moins stricts : selon les interlocuteurs, patients, médecin, pharmacien, infirmière, proches... chacun a une perception différente de ce qu'est la prise adéquate d'un traitement médicamenteux.

Certains ont une approche subjective, fondée sur des critères personnels, affectifs, culturels ou encore comportementaux. « *Je prends mes médicaments pratiquement tous les jours, mais si je ne les ai pas sous la main, je n'en fais pas une histoire : ce n'est pas un jour sans médicament qui change quoi que ce soit.* », « *Je prends tout en une fois, comme ça je suis tranquille pour la journée !* » Certains pensent que la prescription écrite est applicable au pied de la lettre et que sa non-application minutieuse est une « *faute* » : « *J'ai pris mes comprimés après le déjeuner et l'ordonnance disait après dîner ; je me suis trompé, est-ce que j'en reprends ce soir ?* »(79)

La plupart des professionnels de santé essaient de définir la non-observance comme une prise erronée des médicaments, en termes de quantité, de respect des horaires, des contraintes d'alimentation ou de boisson, de régularité, etc., selon le niveau d'exigence requis pour une efficacité optimale et une tolérance maximale. En effet, il est essentiel de prendre en compte et de connaître, dans la mesure du possible, l'observance minimale nécessaire pour que le traitement soit optimisé. Certaines affections ne peuvent tolérer l'oubli d'une seule prise médicamenteuse ou leur décalage plus de n fois par mois, ou encore l'association avec tel ou tel liquide, sous peine de fausser les résultats. Ainsi, il est possible de se donner des indicateurs objectifs, chiffrés, dont la valeur est rapportée à une valeur de référence, variable selon les pathologies ou les médicaments. Par exemple, dans le cadre de l'infection par le VIH, une observance inférieure à 95 %, pour les traitements antirétroviraux, a une incidence sur la charge virale plasmatique(79). Une hypertension mal contrôlée, oscillant au-delà d'un écart donné connu expose à davantage d'accidents vasculaires cérébraux que le maintien tensionnel dans cet intervalle optimal(79). De plus en plus, le pourcentage d'observance nécessaire, par pathologie, sera précisé, permettant aux professionnels d'avoir un échange éclairé et argumenté avec les personnes en traitement de longue durée.(79)

Les difficultés de l'observance des prescriptions médicales ont été mises en évidence par l'enquête du Comité Français d'Education à la Santé en 1994. Outre la place importante de l'automédication, cette enquête a montré des modifications fréquentes des prescriptions médicales (près de 60 % des cas) portant soit sur la dose thérapeutique (souvent diminuée) dans plus de 20% des cas, soit sur la durée du traitement (également raccourcie) dans plus d'un tiers des cas (73). Selon diverses études publiées, le nombre de patients non-observants serait compris en moyenne entre 30 et 60 % (65)(67). A titre d'exemple, 58% des patients traités pour un glaucome ne sont pas compliants ; 49 % des personnes ayant présenté un

infarctus du myocarde arrêtent le programme de rééducation avant la fin de la première année après l'accident ; 60 % des personnes traitées pour une hypertension artérielle ne sont pas contrôlées de manière satisfaisante ; seuls 50 % des dialysés respectent les règles diététiques ; 7% des personnes diabétiques respectent correctement l'ensemble de leur prescription.(79)

Le problème se pose en ambulatoire mais également en milieu hospitalier où l'observance est loin d'être parfaite (65). Selon Urquhart, dans une étude ayant eu recours à des piluliers électroniques, 1 patient sur 6 est parfaitement observant, 1 patient sur 3 observant de façon satisfaisante, 1 patient sur 3 est partiellement observant et 1 patient sur 6 est non observant (Fig. 1) (67)(78).

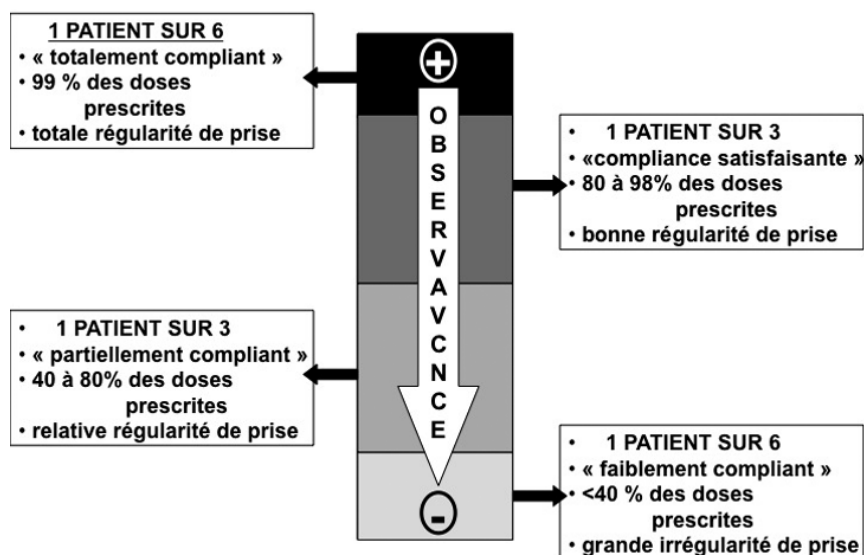


Figure 8 : Répartition des patients en fonction d'une échelle d'observance thérapeutique évaluée à l'aide d'un pilulier électronique (selon Urquhart 1994).

Une étude britannique a comparé 21000 prescriptions réalisées pendant 3 mois par 9 généralistes d'un centre de santé auprès de 4854 patients aux délivrances correspondantes réalisées par les pharmacies locales : il apparaît que 15 % des patients n'ont pas récupéré leurs médicaments à la pharmacie , chiffre variant par ailleurs sensiblement en fonction du

médecin prescripteur (80). Même si ce travail est déjà relativement ancien (1993), il n'en reste pas moins interpellant.(67)

La non-observance thérapeutique peut être responsable de multiples complications, comme cela a été démontré dans divers domaines de la médecine (75), dont celui des maladies cardio-vasculaires (81). Une méta-analyse de 21 études observationnelles ayant inclus 46.847 participants a testé l'influence de l'adhésion au traitement sur la mortalité. Comparé à une mauvaise adhésion, une bonne adhésion est associée à une mortalité réduite pratiquement de moitié (67)(82).

Si la non-observance thérapeutique peut avoir des conséquences dramatiques pour le patient, il ne faut pas négliger l'impact considérable qu'elle peut aussi avoir sur le plan pharmaco-économique. Pour des pathologies comme le diabète, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie, il a été montré qu'une bonne adhésion au traitement pharmacologique était associée à une réduction significative des hospitalisations et, dès lors, directement impliquée dans une réduction des coûts des soins de santé (83). Selon une enquête américaine, 1 sujet âgé sur 10 est hospitalisé pour non-observance du traitement prescrit, ce qui a, des répercussions majeures en termes de santé publique (84). Enfin, le coût des médicaments achetés (et souvent plus ou moins remboursés), mais non utilisés ou utilisés de façon non optimale, devra aussi être pris en compte(67).

Le coût du traitement des phases aiguës, des hospitalisations, de la surconsommation de soins, des arrêts de travail ... pourrait être utilisé à la prévention et à l'éducation thérapeutiques des patients afin d'anticiper leurs difficultés et diminuer ou éviter les complications. Par exemple, l'évaluation du développement de stratégies adaptées et performantes en éducation thérapeutique des patients diabétiques dans un centre hospitalier du nord de la France, a montré une diminution de 31,4% du nombre d'hospitalisations(79). De

plus, les épisodes morbides et les récives ébranlent la confiance du patient dans les traitements et dans le médecin.

2.3. Les déterminants de l'adhésion au traitement médicamenteux comme éléments de compréhension des liens entre patient et médicament

Les causes de non-observance sont multiples. Voici les principaux déterminants de l'adhésion des patients au traitement médicamenteux catégorisés en 5 dimensions (85):

La maladie	présence de troubles cognitifs, visuels, de la personnalité ; absence de symptômes ; présence d'addictions ; présence d'un état dépressif...
Le traitement médicamenteux	complexité du traitement (nombre total de médicaments par jour, nombre de co-médications associées, répartitions des prises de médicaments dans la journée / fréquence, contraintes de prises...) ; temps quotidien dédié au traitement, modalités d'administration des médicaments, durée du traitement...
Les facteurs démographiques et socio-économiques	caractéristiques démographiques, stabilité familiale, ressources matérielles (revenu, travail, ...) ; précarité sociale/sans domicile/statut d'immigré ; coûts liés à la prise en charge et accessibilité aux soins ; appartenance ethnique/culturelle...
Le patient et/ou son entourage	savoirs théoriques (connaissances et compréhension de la maladie et des médicaments, niveau d'alphabétisation médicale) ; savoirs pratiques/savoir-faire/compétences d'auto-soins/méta-savoirs ; expériences antérieures ; représentations liées à la maladie et aux médicaments (perception de la « bonne santé » ou « d'être malade », de la gravité de la maladie, représentations sociales de la maladie, représentations des médicaments, croyances, balance bénéfiques/risques) ; émotions (peur, anxiété, craintes, culpabilités, honte, échec personnel, stigmatisation sociale) ; ressources externes (support social perçu, rôle de l'environnement) ; ressources internes ou compétences psychosociales (estime de soi, sens donné à la maladie et à son traitement, sentiment d'efficacité personnel, motivation)...
Le système de soins	qualité de la relation thérapeutique patient-soignant, organisation des soins (accessibilité et qualité du réseau de soins, disponibilité des soignants, continuité des soins)...

Tableau 2 : Principaux déterminants de l'adhésion médicamenteuse classés en 5 dimensions (extrait du travail de M.Baudrant-Boga)(85)

Ces différents facteurs peuvent être retrouvés et combinés différemment selon les patients d'où l'importance d'imaginer des approches multidimensionnelles auprès des patients.

Au vu de la forte prévalence de la non-observance et des répercussions importantes pour l'individu et la société, il est indéniable que tous les efforts doivent être mis en œuvre pour améliorer l'adhésion au traitement (65)(75)(81)(86)(87)(88). Ainsi, adhérer et maintenir son engagement dans la prise en charge de ses médicaments au quotidien représente un réel défi pour les patients et pour la société, face aux multiples facteurs pouvant influencer cette adhésion au traitement médicamenteux. Des stratégies doivent être recherchées en fonction des causes qui ont été identifiées pour expliquer la non-observance, causes, qui, comme nous l'avons vu, étaient relatives à la maladie (qui est, par définition, une contrainte imposée), au traitement médicamenteux, aux facteurs démographiques et socio-économiques, au patient et/ou à son entourage, au système de soins. Elles reposent sur des actions pratiques (comme la simplification des prescriptions, la proposition d'un plan de prise, la mise à disposition de piluliers) et sur des interventions plus complexes de type éducatives et/ou motivationnelles.

Concernant les patients douloureux chroniques, quels sont les éléments de compréhension catégorisés selon ces 5 dimensions déjà décrits dans la littérature sur leurs comportements liés aux médicaments ?

2.3.1. La maladie : Douleur chronique

Une étude réalisée auprès de 148 patients douloureux chroniques ayant rempli des questionnaires pour explorer le vécu de leur douleur à l'Université de Lyon en 2005 a montré

les résultats suivants (4) : un âge moyen de 59 ans pour les hommes, 65 ans pour les femmes ; 36% des patients disaient souffrir depuis plus de 10 ans et 18% depuis 5 à 10 ans ; l'ancienneté de la douleur était importante puisque pour 54% d'entre eux, elle durait depuis plus de 5 ans.

Concernant le retentissement émotionnel de la douleur, une dépression mesurée avec l'échelle HAD était retrouvée chez 35% des patients. Des idées suicidaires à cause de la douleur existaient parfois chez 17% des patients et souvent chez 4%. L'anxiété était présente chez la moitié des répondants. La dépression était corrélée à l'intensité de la douleur. Ce résultat se retrouve dans de nombreuses études (89)(90). Une douleur qui perdure, ne s'améliorant pas avec un traitement antalgique bien conduit, doit rendre vigilant les soignants au risque de survenue de syndromes dépressifs et/ou anxieux. Une exploration plus globale de la personne sur un versant psychologique pour appréhender la signification de sa ou ses douleur(s), les représentations du patient, les bénéfices ou conséquences négatives vécues devra être menée et/ou renforcée. Face à un état dépressif débusqué sous les aspects douloureux, un soutien psychologique associé ou non à un traitement antidépresseur à visée antidépressive et antalgique pourront être proposés(91)(92). Dans l'étude lyonnaise, seulement 22,8% des patients ont indiqué dans leur traitement un ou plusieurs antidépresseurs : 1,8% prenaient un antidépresseur tricyclique, 8,8% un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et 3,7% un antidépresseur "autre". Ces résultats semblent en deçà des besoins (35,5% ayant un diagnostic de dépression avec l'échelle HAD). Ce résultat retrouvé dans d'autres études, pose la question d'une sous-estimation voire d'une non reconnaissance de cette dépression induite chez les patients douloureux chroniques et des répercussions sur leur prise en charge autant du côté soigné que soignant(89)(90).

2.3.2. Le traitement médicamenteux

Le traitement lui-même peut influencer l'observance du patient. Un traitement sera mieux suivi si le patient le ressent comme efficace et bien toléré et le niveau d'observance et de persistance d'un traitement peut être considéré comme un critère de satisfaction. De plus, les manifestations indésirables paraissent être un obstacle majeur à l'observance. . Dans certains cas, le recours à une titration progressive en début de traitement permettra d'améliorer la tolérance et donc, *in fine*, l'observance thérapeutique(67).

De plus, un nombre important de médicaments à prendre par jour joue également un rôle non négligeable dans l'observance thérapeutique (impact négatif le plus souvent mais parfois positif). De même, la fréquence des prises quotidiennes de médicaments a une influence sur la durée de l'adhésion du patient à son traitement médicamenteux. Les contraintes de prises des médicaments comme des horaires précis, l'association à une prise alimentaire ou à distance des repas, des spécificités de stockage (au réfrigérateur par exemple), le temps nécessaire à la gestion des médicaments (préparation, prises, injections, surveillance associée...), l'adaptation des doses, la voie d'administration, la nécessité d'une utilisation continue et prolongée sont des éléments qui auront un impact sur l'adhésion médicamenteuse(85).

Quels sont les critères de choix des personnes devant prendre un ou des médicaments ?

La plupart des études qui se préoccupent de la préférence des patients dans le choix de leur traitement se centrent essentiellement : sur l'efficacité perçue de celui-ci (y compris ses effets secondaires), la présentation galénique, son coût et l'observance (93). Les travaux montrent essentiellement que les patients préfèrent un médicament efficace et avec peu

d'effets secondaires. Des résultats variables sont observés concernant sa contrainte dans la fréquence(94)(95) et le mode de prise (96)(97). Et, selon le contexte des pathologies considérées, les patients peuvent préférer une intervention chirurgicale à toute autre forme de prise en charge si cela leur permet de recouvrer un état de santé satisfaisant (98). Il semble donc qu'au-delà de l'efficacité et des effets secondaires du médicament, les autres variables (fréquence de prise, contraintes, etc.) sont perçues différemment selon les traitements et les contextes de leur prescription(99).

Dans une étude évaluant les différences de critères retenus par des étudiants de différentes nationalités (français et québécois) dans le choix de la prise des médicaments, 633 étudiants québécois et 645 étudiants français des deux sexes ont répondu à un questionnaire auto-administré portant sur différents critères qui interviennent dans la prise des médicaments. Les résultats montrent que dans les deux pays, l'efficacité constitue le critère le plus important (98,6% pour les Québécois et 100% pour les Français), suivi de la rapidité d'action (respectivement 91,6% et 95,9%), des effets indésirables (respectivement 91% et 80,4%). Si la taille des médicaments est plus secondaire pour les deux groupes et ne varie pas significativement (autour de 25%), les étudiants se différencient sur d'autres aspects. Le goût est ainsi plus important chez les Français (47%) que les Québécois (32,5%), tout comme le contenant (retenu par 36,2% des Français et par 14,6% des Québécois), la texture (retenue par 26,8% des Français et 13,1% des Québécois), l'odeur (retenue par 23,2% des Français et 11,2% des Québécois), alors que la couleur ne semble pas constituer un élément important (respectivement 5,7% et 3% des répondants de chaque groupe). La prise des médicaments semble donc dépendre essentiellement de critères pharmacologiques pour la grande majorité des étudiants mais les critères sensoriels, bien que moins importants, restent quand même significatifs(100).

À en juger par les enquêtes qu'ils commanditent et les efforts qu'ils déploient pour trouver des formes innovantes, la galénique semble un domaine qui intéresse fortement les laboratoires pharmaceutiques : la forme est considérée comme un facteur clé dans l'observance du traitement (101). Elle représentera un avantage concurrentiel important, si le patient est sensible à l'agrément ou à la commodité qu'elle confère à la prise, et que le médecin y voit un moyen de maximiser la satisfaction du patient et l'efficacité du traitement. La forme peut constituer un objet de négociation entre le médecin et le patient : selon un sondage réalisé par l'IFOP (102) 37% des patients interrogés affirment demander une forme précise à leur médecin, 36% mentionnent par ailleurs le fait que leur médecin leur laisse le choix entre plusieurs formes. Les enquêtes sur les préférences des patients s'intéressent essentiellement à la forme galénique, c'est-à-dire la forme du médicament lui-même, déclinée en multiples catégories : comprimés, dragées, gélules, sirops, ampoules, suppositoires etc. Il en ressort que les patients trouvent les comprimés difficiles à avaler ; que les hommes, les personnes de 50 à 64 ans et les malades souffrant de troubles cardiaques et digestifs préfèrent les gélules, alors que les femmes ont un goût prononcé pour les dragées et apprécient les sachets de poudre ; et que les employés et les ouvriers sont favorables aux formes liquides etc. (103) (104).

Une expérience intéressante a été menée dans un service de cardiologie (105). Le même bêtabloquant a été administré sous forme de comprimé, de gélule blanche et de gélule rouge à trois groupes de patients souffrant d'hypertension et recevant ce traitement pour la première fois : les patients du groupe recevant la gélule rouge ont eu une amélioration de leur tension, après un mois de traitement, alors que ceux recevant la gélule blanche et le comprimé avait des résultats plus tardifs et moins importants. Les patients recevant les gélules rouges

ont précisé qu'ils recevaient un dosage "fort". Ils ont été les plus satisfaits de la couleur du médicament reçu, les autres groupes étant assez indifférents quant à la couleur." (103) (104).

La forme semble donc choisie selon des critères de différents niveaux qu'il soit symbolique mais aussi pratique (faciliter la prise, permettre un repérage simplifié des médicaments pour éviter les erreurs etc...). Par exemple, des comprimés d'anti-inflammatoires destinés aux patients arthritiques sont présentés sous forme d'osselets, ce qui facilite la préhension chez des patients qui ont des difficultés avec leurs articulations mais renvoie aussi à la définition de la maladie ; ailleurs, un comprimé indiqué pour les atteintes cardiaques a une forme de cœur stylisé(104)...

Différentes difficultés ont pu être constatées si des explications sur les modalités de prise n'étaient pas proposées (durant la consultation, le patient étant intimidé, ou chez le pharmacien, le patient ayant peur de poser des questions « ridicules »). Certains conditionnements comme le suppositoire sont inconnus voire tabous (religion musulmane) : la mention très technique « voie rectale » n'aide pas non plus à clarifier le mode d'administration, si celui-ci n'a pas déjà été pratiqué ; il arrive que des patients croquent les suppositoires. Dans le même ordre d'idée, il existe en France une infinité de comprimés (à croquer, à sucer, à avaler, à dissoudre dans un verre d'eau, à faire fondre sous la langue). Dans d'autres pays ce sont les sirops, les poudres ou les gélules qui l'emportent. Cela peut donc expliquer que les erreurs de prise soient multiples, car les personnes ne se réfèrent pas toujours à la notice ni à l'emballage ou ceux-ci ne sont pas assez explicites. Par exemple, il arrive que des patients mettent le comprimé effervescent directement sur la langue et le jugent donc « trop piquant ». Le traitement est alors le plus souvent abandonné(106).

Concernant les patients douloureux chroniques :

L'étude menée à Lyon en 2005 sur le vécu de la douleur des patients douloureux chroniques (4) montre que 62 % des patients se déclaraient satisfaits ou très satisfaits de leur traitement et 74% disaient suivre les consignes de leur médecin.

Par rapport aux effets indésirables : 51,1% ne se disaient pas gênés par des effets secondaires. A l'inverse, les personnes se disant gênées par ces derniers se plaignaient de gastralgies (59,7%), de fatigue ou de somnolence (46,3%), de constipation (37,3%), de nausées ou vomissements (23,9%), de vertiges (22,4%), ou autres (7,5%). Les patients se plaignant d'effets secondaires rapportaient en moyenne 2 effets indésirables.

Les médicaments pris : 39% des patients rapportaient dans leur traitement des antalgiques de palier 1 maximum, 52,2% des antalgiques de palier 2 maximum, 5,1% des antalgiques de palier 3, 3,7% ne prenaient pas d'antalgique.

Une autre étude a été menée par le CLUD du Pôle Centre - Alsace en décembre 2004 (107). Elle avait comme objectif de réaliser un état des lieux des différentes prises en charge de la douleur afin de poser les bases d'actions d'amélioration. 209 patients ont répondu à un questionnaire, ainsi que 89 personnels soignants et 12 médecins.

L'analyse des questionnaires patients sur le versant traitement montre les résultats suivants concernant les effets secondaires :

- 32,5% des patients ont présenté des effets secondaires,
- 56,5% d'entre eux déclarent que personne ne leur a demandé de les signaler,
- 43,5% des patients n'ont pas été soulagés de leurs effets secondaires.

Concernant les traitements :

- 48% des patients déclarent être bien soulagés,

- 24% d'entre eux le sont moyennement
- 28% des patients sont peu ou pas du tout soulagés.

Une enquête a été menée sur l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens chez des patients souffrant de douleurs rhumatologiques en 2003 avec l'institut Louis-Harris auprès de 401 patients français atteints de douleurs rhumatologiques et traités par AINS classiques (Coxibs exclus), dans le but d'évaluer leur tolérance digestive et leur souhait d'amélioration concernant ce traitement AINS (108). 76 % des patients considèrent leurs douleurs rhumatologiques comme handicapantes. 31% signalent des problèmes de tolérance digestive, conduisant chez 20% d'entre eux à la prescription d'une gastroscopie et chez 82 % à la prescription d'un médicament, protecteur gastrique (inhibiteur de la pompe à protons essentiellement). Cette mauvaise tolérance digestive est responsable dans 45% des cas d'un arrêt de l'AINS ou de sa réduction de posologie, induisant chez plus d'un patient sur deux un retentissement sur la maladie rhumatologique, notamment une augmentation des douleurs. Les patients souhaitent d'autre part dans 76 % des cas une amélioration de l'efficacité de l'AINS et dans 43% des cas une réduction des problèmes de tolérance digestive.

Cette enquête confirme que dans la vie quotidienne, l'utilisation et l'efficacité des AINS classiques sont limitées par des problèmes de tolérance digestive.

Ces 3 études insistent sur l'impact des effets indésirables comme freins à l'observance thérapeutique des patients douloureux chroniques.

Face à ces différentes difficultés liées au traitement médicamenteux lui-même différentes stratégies ont été proposées : optimiser et rationaliser le traitement (niveaux de

preuve, supprimer les doublons, les médicaments inutiles...)(67)(85)(109), favoriser les traitements en 2 prises par jour voire en monoprise (85)(109), choisir les formes galéniques les mieux acceptées par le patient, essayer de limiter les manifestations indésirables en sélectionnant les médicaments les mieux tolérés, en respectant les contre-indications, en tenant compte des modifications de pharmacocinétique éventuelles (âge, co-médications, ...) (67) et surtout en proposant des stratégies de gestion aux patients et/ou d'adaptation possible lors de la survenue de ces effets indésirables (y compris la possibilité de demander de l'aide auprès des soignants).

De plus, différents dispositifs ont été proposés afin d'aider le patient à reconnaître ses médicaments et à les prendre selon les conditions de prises préconisées (jour et horaire) : plans de prise, conditionnements unitaires, piluliers avec pour certains un système de rappel incorporé...

2.3.3. Les facteurs démographiques et socio-économiques

Concernant les caractéristiques démographiques, aucun effet systématique n'a été décrit par rapport à l'âge ou au sexe. Cependant, les défauts d'adhésion au traitement médicamenteux semblent plus importants chez les enfants d'âge scolaire, durant la période de l'adolescence et chez les personnes âgées (poly-médication, complexité du traitement médicamenteux, difficultés de compréhension des instructions). La stabilité familiale, le mariage, le partenariat et le soutien par les pairs auront un impact positif sur l'adhésion au traitement médicamenteux. De façon générale, un niveau socio-économique bas (pauvreté, précarité sociale, culture, coûts liés à la prise en charge et à l'accessibilité aux soins...) sera un facteur prédictif d'un défaut d'adhésion au traitement médicamenteux(85).

Concernant les patients douloureux chroniques, à partir des données de la troisième Enquête suisse sur la santé (ESS-02) publiée en octobre 2006, les prévalences, selon le genre et l'âge, de la consommation des médicaments antidouleur sont disponibles (110).

Avec des proportions relativement élevées de troubles physiques importants (de 25% chez les femmes jeunes à 40% chez celles plus âgées), les femmes prennent davantage d'antidouleur que les hommes. Toutefois, comme pour ces derniers, cette consommation reste largement en deçà de la fréquence et de l'intensité des symptômes physiques déclarés.

En différenciant la prescription médicale d'antidouleur de ceux utilisés en automédication, les différences entre les âges s'accroissent. Si les femmes en consomment davantage que les hommes, tout comme elles déclarent plus de troubles physiques, l'automédication, autour de la cinquantaine pour les deux sexes, diminue au profit de la prescription médicale. Ces résultats soulignent une plus grande proximité des personnes âgées, notamment des femmes, avec le système de soins, suivant l'augmentation des maladies invalidantes et du risque d'isolement.

2.3.4. Le patient et/ou son entourage

Plusieurs facteurs peuvent être déterminants pour l'adhésion du patient au traitement médicamenteux (85) : les connaissances, la compréhension de la maladie et des médicaments, le niveau d'alphabétisation médicale... Même si la connaissance seule ne suffit pas pour induire un comportement de santé. Les difficultés de compréhension des notices montrent l'importance d'utiliser des outils d'aide à la compréhension adaptés ; les savoir-faire (gestes techniques par exemple), les compétences (adaptations face à différentes situations).

Les expériences antérieures vécues ainsi que les émotions véhiculées par les situations liées à la santé, la prise de médicaments (peur de perdre son identité, le risque de

stigmatisation...) auront un impact important sur l'adhésion future au traitement médicamenteux (vécus d'effets indésirables, perception d'efficacité car test positif déjà vécu...). Les représentations de la maladie et des médicaments auront un rôle déterminant dans l'adhésion médicamenteuse et sont encore trop peu étudiées.

Les représentations de la maladie et des médicaments pilotent les comportements des patients. Spécifiquement, par rapport à la prise médicamenteuse, diverses recherches ont montré que la manière dont les patients se représentent les effets secondaires des médicaments qui leur sont prescrits constitue un déterminant majeur de la non-adhésion. Il peut s'agir de la peur de la survenue d'effets secondaires quels qu'ils soient (111), de leur ampleur (112)(113) et/ou de leur type (114), plus précisément, de la peur d'une dépendance (115)(116) ou d'une perte de contrôle (117). La prise régulière de médicaments constituerait alors le dernier recours, lorsque les symptômes sont plus inacceptables que les risques d'effets secondaires (118) (119).

Il semble donc incontournable pour les soignants d'apprendre à identifier ces représentations, les faire émerger, faire apparaître leur lien avec la proposition thérapeutique (obstacle ou levier), les mobiliser puis les faire évoluer. Enfin, l'identification des ressources du patient (propres à lui-même, personnes aidantes désignées par le patient, les mondes soignant, professionnels, amical...) est un levier incontournable dans l'optimisation de l'adhésion thérapeutique du patient.

Pour le patient, la notice est le document de référence du médicament, dans lequel se trouvent explicités ce que l'utilisateur peut en attendre et ce à quoi il doit se conformer en vue d'en obtenir tel ou tel résultat. Depuis 1989, les médicaments mis sur le marché européen doivent être accompagnés d'une notice explicative, appelée en France « notice pharmaceutique » et définie comme : un document d'information destiné au patient, [devant

garantir] un niveau élevé de protection des consommateurs, de façon à permettre une utilisation correcte des médicaments, sur la base d'une information complète et compréhensible (Directive Européenne 92/27/CEE). Puisqu'elles s'adressent au patient, il importe également que celui-ci puisse aisément retrouver et comprendre les informations essentielles à l'utilisation du médicament (120). Son importance ne doit pas être sous-estimée si l'on en croit à la fois les réactions des médecins assaillis par les appels téléphoniques (101) et le témoignage des pharmaciens qui voient revenir vers eux les clients inquiets devant tel ou tel symptôme qui évoque les effets secondaires signalés dans la notice (121).

Une étude publiée en avril 2000 a permis d'interroger 60 personnes en bonne santé au sujet de leur mode d'information et de leurs représentations concernant les médicaments (119). A partir de leurs réponses, obtenues dans le cadre d'entretiens semi-structurés, a été élaboré un questionnaire que 187 visiteurs de la Foire de Genève ont rempli en novembre 1999.

A la question leur demandant leurs sources habituelles d'information sur les médicaments, 94% des personnes ont répondu lire *toujours* la notice d'emballage. Le médecin constitue également une source importante d'information puisque 91% des répondants disent lui poser des questions. Les personnes se renseignent aussi auprès de leur pharmacien (81%) et, dans une moindre mesure (45%), auprès des médias. Une source d'information n'exclut pas les autres, au contraire. De nombreuses personnes déclarent ainsi croiser les informations. Il est intéressant de noter que pour 62% des personnes, la notice est désignée comme le support permettant d'obtenir le plus d'informations, mais que seuls 36% estiment que la notice constitue à elle seule une source d'information suffisante. Pour plus de 50% des personnes, la notice est un document inquiétant, principalement par la liste des effets indésirables. Que ce soit par une lecture de la notice ou par des questions au médecin ou au pharmacien, ce sont

surtout les effets indésirables, la posologie et les contre-indications que les personnes interrogées disent rechercher à titre d'information (122).

A la question portant sur une définition du type et du mode d'information idéale sur les médicaments, il ressort clairement que la grande majorité des personnes interrogées ne se satisfait pas d'une voie unique d'information. En général, les personnes aimeraient recevoir une information orale par le médecin ou le pharmacien, avoir le temps de lire une information écrite puis avoir la possibilité, en cours de traitement, de poser à nouveau des questions au médecin. Dans l'idéal, les informations jugées les plus importantes sont tout d'abord la posologie et les effets indésirables, mais également le mode d'action et les contre-indications.

Concernant les représentations des médicaments, pour la presque totalité des personnes interrogées (94%), les médicaments sont principalement des produits chimiques. 64% considèrent aussi que ce sont des produits à base de plantes, mais ils ne sont alors plus toujours considérés comme faisant partie de la médecine occidentale. Ce sont des produits qui soulagent plus qu'ils ne guérissent. Les médicaments sont considérés comme «roue de secours» par 68% des personnes. A partir des entretiens semi-structurés, 22 descripteurs concernant les médicaments ont pu être isolés, dont 12 étaient négativement connotés. Cette connotation négative s'exprime par exemple chez 73% des sujets qui considèrent les médicaments comme un risque pour l'organisme, voire comme un poison (46%). Bien que 82% des personnes interrogées citent les médicaments comme moyen de lutter contre la douleur, 68% déclarent préférer éviter la prise de médicaments. Plus de la moitié des personnes pensent que l'on risque d'en devenir dépendant.

Ces données soulignent l'ambivalence que suscitent les médicaments. D'une part, les personnes interrogées s'attendent à quitter le médecin en possession d'une prescription porteuse de la science susceptible d'amener un soulagement, voire la guérison preuve aussi de l'action du médecin. D'autre part, elles préfèrent dans leur majorité éviter la prise de ce

qu'elles considèrent comme potentiellement dangereux, voire carrément toxique. Plusieurs personnes avouent qu'une fois seules chez elles, souvent après lecture de la notice et des effets indésirables, elles renoncent à la prise du médicament. Il est aussi intéressant de voir que le prix du médicament et la publicité n'ont pratiquement pas été évoqués, démontrant bien le fait que le médicament, même si le patient doit aller l'acheter à la pharmacie, ne peut être assimilé à un autre produit commercial.

Une information orale préliminaire et, dans l'idéal, une possibilité de rediscuter après l'essai, sont les attentes les plus fréquemment exprimées. En effet, bien des personnes sont conscientes que la rencontre de leur organisme avec le médicament est unique, que le médecin connaît des statistiques, la fréquence des effets indésirables, mais ne peut prédire avec certitude le résultat de cette rencontre individuelle. Apparaît également la crainte d'une perte de contrôle, car une fois absorbé, le médicament agit sans que l'on puisse en changer le cours. Dans cette perspective, la prise en considération tant des représentations que des attentes des patients face aux médicaments apparaît comme une des composantes essentielles de la prescription médicamenteuse.

Concernant les patients souffrant de douleurs chroniques, leurs situations représentent un état complexe car il n'existe, à l'heure actuelle, aucune approche qui permette à elle seule d'éliminer toutes leurs douleurs.

Une revue récente illustre bien cette constatation en relevant le soulagement, au mieux partiel, obtenu chez des patients souffrant de rachialgies chroniques, aussi bien par les opioïdes par voie orale ou intrathécale, que par les approches chirurgicales ou par la stimulation cordonale (123)(124). Lorsqu'un traitement étiologique permettant une disparition des douleurs n'est pas envisageable, un programme thérapeutique comprenant diverses approches doit être élaboré en fonction de chaque patient. Ces programmes plurimodaux

tendent à diminuer les douleurs, améliorer l'activité physique et l'état psychologique ainsi qu'à diminuer la consommation de soins. Ces programmes combinent plusieurs approches symptomatiques : physiques, médicamenteuses, cognitives. Les divers traitements proposés ainsi que l'établissement d'objectifs réalistes doivent être discutés avec le patient. Il est essentiel que celui-ci soit en mesure de jouer un rôle actif dans sa prise en charge. En effet, les patients souffrant de douleurs qui persistent vont spontanément rechercher un soulagement en évitant toutes situations (physiques, psychiques, sociales, etc.) susceptibles d'aggraver les douleurs, au prix d'un repli progressif dans tous les domaines de la vie. Par ailleurs, les divers échecs thérapeutiques vont paradoxalement pousser certains patients à augmenter la "consommation" des traitements - orthodoxes et/ou alternatifs - et celle des différents thérapeutes (124).

L'ensemble de ces adaptations inadéquates, parfois favorisées par les thérapeutes eux-mêmes, deviennent alors des facteurs de maintien de la douleur chronique, conduisant à une aggravation du déconditionnement physique comme de la dégradation de la sphère psychosociale du patient.

L'étude menée à Lyon en 2005, sur le vécu de la douleur des patients douloureux chroniques (4), montre que 24,5% des patients se disent réticents à prendre des médicaments en général et 25,2% à prendre des antalgiques. En augmentant ou en diminuant les doses ou en modifiant la fréquence, 26% des patients ne respectent pas les consignes du médecin. Ceci correspond aux 30% de non observance retrouvés dans la littérature. Le fait d'adapter sa thérapeutique est classique dans une situation aussi durable, le patient apprenant au fil du temps à gérer ses besoins d'antalgiques, encore que 27% trouvaient leur douleur habituelle insupportable.

L'automédication vue du côté des patients était faible 8,5% et la satisfaction globale était de 61%. Là aussi, il serait utile de réaliser des entretiens car pour beaucoup de personnes prendre "un aspro" ou "un doliprane", ce n'est pas prendre un médicament.

Le choix d'un antalgique se fait selon des règles bien établies et décrites dans de nombreux textes de référence (125)(126).

Dans ce travail, ce sont les enjeux d'une prescription médicamenteuse chez les patients souffrant de douleurs chroniques qui seront explorés dans le paragraphe suivant.

Il ressort de plusieurs études que les patients présentant ces types de douleurs consomment plus de médicaments que les patients souffrant d'autres maladies chroniques non symptomatiques et qu'ils prennent souvent, en plus, des médicaments obtenus sans ordonnance (127)(128). Il faut relever que cette consommation élevée de médicaments ne correspond pas toujours aux bénéfices antalgiques très faibles voire nuls qu'ils déclarent, ni au fait que pour nombre d'entre eux (comme c'est aussi le cas de sujets sains) ils affirment préférer éviter les médicaments. Ceux-ci, considérés comme des produits chimiques potentiellement délétères pour l'organisme, sont rarement perçus comme une possibilité de guérison mais plutôt comme, au mieux, une aide, et au pire, une béquille voire une drogue (129)(124).

Ainsi, ces patients vont suivre la prescription médicamenteuse selon un rapport coût/bénéfice personnel qui va dépendre de nombreux facteurs, dont bien sûr le soulagement physique, mais également des connaissances et représentations concernant le médicament proposé, des effets indésirables et des limites imposées par une prise médicamenteuse (118). 260 patients référés au Centre Multidisciplinaire d'Évaluation et de Traitement de la Douleur se souvenaient avoir essayé en moyenne 11 antalgiques différents (minimum : 1 ; maximum : 38) et un tiers de ces patients déclaraient qu'aucun médicament n'avait été efficace, ceci

indépendamment du nombre de médicaments testés. La principale raison d'arrêt (41 %) invoquée était l'inefficacité du médicament (130). Berndt et coll ont relevé que les patients qui cachaient aux thérapeutes qu'ils avaient modifié la posologie de l'antalgique prescrit ou qu'ils prenaient une autre molécule, étaient aussi ceux qui décrivaient une efficacité moindre des antalgiques par rapport aux patients suivant la prescription (127)(124).

La définition de l'efficacité antalgique peut aussi ne pas être partagée par le patient et le prescripteur. Ce dernier sait que les traitements apportent, dans la majorité des cas, un soulagement partiel et/ou temporaire, alors que de nombreux patients, malgré une expérience d'échecs parfois longue attendent néanmoins la disparition des douleurs. L'évaluation de l'efficacité par le patient est une opération complexe qui, en plus du soulagement, va dépendre de plusieurs paramètres tels que les attentes du patient envers la molécule, l'attitude du thérapeute telle que le patient la perçoit, les croyances du patient et de ses proches, l'expérience antérieure par rapport aux médicaments et à la maladie ainsi que la mémoire de la douleur ressentie avant l'introduction du traitement. Une patiente explique ainsi lorsqu'on lui demande si l'anti-inflammatoire prescrit pour des douleurs musculo-squelettiques a été efficace : « *Quand je le prends le soir il me permet de me sentir mieux le matin, il n'est pas efficace au niveau de la douleur, mais il n'a pas d'effet secondaire. J'ai moins mal, mais cela ne veut pas dire que c'est efficace. Efficace veut dire de ne plus avoir mal du tout. Ma sœur m'a dit que c'est un médicament léger, qu'il n'a pas d'effet secondaire, mais qu'il n'est pas très efficace* ». Ce traitement ne répond pas à la définition d'efficacité de la patiente, mais si elle le poursuit malgré tout, c'est qu'il n'est pas perçu par elle et sa sœur comme un médicament potentiellement dangereux. Si tel avait été le cas, il est fort probable qu'elle n'aurait pas poursuivi le traitement malgré le soulagement ressenti (124).

Un problème particulier se pose lorsqu'un antidépresseur est prescrit à but antalgique chez les patients souffrant de douleurs chroniques. Si l'effet antalgique largement documenté des antidépresseurs tricycliques conduit les thérapeutes à les prescrire, le patient souffrant de douleurs chroniques, rebelles aux traitements usuels, peut être surpris de se voir prescrire un antidépresseur ? Si le patient lit la notice, il est rare qu'il puisse y trouver une confirmation de l'action antalgique des antidépresseurs. L'importance des effets indésirables, la manière dont les patients se les représentent, la crainte d'une dépendance et l'ignorance de l'effet antalgique des antidépresseurs constituent des déterminants majeurs de non-observance (131). Une telle prescription sans explication adéquate peut corroborer ce que le patient entend de son entourage ou croit entendre, c'est-à-dire que "tout est dans la tête". Cette prescription peut alors être vécue comme une "délégitimation" des douleurs conduisant à une non-observance (132)(124).

Une étude qualitative effectuée auprès de patients souffrant de douleurs chroniques référés dans un Centre Multidisciplinaire d'Évaluation et de Traitement de la Douleur(124) et de sujets contrôles sains, met en évidence une image essentiellement négative de cette classe de médicaments qui est souvent associée à la folie et à un risque de dépendance. De plus, la grande majorité des personnes interrogées, y compris des patients ayant déjà reçu des antidépresseurs, ignoraient que ceux-ci pouvaient être prescrits lors de douleurs chroniques (122)(124).

Une autre étude publiée en 2001 fait état de l'utilisation des antidépresseurs chez les patients souffrant de douleurs chroniques, en se penchant plus spécifiquement sur le problème prescription/notice d'emballage (132). Elle a investigué la manière dont les individus s'informent au sujet des médicaments et si cette information pouvait contribuer à rendre compte des problèmes d'observance que soulèvent les antidépresseurs chez les patients douloureux chroniques. Les enquêteurs ont interrogé des patients douloureux chroniques et

des sujets ne souffrant d'aucune douleur ni maladie. Les notices d'emballage constituaient la source la plus couramment citée dans les deux groupes, avant toute autre, y compris le médecin. Pour les deux groupes, l'information qu'ils souhaiteraient «idéalement» recevoir devrait venir du médecin et concerner en particulier l'indication et le mode d'action du médicament. Ces résultats suggèrent que les patients pourraient combiner les différentes sources d'information et les utiliser « à la demande ». Parmi les 16 notices soumises à une analyse de contenu, 15 faisaient référence au traitement de la dépression. Seules 5 notices évoquaient la douleur comme indication possible, dont 3 citaient des symptômes physiques sans cause organique ou liés à la dépression. Les autres indications comprenaient les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC), la boulimie et la phobie sociale. L'analyse de contenu des indications montre qu'elles ont une connotation clairement psychologique. Ainsi, la non-congruence entre la prescription d'antidépresseurs à visée antalgique et les notices pourrait rendre compte d'une partie au moins des difficultés d'observance que soulèvent ces médicaments.

Lors de la prescription d'un antidépresseur dans un contexte de douleurs chroniques, une partie de la consultation devrait donc être destinée à informer le patient de la raison du choix de l'antidépresseur, de son mode d'action, de l'adaptation posologique et de la durée prévisible du traitement. La discussion devrait aussi aborder les craintes éventuelles d'une dépendance, les effets indésirables les plus fréquents et les projets de vie du patient qui pourraient interférer avec la prise régulière de l'antidépresseur. Des consultations régulières devraient être prévues lors des premiers mois de traitement (131).

Il paraît donc nécessaire d'envisager des actions permettant au patient de s'adapter dans son quotidien avec ses médicaments (fiche d'horaires journaliers détaillés, semainier, pilulier, identification d'un soutien social suffisant...) et qu'il puisse prendre conscience des

enjeux pour sa santé ainsi que des répercussions pour la société de ses comportements (coût du médicament payé inutilement par la sécurité sociale). L'important pour le patient est de pouvoir se fixer des objectifs réalistes et réalisables en regard d'un bénéfice espéré (67).

2.3.5. Le système de soins

L'importance de la relation médecin-malade a été soulignée par les travaux de Michael Balint qui datent d'il y a près d'un demi-siècle et sa phrase célèbre « *Le médicament le plus utilisé en médecine est le médecin lui-même* » est encore bien présente dans les esprits (133). Par la suite, les études sur l'effet placebo ont appuyé cette conception et montré que l'effet d'une thérapeutique peut être potentialisé au travers d'une relation médecin-malade de qualité (134)(135). Cette relation participe à l'élaboration, la mise en place et le suivi de la thérapeutique. L'acte de prescrire est un acte relationnel et la qualité de la relation va indiscutablement influencer l'observance thérapeutique (67).

L'évolution des maladies chroniques et plus globalement le rôle central joué par la prévention dans le cadre de la santé publique ont conduit les acteurs de santé à se tourner vers le patient, désormais considéré comme central dans le dispositif de soins. Dès lors il s'agit d'engager le patient dans une dynamique de prise en soins dans laquelle il s'implique et est considéré comme acteur de sa propre santé : on passe de la notion d'observance à celle d'alliance thérapeutique. Cette dernière renvoie à une sorte de « pacte thérapeutique » réciproque reposant sur un climat de confiance, engageant l'équipe soignante et le patient, les deux étant actifs et coopérants. Ce pacte thérapeutique modifie la position des protagonistes : le patient passe d'une position *d'agent* à une position *d'acteur* ; les personnels soignants passent d'une position de *prescripteurs* à une position de *partenaires* (136).

L'augmentation de l'accès à Internet modifie et va influencer fondamentalement la relation thérapeutique soignant-soigné dans le sens où cet outil crée non seulement un nouveau moyen de communication mais aussi d'accès et d'échange d'informations. Il est de ce fait probable qu'il contribue à encourager les patients à prendre une part de plus en plus active dans les décisions au sujet de leur santé. Les médecins ne sont pour l'instant pas bien préparés au dialogue avec des patients arrivant avec des informations tirées d'Internet (137). Il n'y a par ailleurs encore que peu de sites construits conjointement par les médecins et les patients (119).

La relation médecin-patient suppose nécessairement un certain degré d'asymétrie sur le plan des connaissances en matière de santé. Le médecin utilise un vocabulaire technique et spécialisé (la notion de probabilités, par exemple) difficile à comprendre pour une grande majorité de patients. Seulement 15 % de ces derniers affirment avoir tout compris des propos du médecin (138)(139). En effet, à l'intérieur d'un même pays, les cultures populaires et les cultures savantes ne coïncident pas pleinement. Voici une petite anecdote qui illustre l'écart entre la culture rurale en Isère dans les années cinquante et la culture médicale citadine. Rappelé par des éleveurs de montagne parce que l'état d'une personne âgée ne s'améliorait pas, un jeune médecin de campagne conseilla de « suspendre le traitement ». Deux semaines plus tard, il fut à nouveau demandé par les paysans qui lui dirent qu'ils avaient beau « avoir suspendu aux poutres avec les jambons les boîtes de médicaments, cela n'avait rien changé quand on les prenait ». Ils avaient donc pris au sens propre la prescription, alors qu'elle signifiait « stopper le traitement » (106). De même, la capacité du soignant à donner de la valeur à l'expérience, au vécu du patient avec sa maladie, à valoriser les succès du patient aura aussi un impact positif sur l'adhésion au traitement médicamenteux (85).

La relation médecin-malade n'est pas le seul déterminant de l'adhésion au traitement dans le système de soin. L'organisation et la qualité du réseau de soins autour du patient ont une influence positive sur la satisfaction, la confiance des patients et leur adhésion au traitement médicamenteux.

Différents facteurs organisationnels liés aux soins auront un impact sur cette adhésion, comme la disponibilité des soignants à court et à long terme. Par exemple, un délai d'attente important pour obtenir un rendez-vous, une fréquence de rendez-vous faible, des contacts brefs et un suivi par des soignants différents seront des facteurs corrélés à un défaut d'adhésion aux soins et plus particulièrement au traitement médicamenteux. La qualité des soins est dépendante du temps de consultation. Par ailleurs, il a été démontré que les patients ne se souviennent environ que de la moitié des informations transmises par orale ; les informations retenues sont les premières évoquées lors de l'entretien avec le soignant et celles jugées importantes par le patient (85).

L'analyse de 200 visites effectuées entre des médecins omnipraticiens de la grande région de Montréal et des patients de 60 ans et plus a révélé que la durée moyenne de ces visites était de 20,4 minutes (139)(140). La presque totalité d'entre elles (96 %) comportait une discussion sur les médicaments, soit en moyenne sur 4,3 médicaments différents. Médecins et patients âgés ont consacré un peu moins de 10% du temps d'entrevue à parler de ces médicaments, soit en moyenne 2,3 minutes. Rappelons également l'importance du rappel des renseignements après une consultation médicale. Ainsi, il semblerait que de 40 % à 80 % des éléments ayant fait l'objet de la discussion sont immédiatement oubliés par le patient et que près de la moitié de l'information retenue est incorrecte. Ceci semble particulièrement vrai lorsqu'un nouveau concept semble contredire les croyances existantes du patient ou qu'il provoque chez lui de l'anxiété. Malheureusement, peu de médecins prennent le temps de vérifier si les patients comprennent leurs propos. Pourtant, Schillinger et coll. ont montré que

les patients diabétiques chez qui les médecins avaient vérifié la compréhension des concepts importants pour la maîtrise de leur diabète atteignaient plus souvent les cibles de soins visées.

Même si la « douleur » reste une des plaintes le plus souvent rencontrées en pratique médicale, la connaissance professionnelle de ses manifestations et de sa prise en charge reste insuffisante. Dans de nombreux cas, la prise en charge des patients douloureux chroniques semblent inadéquate et inefficace. Certains médecins acceptent leurs plaintes d'emblée, surprescrivent des médicaments et réalisent des examens répétitifs dans l'espoir vain de trouver un simple problème anatomique à la base de la douleur. Les comorbidités sont souvent ignorées(141). La situation opposée se présente également, et certains médecins croient que toutes les plaintes de douleur sont d'origine psychologique et donc les rejettent. De plus, certains patients ayant des causes fonctionnelles provoquant des douleurs répétées, pour lesquels des thérapies potentiellement efficaces existent, peuvent être catalogués comme « patients psychosomatiques ». Aux Pays-Bas, 20 % des plaintes auxquelles le médecin de famille est confronté se rapportent à des problèmes de douleurs chroniques, notamment dorsales. Une étude menée en Belgique montre que 35 % des patients interrogés ont une expérience négative quant à la capacité de leur médecin traitant à prendre en charge leur problème douloureux de façon satisfaisante, que ce soit à travers une impression de non-prise au sérieux ou un manque de temps consacré, ou encore à travers une attitude empreinte de fatalisme ou de manque de créativité, voire une impression d'incompétence (141).

Dans un contexte de douleur chronique, cette relation entre le médecin et le malade semble semée d'embûches (135).

D'abord, parce que le patient et le médecin ne parlent pas le même langage (142). En effet, la douleur n'est plus juste le symptôme d'un problème médical, elle s'est enrichie de

déterminants non médicaux et s'est complexifiée. Les discordances entre le symptôme et la pathologie en cause sont accentuées par le fait que l'expression de la douleur est personnelle et difficile à communiquer (143).

Ensuite, parce que la demande pressante du patient d'être soulagé éveille chez le médecin le désir parfois forcené de répondre à cette demande et d'agir de manière efficace. Mais sa formation médicale orientée vers l'action a tendance à l'entraîner dans une escalade d'examens et d'actes techniques, ce qui non seulement n'est pas productif, mais en plus n'est pas dénué de risques.

Finalement, parce que le patient douloureux chronique met en échec la médecine et confronte le médecin à l'impuissance, la frustration et l'incertitude, il n'est pas évident pour le médecin, tout en étant confronté à l'incapacité à faire taire le symptôme et aux limites de son pouvoir médical, de maintenir une relation d'accueil plutôt que de rejet.

Une enquête sur la prévalence de la douleur et sa prise en charge a été réalisée au CHU de Bordeaux dans le cadre des évaluations des états généraux de la douleur (144). Cette enquête a été réalisée selon une méthodologie proche d'une étude effectuée trois ans auparavant dans le même établissement. L'étude a concerné 37 unités d'hospitalisation, 16 en chirurgie, 19 en médecine, 2 en soins de suite ce qui correspondait à 567 patients dont 458 capables d'évaluer leurs douleurs et 109 nécessitant une hétéro-évaluation. 128 professionnels dont 47 médecins et 81 infirmier(e)s (IDE), ainsi que les cadres de santé des 37 unités ont été interrogés. Sur les 458 patients capables de s'évaluer, 40% étaient douloureux au moment de l'enquête. La satisfaction des patients vis-à-vis de la prise en charge de la douleur était excellente ou très bonne dans 45% des cas (39% des patients douloureux). 75% des patients ont répondu avoir été encouragés à signaler leur douleur. Cependant, parmi les patients s'étant évalués douloureux, 39% étaient identifiés comme non douloureux à la fois par les infirmiers et les médecins. Seulement 64% des patients auto-évalués comme douloureux étaient traités.

Par rapport à l'enquête précédente des évolutions ont été observées, en particulier en termes d'organisation, mais il reste d'importants progrès à réaliser pour aboutir à une prise en charge satisfaisante de la douleur. En effet, cette enquête montre que malgré une satisfaction globale assez bonne des patients, il existe encore une sous-évaluation importante de la douleur par les soignants et les médecins.

Une autre étude a eu pour objectif de décrire la population des patients douloureux chroniques et d'interroger les médecins sur leurs difficultés et leurs besoins dans la prise en charge de ces malades (145). 1815 patients (1515 non migraineux et 300 migraineux) et 1502 prescripteurs ont participé à l'étude. Les patients étaient totalement ou très soulagés dans 35 % des cas (60 % pour les patients migraineux). Le retentissement de la douleur chronique sur le moral et la vie quotidienne concernait plus de 60 % des patients y compris quand le soulagement était le plus important. Les outils d'évaluation du patient douloureux chronique étaient peu connus par les soignants hormis les échelles de mesure de l'intensité de la douleur (73 %) qui étaient également les plus utilisées en évaluation initiale et suivi (40 %). Les prescripteurs souhaitaient avoir à disposition des informations sur la douleur à remettre au patient (46 %) et exprimaient un besoin de formation (63 %).

L'étude menée par le CLUD du Pôle Centre - Alsace en décembre 2004, vue précédemment, apporte également quelques informations sur cette relation soignant-soigné qu'il est utile de souligner (107). Son but était de réaliser un état des lieux des différentes prises en charge de la douleur afin de poser les bases d'actions d'amélioration. 209 patients ont répondu à un questionnaire, contre 89 personnels soignants et 12 médecins.

Les résultats du questionnaire patient indiquaient que 38% déclaraient ne pas avoir reçu d'information concernant la prise en charge de la douleur. Lorsque celle-ci était reçue, elle était principalement donnée par le médecin pour 38% des patients, l'IDE pour 34 %, le

masseur kinésithérapeute ou l'ergothérapeute (26 %), l'aide-soignant(e) (10%), le livret d'accueil (5 %). 27% des patients déclarent qu'il ne leur a pas été demandé de signaler rapidement la survenue d'une douleur. Aucun traitement n'a été proposé dans 48% des cas et 65% des patients n'ont pas demandé de traitement. 92% des patients sont satisfaits de l'écoute et de la prise en charge des masseurs kinésithérapeutes et ergothérapeutes et 89% de celles des médecins et soignants. Les résultats des questionnaires médecins et soignants révèlent que seulement un médecin (Capacité évaluation et traitement de la douleur) et un masseur-kinésithérapeute (DIU) ont suivi une formation douleur spécifique. Très peu de professionnels ont suivi un enseignement spécifique sur la douleur chronique. Le personnel soignant ne connaît pas suffisamment la gamme des antalgiques : 53% seulement d'entre eux connaissent les principaux médicaments. Les protocoles antalgiques sont rares et inconnus des soignants.

Concernant la connaissance et la prise en charge des effets secondaires : leur connaissance est insuffisante et par conséquent la recherche, la prévention et le traitement des effets secondaires ne sont pas systématiques. 25% des médecins et 19% des soignants estiment qu'il existe des freins à l'analgésie, essentiellement par manque de formation. Concernant l'évaluation de la douleur : elle n'est pas systématique (seulement pour 25% des médecins et 44% du personnel soignant) et les échelles validées sont peu connues. De plus, la prescription d'antalgiques n'est basée sur l'évaluation que pour 83% des médecins. Par ailleurs, la sollicitation d'un(e) psychologue n'est jamais ou rarement proposée par 50% des médecins dans le cadre des douleurs chroniques.

Concernant la prévention de la douleur : celle liée aux soins est absente pour près de 60% du personnel soignant. Il en est de même pour la prévention de la douleur liée à la reprise d'activité qui est absente pour 86% des soignants. 25% des médecins tiennent rarement compte des douleurs iatrogènes. Comme vu précédemment, la coordination entre professionnels de santé est très importante. Dans cette étude, il est ressorti, qu'au sein des

établissements, tous les médecins et 77% du personnel soignant établissent des transmissions écrites, alors qu'à la sortie du patient, ils ne sont plus que 83% des médecins et 20% du personnel soignant.

Pour conclure, cette étude du CLUD du Pôle Centre – Alsace montre que les patients sont satisfaits de l'écoute et de la prise en charge de la douleur mais d'importants progrès sont encore à faire sur bien des points. Par exemple, plus et mieux informer les patients ; former les médecins et les soignants ; améliorer la qualité de l'évaluation et développer l'évaluation de la douleur chronique. Développer également la connaissance et la gestion des effets secondaires ; rédiger et valider des protocoles antalgiques...

Concernant plus spécifiquement les douleurs neuropathiques qui nécessitent une prise en charge souvent difficile, l'« Enquête patients soins et intervenants de la douleur neuropathique» (Epsidone), réalisée via le réseau Internet, ayant pour objectif de préciser le parcours de soins et les modalités de prise en charge des patients souffrant de douleurs neuropathiques chroniques, a mis en évidence la complexité de ces douleurs (146). Près de 2000 réponses ont été obtenues entre avril et août 2008 (78% de femmes, âgées de 30 à 60 ans dans 74% des cas). Les trois quarts (74%) des participants souffraient de douleurs intenses ou insupportables, qui étaient présentes depuis plus de deux ans dans 60% des cas. Ces douleurs étaient le plus souvent localisées dans le dos (76%) et/ou les jambes (70%). Les principales causes de douleur étaient : hernie discale (22,7% des réponses), discopathies (16 %), intervention chirurgicale (9,3 %), lésion nerveuse périphérique (9,3%) et syndrome douloureux régional complexe (6,7%). Outre le médecin traitant (68,5% des cas), ces douleurs ont motivé des consultations auprès d'autres professionnels de santé (plus de cinq différents dans 24% des cas). Près de la moitié (47 %) des répondants ignoraient l'existence de consultations spécialisées dans le traitement des douleurs et 78% des personnes connaissant

leur existence ne savaient pas localiser la plus proche de chez eux. Plus de 43 % des répondants ont déclaré ne prendre aucun traitement pour leurs douleurs. Pour les 57% de patients traités, les traitements les plus utilisés étaient les AINS (57%) et la kinésithérapie (54%). Les traitements spécifiques des douleurs neuropathiques n'étaient utilisés que par une minorité des répondants : 32% pour les antidépresseurs et 24% pour les antiépileptiques. Les traitements non médicamenteux spécifiques des douleurs neuropathiques n'étaient utilisés, eux aussi, que par une très faible proportion des participants : 13 % pour les stimulations électriques transcutanées et 3 % pour la neurostimulation médullaire implantable. Plus de 30% des patients ont essayé plus de cinq traitements différents et près de la moitié des participants jugeaient leur traitement actuel contraignant. Les principaux intervenants prescripteurs étaient le médecin traitant (40% des cas), le rhumatologue (20%) et l'algologue (14,5%). Ces résultats confirment les difficultés de la prise en charge des douleurs neuropathiques et soulignent la méconnaissance des structures spécialisées.

La qualité de la relation patient-soignant ressort donc comme un déterminant incontournable de l'adhésion au traitement médicamenteux. Ceci pose la question de la formation des soignants en termes de compétences de communication notamment, mais également en termes de connaissances théoriques. Une méta-analyse récente de 127 études a montré que l'observance thérapeutique des patients dont le médecin avait bénéficié d'une formation spécifique en communication était améliorée de plus de 60 % par rapport à celle des patients dont le médecin traitant n'avait pas reçu pareille formation (147)(67). Un minimum de temps semble un critère incontournable, ce qui doit faire éviter des consultations trop brèves ou doit encourager, dans certains cas, des contacts plus rapprochés.

L'usage optimal des médicaments repose d'abord sur les connaissances et les capacités d'analyse du prescripteur (le profil du médicament à prescrire et celui du patient à qui le médicament sera prescrit), mais aussi sur la capacité du prescripteur à en discuter avec le patient. Il s'agit donc d'un phénomène complexe qui nécessite, de la part du médecin, des connaissances sur le produit en question, comme sa nature, son mécanisme d'action, ses effets indésirables, ses interactions possibles, son statut (médicament d'exception ou non) et son coût. Cependant, l'usage optimal passe également par une connaissance du patient à qui le médecin prescrira le produit. Enfin, il faut ajouter les préférences du patient pour certaines modalités de traitement (139).

Si ces éléments de connaissance du produit et de la personne constituent deux conditions préalables à un usage optimal du médicament, le médecin doit aussi être en mesure d'échanger de façon efficace avec le patient au sujet des médicaments (le temps disponible étant le plus souvent court). Si ce dernier ne comprend pas le bien-fondé d'une ordonnance ou qu'il craint des effets indésirables, par exemple, il y a peu de chances qu'il prenne le médicament même s'il s'agit, d'un point de vue médical, du produit le mieux adapté à son état et à sa personne. Le rôle du médecin à cet égard est fondamental, car ce dernier reste une des sources d'information sur le médicament la plus citée par les patients, a leur confiance et a le plus souvent une bonne connaissance de l'ensemble de leurs problèmes de santé (148)(139).

Plusieurs éléments de la consultation montrent que celle-ci est sous-optimale concernant la problématique des médicaments. Les échanges sont de courte durée, moins de trois minutes en moyenne (140)(149), et plutôt superficiels (150), le médecin se limitant le plus souvent à nommer le médicament et à en donner la posologie de façon succincte. Qui plus est, 70 % des échanges portant sur les médicaments s'effectueraient entre le début de l'entrevue et la fin de l'examen physique (140). C'est habituellement le médecin qui en prend l'initiative et les domine, en particulier au moment de traiter d'une nouvelle ordonnance

(151). Le patient participe peu aux échanges, et certains thèmes sont rarement abordés, comme les attitudes ou les émotions en lien avec le médicament ou encore le comportement d'observance (151)(152). Le patient participe donc peu aux discussions sur les médicaments durant les consultations : il pose peu de questions, fait peu de demandes de clarification et exprime rarement son opinion de façon directe (149)(151)(153)(139).

Les professionnels devraient donc non seulement donner de l'information sur le médicament mais aussi expliciter leur choix. L'écoute empathique de l'avis du patient par rapport à ce choix est primordiale et permet au patient de créer une relation de confiance avec le soignant. Enfin, discuter de ce choix avec le patient en fonction de son mode de vie, ses attentes, besoins, craintes, représentations... peut aboutir à un accord, un désaccord, une négociation, un essai du choix proposé pour une mise à l'épreuve dans la « vraie vie ». Cette posture peut permettre au patient de s'engager dans sa prise en charge, de valider un choix thérapeutique réellement partagé avec le soignant et ainsi d'instaurer un véritable dialogue, un climat de confiance pouvant être prédictif d'une adhésion future au traitement médicamenteux (85). Dans le cas précis des douleurs chroniques, les traitements "passifs" où le rôle du patient est limité à prendre des comprimés, subir une intervention, certaines formes de kinésithérapie etc. ne fonctionnent pas et devraient se tourner vers des approches qui privilégient la participation active du patient et qui visent à améliorer ou restaurer les moyens de gestion personnels de la douleur. Pour les patients souffrant de douleurs chroniques, le modèle de traitement des maladies aiguës est non seulement inapproprié mais peut s'avérer délétère s'il constitue le seul modèle de référence. Les patients peuvent en effet être amenés à croire que la douleur peut être totalement éradiquée. Ce message curatif peut provoquer, maintenir ou renforcer une attitude passive chez le patient qui attend la solution "miracle" d'une intervention et le rendre dépendant du système de soins (124). Des outils d'aide à la décision

dans le choix des médicaments peuvent être utiles pour faciliter la conversation entre le soignant et le patient à propos des options thérapeutiques possibles. Le traitement sera d'autant mieux suivi qu'il découlera d'une décision libre et réfléchie de la part du patient que d'une imposition arbitraire de la part du médecin. La collaboration de l'entourage (famille) pourra être utile dans de nombreux cas, notamment chez les sujets jeunes ou âgés (67). De même, Il est important que le suivi soit personnalisé, c'est-à-dire négociée entre le patient et le soignant. Le nombre, la fréquence, les modalités (en face-à-face et/ou téléphoniques) et les contenus des rendez-vous de suivi seront choisis par le patient selon ses besoins et négociés en fonction des contraintes logistiques du soignant (85).

La stratégie du soignant doit également permettre au patient de s'orienter, d'oser demander de l'aide lorsque le besoin se fait sentir comme, par exemple, avant d'arrêter de prendre ses médicaments.

De plus, tout au long d'une prise en charge d'un patient souffrant de douleurs chroniques, il est essentiel de garder en mémoire que les aspects somatiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux participant à la douleur ne sont pas statiques mais évoluent au fil du temps et demandent aux thérapeutes de répéter leurs évaluations afin d'adapter les approches thérapeutiques plurimodales (124).

2.4. Stratégies disponibles pour optimiser la prise en charge des patients douloureux chroniques

La Haute autorité de santé (HAS) a élaboré des recommandations destinées à tous les professionnels de santé s'orientant vers une démarche d'éducation thérapeutique dans la prise en charge de patients atteints de maladie chronique (ETP) (154)(155)(69). Déjà en 1954, P.

Delore (CFES) déclarait : « *Tout acte thérapeutique a un aspect éducatif qui le valorise, lui donne sa pleine portée humaine et complète son efficacité* » (79). La définition retenue de l'ETP est celle du rapport de l'OMS-Europe, publiée en 1996 : « L'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » (155)(69).

L'éducation thérapeutique a donc pour objectif de permettre à la personne malade de se reconstruire une identité avec la maladie, grâce à la relation thérapeutique, de permettre l'acquisition ainsi que le maintien par le patient de compétences d'auto-soins et d'adaptation mais aussi de viser une amélioration de la santé perçue(85)(69).

Les douleurs chroniques, et particulièrement les cas résistants, nécessitent une approche multidisciplinaire qui aborde l'interaction complexe des facteurs physiques, psychologiques et sociaux qui contribuent à la douleur ou interagissent avec elle. La création de « centres de la douleur » a été une des réponses permettant une collaboration étroite entre spécialistes, personnel infirmier, psychologues et autres intervenants, avec le patient au centre de ce dispositif. Selon le Livre blanc de la Belgian Pain Society, toute douleur que le médecin généraliste (de première ligne) ou le médecin spécialiste (de deuxième ligne) n'est pas en mesure de maîtriser, et qui, par conséquent, est adressée au centre algologique, doit pouvoir être traitée par une équipe spécialisée et multidisciplinaire(141).

La douleur chronique est associée le plus souvent à un handicap physique, émotionnel et social. Une interaction complexe entre ces facteurs contribue au maintien de la douleur. De ce fait, le traitement devrait aborder les aspects et/ou conséquences sociaux et psychologiques de la douleur autant que ceux relatifs à une pathologie physique éventuelle.

Depuis plus de 20 ans, l'utilisation d'approches thérapeutiques multidisciplinaires de la douleur chronique est recommandée. Sur le plan de la prise en charge, il ressort que l'approche médicale traditionnelle (analgésie pharmacologique, neurochirurgie fonctionnelle, etc.) de la douleur chronique doit, sauf exception, être associée à des interventions de nature psychologique (par exemple, thérapie cognitivo-comportementale, TCC) et sociale. L'éducation thérapeutique du patient est ainsi mentionnée très tôt comme une composante des approches thérapeutiques multidisciplinaires (141).

De nombreuses études ont mis en évidence les bénéfices des TCC à court ou long terme chez les patients souffrant de douleurs chroniques(57). Le travail psychothérapeutique porte non seulement sur les ressources et les compétences de chacun, mais aussi sur les limites qui peuvent souvent être perçues comme irrémédiables et sources de démotivation. Ce travail sur les limites peut mener dans le meilleur des cas à une acceptation progressive. Des entretiens semi-structurés ont été menés avec 22 patients (5 groupes, 5 hommes et 17 femmes de 30 à 77 ans) souffrant de douleurs chroniques dans le cadre d'un programme TCC de groupe se déroulant sur huit séances de 90 minutes (57). Malgré une anticipation souvent négative de la situation groupale, tous les patients ont jugé l'expérience positive : ils se sont sentis moins seuls et ont trouvé écoute et compréhension. Après trois mois, 80% des patients ont opéré des changements dans leurs comportements quotidiens. Après douze mois, 55% des patients témoignent d'un changement durable par rapport à l'emprise que la douleur avait sur leur vie, soit dans leur manière de penser, soit dans celle de faire face à la douleur. Même si

les patients attendent une diminution de leurs douleurs, leur déception n'est pas un obstacle au processus de changement.

Pour Katz, une gestion correcte de la douleur chronique passe par la prise en compte des problèmes psychologiques des patients. La dépression est fréquente (30 à 50 % des cas) dans toutes les pathologies douloureuses persistantes non cancéreuses examinées dans les centres de traitement de la douleur. Le traitement psychologique aborde les symptômes de dépression et d'anxiété, et enseigne la gestion du stress. On y aide les patients à apprendre des techniques cognitives et comportementales pour améliorer leur perception et leurs réactions face à leurs sensations et plaintes de douleur. Pour certains même, un aspect essentiel de la gestion de la douleur est d'arriver à apprendre aux patients qu'ils peuvent aller mieux et que leurs actions peuvent avoir un effet sur cette amélioration (141).

De façon générale, le souhait des patients de bénéficier d'une information sur les médicaments a été démontré dans de nombreuses études. Mais, les interventions ciblant l'adhésion au traitement médicamenteux, actuellement proposées, sont construites le plus souvent par les soignants à partir des besoins émanant de l'analyse des données de la littérature et des besoins perçus au cours de leur pratique clinique. Or, de nombreuses études ont montré l'existence d'un écart entre les besoins éducatifs ressentis par les patients et ceux appréciés par les soignants. Par exemple, une étude, publiée en 2009 par Broström A et al, compare les besoins des patients apnéiques vis-à-vis de leur traitement par pression positive continue (PPC) et ceux de leurs soignants. Les patients et les soignants expriment un besoin important d'informations mais sur des domaines différents. Les patients donnent plus d'importance à la possibilité d'apprendre et aux effets positifs de l'information sur l'adhésion au traitement par PPC que les soignants. L'importance donnée aux effets indésirables est supérieure chez les soignants et le type d'effets indésirables désignés est différent entre les

patients et les soignants. Toute proposition éducative doit répondre aux besoins éducatifs « avérés » des patients. Cette analyse de besoins devra être réévaluée régulièrement, afin de garantir au fil du temps que les interventions éducatives proposées restent en accord avec les préoccupations des patients, sans que la perception des soignants reprenne le dessus (85).

Un des leviers à envisager pour améliorer les interventions éducatives existantes repose donc, sur une analyse des besoins éducatifs des patients vis-à-vis de leurs médicaments. Une étude exploratoire réalisée auprès de patients diabétiques de type 2 polymédiqués, ayant pour objectif d'identifier les représentations, les problématiques rencontrées, vécues au quotidien par les patients et leurs besoins éducatifs vis-à-vis des médicaments, a montré qu'il existe un continuum concernant les besoins d'informations des patients sur les médicaments. Certains ne voudront rien savoir ou n'en ressentent pas le besoin, d'autres ne souhaitent que des messages simples, didactiques. Certains, au contraire, souhaitent obtenir des détails afin de mieux comprendre et que toutes les options soient abordées avec précision. Les patients soulignent l'importance d'instaurer une relation de confiance et une compréhension mutuelle leur permettant d'oser poser certaines de leurs questions, concernant la maladie et leurs médicaments ou autres alternatives de traitement. Ils aimeraient pouvoir aborder certains sujets plus délicats et/ou plus personnels, comme leurs difficultés à prendre régulièrement leurs médicaments quand les circonstances les placent face au regard des autres (85).

Le concept d'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies de longue durée est en pleine évolution. Les pharmaciens ont, sans nul doute, un rôle prépondérant à jouer dans cette dynamique (79). Dans le but de réaliser un acte de qualité, certains pharmaciens ont déjà entrepris une mutation de leur pratique avec la modification de leur officine, prévoyant un espace d'accueil convivial et discret, destiné à recevoir des patients dans un

cadre plus adapté à l'éducation thérapeutique. De même, selon les pathologies, des documents commencent à circuler, permettant au patient de s'autogérer en collaboration étroite avec son médecin et son pharmacien (79).

Le pharmacien d'officine peut, de par son rôle de conseiller, améliorer cette prise en charge. Ainsi, une étude réalisée aux Etats-Unis au sein de 12 officines a montré des résultats intéressants pour le pharmacien d'officine (156). Après un entretien individuel réalisé avec 461 patients atteints d'arthrose, de polyarthrite ou de mal de dos, les pharmaciens ont identifié les problèmes suivants : traitement inexistant ou insuffisant (33% des cas), effet secondaire (17%), mauvaise compliance (16%), et dose trop faible (15%). Après intervention du pharmacien pour corriger ces problèmes (auprès du patient et/ou de son médecin généraliste), les évaluateurs ont observé une amélioration totale ou partielle chez 71% des patients, avec de plus une amélioration en termes de qualité de vie. Etant donné que les douleurs articulaires sont une plainte fréquente, qu'elles sont régulièrement prises en charge par le patient sans avis médical, et que plusieurs analgésiques sont disponibles sans ordonnance, il s'agit d'un domaine où le pharmacien peut jouer un rôle important. Il est indispensable pour cela de connaître la pharmacothérapie de ce type de douleur, et de communiquer suffisamment avec son patient (157).

Les actions éducatives propres au pharmacien ne peuvent s'élaborer que dans la conscience d'appartenir et de collaborer à un réseau pluridisciplinaire et synergique, centré sur le patient, et constitué de professionnels de santé et de personnes proches gravitant autour de lui.

Ce travail bibliographique a révélé l'importance d'une analyse de besoins lors de l'élaboration d'un projet d'éducation thérapeutique ou de toute intervention qui se veut adaptée et centrée sur les problématiques rencontrées par les patients. En effet, cette analyse permet de mieux cerner les difficultés et les attentes des patients vis-à-vis de leur traitement médicamenteux afin de proposer des interventions ciblant les réels besoins des patients et non ceux uniquement perçus par les soignants et/ou importants pour eux.

MATERIELS ET METHODES

1. Contexte

Cette analyse de besoins des patients douloureux chroniques concernant leurs médicaments antalgiques a été envisagée dans le cadre d'un accompagnement par l'Unité Transversale d'Education thérapeutique du Patient (UTEPT) du CHU de Grenoble d'un groupe de travail regroupant l'ensemble des équipes soignantes s'occupant de patients douloureux chroniques au sein du territoire Arc Alpin. Ce groupe de travail a comme objectif de coordonner et structurer des actions éducatives partagées visant à améliorer la prise en charge des patients douloureux chroniques et les liens entre les structures ressources disponibles pour les patients.

Trois sous-groupes sont organisés avec chacun pour mission d'explorer 3 thématiques transversales différentes :

- Etude des représentations des patients par rapport à leurs douleurs,
- Etude des stratégies d'adaptation au quotidien face à différentes situations problématiques
- Etude des relations existantes entre les patients et leurs médicaments antalgiques et des difficultés vécues au quotidien : le travail présenté étant issu de ce sous-groupe.

L'objectif de chaque sous-groupe étant, à partir des résultats de chaque enquête, de proposer des actions, des outils utiles à l'ensemble du groupe pour proposer une offre éducative personnalisée aux patients pris en charge dans leur pratique de soins.

Bien que partie intégrante du résultat thérapeutique, la mesure des besoins est difficile à objectiver et à formaliser dans une pratique quotidienne pour les soignants.

Cette analyse de besoins vise donc à guider les pratiques des professionnels de santé en proposant des recommandations pratiques et utiles. Les actions envisagées seront alors établies en fonction des priorités et mises en œuvre avec la collaboration de l'UTEP.

2. Objectifs de l'enquête

- Dresser un état des lieux, une photographie du quotidien des patients douloureux chroniques avec leurs médicaments antalgiques et des difficultés potentiellement rencontrées,
- Identifier les perceptions des patients : leur vécu de « la douleur », leur réalité au quotidien avec leur(s) douleur(s) et l'impact sur leur gestion pratique des médicaments,
- Proposer des actions possibles en fonction des résultats obtenus.

3. Eléments méthodologiques

3.1. Enquête transversale

Cette analyse de besoins a été réalisée à l'aide d'auto-questionnaires distribués auprès de patients douloureux chroniques fréquentant différents types d'établissements. Ces questionnaires ont été distribués sur une période de 3 mois, entre Juillet et Septembre 2012.

Les soignants ayant participé à l'enquête sont issus du sous-groupe de travail sur la thématique « médicaments ». Leur participation à ce groupe est volontaire et la sélection de la thématique repose sur leur choix personnel d'explorer ce champ de la prise en charge du patient douloureux chronique.

Dans le cadre de l'enquête, une attention particulière a été portée aux soignants participant à l'enquête afin qu'ils soient de professions différentes et exerçant dans des différentes structures afin de garantir une grande diversité des patients inclus. Les questionnaires ont été distribués au sein de leurs lieux d'exercice.

Les cliniques (Voiron et Aix les bains), le Centre de Lutte contre la Douleur du CHU de Grenoble, l'hôpital rhumatologique d'Uriage, des pharmacies d'officine (Sassenage, Cluses et Uriage) et des cabinets de médecin généraliste ont participé à la distribution de ces questionnaires.

3.2. Population ciblée : critères d'inclusion

Cette enquête n'ayant pas d'hypothèse à priori sur les problématiques rencontrées au quotidien avec les médicaments par les patients douloureux chroniques, l'objectif était d'envisager une diversité maximale des profils de patients douloureux chroniques. Le recrutement des patients a donc été envisagé à partir de différents lieux (cités ci-dessus) et auprès de patients atteints de pathologies différentes. Par la suite, en fonction des résultats, il sera possible d'envisager de cibler certaines populations particulières afin d'affiner la compréhension de leurs besoins.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Patients majeurs (> 18 ans), francophones,
- Patients atteints de douleurs chroniques non cancéreuses. Ce choix est sous-tendu par le fait que les douleurs associées aux cancers sont très spécifiques ainsi que les problématiques induites par ses douleurs,

- Tous les patients dont l'état de santé permet de participer en connaissance de cause à une enquête : capacité de compréhension, d'expression, absence de troubles cognitifs...

Du fait du besoin d'écrire au sein du questionnaire, les patients inclus doivent pouvoir lire les questions et écrire leurs réponses et/ou avoir une personne ressource pouvant le faire (le soignant pouvant être cette aide même si cela peut avoir un impact sur les réponses des patients).

3.3. Construction de l'outil « auto-questionnaire »

Dans un premier temps, il a été envisagé d'intégrer au sein des consultations des soignants un temps d'entretien basé sur 4 questions explorant les représentations des patients sur leurs médicaments (cf Annexe 1). Cette stratégie avait été choisie afin que chaque membre du groupe puisse participer dans le cadre de sa pratique afin d'augmenter le nombre d'entretiens réalisés. Quelques médecins ont testés cette approche. Suite aux premiers entretiens réalisés, une limite est apparue rapidement. En effet, le temps de la consultation et son contenu ont été bouleversés par les questions posées et la prise en charge des éléments abordés nécessitait un temps supérieur au temps disponible durant les consultations déstabilisant le praticien, autant sur le plan de l'organisation que sur les offres potentielles à proposer au patient suite aux échanges. De plus, le fait que l'entretien soit réalisé par le médecin « douleur » du patient, un biais ne pouvait être exclu concernant l'impact sur les réponses données par le patient face à lui.

Il a donc été décidé par le groupe suite à ces retours d'expériences, d'utiliser comme outil de recueil un auto-questionnaire ayant l'avantage de pouvoir être donné au patient en dehors de la consultation (gestion du temps plus facile, possibilité de le remplir à domicile),

d'être rempli par le patient seul (diminue le biais d'influence de la présence du soignant), de toucher un grand nombre de patients. Cependant, à l'inverse d'un entretien qui permet d'explorer finement les représentations, un questionnaire, même si sont incluses des questions permettant aux patients d'écrire leurs pensées, de détailler leurs idées, les thématiques abordées sont prédéfinies et les réponses le plus souvent plus restreintes. L'auto-questionnaire est l'outil le plus cité dans la littérature pour les enquêtes de satisfaction et de besoins (3)(158)(159).

Le questionnaire envisagé cherche à explorer le vécu des patients avec leurs médicaments au quotidien. (cf Annexe 2)

Pour cela, il a été établi 3 questions portant sur les médicaments contre la douleur afin de connaître les classes thérapeutiques utilisées, l'efficacité ressentie pour chaque médicament mais également les formes galéniques préférées. Puis, 3 autres questions ont permis de renseigner sur les difficultés et effets gênants que pouvaient rencontrer les patients au quotidien et comment ces derniers arrivaient à les gérer. Une troisième partie comportant 4 questions a porté sur l'ordonnance, les causes d'adaptation et/ou d'arrêt de traitement et sur la surveillance nécessaire au traitement antalgique. Enfin, une question explore les attentes des patients vis-à-vis des professionnels de santé. Il a été laissé un espace de suggestions et de remarques à la fin du questionnaire laissant libre cours au patient d'exprimer ses autres attentes et besoins.

Des questions ouvertes ont été choisies afin de permettre aux patients d'approfondir ses réponses ainsi que des questions fermées lorsqu'il s'agissait d'explorer des points précis.

Autrement dit, ce questionnaire mixte combine attitude non-directive pour favoriser l'exploration de la pensée du patient et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance.

L'aspect visuel et la lisibilité du texte global ont été pris en compte.

Afin d'identifier l'état émotionnel du patient (en lien ou non avec leurs sensations douloureuses du moment) lors du remplissage du questionnaire, une échelle de Likert a été proposée en fin de questionnaire lui demandant : « Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? Placez une croix sur la barre noire là où vous pensez vous situer aujourd'hui »

La formulation des questions a été travaillée au sein du groupe et validée par l'ensemble du groupe et auprès de personnes non professionnels de santé pour tester la compréhension du vocabulaire utilisé.

Une fiche de renseignements a été élaborée, à remplir pour chaque patient par le soignant afin d'identifier le profil des patients inclus dans l'enquête (âge, sexe, pathologies et traitements antalgiques prescrits, autres traitements pour la douleur...) (cf annexe 3).

3.4. Délivrance de l'auto-questionnaire

Les auto-questionnaires ont été distribués soit par des pharmaciens en officine soit par les médecins ou leur secrétaire. Les questionnaires ont été remplis par les patients, soit avant une consultation ou la dispensation des médicaments de l'ordonnance, soit à domicile, avec pour consigne de le rapporter lors d'un prochain rendez-vous. Ce choix a été fait par les patients eux-mêmes après présentation de l'enquête. Cette méthodologie de passation du questionnaire a été retenue afin que les patients puissent remplir sereinement et à leur rythme le questionnaire et qu'ils soient le moins possible « influencés » par la présence du soignant. Les patients ont été informés de l'objectif de l'enquête, de la durée approximative concernant le temps de remplissage et assuré de la confidentialité et de l'anonymat des données collectées.

4. Méthode d'analyse des résultats des questionnaires

En fonction du type de questions fermées ou ouvertes, les données sont qualitatives et quantitatives.

L'analyse qualitative des réponses aux questions ouvertes a été envisagée sous forme d'une analyse thématique regroupant l'ensemble des questions. Deux enquêteurs ont listés de façon indépendante l'ensemble des réponses des patients et ont regroupé et catégorisé ces réponses en différents thèmes (cf. Annexe 4). Ensuite, les deux analyses ont été mises en commun afin d'évaluer la concordance du classement et valider les thématiques retenues. Cette méthode d'analyse permet d'éviter les biais d'interprétation.

RESULTATS

1. Echantillon

86 patients douloureux chroniques ont participé à l'étude.

La provenance des différents patients est la suivante :

Etablissements	Nombre de patients
Cliniques (Voiron et Aix les bains)	26
Centre de lutte contre la douleur CHU Grenoble	23
Pharmacies d'officine	18
Hôpital rhumatologique Uriage	16
Cabinet libéral (Médecin Généraliste)	3
Total	86

Tableau 3 : Listes des différents établissements participant à l'enquête

Cliniques : patients vus lors de consultation.

Centre de lutte contre la douleur : patients vus lors de consultation au CHU.

Hôpital rhumatologique d'Uriage : patients vus lors d'une hospitalisation ou de consultation.

Pharmacie d'officine :

-pharmacie des thermes à Uriage (5600 habitants) : Pharmacie de zone ruraine

-pharmacie de l'Argentière à Sassenage (11000 habitants) : Pharmacie de centre-ville
actif proche de Grenoble

-pharmacie à Cluses (18000 habitants) : pharmacie urbaine.

Médecin Généraliste :

- Cabinet libéral composé de trois médecins situé dans une zone ruraine.

- Cabinet libéral d'un seul médecin situé en centre-ville de Grenoble.

2. Profil des patients

2.1. Age des patients

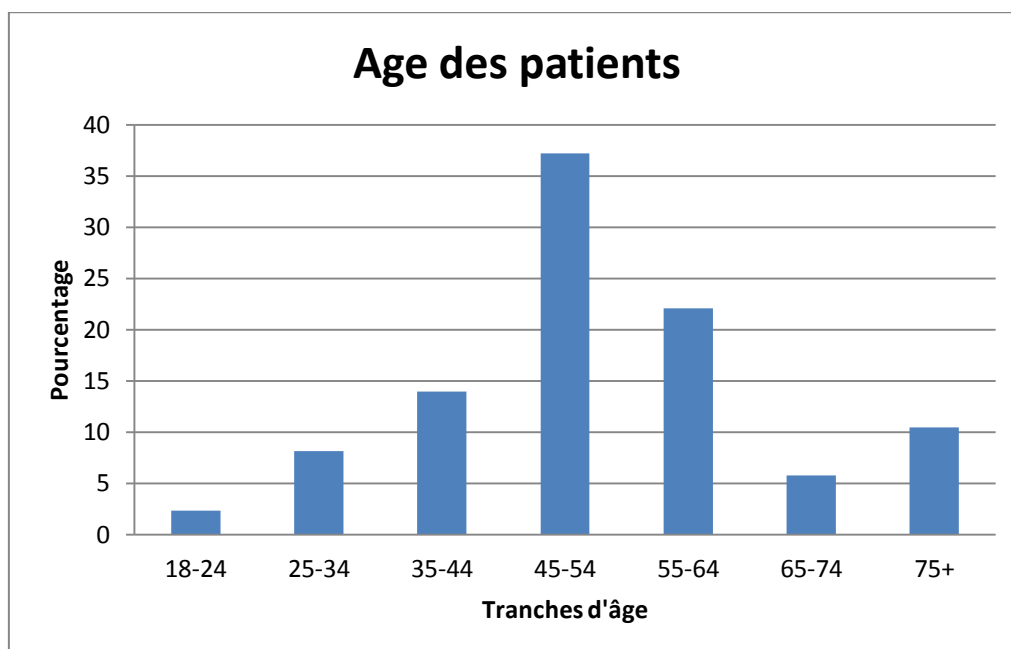


Figure 9 : Répartition des patients selon leur âge (n=86)

Age moyen de l'ensemble des patients : **52.3 ans**

Age médian de l'ensemble des patients : **53 ans**

Ecart-type : **14.04 ans**

Patient le plus jeune : **19 ans**

Patient le plus âgé : **83 ans**

	Moyenne d'âge	Médiane	Ecart-type
Pharmacies d'officine	58,5 ans	53 ans	14,0 ans
Hôpital rhumatologique d'Uriage	58,6 ans	53,5 ans	14,8 ans
Cliniques	50,3 ans	52 ans	14,9 ans
Centre de lutte contre la douleur	46,2 ans	49 ans	11,5 ans
Médecin Généraliste	46,7 ans	46 ans	13,4 ans
Echantillon total	52,3 ans	53 ans	5 ans

Tableau 4 : Chiffres clés sur l'âge des patients selon les différents établissements

Près de 60% des patients sont compris dans la tranche d'âge 45-64 ans et seulement 10% sont âgés de moins de 35 ans.

L'enquête montre également que plus de 10 % des patients sont âgés de plus de 75 ans. Cette proportion de patient est retrouvée en majorité en pharmacie d'officine et à l'hôpital rhumatologique d'Uriage.

2.2. Sexe

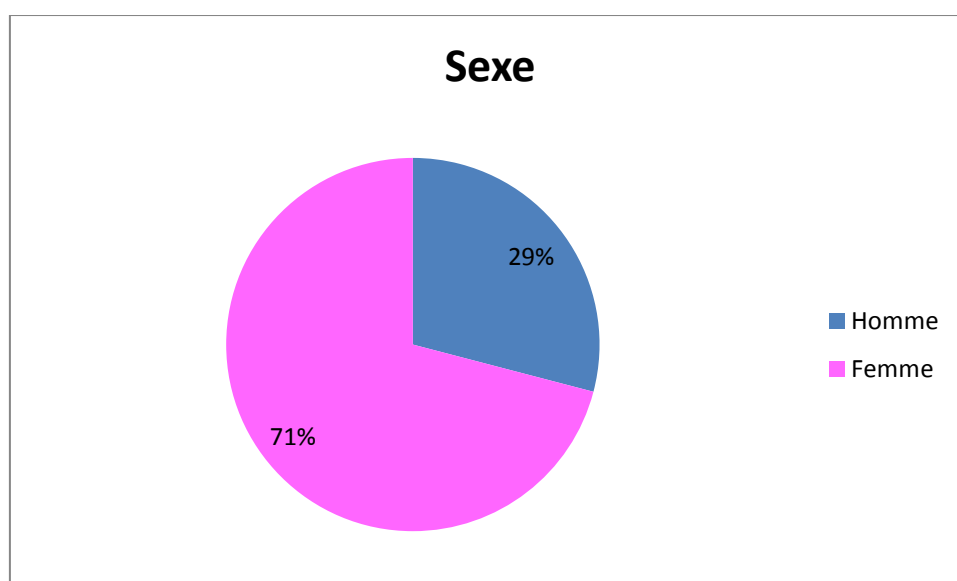


Figure 10 : Répartition des patients selon leur sexe (n=86)

Ratio Homme/Femme : 0.29

Ratio Homme/Femme par établissement :

- Pharmacie d'officine : 0.33
- Hôpital rhumatologique d'Uriage : 0.12
- Clinique : 0.27
- Centre de lutte contre la douleur CHU Grenoble : 0.35
- Médecin Généraliste : 0.67

2.3. Pathologies rencontrées

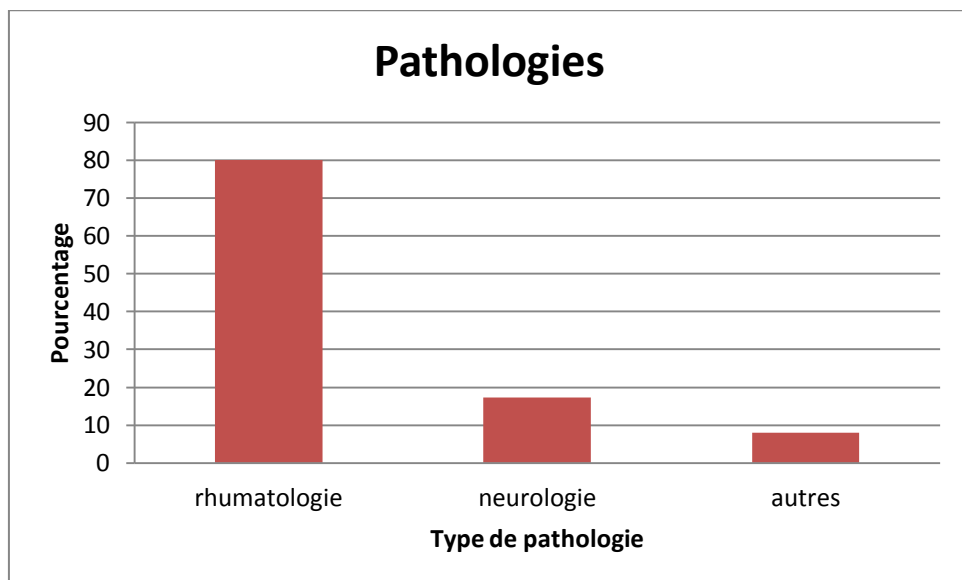


Figure 11 : Répartition des patients selon leur pathologie (n=75)

Dans les pathologies rhumatologiques, sont retrouvées principalement par ordre de fréquence:

- Lombalgie (20 patients)
- Fibromyalgie (13 patients)

- Hernie discale (5 patients)
- Cervicalgie (5 patients)
- Arthrose (4 patients)
- Douleurs osseuses (4 patients)
- Canal lombaire étroit (3 patients)
- Rhumatismes (2 patients)
- Tassement vertébral (2 patients)
- Polyarthrite rhumatoïde, gonalgie, épicondylite, tendinopathie, myopathie...

Dans les pathologies neurologiques sont retrouvées principalement par ordre de fréquence :

- Douleurs neuropathiques (6 patients)
- Neuralgies (5 patients)
- Céphalées, migraines...

Dans les autres pathologies sont retrouvés par ordre de fréquence :

- Coliques néphrétiques (3 patients)
- Sequelles de cancer (2 patients)
- Calcul rénal (2 patients)
- Douleur du membre fantôme (1 patient)

	Rhumatologie	Neurologie	Autres
Pharmacies d'officine	81,25	12,5	12,5
Hôpital rhumatologique d'Uriage	87,5	18,8	
Cliniques	82,6	21,7	
Centre de lutte contre la douleur CHU Grenoble	64,7	17,6	23,5
Médecin Généraliste	100		

Tableau 5 : Pathologies rencontrées selon les établissements en pourcentage

Il est important de souligner que les patients peuvent être atteints de plusieurs pathologies à la fois comme deux pathologies rhumatologiques différentes ou encore une pathologie rhumatologique et une neurologique.

2.4. Etats émotionnel et douloureux : « Comment vous sentez-vous

aujourd'hui ? »

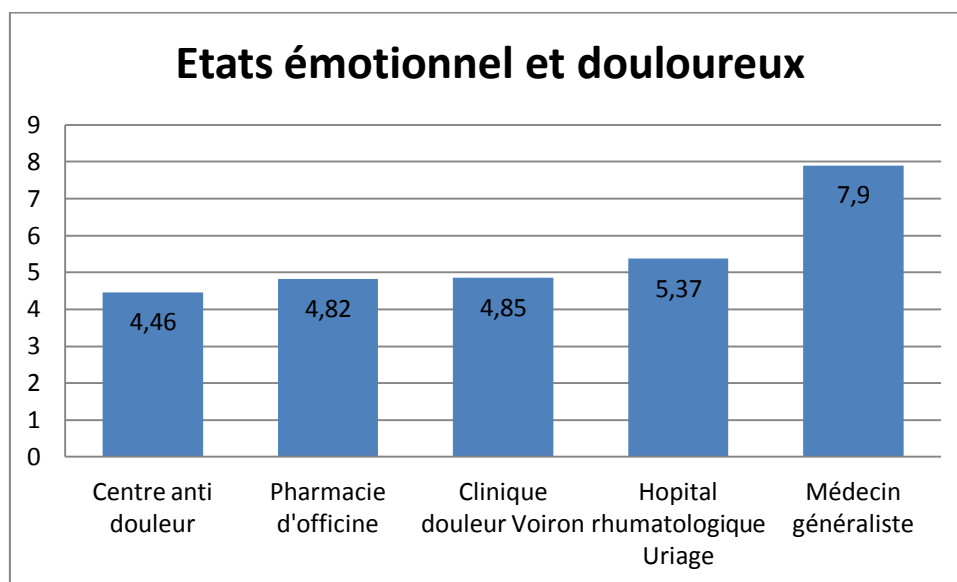


Figure 12 : Evaluation de la douleur des patients lors du remplissage du questionnaire (n=86)

Sur ce graphique, on peut observer les moyennes des évaluations de l'état émotionnel et douloureux des patients en fonction des établissements.

Le 0 de l'échelle correspond à « je ne me sens pas bien du tout » et le 10 correspond à « je me sens très bien ».

La moyenne de tous les patients est de 4,89/10.

C'est au centre anti douleur que les patients se sentent le moins bien (4,46/10). Cependant, ce résultat est très proche de celui obtenu en pharmacie d'officine (4,82/10) ou en clinique (4,85/10).

Par ailleurs, les patients ayant répondu au questionnaire chez leur médecin généraliste sont ceux qui se sentent le mieux (7,9/10).

3. Analyse thématique des données

3.1. Thème 1 : Les médicaments

3.1.1. Les classes pharmacologiques de médicaments identifiés par les patients comme médicaments agissant contre leurs douleurs

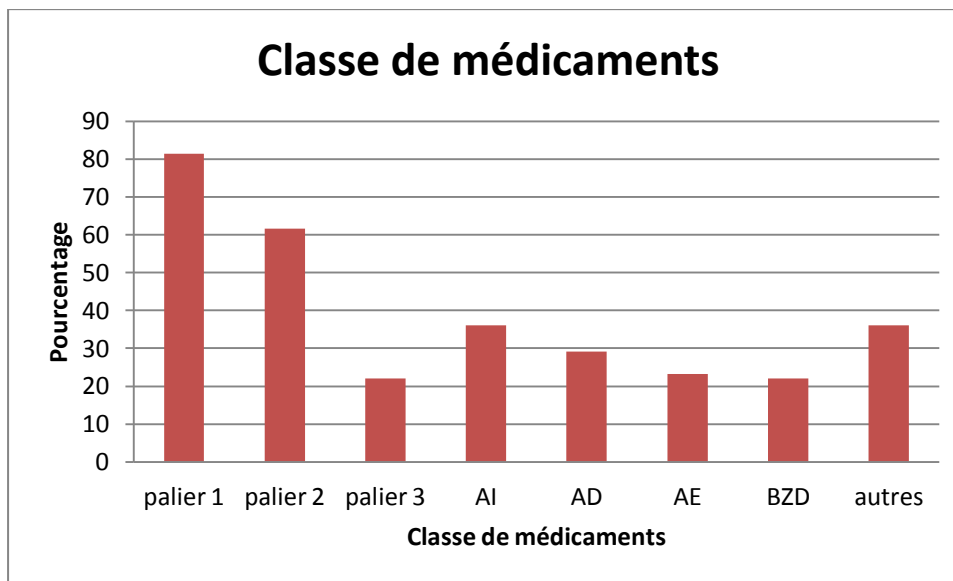


Figure 13 : Répartition des différentes classes de médicaments pris par les patients (n=86)

AI= Anti-inflammatoire (corticoïdes+Anti-inflammatoire non stéroïdiens)

AD= Antidépresseur

AE= Antiépileptique

BZD= Benzodiazépine

Dans les traitements « autres », sont retrouvés les médicaments suivants :

- Versatis® (Lidocaïne) : 12 patients
- Levocarnil® (L-carnitine) : 4 patients
- Spasfon® (Phloroglucinol) : 3 patients

- Atarax® (Hydroxyzine) : 2 patients
- Chondrosulf® (Chondroïtine), Dolénio® (Glucosamine), Relpax® (Elepriptan), Novatrex® (Méthotrexate)...

Plus de 80% des patients prennent des antalgiques de paliers 1 et 22% des antalgiques de palier 3.

36% des patients prennent également des anti-inflammatoires qu'ils soient non-stéroïdiens ou stéroïdiens.

29% consomment des antidépresseurs régulièrement, 23% des antiépileptiques et 22% des benzodiazépines.

L'enquête a montré que les patients prennent en moyenne 3.44 médicaments contre la douleur par personne avec une médiane à 3.

3.1.2. Perception de différences d'efficacité entre les médicaments

antalgiques : « Trouvez-vous que certains de vos médicaments contre la douleur sont plus efficaces que d'autres ? »

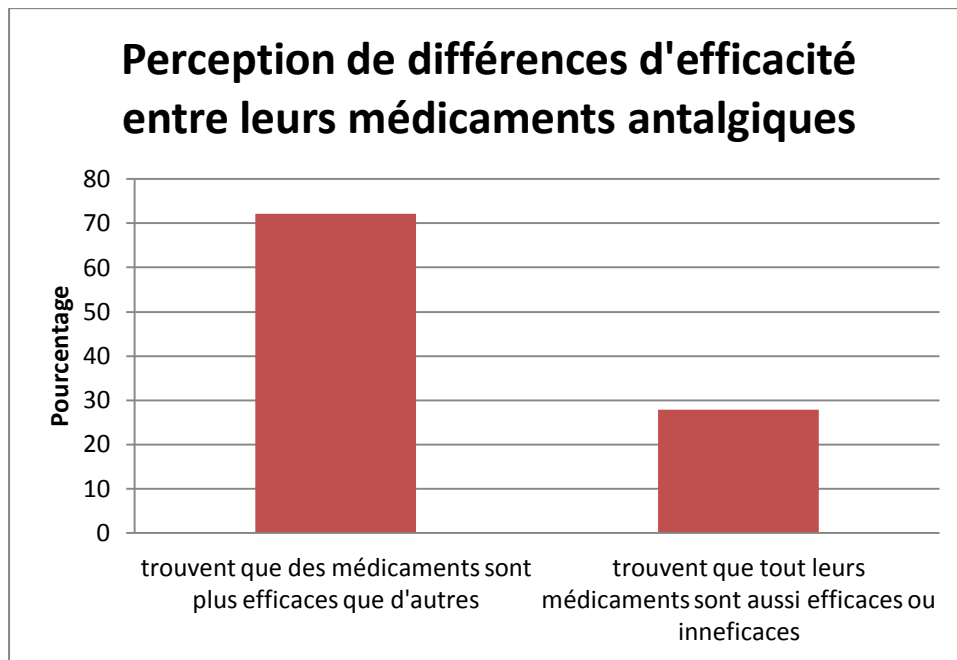


Figure 14 : Différence perçue d'efficacité par les patients entre leurs médicaments antalgiques (n=79)

L'enquête montre que 72% des patients ayant répondu à cette question trouvent que certains de leurs médicaments sont plus efficaces que d'autres alors que 28% pensent que tous leurs médicaments sont aussi efficaces ou inefficaces.

Les résultats d'une cotation sur l'efficacité perçue des médicaments entre eux par les patients ne permettent pas d'extraire un résultat global extrapolable car la variabilité des réponses est trop importante et spécifique d'un individu à l'autre ainsi que la variabilité des traitements des patients.

Un focus sur les extrêmes peut-être envisagé : c'est-à-dire médicament perçu comme ayant une efficacité la plus faible (cotés de 0 à 2 sur 10) et à l'inverse médicament perçu comme ayant l'efficacité la plus forte (cotés de 8 à 10 sur 10). Les résultats montrent que :

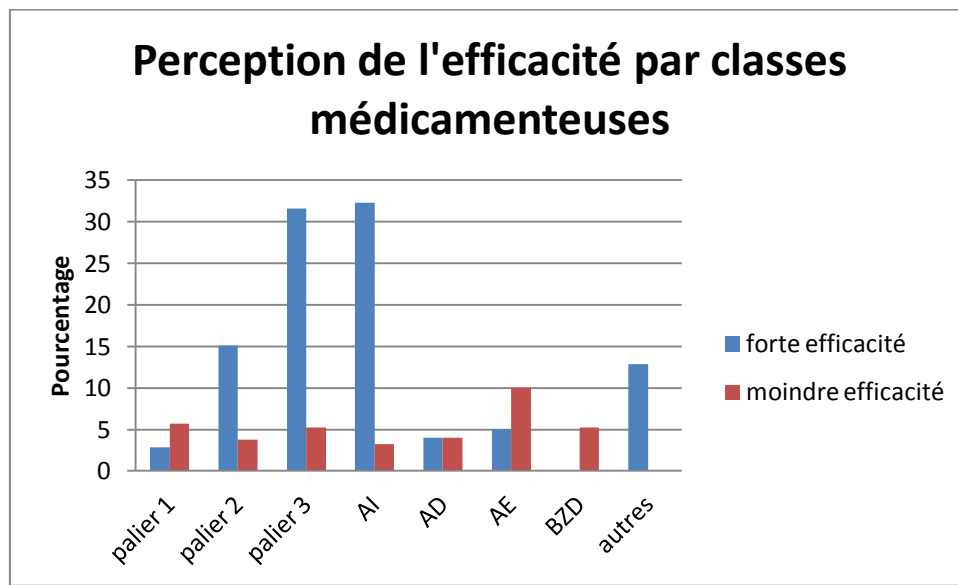


Figure 15 : Perception de l'efficacité par classes médicamenteuses

Dans cette figure, les pourcentages représentent le nombre de personnes ayant évalué une forte ou une faible efficacité d'une classe médicamenteuse par rapport au nombre de personnes traitées par cette même classe. Par exemple, 22% (soit 19 personnes) prennent des antalgiques de palier 3. Sur ces 19 personnes, 6 ont déclaré que ces médicaments sont très efficaces (entre 8 et 10/10). Cela représente donc près de 32% de patients très satisfaits de cette classe parmi ceux qui l'utilise.

Il ressort que les antalgiques de palier 3 (31,6%) et les anti-inflammatoires (32,3%) sont les classes médicamenteuses qui apparaissent comme étant les plus efficaces pour les patients. En revanche, les anti-épileptiques (10%) et les antalgiques de palier 1 (5,7%)

semblent être les classes les moins efficaces pour ces même patients, même si l'écart est moins important.

3.1.3. Préférences en termes de forme galénique : « Vos médicaments contre la douleur existent sous plusieurs formes : Avez-vous des préférences selon les formes ? Dites-nous pourquoi ? »

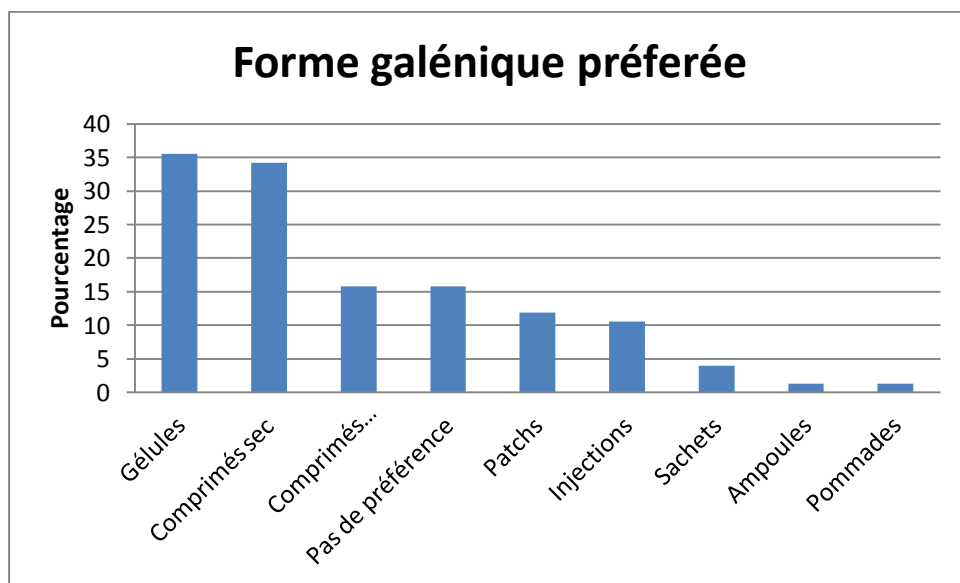


Figure 16 : Répartition des patients selon leur forme galénique préférée (n=76)

Deux formes galéniques sont largement préférées avec plus d'une personne sur 3 qui préfère les gélules (36%) ou les comprimés secs (34%).

Les explications de la préférence des patients quant à une forme galénique sont décrites et détaillées dans les paragraphes suivants.

3.1.4. Les gélules

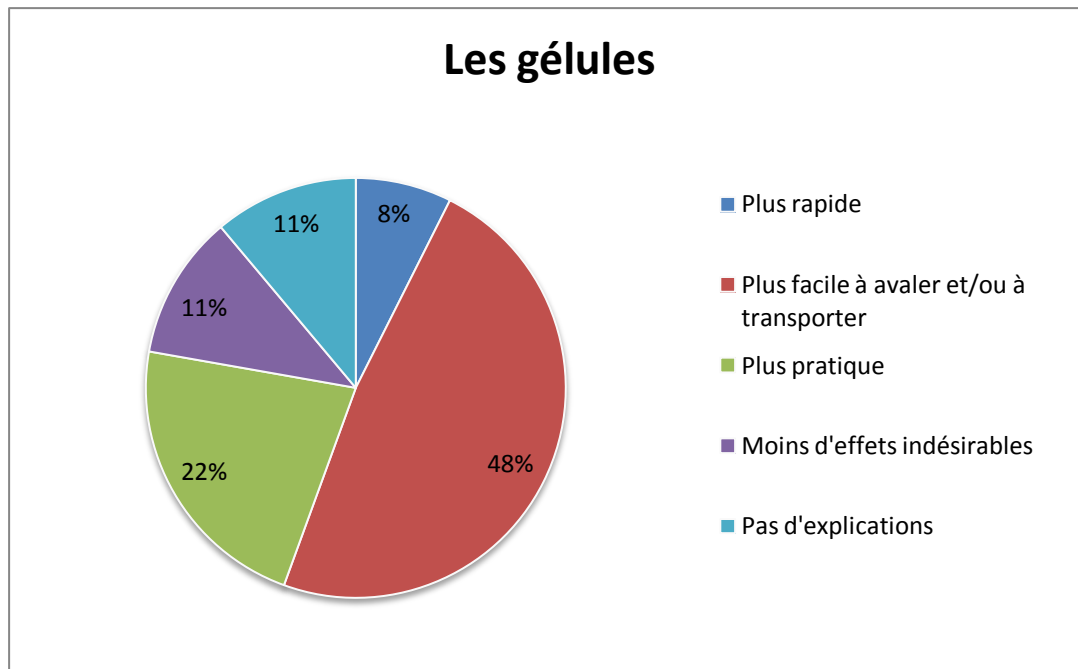


Figure 17 : Répartition des différents avantages des gélules (n=27)

70% des patients (48% + 22%) préfèrent les gélules pour leur facilité d'utilisation (facile à avaler, à transporter ou encore plus pratique) : « prise facile », « aspect pratique », « facile à avaler », « plus facile à avaler que les comprimés », « les gélules s'avalent plus facilement », « ils sont facile d'utilisation », « ils sont plus faciles à transporter et à avaler ».

3.1.5. Les comprimés secs

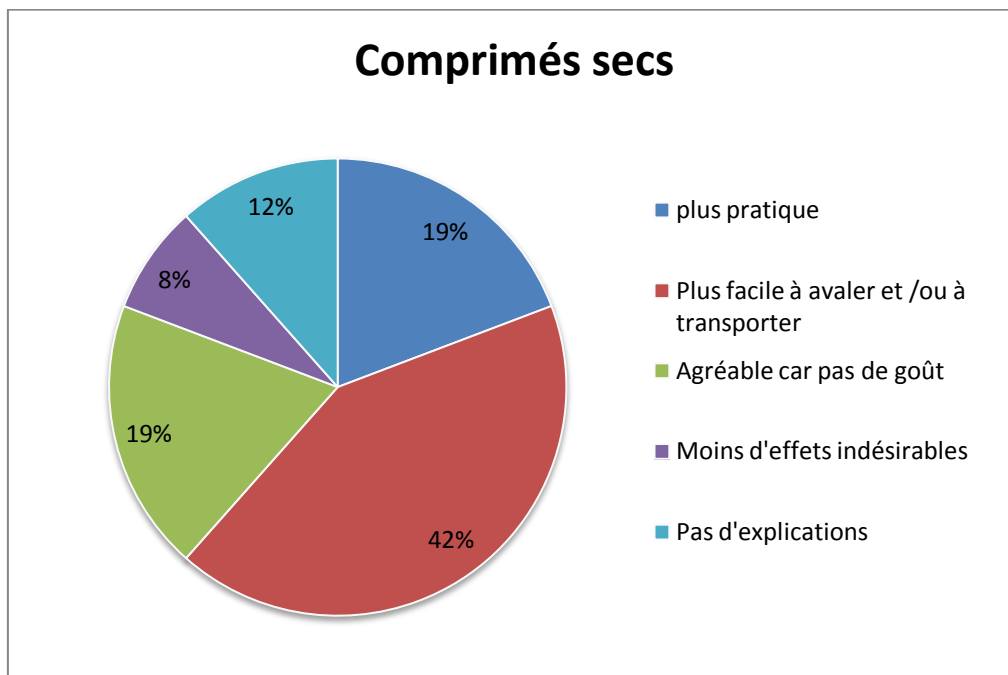


Figure 18 : Répartition des différents avantages des comprimés secs (n=26)

Comme pour les gélules, une grosse majorité de notre échantillon (61% : 42%+19%) préfère les comprimés secs pour leur facilité d'utilisation : « les comprimés sont plus faciles à avaler », « pratiques à emporter », « faciles à transporter et à prendre », « plus faciles à absorber au travail », « faciles d'utilisation », « rapides et pratiques ».

19% des patients (5 patients) les préfèrent car ils sont « plus agréables » et n'ont « pas de goût ».

3.1.6. Les comprimés effervescents

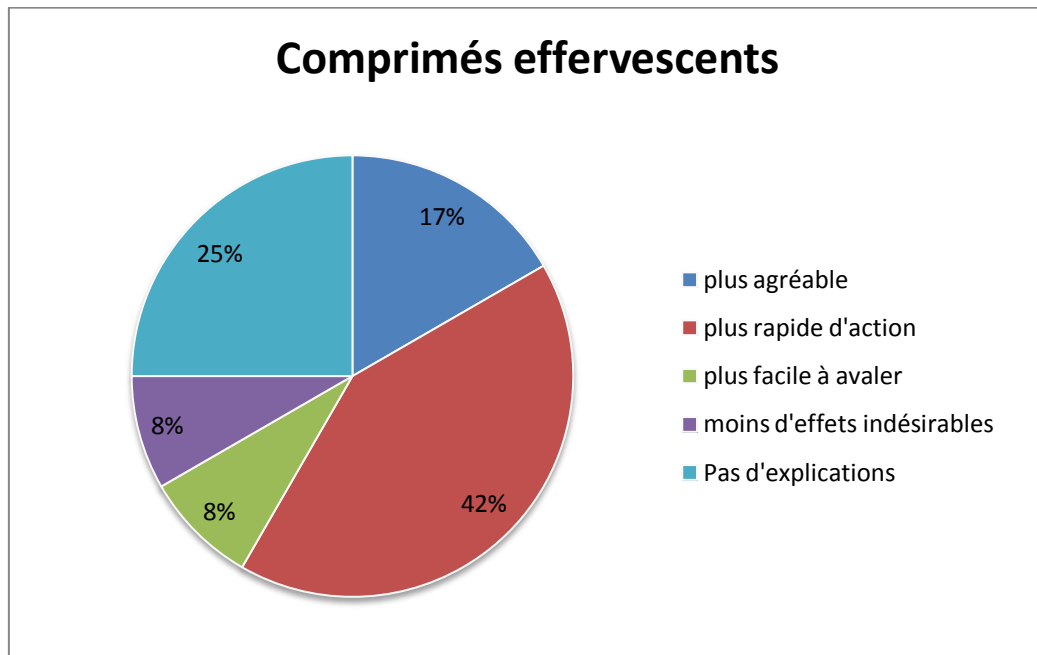


Figure 19 : Répartition des différents avantages des comprimés effervescents (n=12)

5 patients sur 12 (42%) pensent que les comprimés effervescents agissent plus rapidement au niveau de l'organisme : « je trouve que ça agit plus vite », « agit plus vite », « impression d'être plus rapide », « effet plus rapide ».

De plus, 25% de ces patients pensent que les comprimés effervescents sont plus agréables : « plus agréable à boire », « pratiques et agréables ».

3.1.7. Les patchs

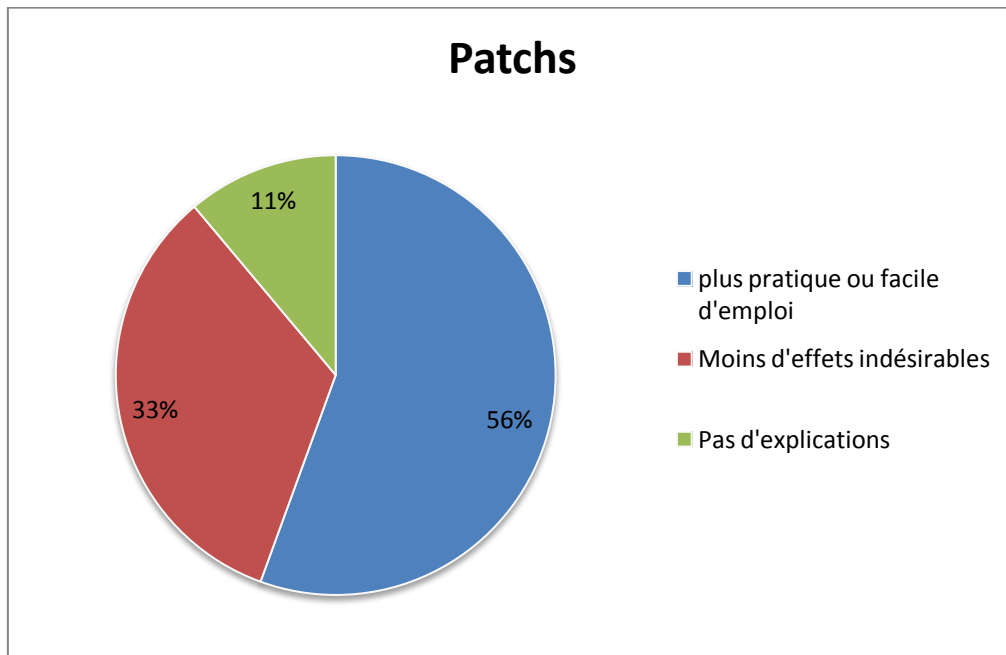


Figure 20 : Répartition des différents avantages des patchs (n=9)

56 % préfèrent les patchs pour leur praticité d'emploi : « les emplâtres sont faciles d'emploi », « les patchs sont pratiques ».

33% des patients pensent que la galénique « patch » donne moins d'effets indésirables : « Les emplâtres n'ont pas d'effets secondaires par rapport aux comprimés, donc je les préfère », « Je préfère les patchs car mon estomac est enflammé ».

3.1.8. Les injections

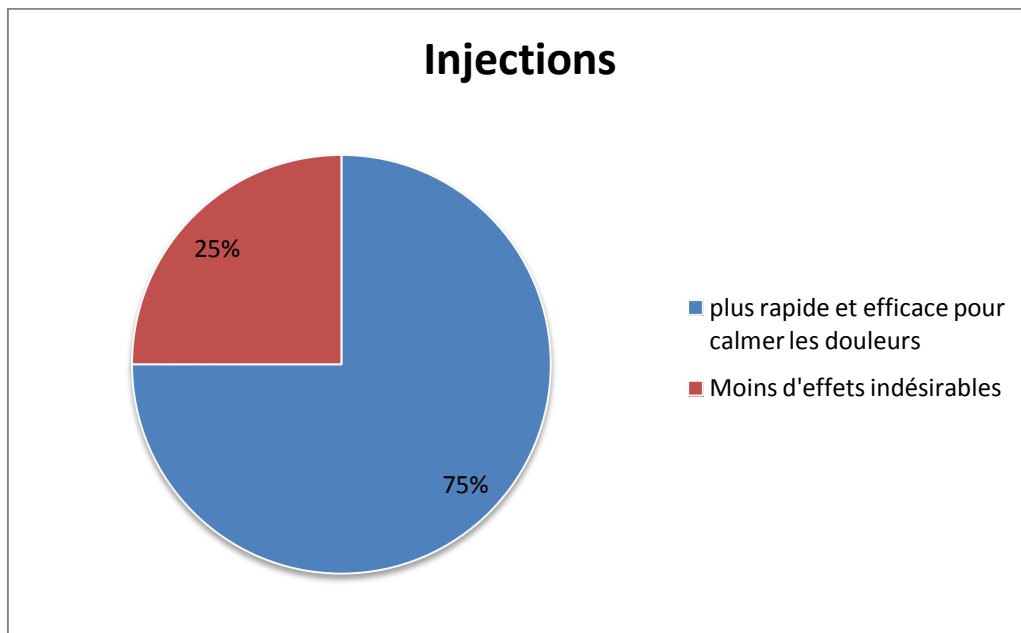


Figure 21 : Répartition des différents avantages des injections (n=8)

La rapidité d'action de cette forme pharmaceutique est un avantage largement cité (75%) par les patients : « injections car elles sont plus rapidement efficaces », « injections beaucoup plus efficaces et soulagent plus vite », « injections parce que la douleur passe plus vite », « agit beaucoup plus vite ».

Nous remarquons également que 25% (2 patients) pensent que les injections donnent moins d'effets indésirables : « injections pour éviter les vomissements des comprimés », « les injections car elles ne gênent pas l'estomac ».

3.1.9. Les sachets

Les sachets : 2 patients sur 3 pensent que les sachets sont plus faciles à avaler que les comprimés ou les gélules : « les sachets car buvables », « les sachets sont plus faciles à avaler ».

3.1.10. Autres

Un total de 10 patients n'a pas répondu à la question et 12 patients (16%) n'ont pas de préférence : « je m'adapte à tout », « Préférences? Non, ils ont tous leurs inconvénients », « peu importe, il n'y a pas une forme plus efficace qu'une autre dans la durée du traitement », « pas de préférence ».

3.2. Thème 2 : L'ordonnance

3.2.1. La rédaction de l'ordonnance permet-elle au patient d'adapter son traitement ? : « La façon dont est rédigée l'ordonnance vous permet-elle d'adapter vos prises en fonction de la douleur ? »

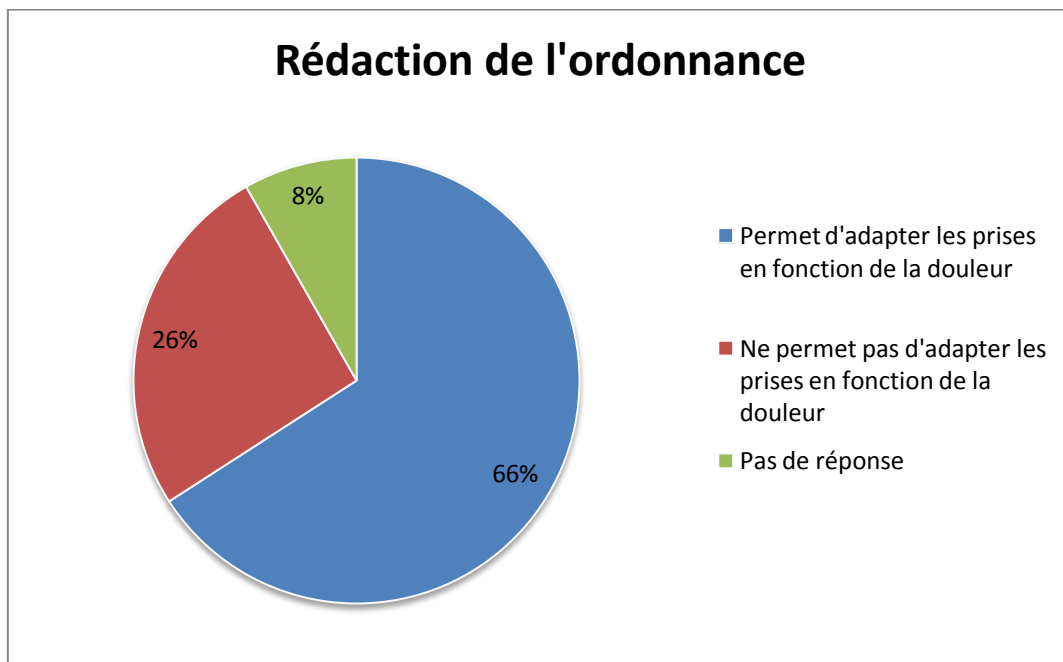


Figure 22 : Adaptation des prises de médicaments en fonction de la rédaction de l'ordonnance (n=86)

2 patients sur 3 pensent que leur ordonnance est bien compréhensible et permet d'adapter leur traitement à leur douleur.

22 personnes (26%) ne sont pas satisfaites de leur ordonnance.

3.2.2. Dans quelles circonstances les patients adaptent-ils leur traitement ? : « Décrivez des situations dans lesquelles vous avez adapté vos prises de médicaments par rapport à l'ordonnance »

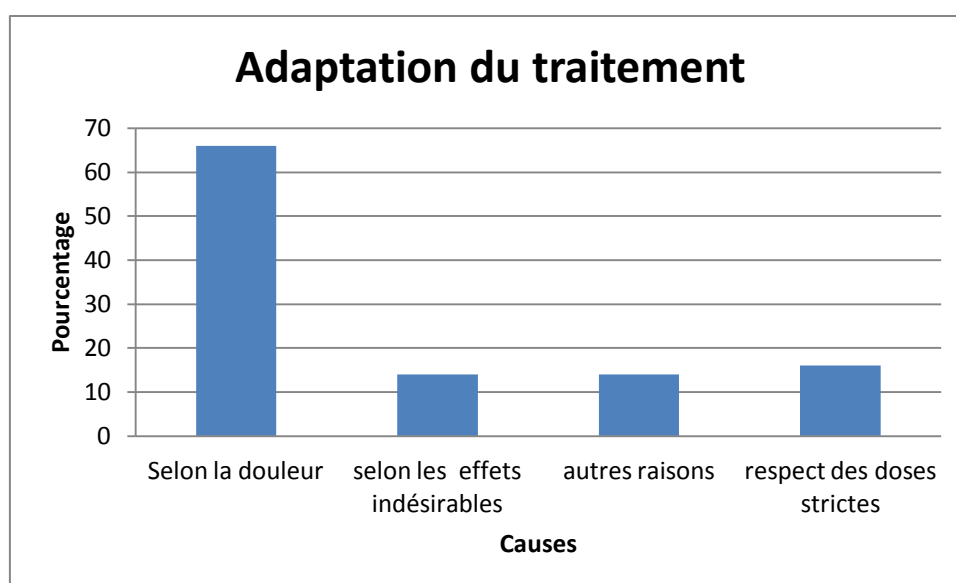


Figure 23 : Répartition des raisons aboutissant à l'adaptation du traitement (n=50)

36 patients n'ont pas répondu à cette question.

66% des patients adaptent leur traitement selon leur douleur mais seul 16% n'adaptent pas leur traitement et suivent la prescription initiale.

Seulement 14% des patients adaptent leur traitement en fonction des effets indésirables.

Dans la rubrique « autres raisons », quelques exemples peuvent être cités : « Adaptation selon mon stress », « Selon mon état de fatigue ou mon moral », « difficultés de mettre les patchs exactement au moment voulu. Souvent, je dois les mettre plus tôt que je le souhaiterais », « si augmentation du stress, j'augmente ma posologie mais toujours en collaboration avec mon généraliste, et si diminution du stress et de l'anxiété, je diminue les doses. », « Oubli éventuel de médicament »...

3.2.3. Causes d'arrêt de prises des médicaments par les patients

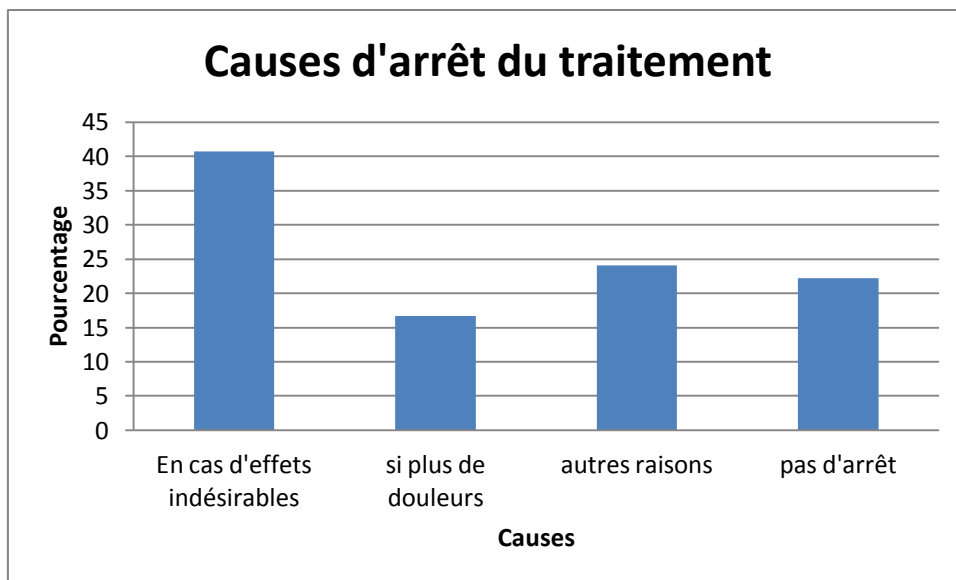


Figure 24 : Répartition des raisons aboutissant à l'arrêt du traitement (n=54)

32 patients n'ont pas répondu à cette question.

La majorité (41%) des arrêts de traitement est due à un ou des effet(s) indésirable(s) trop invalidant(s) ou insupportable(s).

De plus, près de 17% des patients peuvent arrêter leur traitement lorsqu'ils ressentent moins de douleurs.

Dans la rubrique « autres raisons », les causes citées par les patients sont les suivantes :

- perception d'un manque d'efficacité (4 patients) :
« Inefficacité », « aucun soulagement », « arrêt pour efficacité jugée limitée », « lorsqu'ils ne faisaient plus aucun effet »
- en cas d'oubli (4 patients) : « oubli », « Oubli mais ce n'est arrivé que 2 fois », « Pas d'arrêt (sauf oubli) des médicaments », « jamais sauf si oubli ».
- un ras le bol général (3 patients) : « Il m'arrive de ne pas prendre mes médicaments mais ce n'est pas parce que je ressens des effets gênants, c'est juste parce que j'en ai marre et qu'il y a des moments où je ne veux plus les prendre. Mais je me reprends après », « Très souvent envie d'arrêter car aucun soulagement. », « sentiment de ras-le-bol, d'efficacité douteuse ».

3.2.4. Perception des patients quant à une surveillance éventuelle à réaliser avec leurs médicaments : « Pensez-vous qu'il y ait des choses particulières à surveiller quand on prend des médicaments contre la douleur ? »

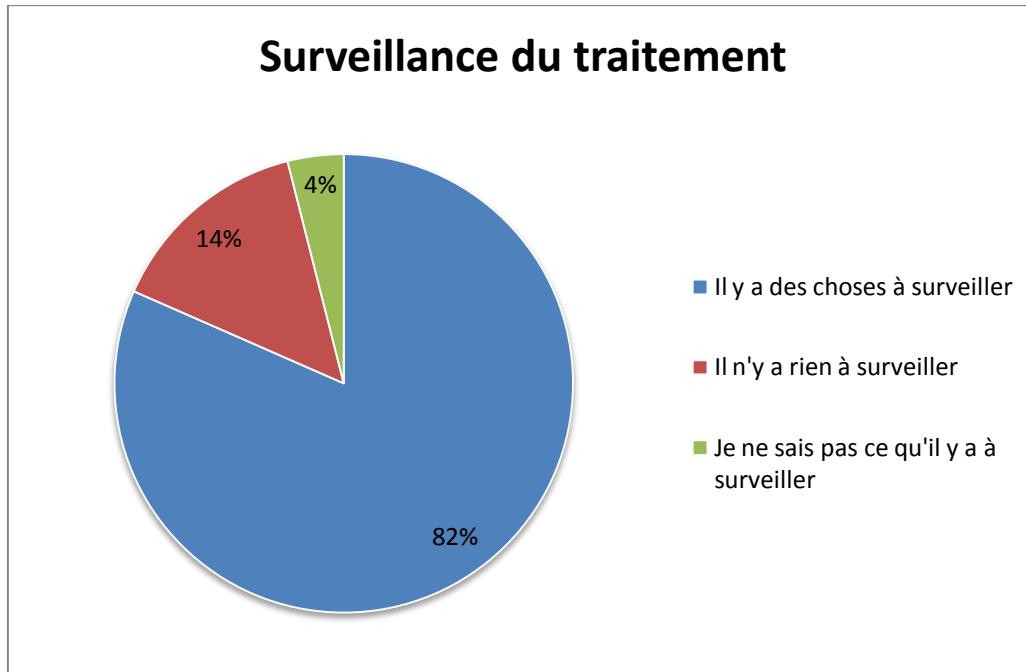


Figure 25 : Le besoin de surveillance associé à leur traitement selon les patients (n=76)

Pour les 82% des patients (62 personnes) exprimant le fait « qu'il y ait des choses à surveiller lorsqu'ils prennent un traitement contre la douleur », 3 personnes ont répondu qu'ils ne savaient pas ce qu'il fallait surveiller et 7 autres personnes n'ont pas donné d'explications. Donc, 52 personnes sur 76 ayant répondu à cette question soit 68% ont donné au moins un critère à surveiller.

Les différents critères retenus par les patients sont décrits au sein du graphique ci-dessous.

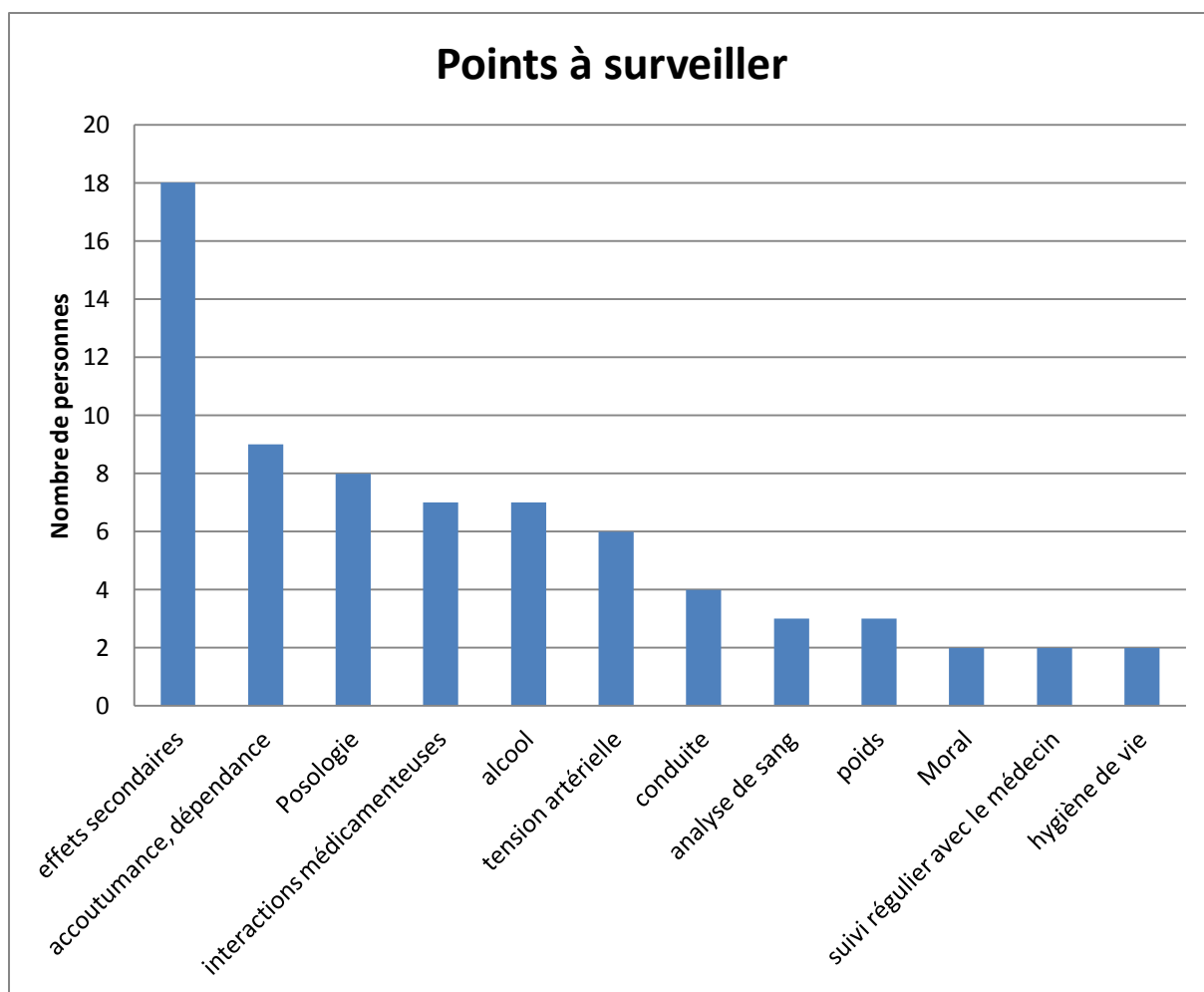


Figure 26 : Les différents critères à surveiller d'après les patients (n=52)

Sur les 52 patients ayant répondu à cette question, 18 (35%) pensent qu'il faut surveiller les effets secondaires lorsque l'on prend des médicaments contre la douleur au long cours.

9 patients pensent que ces traitements donnent un risque d'accoutumance et de dépendance mais également qu'il faut être très vigilant quant aux posologies (8 patients).

3.3. Thème 3 : Le vécu du patient avec ses médicaments au quotidien

3.3.1. Quelles sont les difficultés que peut rencontrer le patient dans la vie de tous les jours avec ses médicaments? : « Quelles sont les difficultés que vous avez déjà pu rencontrer avec la prise de vos médicaments contre la douleur dans la vie de tous les jours ? »

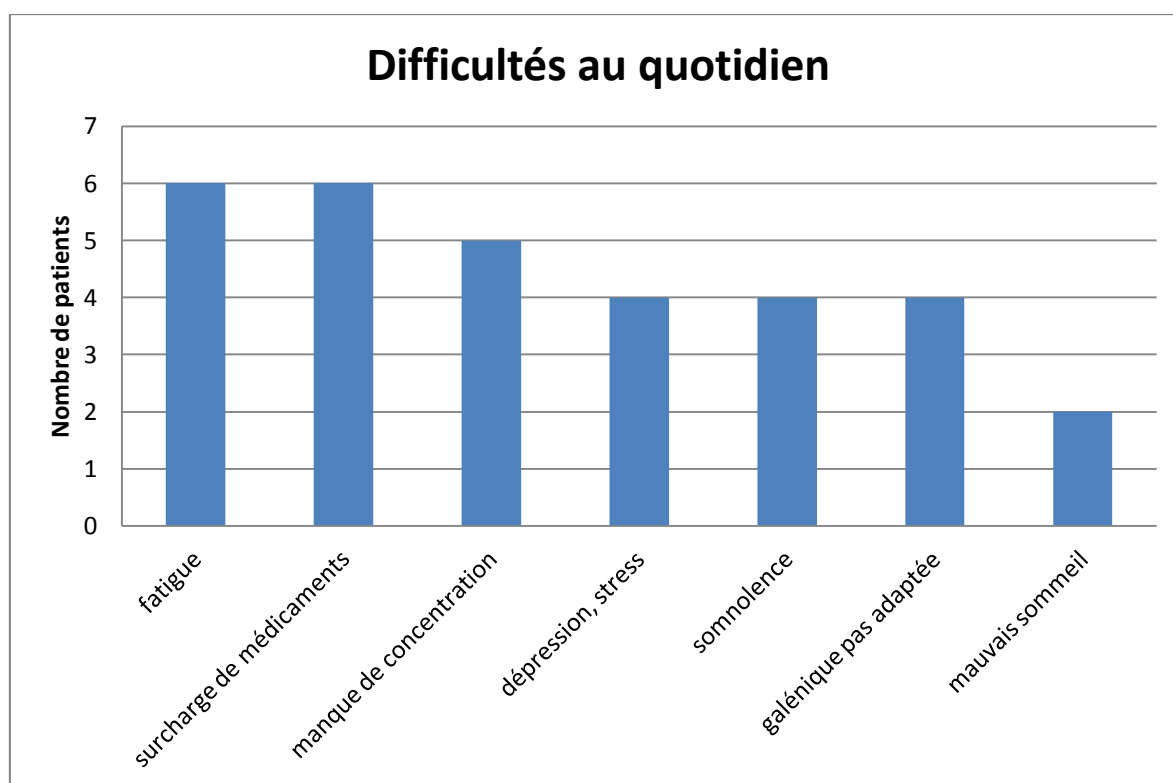


Figure 27 : Difficultés rencontrées par le patient au quotidien (n=33)

Les difficultés rencontrées au quotidien exprimées par les patients sont souvent en lien avec les effets indésirables comme la fatigue (6 patients), le manque de concentration (5 patients) ou encore la somnolence (4 patients).

6 patients sur 33 se plaignent de devoir prendre trop de médicaments « la quantité me démoralise », et pointent la contrainte vécue face à ces prises de médicaments. La galénique

est de plus citée comme une difficulté si elle ne semble pas adaptée pour faire face à l'apparition de la douleur : « difficultés de mettre les patches exactement au moment voulu. Souvent, je dois les mettre plus tôt que je le souhaiterais »

3.3.2. Quels sont les effets indésirables cités le plus fréquemment par les patients? : « Quels sont les effets gênants que vous avez déjà ressentis avec vos médicaments contre la douleur ? »

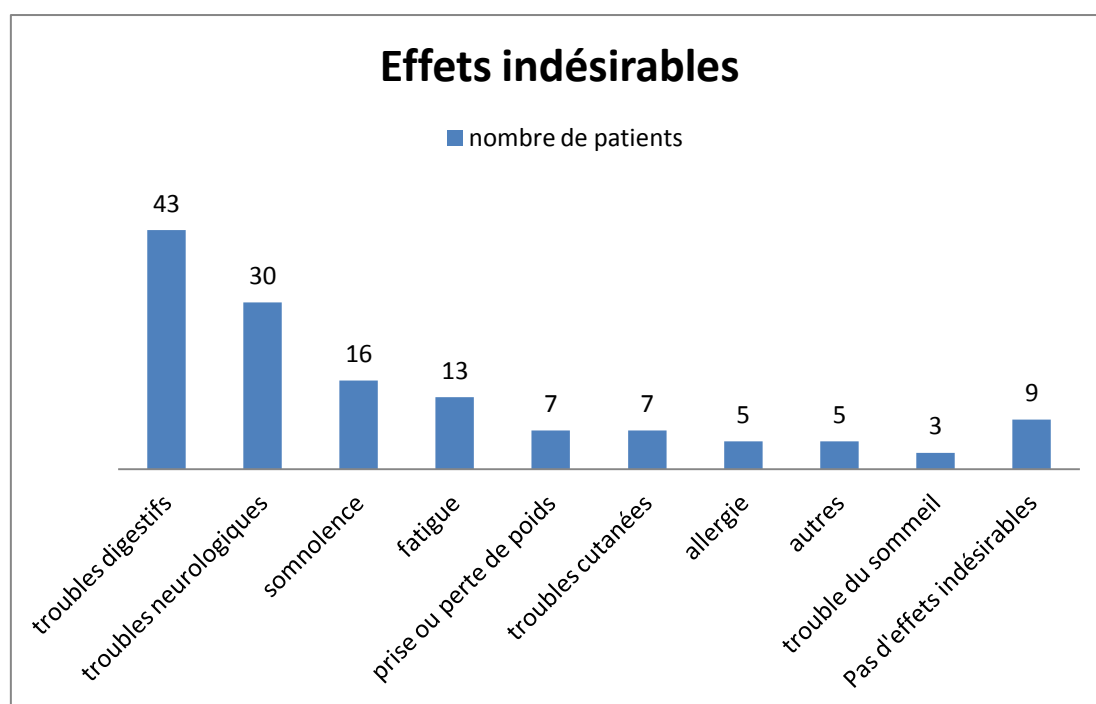


Figure 28 : Les différents effets indésirables ressentis par les patients (n=74)

Concernant les troubles digestifs (43 personnes), les symptômes les plus fréquemment cités sont les nausées, vomissements, « maux d'estomac », constipations, diarrhées ...

Les troubles neurologiques (30 personnes) englobent les vertiges, céphalées, migraines, pertes de mémoire, manque de concentration, malaises, tremblements...

Les troubles cutanés (7 personnes) intègrent des démangeaisons, de l'eczéma, des œdèmes (par exemple au niveau du visage)...

Concernant les « autres » effets indésirables cités (5 personnes) : les troubles sexuels, hépatiques et ophtalmologiques (« vision double ») sont décrits par les patients.

3.3.3. Comment les patients gèrent-ils ces effets indésirables ? : « Comment avez-vous réagi face à ces effets gênants ? »

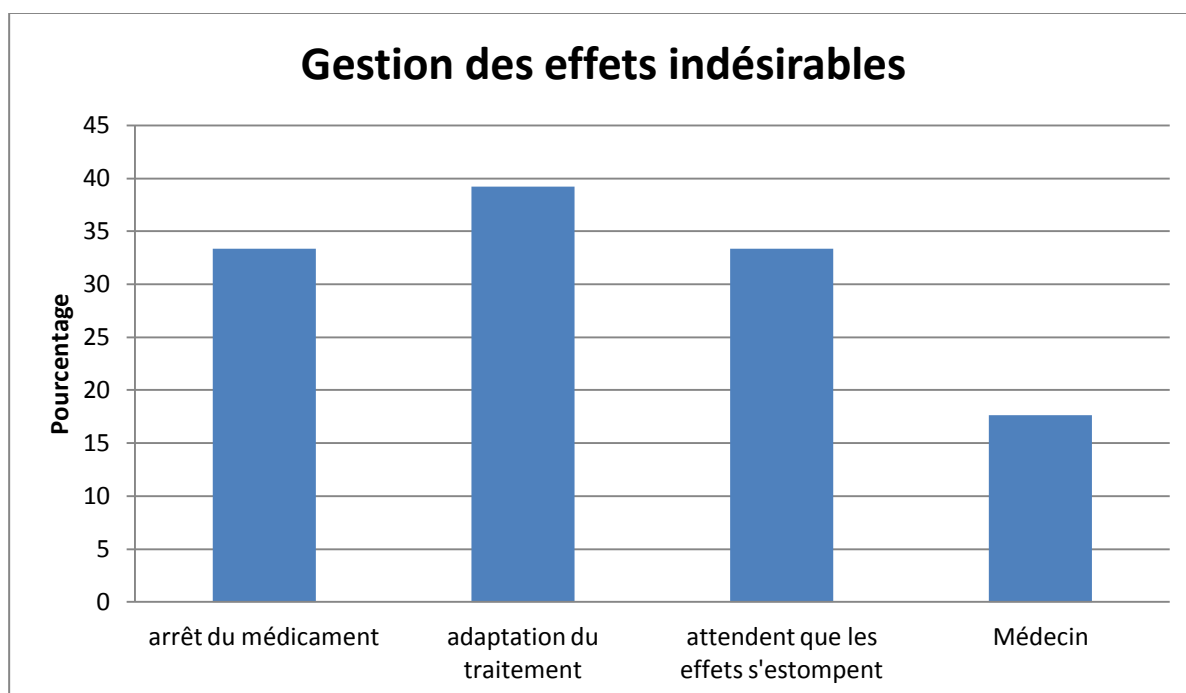


Figure 29 : Gestion des effets indésirables (n=51)

En première ligne, 39% des patients adaptent seuls leur traitement face à la survenue d'effets indésirables. Pour un patient sur 3, la réaction face à l'apparition d'effets indésirables correspond à l'arrêt du ou des médicaments incriminés par le patient comme à l'origine de son ou ses effets gênants : « arrêt de traitement », « arrêt de la prise de médicaments », « arrêt quelques jours », « j'ai arrêté ce type de médicaments », « arrêt du Neurontin ».

33% des personnes (17) attendent que les effets s'estompent : « j'ai supporté ». Parmi eux, 7 patients se couchent ou « doivent se reposer » et d'autres patients ne savent pas quoi faire du tout : « Que faire ? » ou « je pleure ».

Seulement 18% des patients appellent leur médecin en cas d'effets indésirables : « j'ai consulté le médecin », « dès que j'ai eu des effets gênants, j'ai téléphoné à la pharmacie et au médecin », « je vois avec le médecin », « j'ai demandé au médecin traitant un pansement gastrique », « après prescription du médecin : Forlax ».

Dans les réponses relatives à l'adaptation du traitement, les différentes stratégies décrites sont les suivantes :

- diminution de posologie,
- changement des habitudes de vie (sommeil, alimentaires...),
- prise d'un traitement en plus pour calmer ces effets indésirables.

3.4. Thème 4 : Les attentes des patients

3.4.1. Attentes vis-à-vis des soignants : « Que souhaiteriez-vous que les professionnels de santé puissent faire pour vous aider à adapter votre traitement à vos douleurs ? »

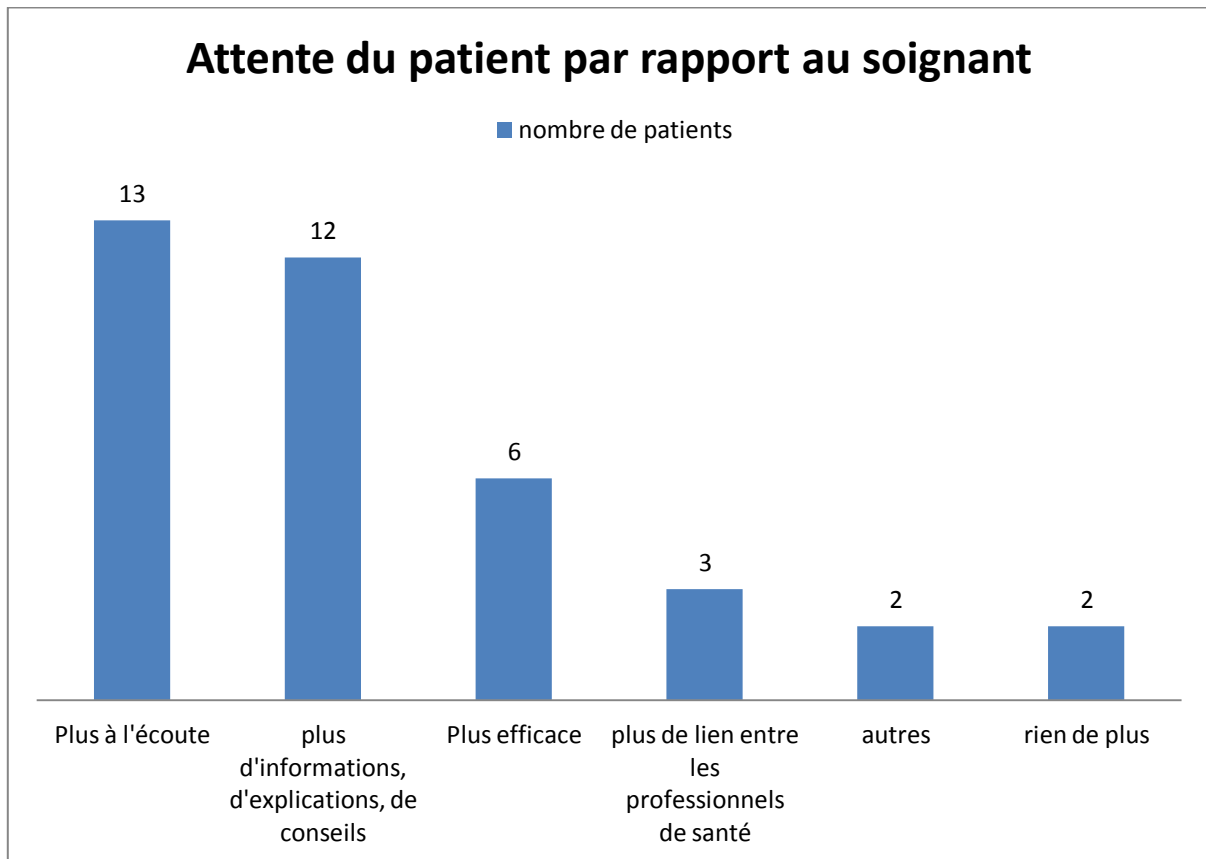


Figure 30 : Attentes du patient par rapport aux soignants (n=31)

42% (13/31) des patients aimeraient que les soignants soient plus à l'écoute au quotidien : « Etre à l'écoute d'autres techniques plus douces », « Que faire pour être mieux écouté ? », « une certaine incompréhension entre le médecin et le patient », « Je souhaiterais que les médecins soient plus à l'écoute », « Je fais toujours confiance à mon docteur s'il

m'écoute », « Les professionnels de santé devraient être plus à l'écoute de leurs patients et parler d'avantage avec eux » ...

39% des patients aimeraient avoir plus d'informations sur leur pathologie : (2 patients) « Des explications sur le fonctionnement de la douleur », « Qu'ils puissent me renseigner sur l'origine et la cause de mes douleurs » ou leur traitement (10 patients) afin de savoir réagir face à la douleur avec leurs médicaments et être avertis par rapport aux effets indésirables : « Je souhaiterais que le mode d'action soit bien expliqué, ainsi l'adaptation serait facilitée », « Mieux expliquer les effets secondaires de certains médicaments pour que nous ne soyons pas surpris voire inquiets », « Bien expliquer l'action du médicament et donc nous expliquer comment adopter la bonne attitude pour mieux le tolérer et améliorer son action », « Je souhaite une information plus complète, plus détaillée », « Je manque d'information »...

Chez les personnes qui attendent que les soignants soient plus efficaces, les attentes retrouvées correspondent à une demande d'efficacité des médicaments proposés chez des patients insuffisamment soulagés au moment de l'enquête et qui semblent avoir déjà essayé différentes stratégies : « Je souhaiterais une meilleure prise en charge », « prescrire les médicaments qui fonctionnent », « arriver à trouver les bons médicaments pour calmer mes douleurs car *l'Exprim*® devient insuffisant »... Ce sont tous des patients qui ne sont pas suffisamment soulagés par leur traitement.

Nous pouvons remarquer que 3 patients aimeraient plus de lien entre les professionnels de santé : « Lien plus étroit entre ressenti pathologique / psychique → plus de dialogue médecin / psy », « Il faudrait peut-être un peu plus d'échanges entre eux quand cela est nécessaire », « Il faut que ce soit plus clair entre les médecins et les pharmaciens, il faut qu'il y ait plus de communication entre les 2 car lorsque je ne comprends pas quelque chose ou que j'ai besoin d'un conseil ou d'un renseignement je me retourne vers mon pharmacien. »

3.4.2. Attentes vis-à-vis de ses médicaments

24 personnes ont répondu à cette question.

14 patients sur 24 attendent que leurs médicaments soient plus efficaces et voudraient être plus soulagés au quotidien : « des médicaments plus forts que la Lamaline », « trouver un médicament qui puisse soulager la douleur », « à quand un vrai médicament pour l'arthrose et les rhumatismes ? », « arriver à trouver le bon médicament », « trouver la bonne dose et le bon médicament pour me permettre de vivre presque normalement », « qu'un traitement plus efficace puisse se présenter », « trouver un médicament qui calme mes douleurs à 100% », « trouver une solution », « trouver le traitement adapté pour que ma vie soit normale », « trouver un médicament efficace ».

2 personnes expriment leurs réticences à prendre une quantité importante de médicaments : « la quantité me démoralise et qu'à chaque nouveau produit utilisé, je reprends un peu d'espoir pour finalement ne ressentir aucun bienfait », « Une crainte de devoir trop augmenter la quantité de médicaments si la douleur augmente ». L'espoir de ressentir les effets positifs sur la douleur des médicaments et les déceptions déjà vécues en termes d'efficacité sont retrouvés dans les réponses notées par les patients concernant leurs attentes envers les médicaments.

2 personnes pensent qu'il faudrait améliorer les notices : « Plus compréhensibles sur les notices. », « comment font les personnes âgées ou déficientes visuelles ? C'est écrit vraiment trop petit ! Quelques grammes de papier supplémentaires ne coûtent pas si cher pour les labos... »

2 personnes sont en attente de médicaments moins pourvoyeurs d'effets indésirables : « baisser encore les effets secondaires », « les effets indésirables en général sont nombreux pour des effets antidouleurs qui sont moyens ».

2 patients aimeraient des conditionnements ou des galéniques plus adaptés : « la durée d'action des médicaments est trop courte : réveil toutes les nuits », « adapter le conditionnement des médicaments ».

Un patient exprime le souhait de prendre un traitement de fond au quotidien : « aimerait avoir un traitement de fond au quotidien ».

3.4.3. Autres attentes

3 patients souhaitent être intégrés dans leur prise en charge afin d'être plus actif : « Envie d'une participation ACTIVE au traitement de la douleur », « Un suivi hebdomadaire (tel des ateliers, rencontres, ...) + art-thérapie », « J'aimerais pouvoir faire un peu plus de choses et être bien dans ma tête et dans mon corps ».

De plus, 3 patients aimeraient également connaître d'autres techniques pour les soigner : « art-thérapie », « Je souhaiterais d'autres séances d'hypnose (car efficacité +++) + Connaître les nouvelles techniques (méditation, cryothérapie,...) », « changement de traitement ?? Balnéo, thalasso n'ont rien donné... ».

DISCUSSION

1. Avantages et limites de l'étude

86 questionnaires ont été recueillis, ce qui conduit à une taille d'échantillon pertinente au regard de la problématique posée.

L'étude s'est déroulée pendant la période estivale, ce qui a pu avoir une influence sur le nombre de patients recrutés sur les 2 premiers mois de l'étude (moins de consultations programmées).

Le recrutement des patients au sein de différents établissements a permis d'obtenir un échantillon de patients atteints de pathologies douloureuses variées, ayant bénéficiés de prises en charge différentes et étant à un moment de leurs parcours de prise en charge différent (suivi par un centre de la douleur hospitalier, des consultations en institution, chez le médecin généraliste et à l'officine). Cette variété de profils permet d'envisager une extrapolation des résultats retrouvés à l'ensemble des patients douloureux chroniques hors douleur cancéreuse. Comme il a été expliqué précédemment, le questionnaire a été validé par l'ensemble du groupe et auprès de personnes non professionnelles de santé. Cependant, il n'a pas été testé par des patients, ce qui aurait été pertinent pour s'assurer de la meilleure compréhension possible de chaque question.

Le recrutement des patients a été fait au sein des établissements dans lesquels exercent les professionnels de santé du groupe de travail constitué. Certains patients ont pu donc accepter de participer à cette étude pour faire plaisir aux équipes de soins qu'ils connaissent. Les questionnaires distribués par les étudiants en pharmacie, du fait de ce statut, ont pu être à l'origine de l'instauration d'un climat de confiance entre l'enquêteur et les patients du fait du

positionnement externe à leur prise en charge. Ceci a pu diminuer un biais pouvant être induit par le statut des soignants connaissant le patient et le suivant régulièrement (médecins, pharmaciens d'officine). Souvent, face à eux, le patient ne voulant pas les « décevoir » ou « souhaitant faire bonne figure » modifie ses réponses.

Les soignants ont distribué le questionnaire sur une période dédiée aux patients douloureux chroniques qu'ils prennent en charge sans sélection à priori pour la plupart d'entre eux (distribution par l'intermédiaire du secrétariat ou au fil de la consultation). Cependant, le recrutement réalisé par les médecins généralistes a pu être plus ciblé car plus facilement proposé à certains patients lors de leurs consultations. A l'officine, le pharmacien, après analyse de l'ordonnance contenant des traitements antalgiques et discussion avec le patient a statué sur le caractère chronique de la douleur. Cette évaluation a pu être différente selon les pharmaciens d'officine participant à l'enquête. Concernant le remplissage des questionnaires, certaines caractéristiques des patients peuvent influencer les données recueillies comme la présence de symptômes tel que la confusion, le niveau d'éducation, une mauvaise compréhension des questions.

Le questionnaire ne permet pas d'identifier depuis quand les patients ressentent des douleurs de façon chronique. Il aurait pu être intéressant de pouvoir analyser séparément les difficultés rencontrées et les besoins des patients ayant des douleurs chroniques anciennes et ceux dont les douleurs se sont chronicisées plus récemment. Ces éléments ainsi que les stratégies de prise en charge et d'adaptation mises en place pourraient être différents.

De même, l'enquête ne permet pas de différencier l'ancienneté de prescription des médicaments listés en début de questionnaire par le patient, ni l'ordre des ajouts des différents traitements. Pour les effets gênants recensés, il n'est pas certain que l'ensemble des effets cités soit en lien avec les médicaments actuels contre la douleur du patient mais un reflet des effets indésirables déjà vécus par le patient avec ses médicaments antalgiques.

Les patients avaient le choix de remplir l'auto-questionnaire en salle d'attente ou de rentrer chez eux et de le ramener à la prochaine visite. Dans le cas où ils le remplissaient avant une consultation, le temps disponible réservé au questionnaire pouvait être fortement dépendant du temps d'attente avant l'examen médical. De plus, la réponse à certaines questions pouvait être modifiée ou perturbée par la nécessité de s'arrêter ou de faire vite pour ne pas faire attendre le praticien. Cependant, le fait de remplir l'auto-questionnaire avant la consultation pouvait avoir une influence positive sur cette dernière. Un échange avec le soignant pouvait émaner et permettre au patient de partager son ressenti, ses interrogations. Certains professionnels de santé ont effectivement rapporté ce type d'expériences qui a modifié le contenu et la forme de la consultation la rendant, selon leurs retours, intéressante et pertinente.

Le fait de remplir le questionnaire à domicile a pu occasionner une perte de données : oubli du questionnaire lors de la consultation suivante ou lors du passage à la pharmacie. Pour ceux qui le remplissent chez eux, il ne peut être exclu que le questionnaire ait été rempli en présence d'une ou de plusieurs personnes de son entourage pouvant éventuellement influencer les réponses du patient (par exemple un ressenti, des expériences non exprimés à son entourage).

L'analyse thématique des questionnaires a été réalisée par deux personnes de façon indépendante afin d'éviter les erreurs d'interprétations interindividuelles et garantir la robustesse de l'analyse et de la catégorisation des thématiques. Les questions utilisées dans l'enquête induisaient des réponses succinctes. La taille des verbatims des réponses s'est révélée de ce fait assez courte. Tous ces éléments ont facilité la construction d'une catégorisation simple et distincte, permettant ainsi une concordance des deux analyses quasi-immédiate, nécessitant peu de négociations. Si l'auto-questionnaire augmente le nombre d'informations recueillies par le nombre de personnes touchées, ce type de recueil de données

peut également se révéler une limite. En effet, le formulaire restreint l'interprétation à l'analyse des réponses notées alors qu'un entretien en face à face permet de compléter ces informations par une analyse des phénomènes observés.

Dans cet auto-questionnaire, face aux « non-réponses », trois interprétations sont possibles : le patient ne connaissait pas la réponse, le patient ne voulait pas répondre ou le patient ne comprenait pas la question. De ce fait, les non-réponses n'ont donc pas été retenues dans le calcul des données statistiques décrites en fonction des thématiques retenues afin de garantir la justesse des résultats.

Très peu d'informations ont pu être recueillies concernant le comportement d'automédication des patients. Elles devaient être fournies par les soignants lors du remplissage de la fiche d'informations patients associée à l'auto-questionnaire. Ceci pose la question de l'absence de recherche systématique de ce type de comportement lors des consultations de ces patients douloureux chroniques et/ou du manque de traçabilité dans les dossiers de soins de ce type de donnée si elle a été recherchée.

2. Analyse des résultats

2.1. Profil

Après comparaison avec les données bibliographiques disponibles, l'échantillon de cette enquête est représentatif des patients douloureux chroniques tant au niveau du sexe, de l'âge moyen que concernant la proportion des pathologies douloureuses rencontrées.

2.1.1. L'âge

La moyenne d'âge retrouvée dans cette enquête est de 52 ans, la grande majorité de personnes se situant dans les tranches d'âge de 40 à 60 ans, ce qui est en accord avec les résultats européens disponibles concernant les patients douloureux chroniques. En effet, d'après l'étude « Survey of chronic pain in Europe » (16) réalisée en 2006 dans 16 pays chez plus de 4800 patients souffrant de douleurs chroniques, l'âge moyen retrouvé était de 50 ans. Concernant la France, chez les 300 répondants à cette étude, l'âge moyen était de 50.7 ans.

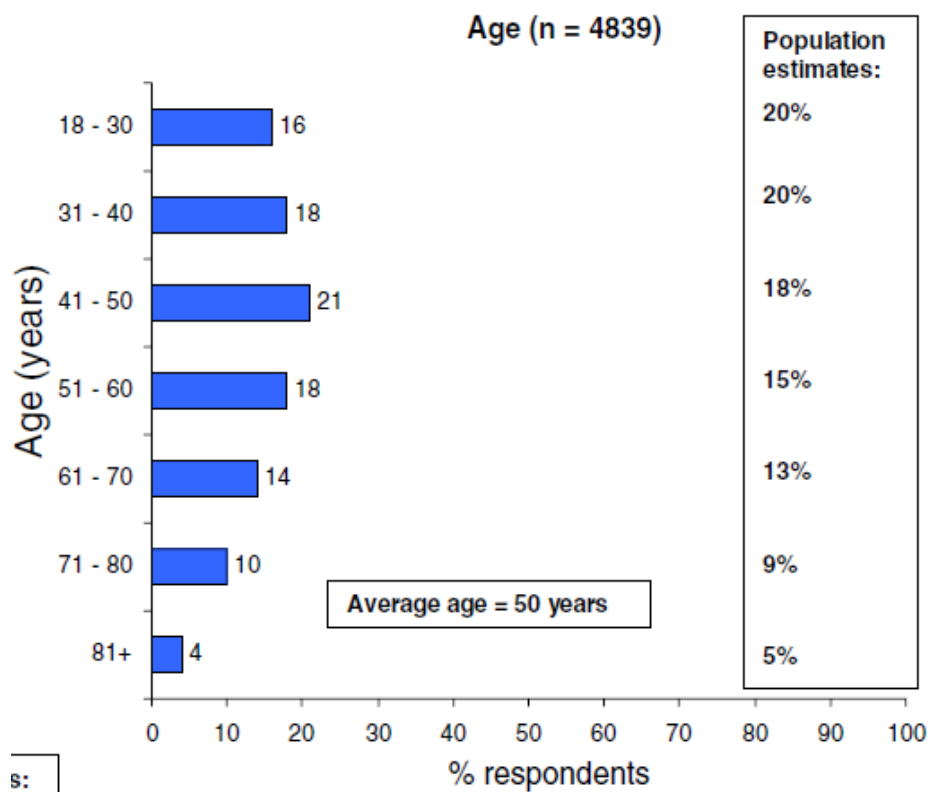


Figure 31 : Répartition des âges des 4839 patients souffrant de douleurs chroniques dans l'étude

« Survey of chronic Pain in Europe » (16)

2.1.2. Le sexe

Le ratio Homme/Femme retrouvé dans cette enquête est de 0.29 ce qui montre une prédominance féminine chez les personnes souffrant de douleurs chroniques.

Les résultats de cette même étude européenne, identifie, de même, que les femmes sont plus touchées par les douleurs chroniques que les hommes.

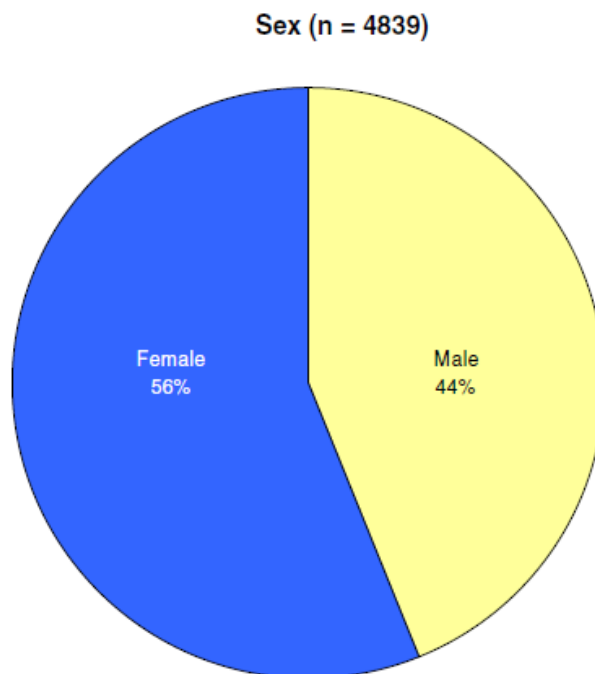


Figure 32 : Répartition des sexes des 4839 patients souffrant de douleurs chroniques dans l'étude « Survey of chronic Pain in Europe » (16)

Concernant la France, chez les 300 répondants à cette étude, 59% étaient des femmes.

Ces résultats posent la question de l'origine de cette prédominance féminine. Les femmes expriment-elles plus leurs douleurs et/ou sollicitent plus le système de soins pour leur

prise en charge (fréquentation des officines, recours aux hospitalisations...) ? Certaines pathologies douloureuses sont-elles plus fréquentes chez les femmes, comme par exemple la fibromyalgie ?

2.1.3. Les différents types de pathologies douloureuses concernées

Les pathologies les plus fréquemment rencontrées chez les patients douloureux chroniques sont des pathologies rhumatologiques (20)(65). Parmi les 75 réponses analysées, 80% des patients sont atteints d'au moins une affection rhumatologique. Le reste de l'échantillon est composé à 17% de pathologies neurologiques et 8% de pathologies diverses.

Par ailleurs, les pathologies douloureuses les plus variées sont retrouvées au Centre de lutte contre la douleur ce qui s'explique par les modalités de recrutement de ce centre spécialisé, recours pour les médecins traitants et/ou spécialistes d'autres disciplines face aux douleurs chroniques rebelles, complexes quelques soient la ou les causes (comme par exemple les fibromyalgies, les douleurs neuropathiques, séquellaires des cancers...).

2.1.4. États émotionnel et/ou douloureux

La moyenne de l'échelle évaluant l'état émotionnel et/ou douloureux des patients est de 4.89 sur 10. Ce résultat montre que les patients de cet échantillon au moment du remplissage du questionnaire se sentent « moyennement bien ». Ceci permet de dire que les patients ont répondu à ce questionnaire en dehors d'une phase aiguë de mal-être physique

et/ou moral mais qu'ils n'étaient pas non plus satisfait de leur bien être actuel du fait potentiellement des douleurs chroniques résiduelles persistantes et/ou de l'impact émotionnel induit par celles-ci. Il n'est pas possible de séparer ces 2 composantes dans l'évaluation de l'état de bien être perçu par le patient et d'identifier quelle part peut être ou non prépondérante sur la façon de se situer du patient sur l'échelle. Le fait d'avoir positionné cette échelle à la fin du questionnaire a peut-être pu influencer les patients dans la manière de répondre à cette question. Après avoir répondu à un certain nombre de questions centrées sur leur(s) douleur(s) et leurs médicaments antalgiques, ils ont peut-être exprimé plus spécifiquement leur sensation par rapport à leur état douloureux. Placé en début de questionnaire, il serait peut-être possible d'évaluer la perception du patient sur son état de santé au sens large sans influence possible du contenu du questionnaire.

En analysant les résultats, il ressort que les patients qui se sentent le moins bien dans cet échantillon sont ceux qui sont suivis au Centre anti-douleur du CHU de Grenoble avec une moyenne à 4,46. Ce résultat paraît logique car ces centres sont sollicités pour des patients douloureux chroniques qui ne sont pas le plus souvent soulagés par une prise en charge de première intention. En effet, la meilleure moyenne est retrouvée chez les médecins généralistes, positionnés comme le premier recours de proximité pour les patients face à leur(s) douleur(s). Cependant, ce résultat ne donne qu'une tendance étant donné le peu de patients ayant répondu au questionnaire dans ce sous-groupe soit 3 patients. Outre les patients suivis au Centre anti-douleur, ceux qui se sentent les moins bien sont retrouvés à la pharmacie d'officine, qui est aussi un recours de proximité face à des douleurs chroniques modérées. Ceci montre le rôle possible d'aide et de soutien à une prise en charge médicamenteuse adaptée et sécurisée des pharmaciens d'officine.

2.2. Analyse des données selon les thématiques identifiées

2.2.1. Les médicaments contre la douleur des patients

2.2.1.1. Les classes pharmacologiques

Il est possible que certains patients n'identifiant pas l'ensemble de leurs médicaments antalgiques sur leur ordonnance, aient pu omettre de citer quelques-uns de leurs médicaments mais l'ensemble des réponses à cette question, permet d'envisager d'identifier des tendances de fréquence d'utilisation selon les différentes classes pharmacologiques existantes.

81% des patients ont dans leur traitement un antalgique de palier 1 mais également 61% des patients ont un antalgique de palier 2 et 22% un antalgique de palier 3. Peu de patients sont donc pris en charge par des opioïdes forts. Plus d'une personne sur 3 (36%) prend des anti-inflammatoires. Les patients interrogés prennent en moyenne 3 médicaments contre la douleur. Faudrait-il augmenter le palier des antalgiques notamment pour simplifier et optimiser le traitement ? Quel impact sur la survenue d'effets indésirables ?

Le questionnaire ne permet pas de repérer la présence de médications associées visant la prévention des effets indésirables, comme un traitement contre la constipation avec la prise d'antalgiques opioïdes, un protecteur gastrique avec les anti-inflammatoires chez les patients à risque.... En effet, il aurait pu être intéressant de connaître les médications associés au traitement contre la douleur afin d'évaluer l'impact sur la perception des effets gênants des médicaments antalgiques par les patients.

De plus, 29% des patients sont sous antidépresseurs ce qui correspond aux données de la littérature (160). L'antidépresseur est-il prescrit pour une dépression ou pour les douleurs ? Les doses n'ayant pas été recueillies, ce critère n'a pu être utilisé pour spécifier une utilisation

antalgique. La dépression est-elle une des causes des douleurs ou la conséquence ? L'information associée à ce type de prescription n'a pas été explorée. En effet, les professionnels de santé ont-ils expliqué lors de la prescription/délivrance de ce type de médicament que, dans ce cas, il était prescrit dans un but antalgique et non antidépresseur ? Si tel n'était pas le cas, quelle a été la réaction du patient en regardant sa notice ou en surfant sur internet ? Effectivement, il est fort probable, comme nous l'a montré l'étude publiée en 2001, sur l'utilisation des antidépresseurs chez les patients souffrant de douleurs chroniques (132) que, si le patient se renseigne sur cette classe de médicaments, il ne trouve majoritairement que des indications pour le traitement antidépresseur. Pour rappel, parmi les 16 notices d'antidépresseurs soumises à leur analyse de contenu, 15 faisaient référence au traitement de la dépression. Seules 5 notices évoquaient la douleur comme indication possible, dont 3 citaient des symptômes physiques sans cause organique ou liés à la dépression. Les autres indications comprenaient les TOC, la boulimie et la phobie sociale. L'analyse de contenu des indications montre qu'elles ont une connotation clairement psychologique. Ces questions pourraient être approfondies lors d'entretiens en face à face pour apprécier le ressenti des patients par rapport à leur traitement mais également pour améliorer leur observance et leur confiance dans le professionnel de santé.

Les mêmes questions peuvent-être transposées à la prescription d'antiépileptiques à but antalgique qui est retrouvée chez 23% des patients de l'enquête.

2.2.1.2. Perception de l'efficacité des médicaments des patients et différences entre les classes pharmacologiques

28% des patients ne pensent pas que parmi leurs médicaments, certains sont plus efficaces que d'autres. Plusieurs causes possibles : ces patients ne sont soulagés par aucun

traitement, ils ne perçoivent pas ou difficilement les effets de leurs médicaments antalgiques et/ou ils n'arrivent pas à identifier si l'un ou l'autre est plus efficace. Comment ces patients peuvent-ils donc adapter leurs différents traitements antalgiques sans évoluer vers la « sous ou surconsommation » ? En effet, ne sachant pas quoi prendre lorsque leur douleur devient plus forte, ils vont mettre en place des stratégies d'adaptation pouvant être source d'iatrogénie en prenant par exemple : « tout d'un coup pour être sûr qu'il y en ait un qui marche » ou encore jouer par « essai et erreur » sur les posologies des différents médicaments. Se pose donc la question des effets indésirables potentiels dus à une surconsommation ou une consommation inadaptée de médicaments. Un patient suivi par un des professionnels du groupe de travail, non inclus dans cette enquête, qui n'avait aucune idée de l'efficacité antalgique de ses médicaments, les prenait quand même « au cas où ». Il adoptait le « principe de précaution » avec la volonté de ne pas prendre de risque. Il pensait que, de toute façon, il aurait peut-être « plus mal en ne prenant pas ses médicaments qu'en suivant son traitement ».

Parmi les personnes qui trouvent que certains médicaments sont plus efficaces que d'autres, les antalgiques de palier 3 (31,6% des patients prenant cette classe de médicaments) et les anti-inflammatoires (32,3%) ressortent comme les classes perçues comme « les plus efficaces ». Au contraire, les antiépileptiques (10%) et les antalgiques de palier 1 (5,7%) semblent être perçus comme « les moins efficaces » avec une évaluation de leur efficacité comprise entre 0 et 2 sur une échelle de 10.

2.2.1.3. Préférence selon les formes galéniques disponibles

La perception des patients quant à la forme galénique est un critère très important d'influence de l'adhésion médicamenteuse car une forme inadaptée au patient peut induire un

refus de traitement. De nombreuses études ont déjà été réalisées sur ce sujet et ont montré que les critères les plus importants étaient l'efficacité perçue suivi de la rapidité d'action (100).

Dans cette étude, quelle que soit la forme galénique préférée, la majorité des patients l'utilise soit pour sa facilité d'usage (facile à avaler, à transporter...) soit pour sa rapidité d'action (injections, comprimés effervescents...). Les patients parlent peu d'efficacité antalgique comme critère de choix d'une forme galénique mais ceci peut être sous-tendu par le critère rapidité d'action. La praticité de la forme semble prédominante ce qui peut s'expliquer par la nécessité d'avoir une forme utilisable partout, à n'importe quel moment, quand survient la douleur : forme pratique pour une prise rapide et simple et répondant rapidement à un besoin de soulagement.

Les formes galéniques préférées sont des formes sèches c'est-à-dire les gélules (36%) et les comprimés pelliculés (34%). Ce résultat est aussi à corréliser à la forte prescription de ce type de forme. Les réponses des patients peuvent être influencées par leurs expériences, par leurs représentations des formes qu'ils n'ont jamais utilisées mais aussi par les différentes informations et avis de leur entourage. Les injections et les sachets sont les formes les moins plébiscitées car ce sont des formes plus contraignantes (nécessité d'un verre d'eau pour le sachet et apprentissage d'un geste technique pour l'injection) alors qu'un des critères retenus par les patients repose sur « la facilité d'usage ».

25% des personnes ayant préféré les injections trouvent que les effets indésirables sont moindres avec ces formes. Les patients évoquent-ils, par exemple, les effets indésirables digestifs qui seraient moindres avec la forme injectable qui ne passe pas par le tube digestif ? Un travail réalisé auprès de personnes âgées, explorant leurs représentations des médicaments, a montré que l'estomac, pour les personnes âgées, représentait le lieu de passage obligé du médicament avant d'aller à « l'endroit malade ». D'où l'importance, lors d'une prescription d'une autre voie d'administration, d'expliquer le devenir du médicament dans l'organisme

pour rassurer sur son efficacité. Ces résultats montrent bien l'importance d'explorer les représentations des médicaments des patients afin de mieux comprendre leur mode de pensée et leurs comportements et/ou stratégies induites vis-à-vis de leurs médicaments(161).

Concernant leur traitement antalgique, les patients recherchent donc principalement un traitement facile à prendre, pour éviter des contraintes trop importantes dans leur vie quotidienne et garantir une souplesse des prises pour s'adapter au caractère fluctuant des douleurs, et également une rapidité d'action pour soulager leur douleur sans délai. Les professionnels de santé, dont le pharmacien d'officine, après avoir exploré le mode de vie du patient, pourront lui proposer des choix de formes galéniques adaptées au plus près de ses attentes et cohérentes avec une utilisation dans son quotidien. En effet, une personne âgée ayant du mal à avaler n'aura pas les mêmes besoins qu'une personne de 20 ans travaillant sur des chantiers. Cette démarche permettra d'optimiser l'adhésion du patient et l'efficacité de la stratégie thérapeutique négociée avec lui.

2.2.2. L'ordonnance : outil adapté pour une prise optimale des médicaments antalgiques ?

2.2.2.1. La rédaction de l'ordonnance

2/3 des patients considèrent que leur ordonnance leur permet d'adapter les prises en fonction de la douleur. Ce résultat peut paraître contradictoire de certaines représentations des soignants. En effet, lors de réunions d'échanges entre différents professionnels de santé dans le cadre du projet « Douleur et Education thérapeutique » coordonné par l'UTEP du CHU de Grenoble, les soignants ont exprimé leur inquiétude quant aux libellés de leurs ordonnances et à la complexité de celles-ci pouvant être un obstacle à la prise des médicaments de façon

optimale par les patients, surtout pour les prescriptions à la demande ou ayant un planning horaire proposé (toutes les 4 à 6 heures, nombre de prises maximum par jour, intervalle minimum entre 2 prises, prises différées en fonction d'événements intercurrents, dose de secours en fonction de la douleur...). En effet, ils rapportaient que pour eux leurs ordonnances n'étaient pas toujours lisibles et ne leurs permettaient pas d'adapter seul leur traitement.

Pour les patients ayant répondu que l'ordonnance leur permettait d'adapter leurs prises à leurs douleurs, il est logique de s'interroger sur : comment font-ils ? Que signifie pour eux la notion « à la demande » par rapport à la prescription en systématique ? Quelles sont leurs pratiques réelles et sont-elles en accord avec ce que le médecin pensait lorsqu'il a prescrit le schéma proposé ? La stratégie réalisée par le patient est-elle tout aussi adaptée car satisfaisante pour lui sur la prise en charge de ses douleurs sans induire d'effets indésirables ?

Il ressort également de cette enquête que plus d'une personne sur 4 (26%) pense que leur ordonnance ne leur permet pas d'adapter les prises en fonction de la douleur. Ce résultat montre que ces personnes peuvent être désarmées face à leur douleur, car ne sachant quel plan d'action mettre en place avec leurs médicaments. Cette situation peut être dangereuse pour les patients en laissant la porte ouverte à des risques de sur ou sous-dosage par une mauvaise utilisation des traitements. De plus, elle peut être à l'origine d'angoisse, de stress pour les patients se surajoutant au vécu difficile des douleurs chroniques. Il serait donc pertinent d'approfondir cette question et de rechercher les causes de cette mauvaise compréhension de l'ordonnance : à quels niveaux se situent les difficultés vécues par le patient face à son ordonnance ? Est-ce dû à une mauvaise rédaction, un manque de lisibilité, une insuffisance d'explications associées à la prescription, une mauvaise compréhension des indications... ?

L'interprétation de ces différents points d'amélioration pourrait permettre de modifier les ordonnances en conséquence, voire de proposer d'autres outils accompagnant

l'ordonnance ou même de scénariser la remise de cette ordonnance. Cette dernière pourrait être utilisée comme outil de médiation entre le patient et le soignant concernant la stratégie médicamenteuse retenue. Les travaux de Svarsted ont montré que l'observance thérapeutique est fortement corrélée à la quantité d'informations données par le médecin. Plus d'un patient sur deux suit correctement le traitement qui lui a été prescrit quand il a reçu des instructions précises sur celui-ci de la part de son médecin, alors que moins d'un patient sur trois agit de même alors qu'il n'a pas ou peu reçu de recommandations sur ce traitement (106)(162). Les données de la littérature montrent, que les médecins consacrent moins de 10% du temps à parler des médicaments pendant la consultation, soit en moyenne 2,3 minutes ! Et il semblerait que de 40 % à 80 % des éléments ayant fait l'objet de la discussion soient immédiatement oubliés par le patient. De plus, près de la moitié de l'information retenue est incorrecte.

Malheureusement, peu de médecins prennent le temps de vérifier si les patients comprennent leurs propos (139)(140). Ces différents travaux montrent l'importance de dispenser aux patients des informations de qualité, structurées, adaptées à chacun, en prenant le temps s'assurer que le patient a bien compris et que les renseignements fournis prennent du sens pour lui dans sa réalité. La cohérence des informations données par les différents professionnels de santé, rencontrés par le patient dans son parcours de soins est, un facteur primordial et incontournable pour l'aider à intégrer son traitement dans sa vie quotidienne et à trouver les modalités de prise les plus adaptées facilitant son adhésion médicamenteuse. Le pharmacien, lors de la dispensation des médicaments, a une place de choix pour accompagner la « prise en main » de son ordonnance par le patient, en relayant les messages déjà donnés par le médecin ou en donnant des informations complémentaires ou encore en trouvant, avec le patient, des stratégies personnalisées pour faciliter sa prise de médicaments au quotidien (plan de prises, piluliers, stratégies de coping...).

2.2.2.2. Modalités d'adaptation du traitement

Quelles sont les raisons pour lesquelles les patients modifient leurs traitements au quotidien ?

Les patients adaptent leurs traitements le plus souvent selon leur douleur (66%). Effectivement, ils augmentent ou diminuent leurs médicaments en fonction de leur ressenti douloureux.

Les effets indésirables sont également très influents dans l'adaptation du traitement : 41% des patients disent arrêter leurs traitements lorsqu'ils ressentent des effets indésirables et 14% adaptent leur traitement en fonction de ceux-ci. Ce résultat montre l'impact non négligeable des effets indésirables sur les comportements des patients douloureux chroniques. Il est donc pertinent, en tant que professionnel de santé, d'essayer d'agir en amont de ces effets, afin de préparer les patients à différentes éventualités pour qu'ils puissent agir en conséquence. Cette démarche évite l'arrêt systématiquement du traitement ou l'adaptation inadéquate ceci pouvant nuire à l'efficacité attendue. Par exemple, pour limiter les manifestations indésirables, les médicaments les mieux tolérés seront sélectionnés, en respectant les contre-indications, en tenant compte des modifications de pharmacocinétique éventuelles (âge, co-médications, ...). Les conseils ainsi que les explications du médecin et/ou du pharmacien d'officine peuvent également avoir un impact sur la tolérance des médicaments (prises pendant les repas, à des horaires adaptés, médicaments correcteurs pris de façon optimale...). De plus, diverses recherches ont montré que la manière dont les patients se représentent les effets secondaires des médicaments qui leur sont prescrits constitue un déterminant majeur de la non-adhésion (119)(111)(112)(113)(114)(115)(116)(117)(118). Il peut s'agir de la peur de la survenue d'effets secondaires quels qu'ils soient, de leur ampleur et/ou de leur type, plus précisément, de

la peur d'une dépendance ou d'une perte de contrôle. La prise régulière de médicaments constituerait alors le dernier recours, lorsque les symptômes sont plus inacceptables que les risques d'effets secondaires. Il semble donc incontournable pour les soignants d'apprendre à identifier ces représentations, les faire émerger, faire apparaître leur lien avec la proposition thérapeutique (obstacle ou levier), les mobiliser puis les faire évoluer.

82% des patients pensent qu'il existe des points à surveiller lorsqu'ils prennent un traitement contre la douleur au quotidien.

Sur 52 patients ayant cité des points à surveiller, 18 (35%) pensent qu'il faut rester vigilants sur les effets secondaires. Encore une fois, les effets indésirables ressortent au premier plan comme repère incontournable pour aider à la gestion et à l'adaptation au quotidien de leur traitement antalgique. D'autres critères ont été cités : le risque d'accoutumance et de dépendance (9 patients), la posologie (8 patients), les interactions médicamenteuses (7 patients), l'alcool (7 patients) ou la tension artérielle (6 patients). La crainte d'une accoutumance et d'une dépendance est ressortie dans cette analyse lors de cette question sur la surveillance. Cette crainte est souvent exprimée par les patients et peut être à l'origine d'adaptation de leur traitement et/ou de réticence à prendre certains médicaments (163). Concernant les 2 points « interactions médicamenteuses » et « alcool », les patients ont pu être sensibilisés par les soignants, les médias, leur entourage quant aux risques des associations de médicaments avec l'alcool. Concernant la surveillance de la tension, il est difficile de savoir si les patients ont reçu l'information, par exemple d'un risque d'hypotension orthostatique avec certains de leurs médicaments antalgiques ou s'ils sont déjà suivis pour un problème de tension artérielle. Le pharmacien d'officine, du fait de sa proximité avec le patient et de la fréquence du suivi, par le renouvellement mensuel des ordonnances, peut régulièrement faire le point avec le patient, au niveau de ses stratégies

d'adaptation des médicaments en fonction de ses douleurs et des effets indésirables. A partir de cet échange, il est alors possible de trouver avec lui les schémas les plus adaptés et sécurisés. Il pourra aussi rassurer le patient en évoquant les problématiques de dépendance, en donnant l'opportunité au patient d'évoquer les effets indésirables, en explorant les risques d'interactions médicamenteuses éventuelles liées par exemple à une automédication... Cette démarche permettra de créer un lien de confiance entre le pharmacien et le patient, point central de toute alliance thérapeutique.

2.2.3. Le vécu du patient et les difficultés rencontrées au quotidien avec ses médicaments

Les résultats ont montré que, sur 33 patients ayant répondu, 6 se plaignaient de prendre trop de médicaments, 4 de souffrir de dépression, de stress ou encore 4 trouvaient qu'ils prenaient une forme galénique non adaptée à leur mode de vie.

Ce ressenti des patients, de devoir prendre un grand nombre de médicaments, peut avoir un impact sur leur adhésion au traitement (85) et ceci d'autant plus, comme il a été identifié dans cette enquête, que ce sentiment est associé à un vécu d'effets indésirables et une difficulté de perception de l'efficacité des traitements antalgiques. Ce résultat montre l'importance, dès la première proposition de stratégie antalgique, de faire le point avec le patient de ses possibilités, des modalités d'adaptation à ses douleurs, des modifications et des stratégies de gestion possibles face à la survenue d'effets indésirables et de lui proposer d'évaluer régulièrement l'efficacité perçue de cette stratégie antalgique pour le soutenir et/ou modifier la stratégie si nécessaire. Cette posture pourrait permettre d'optimiser la prise en charge médicamenteuse, de renforcer le lien de confiance, d'augmenter la perception de responsabilité du patient envers son traitement et ainsi renforcer son adhésion thérapeutique. Le pharmacien d'officine, en lien avec le médecin traitant, semble particulièrement bien placé pour assurer ce suivi régulier au minimum mensuel (renouvellement d'ordonnance) du patient douloureux chronique.

Concernant les patients se plaignant de dépression et/ou de stress, il n'est pas possible par ce questionnaire de savoir s'ils ont voulu exprimer le fait que, ce qui les gêne le plus au quotidien, est cet état de mal être, de stress indépendamment de la prise médicamenteuse ou si le fait de prendre régulièrement des médicaments antalgiques est, pour eux, source de stress et

de dépression. De plus, peu de ces patients ont signalé prendre un médicament antidépresseur. Ce résultat est à interpréter en prenant en compte le fait que, certains patients ont pu ne pas noter un médicament antidépresseur, car non identifié comme médicament pouvant lutter contre leurs douleurs ou, à l'inverse, comme ce traitement était prescrit suite à un diagnostic connu du patient de dépression associée à une prise en charge psychologique, le patient ne l'a pas justement cité comme antalgique. Les liens entre douleurs chroniques et dépression-anxiété sont largement décrits dans la littérature (4)(89)(90)(91)(92). En effet, la dépression semble corrélée à l'intensité de la douleur. Cependant, de nombreux résultats d'études montrent une inadéquation entre les patients douloureux chroniques diagnostiqués dépressifs et la présence ou non de traitement antidépresseur. Il semble donc que cet état dépressif ne soit pas toujours reconnu, diagnostiqué comme tel et pris en charge. Une douleur qui perdure et ne s'améliore pas avec un traitement antalgique bien conduit, doit inviter le praticien à explorer la psychologie du patient, pour comprendre la signification de sa ou ses douleur(s). Il semble important de débusquer l'état dépressif sous ces aspects douloureux, afin de proposer, si besoin, un accompagnement psychologique, associé ou non à un traitement antidépresseur à dose antidépressive et non antalgique si besoin. Cet état dépressif étant connu comme facteur de difficultés d'adhésion au traitement médicamenteux (67), il convient donc de particulièrement être attentif et à l'écoute de ces patients afin de pouvoir les accompagner et les soutenir au mieux dans leur prise en charge.

Si la prise des médicaments antalgiques devient une source de stress, d'anxiété pour les patients, il semble important de prendre le temps de comprendre avec lui quelles sont les causes de cette anxiété, qu'est-ce qui sous-tend leurs craintes, quelles sont leurs représentations de leurs médicaments antalgiques afin de trouver ensemble les leviers pour diminuer ces angoisses et optimiser leur prise en charge.

Concernant les formes galéniques non adaptées, ce point a été discuté précédemment et a soulevé l'importance de prendre le temps, avec les patients, d'explorer leurs préférences et représentations envers les formes galéniques (67)(85) afin de choisir les formes galéniques les mieux adaptées et les mieux acceptées par le patient.

De nombreux patients ont recensé des difficultés autres que celles précédemment citées qui peuvent s'apparenter à des effets indésirables (6 se sentaient très fatigué, 5 souffraient d'un manque de concentration, 4 de somnolence...). Il est difficile de différencier l'origine de ces difficultés : proviennent-elles des effets dus aux traitements et/ou des effets liés aux douleurs. Parmi les personnes se plaignant d'effets indésirables, 65 sur 74 répondants (88%) ont déclaré avoir eu au moins un effet indésirable avec leur traitement. Les effets indésirables les plus fréquemment décrits sont des troubles digestifs (43 patients) et neurologiques (30 patients) ainsi que la présence de somnolence (16 patients) et de fatigue (13 patients). Ces effets sont effectivement décrits dans la littérature avec les médicaments antalgiques dépresseurs du système nerveux central et peuvent avoir un impact sur l'adhésion au traitement. En effet, dans cette enquête, environ une personne sur deux va modifier son traitement (adaptation ou arrêt) à cause de ces effets.

Mais qu'en est-il justement de la gestion de ces effets indésirables ? Que fait le patient lorsqu'il souffre d'un de ces effets ?

Ce questionnaire a permis de constater qu'une personne sur trois (33%) arrête définitivement le traitement. Par cette enquête, il n'a pas pu être identifié si cet arrêt a été réalisé avec l'avis du médecin ou non. Cependant, sachant que seulement 18% des patients déclarent appeler leur médecin lorsqu'ils ressentent un effet indésirable et qu'aucune personne

ne déclare en parler à son pharmacien, malgré la proximité de celui-ci, il est possible de penser que l'arrêt du traitement provient sans doute de la propre initiative du patient. Ce point mériterait d'être approfondi pour pouvoir apprécier plus finement pourquoi le patient ne fait pas appel au personnel de santé pour valider son intention d'arrêter son traitement. Il serait également judicieux de s'interroger sur : comment faciliter voire banaliser la relation soignant-soigné pour que le patient « ose » demander conseil et ainsi optimiser objectivement son traitement. Le recours au pharmacien pourrait être un intermédiaire intéressant à exploiter. De ce fait, il serait souhaitable d'approfondir l'enquête en ciblant, pour les patients douloureux chroniques, le rôle donné au pharmacien dans l'aide à la prise en charge de leurs douleurs et plus spécifiquement dans la gestion de leur traitement antalgique.

De plus, 39 % des patients adaptent leur traitement lorsqu'ils ressentent des effets indésirables : le plus souvent en diminuant les doses (seul ou après avis du médecin ?) ou en prenant un traitement correcteur prescrit par le médecin. Il semble que, généralement, les patients adaptent eux même leur traitement avant d'avoir recours à leur médecin quand cette première stratégie n'a pas fonctionné (seulement 18% déclarent appeler leur médecin face à la survenue d'effets indésirables). Par ailleurs, se pose la question d'une potentielle automédication dans la prise en charge de ces effets indésirables. Il serait intéressant de pouvoir évaluer leur comportement d'automédication non seulement dans la prise en charge de leurs douleurs (164), mais également dans leur gestion des effets indésirables induits par leurs traitements antalgiques. Une étude montre que 8,5% des patients douloureux chroniques prennent d'autres médicaments que ceux que leur a prescrit le médecin (4) et une autre, réalisée en 2007 sur plus de 400 patients douloureux chroniques, a révélé que près de 40% utilisent au moins une forme de médecine alternative et complémentaire : compléments alimentaires (glucosamine, chondroïtine), acupuncture, hypnose, massages, méditation, relaxation, tai-chi, yoga... (165).

Le résultat le plus préoccupant dans la gestion des effets indésirables est que 33% des patients attendent que les effets s'estompent et, de ce fait, souffrent. Que signifie pour le patient « attendre que l'effet s'estompe » ? Arrêtent-ils leur traitement pour le reprendre lorsque la douleur est partie ? Ou conservent-ils leur traitement en attendant que l'effet s'estompe ? Pourquoi sont-ils dans cette attitude passive ? Ont-ils déjà tout essayé ? Sont-ils réfractaires à un traitement supplémentaire ? Ce sont des questions qu'il serait intéressant d'élucider afin d'aider au mieux ces patients dans leur gestion de leur traitement et de leur effets indésirables. De plus, une étude déclare que 56,5% des patients douloureux interrogés affirment qu'il ne leur a pas été demandé de signaler leurs effets indésirables (107). Le pharmacien d'officine devrait créer un espace d'écoute et un environnement de confiance et de confidentialité permettant au patient d'avoir la possibilité d'exprimer la perception éventuelle d'effets gênants de ses médicaments. Il serait souhaitable de pouvoir trouver avec lui des stratégies d'action rapide pour éviter d'ajouter potentiellement d'autres souffrances au patient, pour lequel la chronicité de la douleur est déjà difficile à vivre au quotidien. Ce besoin est renforcé par le fait que certaines personnes ont déclaré dans cette enquête, se sentir totalement désarmées face à ces effets : « je pleure. » ; « que faire ? ».

2.2.4. Les attentes des patients

Les résultats précédents ont permis de donner quelques éléments de compréhension concernant le vécu des patients douloureux chroniques avec leurs médicaments antalgiques. Qu'en est-il de leurs attentes vis-à-vis des professionnels de santé, de leurs médicaments et de leur implication dans les stratégies de prise en charge de leurs douleurs ?

Concernant les attentes envers les soignants et la perception des patients sur la relation soignant-soigné, 31 personnes se sont exprimées sur leur ressenti face à cette relation : 13 personnes aimeraient que leurs médecins soient plus « à l'écoute » et plus impliqués dans la relation qu'ils entretiennent avec eux (soit plus de 40% des personnes interrogées). En effet, le fait que le médecin soit plus « à l'écoute » permettrait aux patients d'avoir un lieu et du temps pour se confier. Par une meilleure compréhension des freins et des ressources des patients, la relation de confiance avec le soignant s'en trouverait améliorée et la prise en charge optimisée. Certains patients expriment le fait que les acteurs de soins et leur entourage sont souvent dubitatifs et ont du mal à croire en leurs douleurs, ce qui les stigmatise et renforce leur sentiment de solitude face à elles. Il est donc important, pour les patients douloureux chroniques, de percevoir une reconnaissance de leur douleur par le soignant. De plus, la construction négociée de la prise en charge de la douleur entre le patient et le soignant optimise l'adhésion thérapeutique et augmente les chances de succès. Des formations en communication existent pour aider le soignant à créer le climat de confiance nécessaire au patient pour qu'il puisse s'exprimer plus facilement.

De plus, 39 % (12 patients) des patients aimeraient avoir plus d'informations, d'explications ou encore de conseils sur leurs pathologies et leurs traitements afin de mieux les comprendre. L'ensemble des soignants peut répondre à cette attente sous couvert d'une cohérence entre les messages transmis aux patients : le médecin lors de la consultation et le pharmacien en renforçant les messages lors de la dispensation de l'ordonnance et/ou lors d'entretien pharmaceutique. Ce dernier peut identifier avec le patient ses difficultés, ses ressources et construire un plan d'action l'aidant à intégrer son traitement à sa vie quotidienne dans un environnement sécurisé. Une réponse d'un patient résume bien cette attente : « *Bien expliquer l'action du médicament et donc nous expliquer comment adopter la bonne attitude pour mieux le tolérer et améliorer son action* ».

Concernant les attentes spécifiques envers les médicaments, plus de 58% des patients (14 sur 24 personnes) voudraient que leurs médicaments soient plus efficaces afin d'être mieux soulagés au quotidien. Il semble donc important que les professionnels de santé réévaluent très régulièrement le traitement proposé afin de l'optimiser en tenant compte des critères propres à chaque patient (âge, formes galéniques, difficultés rencontrées, représentations, effets indésirables vécus...). Quelques personnes se plaignent également de notices mal faites (pas assez compréhensibles ou encore écrites trop petit). Cette dernière est, pour la majorité des patients, la source première d'information au sujet des médicaments, comme l'a montré une étude publiée en avril 2000 (119). Ce constat pose la question de l'accessibilité aux informations de cette notice et de la difficulté d'interpréter la masse d'informations légales décrites dans ce document. Il semblerait donc nécessaire de revoir la rédaction de ces notices afin d'améliorer leur lisibilité. Pour les soignants, dont le pharmacien en première ligne, il serait souhaitable de repérer les patients qui utilisent la notice comme source première d'information, pour les accompagner dans cette lecture, faire le tri des informations utiles et répondre aux questions éventuelles.

Enfin, plusieurs patients souhaiteraient être plus actifs dans leur prise en charge et participer à des rencontres entre patients. De nombreuses études évaluant les actions psycho-éducatives de groupe réalisées auprès de patients souffrants de maladies chroniques montrent l'intérêt des échanges entre patients et la force du groupe (partage de vécus, échanges de trucs et astuces, sentiment de ne plus être seul... (166)(167)). Par exemple, dans le cadre d'un programme proposant des techniques de thérapie cognitive et comportementale (TCC) en groupe (57), les patients ayant participé à l'étude ont jugé l'expérience de groupe positive. En effet, cela leur a permis de partager leur vécu au quotidien afin de se sentir moins seul face à leurs douleurs chroniques.

Les patients aimeraient également essayer de nouvelles thérapies afin de mettre toutes leurs chances de leur côté pour combattre ce fléau qu'est la douleur chronique. Ceci montre l'importance d'une prise en charge globale des patients et d'une offre personnalisée et plurielle associant non seulement des approches pharmacologiques mais aussi d'autres approche comme l'acupuncture, la mésothérapie, la relaxation, l'hypnose, l'ostéopathie, le TENS, le yoga, les TCC(168)(169)(170)...

Il serait intéressant de croiser cette analyse des besoins et attentes des patients, vis-à-vis de leurs médicaments et des professionnels de santé, avec le même type d'analyse, auprès des soignants, pour évaluer leurs perceptions des besoins et attentes de leurs patients. En effet, le plus souvent, les perceptions des professionnels de santé ne sont pas toujours en adéquation avec les besoins et les attentes réels des patients. Ceci permettrait de sensibiliser les soignants à l'intérêt d'une posture sans à priori, permettant d'explorer la personne dans ses différentes dimensions afin de proposer une stratégie personnalisée, à réévaluer et à adapter à chaque rencontre.

THESE SOUTENUE PAR :

Mademoiselle **Sophie FOUQUET** et Monsieur **Maxime ORSET**

**TITRE : PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES :
ANALYSE DE BESOINS DES PATIENTS VIS-A-VIS DE LEURS MEDICAMENTS
ANTALGIQUES**

CONCLUSION

La douleur chronique et ses conséquences plurielles sur la vie quotidienne des personnes qui en souffrent nécessitent une prise en charge complexe (associant des approches pharmacologiques et non pharmacologiques), personnalisée et adaptée à chaque patient. Des prescriptions d'antalgiques sont proposées à ces patients en prises systématiques et/ou à la demande. Afin d'améliorer la compréhension des relations entre les patients douloureux chroniques et leurs médicaments antalgiques, une analyse de besoins de ces patients centrée sur leurs médicaments antalgiques a donc été envisagée. Des auto-questionnaires ont été distribués auprès de patients douloureux chroniques (hors douleur cancéreuse) fréquentant différents types d'établissements (centres hospitaliers, officines, cabinets médicaux).

86 patients douloureux chroniques ont répondu à cette enquête. Le profil des patients est représentatif de la population douloureuse chronique tant au niveau du sexe (ratio Homme/Femme de 0.29), de l'âge moyen (52,3 ans) que de la proportion de pathologies douloureuses rencontrées. 28% des patients n'identifient pas de médicaments plus efficaces que d'autres. Pour les autres patients, les paliers 3 et les anti-inflammatoires sont les classes perçues comme les plus efficaces. Les patients recherchent principalement un traitement facile à prendre (formes sèches) et une rapidité d'action pour soulager leur douleur sans délais. 2/3 des patients considèrent que leur ordonnance leur permet d'adapter les prises en fonction de la douleur. Mais 26% sont désarmées face à leur douleur et leur ordonnance. 33% des patients disent arrêter leur traitement lorsqu'ils ressentent des effets indésirables et 39%

adaptent leur traitement en fonction de ces effets. Seulement 18 % appellent leur médecin suite à des effets indésirables. Certains patients expriment le fait de prendre trop de médicaments, leur mal-être, leur stress en lien avec la douleur et/ou les médicaments. Cette enquête a permis de constater que les préoccupations des patients se trouvent principalement dans les effets indésirables et leur gestion mais également dans la relation qu'ils entretiennent avec les soignants. Ils expriment un besoin d'informations important quant à ces effets indésirables et à la gestion de leur traitement au quotidien. De plus, ils aimeraient également que les soignants soient « plus à l'écoute » au quotidien. Ils seraient, de plus, intéressés par des rencontres entre patients afin d'échanger sur les stratégies possibles pour la prise en charge de leur douleur chronique.

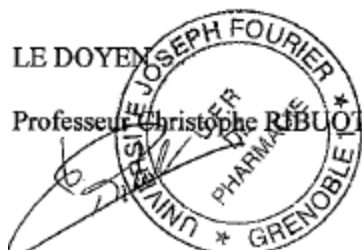
Plusieurs pistes d'actions peuvent être proposées : formations des soignants développant des compétences techniques et en communication / création d'offres éducatives ciblant la problématique des effets indésirables, imaginant des outils d'aide à la gestion du traitement au quotidien, associant des séances de groupe et des entretiens individuels par exemple à l'officine / renforcer les offres de soutien et d'évaluation des besoins au cours du temps ... Ces différentes propositions pourraient compléter les offres éducatives existantes. De plus, il semble nécessaire de continuer à renforcer les liens entre les soignants afin de répondre au mieux aux attentes des patients et optimiser leur prise en charge.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 28/11/2012

LE DOYEN

Professeur Christophe RIBUOT



LE PRESIDENT DE LA THESE

Professeur Christophe RIBUOT

BIBLIOGRAPHIE

1. ZOOMdouleur_4b.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. [cité 14 oct 2012]. Disponible sur: http://www.douleurchronique.org/gestion/2011/pdf/ZOOMdouleur_4b.pdf
2. La douleur en médecine générale Point de vue du médecin de la douleur. Douleur et Analgésie n°1, 2002. P. Tajfel, S. Gerche et D. Huas.
3. Enquête sur la satisfaction des patients lors de la prise en charge de leur douleur. Juin 2006. Guy Loison. Centre Hospitalier des Escartons – Briançon.
4. Les patients et leur douleur chronique Marie France Le Goaziou, Pierre Girier, Alain Moreau, Martin Jandot La Revue Exercer - Janvier / Février 2005 n°72 – 18.
5. Hasselstrom J, Liu-Palmgren J, Rasjo-Wraak G. Prevalence of pain in general practice. Eur J Pain 2002;6:375-85.
6. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. Pain 2001;89:127-34.
7. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. Lancet 1999;354:1248-52.
8. Huas D, Tajfel P, Gerche S. Prévalence et prise en charge de la douleur en médecine générale. Revue Prat Med Gen 2000;512:1837-41.
9. HAS: douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. [cité 25 oct 2012]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf
10. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse). Organisation des services de santé. Montréal: AETMIS; 2006.
11. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Force on taxonomy of the international association for the study of pain. Seattle: IASP; 1994.
12. Serrie A, Queneau P. Livre blanc de la douleur. Paris: Comité d'Organisation des États Généraux de la Douleur; 2005.
13. Recommandations de Bonne Pratiques Douleur chronique [Internet]. [cité 25 oct 2012]. Disponible sur: https://www.sante-centre.fr/portail/gallery_files/site/133/996/1470/1864.pdf
14. Chronic non-cancer pain. BONICAJ.J., ANDERSSON S, BOND M, METHA M, SWERDLON M Eds, , MTP Press Ltd, Lancaster (1987), UK, p.207.
15. World Health Organization. A new understanding chronic pain. Kaplun A. Health promotion and chronic illness. Discovering a new quality of health. Copenhagen: WHO Regional Publications; 1992. p. 141-226.

16. Breivik H, Collett B et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10:287-333. www.painineurope.com.
17. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Control of pain in patients with cancer. Edinburgh: SIGN; 2000.
18. Bruchon-Schweitzer M. La prédiction de la santé: les modèles explicatifs. In: *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod; 2005. p. 84-93.
19. étude STOPNET [Internet]. [cité 30 oct 2012]. Disponible sur: http://www.hal.inserm.fr/docs/00/32/68/93/PDF/inserm-00326893_edited.pdf
20. Amélioration de la prise en charge actuelle et à venir de la douleur chronique [Internet]. [cité 25 oct 2012]. Disponible sur: http://www.aflar.org/IMG/pdf/pfizer-painproposaldp-104278_a5_20pp_france_v4-2.pdf
21. Jensen MP, McFarland CA. Increasing the reliability and validity of pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain* 1993; 55: 195-203.
22. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire [Internet]. [cité 25 oct 2012]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
23. Explication de EVA.pdf.
24. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. *Pain* 1976; 2: 17584.
25. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974; 2: 112731.
26. Sriwatanakul K, Kelvie W, Lasagna L, Calimlim JF, Weis OF, Mehta G. Studies with different types of visual analog scales for measurement of pain. *Clin Pharmacol Ther* 1983; 34: 2349.
27. Scott J, Huskisson EC. Vertical or horizontal visual analogue scales. *Ann Rheum Dis* 1979; 38: 5603.
28. Reading AE, Everitt BS, Sledmere CM. The McGill Pain Questionnaire: a replication of its construction. *British Journal of Clinical Psychology*. 2011;21(4):339-49.
29. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1: 277-99.
30. Melzack R, Katz J. The McGill Pain Questionnaire: appraisal and current status. In: Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of pain assessment*. New York: The Guilford Press; 1992. p. 152-68.
31. Bowling A. Broader measures of health status. In: *Measuring health. A review of quality of life measurement scales*. 2nd ed. Buckingham (UK): Open University Press; 1997. p. 38-70.
32. Boureau F, Luu M. Les méthodes d'évaluation de la douleur clinique. *Douleur et Analgésie*. 1988;1(2):65-73.
33. Boureau F, Luu M, Doubrère JF, Gay C. Élaboration d'un questionnaire d'autoévaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le Mc Gill Pain Questionnaire de Melzack. *Thérapie* 1984; 39: 119-29.

34. Boureau F, Luu M, Doubrère JF. Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. *Pain* 1992; 50: 59-65.
35. Boureau F, Doubrère JF, Luu M. Study of verbal description in neuropathic pain. *Pain* 1990; 42: 145-52.
36. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1987; 30: 191-7.
37. the brief pain inventory sample [Internet]. [cité 28 oct 2012]. Disponible sur: <http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/bpiling.pdf>
38. Questionnaire concis sur les douleurs QCD [Internet]. [cité 28 oct 2012]. Disponible sur: http://www.douleur-online.fr/pi/fr_FR/html/encyclopedie/pdf/echelle_qcd.pdf
39. WHYMPI [Internet]. [cité 28 oct 2012]. Disponible sur: http://www.tac.vic.gov.au/upload/west_haven_yale_multidimensional_pain_inventory.pdf
40. MPI traduit [Internet]. [cité 28 oct 2012]. Disponible sur: http://www.luciebruneau.qc.ca/data/luciebruneau/files/file/IMD_questionnaire.pdf
41. Dallas_Pain_Questionnaire.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. [cité 28 oct 2012]. Disponible sur: http://www.oarsi.org/pdfs/pain_indexes/Dallas_Pain_Questionnaire.pdf
42. DRAD Douleur du Rachis autoquestionnaire de Dallas [Internet]. [cité 28 oct 2012]. Disponible sur: <http://mediatheque.univ-paris5.fr/doc/racine/f/flandinf/4094007DRAD.pdf>
43. Passeport santé.net. «Quand on a mal tout le temps» [Internet]. [cité le 25 nov 2012]. Disponible sur: [\[www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=douleur_do\]](http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=douleur_do).
44. Chronic Pain. G.W. Jay. , Informa Healthcare. New York, USA. 2007. p. 304.
45. L'arthrite au Canada. Une bataille à gagner. E. Badley, et al., Ottawa, Santé Canada, 2003.
46. «Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review». H. Flor, T. Fydrich et D.C. Turk. , *Pain*, vol. 49, 1992, p. 221-230.
47. «Multidisciplinary treatment for chronic pain: A systematic review of interventions and outcomes». L. Scascighini, V. Toma, S. Dober-Spielmann et H. Sprott. , *Rheumatology*, vol. 47, no 5, 2008, p. 670-678.
48. Comment prend-on en charge de façon globale et psycho-éducative les patients souffrant de douleurs chroniques? [Internet]. [cité 25 oct 2012]. Disponible sur: <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos24.PDF>
49. Wilson et al., 1997; Covington, 1999; Flor et al., 1992; Turk et al., 1998; Lipchik et al., 1993, cités dans le rapport de la Joint Commission, 2003.
50. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (2003). A monograph developed by JCAHO as part of a collaborative project with NPC (National Pharmaceutical Council).

51. Douleur de l'adulte - Vidal Recos [Internet]. [cité 2 déc 2012]. Disponible sur: http://www.vidalrecos.fr/pages/reco.php?idfiche=1775&page=trait&titre=Douleur_de_l_adulte
52. les douleurs neuropathiques chroniques recommandations.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. [cité 2 déc 2012]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/245051/main.pdf>
53. «Overview of the treatment of chronic pain», Z.H. Bajwa, C.A. Warfield et R.J. Wootton., UptoDate, Bassow, DS (Ed), Waltham, MA, octobre 2008.
54. «Antidepressant agents for the treatment of chronic pain and depression», M.W. Jann, et J.H. Slade. , Pharmacotherapy, vol. 27, no 11, 2007,p. 1571-1587.
55. Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte recos [Internet]. [cité 2 déc 2012]. Disponible sur: http://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/5a95c32110305ef7b385d03e8bec3708.pdf
56. Patamédecines Médecines alternatives douces Phytothérapie Homéopathie [Internet]. [cité 1 déc 2012]. Disponible sur: <http://www.rhumatopratique.com/public/tt/patamedecine.html>
57. Al MG et. Thérapie cognitivo-comportementale de groupe et douleur chronique: attentes et satisfactions. Douleur. 17 juin 2009;Volume 208(24):1370- 1374.
58. institut-upsa-douleur-neurostimulation-transcutanée.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. [cité 1 déc 2012]. Disponible sur: http://www.institut-upsa-douleur.org/Protected/UserFiles/IgwsIudV5/Resources/Document/Pro/Infos_pratiques/CLUD/institut-upsa-douleur-neurostimulation-transcutan%C3%A9e.pdf
59. evaluation_tens.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. [cité 1 déc 2012]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/evaluation_tens.pdf
60. Scheen A, Parada A, Giet D. Conseils pour une meilleure prescription médicamenteuse. [Internet]. 2006 [cité 29 juill 2012]. Disponible sur: <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/7877>
61. La relation médecin-malade. Grimaldi A, Cosserat J (Eds). EMC référence Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Elsevier, Paris, 2004, p.202.
62. «Le bon usage du médicament en images», Éducation pour la santé et bon usage du médicament, GRAND-FILAIRE A., (1992), Paris, Éditions du CFES.
63. «Entre le psy et l'assistante sociale. Où mène la prescription d'antidépresseurs en médecine générale quand la souffrance se fait sociale?», dans Colin, Otero, Monnais (dir.), Le médicament au coeur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe, HAXAIRE C., GENEST P., BODÉNEZ P., NOUMBISSI-NANA C., BAIL P., (2006), Québec, Presses de l'université du Québec.
64. Fainzang S. Les réticences vis-à-vis des médicaments. Revue française des affaires sociales. 1 sept 2007;n° 3-4(3):193-209.
65. Le Bot M.— Dossier Observance. Rev Prat (Med Gen), 1999, 13, 1335-1348.

66. Organisation Mondiale de la Santé.— Adherence to long-term therapies. Evidence for action. 2003. http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/.
67. Scheen A, Giet D. Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. [Internet]. 2010 [cité 3 août 2012]. Disponible sur: <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/70194>
68. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds.— Compliance in health care. Baltimore, US. Johns Hopkins Univ. Press, 1979.
69. Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient M. BAUDRANT, J. ROUPRÊT, H. TROUT, A. CERTAIN, E. TISSOT, B. ALLENET *J Pharm Clin*, vol. 27, n° 4, décembre 2008.
70. Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al.— Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*, 2008, 11, 44-47.
71. Scheen AJ.— L'observance thérapeutique. *Rev Med Liège*, 1999, 54, 854-858.
72. Scheen AJ.— La non-observance thérapeutique: problème majeur pour la prévention des maladies cardio-vasculaires. *Rev Med Liège*, 1999, 54, 914-920.
73. Sobel A.— Editorial. L'observance en matière de santé. *Presse Med*, 1997, 26, 356-357.
74. Smith MC. Predicting and detecting noncompliance. In: Smith MC, Wertheimer AI, eds. *Social and behavioural aspects of pharmaceutical care*. New York: Pharmaceutical Products Press, 1996: 323-50.
75. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487-97.
76. Di Matteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004; 42: 200-9.
77. Jandrain BJ, Ernest Ph, Radermecker RP, Scheen AJ.— Stratégies pour éviter l'inertie et la non observance dans les essais cliniques. *Rev Med Liège*, 2010, 65, 246-249.
78. Urquhart J.— Role of patient compliance in clinical pharmacokinetics. A review of recent research. *Clin Pharmacokinet*, 1994, 27, 202-215.
79. Éducation thérapeutique du patient: rôles du pharmacien Stéphane Jacquemet, Dr Agnès Certain *Bulletin de l'ordre* 367 – Juillet 2000 – p. 269 à 275.
80. Beardon PHG, McGilchrist MM, McKendrick AD, et al. — Primary non-compliance with prescribed medication in primary care. *BMJ*, 1993, 307, 846-848.
81. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS.— Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*, 2009, 119, 3028-3035.
82. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, et al.— A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*, 2006, 333,15.
83. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. — Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care*, 2005, 43, 521-530.

84. Col N, Fanale JE, Kronholm P.— The role of medication non compliance and adverse drug reactions in hospitalization of the elderly. *Arch Intern Med*, 1990, 150, 841-845.
85. Baudrant-Boga M. Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux: modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien - Application aux patients diabétiques de type 2 - [Internet]. Université Joseph-Fourier - Grenoble I; 2009 [cité 5 nov 2012]. Disponible sur: <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00488730>
86. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB.— Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *JAMA*, 2002, 288, 2868-2879.
87. Aliotta SL, Vlasnik JJ, Delor B.— Enhancing adherence to long-term medical therapy: a new approach to assessing and treating patients. *Adv Ther*, 2004, 21, 214-231.
88. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, et al.— Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008, CD000011.
89. Wu LR, Parkerson GR, Doraiswamy PM. Health perception, pain and disability as correlates of anxiety and depression symptoms in primary care patients. *J Am Board Fam Pract* 2002;15:183-90.
90. Turk DC, Okifuji A, Scharff L. Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain* 1995;61:93-101.
91. Melzack R, Wall PD. Pain assessment, a new theory. *Science* 1965;150: 971-5.
92. Radat F. Souffrance et douleur (les aspects psychiques de la douleur chronique: une approche biopsychosociale). *Confrontations psychiatriques Paris* 2001;42:39-49.
93. An évaluation of patients' preference for osteoporosis medications and their attributes: the PREFER-International study. Duarte JW, Bolge SC, Sen SS. (2007). *Clin Ther.*, 2007, 29(3): 488-503.
94. Patient preference and adherence: comparative US studies between two bisphosphonates, weekly risedronate ad monthly ibandronate. Gold DT, Safi W, Trinh H. (2006). *Curr Med Res Opin.* 22(12), 2383-2391.
95. Patient treatment preferences for osteoporosis. Fraenckel L, Gulanski B, Wittink D. (2006). *Arthritis Rheum*, 15;55(5), 729-735.
96. Preferences of patients with diabetes mellitus for inhaled versus injectable insulin regimens. Chancellor J, Aballéa S, Lawrence A, Sheldon R, Cure S, Plun-Favreau J, Marchant N. (2008). *Pharmacoeconomics*, 26(3), 217-234.
97. Patients preferences for oral versus intravenous palliative chemotherapy. Liu g, Franssen E, Fitch MI, Warner E. (1997). *J Clin Oncol.*, 15(1), 110-115).
98. What do patients really want? Patients' preferences for treatment for angina. Bowling A, Culliford L, Smith D, Rowe G, Reeves BC. (2008). *Health expect.*, 11(2): 137-147.
99. Contrôlabilité personnelle perçue de la maladie et le mode de prise du traitement de patients atteints de MICI. Banovic, Ingrid a, Gilibert, Daniel b, Cosnes, Jacques 4e congrés international

sur la chaîne des médicaments La vie du médicament : conception, usages, environnement Université PARIS 8 1er au 3 septembre 2011.

100. Usage des médicaments et ses représentations Lévy, Joseph, J. a, Samson, Jean-Marc a, Garnier, Catherine a, Lasserre, Évelyne 4e congrès international sur la chaîne des médicaments La vie du médicament : conception, usages, environnement Université PARIS 8 1er au 3 septembre 2011.
101. « Formes, goûts et conditionnement: habillage et maquillage ou psychologie et présentation du médicament » LAMBERT, P.-A. ET LAMBERT, G. 1991-1992, Agora, n°20, p.111-117.
102. « De l'importance de la forme galénique » JULLIEN, M. 1991, Le Généraliste, n°1236, mardi 19 février 1991.
103. « L'objet médicament », « Les formes médicamenteuses par voie orale », RICHARD, D. et de LAPOUGE, D. 1988 « L'observance », Le praticien P.P.P. dans Impact Médecin Hebdo, dossier n°196, 25 juin 1988, p.1-14.
104. Akrich M. Le médicament comme objet technique. Revue internationale de Psychopathologie, Revue internationale de Psychopathologie [Internet]. 1996 [cité 5 nov 2012]. page 135-158. Disponible sur: <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00081737>
105. « Formes galéniques. Images et perception », Industrie Santé/ACIP, n°153, août-septembre 1990. RICHARD, D. et de LAPOUGE, D.
106. Les écrits du médicament: à la croisée des cultures Mourlhon-Dallies, Florence 1er congrès international interdisciplinaire sur la Chaîne du Médicament (30 Août – 2 Septembre 2005). Théories et pratiques. Septembre 2006.
107. Enquête douleur CLUD de Pôle Centre Alsace Décembre 2004.
108. Enquête naturaliste sur l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens chez des patients souffrant de douleurs rhumatologiques Philippe Goupille, Isabelle Logeart, Bernard Combe Revue du Rhumatisme Volume 70, Issue 5, May 2003, Pages 416–423.
109. Scheen AJ, Parada A, Giet D.— Conseils pour une meilleure prescription médicamenteuse. Rev Med Liège, 2006, 61, 488-493.
110. Gognalons-Nicolet M, Bardet Blochet A. Genre, âges et consommation de calmants, de somnifères et d'antalgiques dans la troisième Enquête suisse sur la santé - ESS-02. Revue médicale suisse [Internet]. [cité 5 nov 2012];2(81). Disponible sur: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=18140041>
111. Fawcett J. Compliance: Definitions and key issues. J Clin Psychiat 1995; 56: 4-8.
112. Buck D, Jacoby A, Baker GA, Chadwick DW. Factors influencing compliance with antiepileptic drug regimens. Seizure 1997; 6: 87-93.
113. Insull W. The problem of compliance to cholesterol altering therapy. J Intern Med 1997; 241: 317-25.
114. MacGregor EA. The doctor and the migraine patient: Improving compliance. Neurology 1997; 48 (Suppl. 3): S16-S20.

115. Lorenc L, Branthwaite A. Are older adults less compliant with prescribed medication than younger adults? *Br J Clin Psychol* 1993; 32: 485-92.
116. Adams S, Pill R, Jones A. Medication, chronic illness and identity: The perspective of people with asthma. *Soc Sci Med* 1997; 45: 189-201.
117. Benkert O, Graf-Morgenstern M, Hillert A, Sandmann J, Ehmig S, Weissbecker H, Kepplinger HM, Sobota K. Public opinion on psychotropic drugs: An analysis of the factors influencing acceptance or rejection. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 151-8.
118. Donovan JL, Blake DR. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Soc Sci Med* 1992; 34: 507-13.
119. Prescription médicamenteuse: les attentes des patients V. Piguet C. Cedraschi J. Desmeules A. F. Allaz M. Kondo-Oestreicher P. Dayer *Revue Médicale Suisse* N° -704 publiée le 12/04/2000.
120. L'évaluation d'une notice pharmaceutique auprès de médecins prescripteurs, de pharmaciens d'officine et d'utilisateurs de médicaments Kohler, Corinna 1er congrès international interdisciplinaire sur la Chaîne du Médicament (30 Août – 2 Septembre 2005). Théories et pratiques. Septembre 2006.
121. Akrich M. Petite anthropologie du médicament. *Techniques et culture*. 1995;(25-26):129-157.
122. Cedraschi C, Piguet V, Fischer W, Allaz AF, Desmeules J, Dayer P. Patient information leaflets and antidepressant prescription in chronic pain patients. *Proceedings of the 9th World Congress on Pain*. In *Progress in Pain Research and Management*, Devor M, Rowbotham M, Wiesenfeld-Hallin Z, eds. Seattle: IASP Press (sous presse).
123. McCracken LM, Turk DC. Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain. *Spine* 2002;27:2564-2573.
124. De la pharmacologie à la prise en charge globale de la douleur: intégration dans une approche plurimodale Valérie Piguet *La thérapeutique* p. 132 – 142.
125. Wall PD, Melzack R. *Textbook of pain*. 4th edition, Churchill Livingstone, Edinburg, 1999.
126. Brasseur L, Chauvin M, Guilbaud G. *Douleurs, Bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques*. Maloine, Paris, 1997.
127. Berndt S, Maier C, Schütz HW. Polymedication and medication compliance in patients with chronic non-malignant pain. *Pain* 1993, 52:331-9.
128. Kouyanou K, Pither CE, Wessely S. Medication misuse, abuse and dependence in chronic pain patients. *J Psychosom Res* 1997, 43:497-504.
129. Piguet V, Cedraschi C, Desmeules J, Allaz AF, Kondo Oestreicher M, Dayer P. Prescription médicamenteuse: les attentes des patients. *Med Hyg* 2000; 58:814-7.
130. Piguet V, Cedraschi C, Allaz AF, Desmeules J, Dayer P. Factors contributing to systematic failure of drug treatment in chronic pain patients. 10th World Congress of Pain, San Diego 2002, abstracts p:442.

131. Service de psychiatrie de liaison, HUG, CHE, Service de médecine interne de réhabilitation, HUG, CHE, Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur, Service de pharmacologie et toxicologie cliniques, HUG, CHE, V P, C C, A.-F A, et al. Antidépresseurs et douleurs chroniques: une prescription difficile: Douleurs chroniques. *Médecine et hygiène*. 2004;62(2488):1382-1385.
132. Cedraschi C, Piguet V, Desmeules J, Allaz A, Fischer W, Dayer P. Utilisation des antidépresseurs chez les patients souffrant de douleurs chroniques: quelle congruence entre prescription et notice d'emballage? *Douleur et Analgésie*. 2001;14(3):159-162.
133. Balint M. (1972), *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, Collection Science de l'Homme.
134. Bruxelles J. (2004), «Placebo et effet placebo dans le traitement de la douleur», *Douleur et Analgésie* 1, p. 3-7.
135. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cahiers de psychologie clinique*. 2007;28(1):167.
136. La vie du médicament: conception, usages, environnement Salès-Wuillemin, Edith a, Kohler, Corinna a, Masse, Laurence a, Guéraud, Sabine 4e congrès international sur la chaîne des médicaments Université PARIS 8 1er au 3 septembre 2011.
137. Jadad AR. Promoting partnerships: Challenge for the internet age. *BMJ* 1999; 319: 761-4.
138. Kessels RP. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* 2003; 96 (5): 219-22.
139. Le dialogue de prescription, un incontournable dans l'usage optimal du médicament! Marie-Thérèse Lussier et Claude Richard *Le Médecin du Québec*, volume 43, numéro 12, décembre 2008.
140. Collin J, Lussier MT. La place du médicament dans la relation patientmédecin: un exemple de complémentarité entre les approches qualitatives et quantitatives. (Présentation orale) Québec: Réseau québécois de recherche sur l'usage des médicaments (RQRUM); 26 mai 2005.
141. Deccache A, Doumont D, Berrewaerts J, Deccache C. Éducation du patient et douleur chronique: une approche sociopsychoséducatrice comme complément des stratégies multidisciplinaires de soins. *Douleur et Analgésie*. 17 févr 2011;24(1):9-17.
142. Laurent B. (2001), «La douleur chronique: une communication difficile», *Douleurs*, 2,1, p. 39-44.
143. Consoli. M., préface in ALLAZ A.F. (2003), *Le messenger boiteux: approche pratique des douleurs chroniques rebelles*, Genève, Médecine et Hygiène.
144. Prise en charge de la douleur des patients adultes hospitalisés au chu de Bordeaux: réévaluation après trois ans B. Brochet, S. Briand-Domecq, N. Robinson, A. Guyonneau, J. Jabely, J. Nardi, P. Henry et P. Michel *Douleur et Analgésie* n°4, 2005.
145. Maubert J-P, Silvera L, Ouanhnon P, Raimbaux J, Beladina M, Trutt B. Prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Ile-de-France. *La Revue du praticien. Médecine générale*. (712-13):1372-1376.

146. Van Belleghem V, Bouhassira D. Prise en charge des douleurs neuropathiques chroniques sévères : résultats de l'« Enquête patients, soins et intervenants de la douleur neuropathique » (Epsidone). *Douleurs*: Evaluation - Diagnostic - Traitement. déc 2009;10(6):283-291.
147. Zolnieriek KB, DiMatteo MR.— Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*, 2009, 47, 826-834.
148. OpinionSanté.com. La consultation OpinionSanté.com sur l'usage du médicament. Faits saillants de la première grande consultation web du MSSSQ. 2004. Site Internet: www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medicaments/download.php?f=8efd860a2481b7bcc0df6c45a46cf2dd (Date de consultation: juin 2008).
149. Sleath B, Roter D, Chewning B et coll. Asking questions about medication: analysis of physician-patient interactions and physician perceptions. *Med Care* 1999; 37 (11): 1169-73.
150. Stevenson FA, Barry CA, Britten N et coll. Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Soc Sci Med* 2000; 50 (6): 829-40.
151. Richard C, Lussier MT. Pourquoi s'intéresser à la communication médecin patient à propos de la médication? (Chapitre 10) Dans: Levy JJ, Garnier C, rédacteurs. *La chaîne des médicaments. Perspectives pluridisciplinaires*. Montréal: Presses de l'Université du Québec; 2007. pp. 333-65.
152. Richard C, Lussier MT. Measuring patient and physician participation in exchanges on medications: Dialogue Ratio, Preponderance of Initiative, and Dialogical Roles. *Patient Educ Couns* 2007; 65 (3): 329-41.
153. Makoul G, Arntson P, Schofield T. Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Soc Sci Med* 1995; 41 (9): 1241-54.
154. HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Recommandation pour la pratique clinique. Juin 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf.
155. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation HAS Juin 2007.
156. Ernst ME, Iyer SS, Doucette WR. Drug-related problems and quality of life in arthritis and low back pain sufferers. *Value Health* 2003; 6: 51- 8.
157. Utilisation rationnelle des médicaments chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, d'arthrose et d'ostéoporose Opportunités d'interventions par le pharmacien A. Spinewine *Journal de Pharmacie de Belgique* 2005, 60, n° 1 p.17 à 22.
158. L'enquête par questionnaire. Fiche technique Euréval 2009.
159. La technique de l'enquête par questionnaire. Mogultay AL. Décembre 2006.
160. antidépresseurs et douleur.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. [cité 23 nov 2012]. Disponible sur: <http://storage.canalblog.com/90/73/140155/5643674.pdf>

161. Guignon A-M, Calop J, Université Joseph Fourier (Grenoble). Analyse des représentations des médicaments chez des personnes âgées dans une perspective d'éducation thérapeutique. [[S.l.]]: [s.n.]; 2002.
162. Fainzang, S. (2001). Médicaments et société: le patient, le médecin et l'ordonnance. Presses Universitaires de France.p 31-32.
163. Douleur chronique et pharmacodépendance. James Mok, M.D., psychologue.
164. Etude_Drees_63_aout_2006.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. [cité 25 nov 2012]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Drees_63_aout_2006.pdf
165. Chronic Pain and CAM: At a Glance [Internet]. [cité 25 nov 2012]. Disponible sur: <http://nccam.nih.gov/health/pain/chronic.htm>
166. De l'intérêt d'un groupe de parole.François Simonnet - psychanalyste - psychothérapeute. [Internet]. [cité 25 nov 2012]. Disponible sur: <http://francois-simonnet.fr/article-16-de-l-interet-d-un-groupe-de-parole.html?PHPSESSID=4fdbcb8ba6c9a5e2ba1231f51fa9e51c0>
167. Qu'est ce qu'un groupe de parole.Pascal SERRANO. [Internet]. [cité 25 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.psconsultants.fr/pageLibre00010048.html>
168. Zoom sur la douleur chronique [Internet]. [cité 25 oct 2012]. Disponible sur: http://www.douleurchronique.org/gestion/2011/pdf/ZOOMdouleur_4b.pdf
169. AboutKidsHealth, about.kidshealth@sickkids.ca. L'acupuncture peut contribuer à la réduction de la douleur chronique chez les jeunes [Internet]. [cité 25 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.aboutkidshealth.ca/Fr/News/NewsAndFeatures/Pages/Acupuncture-may-help-ease-chronic-pain-in-young-people.aspx>
170. fibromyalgie-hypnose-therapies-comportementales-cognitives-tcc-cabinet-orgadia-jean-touati-hypnotherapie.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. [cité 25 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.orgadia.com/hypnotherapeute-paris/hypnose-pdf/fibromyalgie-hypnose-therapies-comportementales-cognitives-tcc-cabinet-orgadia-jean-touati-hypnotherapie.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Questions autour de la représentation que se font les patients des médicaments

Seriez-vous d'accord pour répondre à 3 ou 4 questions au sujet de vos médicaments contre la douleur ?

1- Vous avez plusieurs médicaments pour combattre votre douleur, quelles sont vos attentes vis-à-vis de ces différents médicaments ?

- Que pensez-vous qu'il(s) puisse(nt) vous apporter ?
- Quel(s) effet(s) recherchez-vous en prenant chacun de vos médicaments ?

2- Une fois que vous avez avalé vos médicaments, à votre avis que se passe-t-il ? Comment agit-il (agissent-ils) ?

3- Avez-vous des difficultés de compréhension, de lecture de votre ordonnance ? Est-elle assez « claire » pour que vous puissiez adapter vos prises de médicaments à votre douleur ?

4- Pensez-vous qu'il y ait des éléments particuliers à surveiller quand on prend des médicaments contre la douleur ?

- *Quel est pour vous le but ou l'objectif de la prise du médicament ?*
- *Pour vous, quel est l'effet recherché de ce médicament ?*
- *Comment, pour vous, une fois que vous avez ingéré le médicament, celui-ci agit-il ?*
- *Avez-vous des difficultés avec les consignes de votre ordonnance ?*
- *Que savez-vous de votre médicament / traitement ? (Compréhension, usage, surveillance) : Connaissez-vous le nom du médicament ? Connaissez-vous l'utilité du médicament ? Savez-vous comment le prendre ? Savez-vous si des éléments particuliers sont à surveiller ?*

Annexe 2 : Questionnaire sur votre traitement contre la douleur

Concernant votre traitement contre la douleur, votre avis nous intéresse ...

Les informations que vous allez pouvoir nous donner, nous permettrons de mieux comprendre votre vécu, votre quotidien avec vos médicaments contre la douleur.

Ce questionnaire comprend 12 questions. Merci d'avance du temps que vous allez prendre pour répondre à ces questions.

1- Pouvez-vous noter les médicaments que vous prenez pour calmer votre ou vos douleur(s)

2- Trouvez-vous que certains de vos médicaments contre la douleur sont plus efficaces que d'autres ? OUI NON

Si OUI, pouvez-vous noter en face de chaque médicament (noté à la question 1), le score que vous donneriez à chaque médicament sur une échelle de 0 (pas efficace) à 10 (très efficace)

3- Vos médicaments contre la douleur existent sous plusieurs formes (comprimés, comprimés effervescents, gélules, sachets, patchs, spray nasal, injections) :

Avez-vous des préférences selon les formes ? Dites-nous pourquoi ?

4- Quelles sont les difficultés que vous avez déjà pu rencontrer avec la prise de vos médicaments contre la douleur dans la vie de tous les jours ?

5- Quels sont les effets gênants que vous avez déjà ressentis avec vos médicaments contre la douleur ?

6- Comment avez-vous réagi face à ces effets gênants (si plusieurs effets gênants, noter pour chaque votre réaction) ?

7- La façon dont est rédigée l'ordonnance vous permet-elle d'adapter vos prises de médicaments en fonction de la douleur ? OUI NON

8- Que souhaiteriez-vous que les professionnels de santé puissent faire pour vous aider à adapter votre traitement à vos douleurs ?

9- Décrivez des situations dans lesquelles vous avez adapté vos prises de médicaments par rapport à l'ordonnance :

10- Décrivez des situations dans lesquelles vous avez arrêté vos médicaments contre la douleur :

11- Pensez-vous qu'il y ait des choses particulières à surveiller quand on prend des médicaments contre la douleur ? OUI NON

Si oui, lesquelles ?

12- Comment vous sentez vous aujourd'hui ?

Placez une croix sur la barre noire là où vous pensez vous situer aujourd'hui.



Cet espace vous est dédié, si vous avez des questions ou suggestions :

Annexe 3 : Fiche profil patient à remplir par le soignant

Fiche Patient

Fiche à compléter et àagrafer avec l'auto-questionnaire rempli

Initiales : __ / __

Date de naissance :

Sexe : H F

Pathologie(s) douloureuse(s) et/ou origine de la ou des douleurs :

Traitements antalgiques prescrits (noter les médicaments de l'ordonnance) :

Autres traitements médicamenteux pris (automédication, phytothérapie...) :

Annexe 4 : Exemple de regroupement des verbatims pour l'analyse thématique

	Méd	Efficacité	Formes médicamenteuses	Ordo	Redaction ordonnance	Adaptation	Arrêt	Surveillance	Vécu	Au quotidien	Effets indésirables	Gestion des effets indésirables	Douleur actuelle	Attentes	Relation soignant/soigné	Médicaments	Autres
Mo.Mo/P		Certains plus efficaces que d'autres. Entre 5 et 7.	"Gélules de préférence car prise facile."		Ne permet pas d'adapter les prises en fonction de la douleur.	"Je fais toujours d'après l'ordonnance."	"Lors d'intervention chirurgicale, ou suivant les effets indésirables mais toujours selon l'avis"	Il y a des choses à surveiller quand on prend des médicaments contre la douleur.			"Constipation, allergies."	"Arrêt de traitement."	5,3/10		"Les professionnels de santé ne peuvent rien faire de mieux" pour adapter le traitement aux douleurs.		
Se.Fa/P		"Ils sont moins efficaces depuis le temps que je les prends"	"Les comprimés sont plus faciles à avaler mais attention pour la lamaline car des fois la gélule s'ouvre."		Permet d'adapter les prises en fonction de la douleur.	"Quand j'avais des grosses douleurs au niveau du dos et que j'étais coincée au lit"	"Je n'ai jamais arrêté"	Il y a des choses à surveiller quand on prend des médicaments contre la douleur. "Pas d'alcool, ni autre... Surveiller la posologie et les antécédents médicaux."		"Les gélules s'ouvrent."			4,5/10			"Des médicaments plus forts que la lamaline et remboursables"	
GI.Cr/P		Certains plus efficaces que d'autres. Entre 2 et 4.			Permet d'adapter les prises en fonction de la douleur.			Il y a des choses à surveiller quand on prend des médicaments contre la douleur. "comme l'interdiction de conduire."		"Je prends toujours 2 Dafalgan cod le matin, 2 le midi et 2 le soir. Et pour l'iprim c'est toujours 2 le matin."	"constipation . L'iprim provoque aussi des nausées après absorption."		10,0/10			"Trouver un médicament qui puisse soulager la douleur sans paracetamol."	
Ma.Ja/P		Certains plus efficaces que d'autres.	préfère "Les comprimés effervescents (plus agréable à boire)."		Permet d'adapter les prises en fonction de la douleur.		"Pour une cause allergique"				"Allergies à certains anti-inflammatoires" : "gonflement du visage et plaques rouges sur le corps"	"Arrêter la prise de médicaments et consulter le médecin"	5,0/10		"Plus de conseils et d'explications"	"Plus compréhensibles sur les notices". "Plus de conseils et d'explications"	
Ca.An/P		Certains plus efficaces que d'autres. Entre 2 et 7.	préfère "Les gélules pour le mal d'estomac (brûlures) et les sachets car"		Permet d'adapter les prises en fonction de la douleur.			Il y a des choses à surveiller quand on prend des médicaments contre la douleur. "alcool."			"Constipation, brûlures d'estomac"	"Arrêter quelques jours"	5,5/10			À quand un vrai médicament pour l'arthrose et les rhumatismes ?	



Serment des Apothicaïres

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



**PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES :
ANALYSE DE BESOINS DES PATIENTS VIS-A-VIS DE LEURS MEDICAMENTS
ANTALGIQUES**

RESUME

La douleur chronique et ses conséquences plurielles sur la vie quotidienne des personnes qui en souffrent, nécessitent une prise en charge complexe, personnalisée et adaptée à chaque patient. Une analyse de besoins des patients douloureux chroniques centrée sur leurs médicaments antalgiques a été envisagée à l'aide d'auto-questionnaires distribués auprès de patients douloureux chroniques (hors douleur cancéreuse) fréquentant différents types d'établissements (centres hospitaliers, officines, cabinets médicaux).

Le profil des 86 patients ayant répondu à cette enquête est représentatif de la population douloureuse chronique tant au niveau du sexe, de l'âge moyen que de la proportion de pathologies douloureuses rencontrées. 28% des patients n'identifient pas de médicaments plus efficaces que d'autres. Pour les autres patients, les paliers 3 et les anti-inflammatoires sont les classes perçues comme les plus efficaces. Les patients recherchent principalement un traitement facile à prendre (formes sèches) et rapide d'action. 2/3 des patients considèrent que leur ordonnance leur permet d'adapter les prises en fonction de la douleur. Mais 26% sont désarmées face à leur douleur et leur ordonnance. 33% des patients disent arrêter leur traitement lorsqu'ils ressentent des effets indésirables et 39% l'adaptent en fonction de ces effets. Seulement 18 % appellent leur médecin suite à des effets indésirables. Les patients expriment un besoin d'informations important quant à leurs effets indésirables et à la gestion de leur traitement au quotidien. Ils aimeraient également que les soignants soient « plus à l'écoute ». De plus, ils seraient intéressés par des rencontres entre patients afin d'échanger sur les stratégies possibles pour la prise en charge de leur douleur chronique.

Plusieurs pistes d'actions peuvent être proposées : formations des soignants développant des connaissances professionnelles et des compétences en communication / création d'offres éducatives ciblant la problématique des effets indésirables, imaginant des outils d'aide à la gestion du traitement au quotidien, associant des séances de groupe et des entretiens individuels, par exemple à l'officine / renforcer les offres de soutien et d'évaluation des besoins au cours du temps ... Ces différentes propositions pourraient compléter les offres éducatives existantes. De plus, il semble nécessaire de continuer à renforcer les liens entre les soignants afin de répondre au mieux aux attentes des patients et optimiser leur prise en charge.

Mots clés : douleur chronique, médicaments antalgiques, analyse de besoins, prise en charge

Adresse des auteurs : Mlle Sophie FOUQUET

3 chemin de Montrigaud
38180 SEYSSINS

Mr Maxime ORSET

127 chemin de la Croix de Maître
38410 VAULNAVEYS LE HAUT