Amélioration de la prise en charge du patient douloureux chronique en première ligne de soins :

Evaluation d'une démarche d'intervision et d'accompagnement d'équipes pluridisciplinaires

Etude qualitative par entretien semi-directif

Travail de fin d'étude

Dominique KUILA LOKO

Master complémentaire en Médecine Générale

Promoteur : Dr Jean-Marc FERON,

Co-promoteur : Dr Anne BERQUIN

Année académique 2023-2024

Table des matières

Résumé 2
Liste d'abréviations 3
Remerciements 4
I. Introduction 5
II. Méthodologie de recherche 6
1. Recherche bibliographique 6
2. Une étude qualitative 6
3. L'analyse des données 8
III. Résultats 9
1. L'expérience émotionnelle liée à la prise en charge d'un patient souffrant de douleur chronique 10
2. Les attentes liées aux séances d'intervision 12
3. Le déroulement des intervisions 13
Motif d'absence 14
L'animatrice 15
La structure des séances 15
Les aspects appréciés 15
Les aspects à améliorer 16
Les aspects manquants 17
Les pistes d'amélioration 17
4. L'influence des séances d'intervision 19
Assurance personnelle et aisance 19
Sensibilisation et autonomisation 19
Education du patient et désescalade médicamenteuse et d'examen complémentaire 20
Action de santé communautaire 20
Pluridisciplinarité 21
IV. Discussion 25
1. Résumé des résultats 25
2. Interprétation des résultats 26
3. Force de l'étude 30
4. Limite de l'étude 30
V. Conclusion 31
VI. Bibliographie 32

Résumé

Introduction

En Belgique, près d'un Belge sur quatre (23%) souffre de douleur chronique, soit 2,4 millions de personnes. (1)

Cependant, à l'heure actuelle, il existe très peu de dispositions légales et de lignes directrices concernant la douleur chronique.

L'objectif de cette étude sera d'évaluer l'efficacité et l'impact d'un projet pluridisciplinaire conçu pour soutenir et améliorer la prise en charge par des praticiens de première ligne travaillant dans les maisons médicales au forfait à Bruxelles.

Méthodologie

Cette étude a été menée selon une approche qualitative, impliquant des entretiens semi-directifs avec des médecins généralistes, des kinésithérapeutes et des infirmiers ayant participé au projet. Les entretiens ont été guidés par un protocole d'entretien et ont été enregistrés puis retranscrits intégralement. Les données recueillies ont ensuite été analysées par une méthode d'analyse thématique, ce qui a permis de dégager quatre thèmes principaux : l'expérience émotionnelle liée à la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique, les attentes à l'égard des séances d'intervision, le déroulement des séances d'intervision et l'influence de ces séances sur la pratique clinique.

Résultat

Huit participants du projet ont été interrogés. Ils ont exprimé leur frustration face à la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques, ce qui les a conduits à participer aux séances d'intervision afin d'échanger sur des cas concrets et de réfléchir aux pistes d'amélioration. Ces séances ont été facilitées en partie par la présence d'un médecin physique compétente et attentive. La majorité des participants ont apprécié le déroulement des séances d'intervision, tout en relevant quelques points manquants ou à améliorer. Ils ont

partagé leur désir, à la suite des séances d'intervision, d'améliorer leur approche pluridisciplinaire et de développer ou continuer à développer des actions de santé communautaire.

Conclusion

Cette étude souligne l'importance de l'intervision, de la formation continue et de la collaboration interdisciplinaire pour améliorer la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques.

Liste d'abréviations

- MM : maison médicale
- PeC : prise en charge
- SSMG : la société scientifique de médecine générale

Remerciements

Tout d’abord, je souhaite exprimer ma gratitude envers mes promoteurs, le docteur Jean-Marc FERON et le professeur Anne BERQUIN, pour leur implication, leurs suggestions stimulantes et leurs conseils inestimables. Leur accompagnement m'a permis d'explorer de nouvelles perspectives et d’approfondir ma réflexion.

Ensuite, je suis profondément reconnaissante envers les membres des quatre maisons médicales qui ont participé à ce projet. Leur précieuse contribution, accordée avec générosité et disponibilité, a grandement enrichi ce travail. Sans leur implication dévouée, cette étude n'aurait pas été possible.

Et enfin, un immense merci à mes parents, mon compagnon, ma petite fille, ainsi qu’à toute ma famille élargie et mes amis pour leur soutien constant, leur amour et leur bienveillance tout au long de mes années d'études.

I. Introduction

Les données nationales et internationales indiquent que la douleur chronique représente un problème de santé publique majeur. En effet, elle affecte significativement le quotidien du patient, sur les plans biologique, psychologique, et social, détériorant ainsi sa qualité de vie. Par conséquent, une approche globale de soin s'impose. Ainsi, Les sociétés scientifiques internationales de la douleur recommandent que chaque pays se dote d'une législation spécifique soutenant les stratégies de lutte contre la douleur aiguë, chronique et cancéreuse. Quelques pays européens ont développé des initiatives en ce sens. (1,2)

En Belgique, près d'un Belge sur quatre (23%) souffre de douleur chronique, soit 2,4 millions de personnes. Il n'y a pas de différences significatives en fonction des régions. En 2009, le ministère de la Santé publique a mis en place une commission interuniversitaire de recherche scientifique visant à décrire l'organisation actuelle de l'algologie en Belgique et à analyser le fonctionnement des différentes structures. (1)
Cependant, actuellement, il existe que très peu de dispositions légales et de lignes directrices concernant la douleur chronique.

Ce sujet revêt une importance particulière pour moi, car je suis régulièrement confrontée à des patients souffrant de douleur chronique. Effectivement, en consultation de première ligne, la prévalence de la douleur chronique est d'une consultation sur trois. (1)
Néanmoins, je constate que la prise en charge du patient douloureux chronique s'avère complexe pour les professionnels de santé, soulevant des questions quant à la démarche clinique, mais aussi à l'accompagnement et le soutien à fournir. Dans ce contexte, la référence à une clinique de la douleur me semblait être la solution idéale, mais face à leur saturation, marquée par des temps d'attente s'étendant de six à douze mois, il devient essentiel de trouver des alternatives efficaces pour la gestion de la douleur chronique en première ligne de soins.

C'est dans ce cadre que mes promoteurs, Dr Jean-Marc FERON et Pr Anne BERQUIN, m'ont proposé de prendre part à un projet pilote novateur. Ce projet est le fruit d'une collaboration entre le centre de la douleur complexe des Cliniques Universitaires Saint-Luc et

les professionnels de santé de première ligne, dont médecins généralistes, kinésithérapeutes et infirmiers, issus de quatre maisons médicales au forfait à Bruxelles. Le dispositif prévoit six séances d'intervision mensuelles, de mai à novembre 2023, qui allieront partage d'expériences cliniques et enrichissement théorique.
En conséquence, ma mission sera de m'entretenir directement avec les participants. Afin d'évaluer l'efficacité et l'impact de cette initiative, nous explorerons dans quelle mesure le processus d'intervision a pu améliorer leur prise en charge du patient douloureux chronique, en nous penchant sur leurs motivations, leurs attentes, et en recueillant leurs impressions sur les séances d'intervision et les bénéfices qu'ils en ont tiré.

II. Méthodologie de recherche

1. Recherche bibliographique

Pour la recherche bibliographique, plusieurs bases de données ont été consultées, notamment PubMed et Google Scholar. Les termes MeSH (Medical Subject Headings) utilisés comprenaient "douleur chronique", "pratique générale" et excluaient "douleur aiguë" et "analgésiques opioïdes". (Annexe 1)

2. Une étude qualitative

Tout d'abord, la recherche qualitative par des entretiens semi-directifs semblait être l'approche la plus adaptée pour cette étude. En effet, cette méthode permettait de combiner structure et souplesse, favorisant l'obtention de données qualitatives riches et nuancées, tout en permettant de rester concentrée sur les objectifs de l'étude. Ainsi, cette approche semble idéale pour explorer en profondeur les expériences professionnelles, les croyances et les attitudes des soignants de première ligne, rendant les résultats obtenus à la fois significatifs et profondément informatifs.

Pour comprendre les multiples aspects de la méthodologie qualitative, le livre de LABEAU Jean-Pierre intitulé **« Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire »** a été consulté. (3)

Les participants interrogés incluaient des médecins généralistes, des kinésithérapeutes et des infirmiers exerçant dans des maisons médicales au forfait à Bruxelles et ayant participé à ce projet. Aucune restriction n'a été appliquée en termes de genre ou d'ancienneté afin de maximiser la diversité de l'échantillon. Le seul critère d'exclusion était l'absence de participation à ces séances d'intervision.

Les participants ont été contactés par voie électronique ou téléphonique. (Annexe 2)
Le guide d'entretien a été suivi, bien que l'ordre des questions n'ait pas toujours été strictement respecté. (Annexe 3) Cependant, tous les thèmes ont été abordés lors de chaque entretien. Avant utilisation, le guide d'entretien a été examiné et ajusté par les promoteurs de cette recherche. Ce guide était structuré autour de six axes principaux : la motivation des participants, leurs attentes, le contenu théorique, la qualité de l'animation des séances d'intervision, ainsi que le résultat et la conclusion.

Avant chaque entretien, une présentation de la chercheuse et une explication des objectifs de l'étude ont été fournies par courrier électronique et oralement. (Annexe 2) L'anonymat des réponses a été souligné, et le consentement pour l'enregistrement et la retranscription des données a été obtenu. (Annexe 4) Les enregistrements ont été réalisés via le logiciel Zoom ou un téléphone portable.

Les entretiens ont été menés entre le 08/02/2024 et le 21/03/2024. Un entretien a eu lieu en présentiel, tandis que les autres ont été réalisés à distance via le logiciel Zoom, sans aucune restriction de temps imposée à l'interlocuteur, afin de permettre une exploration approfondie des données. Chaque entretien a été retranscrit fidèlement à l’aide du logiciel Transkriptor. (Annexe 5)

Les membres du Groupe d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) ont décidé le 31/01/2024 que le projet de TFE ne nécessitait pas une soumission de dossier plus spécifique d'éthique au comité d'éthique de l'université concernée. (Annexe 6)

3. L'analyse des données

Chaque retranscription d'entretien a été traitée comme une unité d'analyse. Nous avons identifié les verbatims pertinents à notre objectif de recherche à travers une approche inductive. Les verbatims abordant des sujets similaires ont été regroupés par codes. Ensuite, nous avons dégagé des catégories structurantes, permettant ainsi de conserver les données les plus pertinentes. Ces catégories ont été examinées via une analyse thématique. Le codage manuel et la visualisation des verbatims codifiés a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative MAXQDA. (Annexe 7)

III. Résultats

Les 10 prestataires de soins de première ligne qui ont pris part aux intervisions ont été contactés par courrier électronique (Annexe 2). Parmi eux, 8 ont accepté de participer à l'étude, tandis que deux ont décliné l'invitation en raison d'un congé maladie. Ainsi, j'ai pu mener 8 entretiens semi-dirigés entre février et mars 2024. Ces entretiens ont été numérotés de 1 à 8 selon l'ordre chronologique des participations et ont duré entre 23 et 46 minutes. Les participants étaient 4 médecins généralistes, 3 kinésithérapeutes et 1 infirmier :

Tableau 1 : récapitulatif des caractéristiques des participants aux intervisions

Participants	Profession	Année d'expérience au sein d'une maison médicale	Nombre de participations aux intervisions (Total 6 séances)	Participation préalable à la formation de la SSMG	Cours académique abordant la douleur chronique
Participant 1	Infirmier	4 ans, MM 1	3/6	NON	NON
Participant 2	Médecin généraliste	1.5 ans, MM 2	5/6	NON	OUI
Participant 3	Médecin généraliste	10 ans, MM 2	6/6	OUI	NON
Participant 4	Médecin généraliste	15 ans, MM 1	6/6	OUI	NON
Participant 5	Médecin généraliste	9 ans, MM 1	3/6	NON	NON
Participant 6	Kinésithérapie	5 ans, MM 3	3/6	NON	NON
Participant 7	Kinésithérapie	13 ans, MM 4	5/6	OUI	NON
Participant 8	Kinésithérapie	9 ans, MM 1	2/6	NON	NON
Participant 9	Kinésithérapie	MM 4	Congé maladie		
Participant 10	Infirmier	MM 2	Congé maladie		

Après la lecture des entretiens retranscrits, nous avons identifié 240 segments codifiés qui ont conduit à la formation de 26 codes. Ces 26 codes ont ensuite été regroupés en 4 grands axes que nous avons sélectionnés pour structurer la présentation des résultats, comme suit :

- L’expérience émotionnelle liée à la prise en charge d’un patient souffrant de douleur chronique
- Les attentes vis-à-vis des séances d'intervisions
- Le déroulement des intervisions
- L’influence de séances d’intervisions

1. L’expérience émotionnelle liée à la prise en charge d’un patient souffrant de douleur chronique

Dès le départ, nous avons observé que tous les participants étaient motivés à prendre part aux intervisions en raison d'un sentiment partagé de frustration concernant la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques.

Effectivement, tous les participants ont exprimé une frustration due à leur sentiment d'impuissance face à des patients exigeants qui reviennent fréquemment avec les mêmes demandes de soulagement, pour lesquels les options thérapeutiques échouent souvent. Les prestataires se retrouvent à court d'idées et se sentent impuissants.

Le participant 6 a indiqué que cette frustration lui faisait percevoir, à lui ainsi que son équipe, que le nombre de patients souffrant de douleurs chroniques comme plus élevé qu'il ne l'est en réalité. Sauf pour le participant 1, pour l’ensemble des participants, les patients souffrant de douleurs chroniques constituent une part significative de leur patientèle.

Les participant 2 et participant 4 ont mentionné se sentir isolés dans cette prise en charge.

Quelques-uns ont également souligné qu'ils n'avaient pas reçu de formation adéquate durant leur parcours universitaire pour gérer cette problématique. Seul un jeune médecin généraliste, le participant 2, a bénéficié d'un cours académique à ce sujet, mais a reconnu que cela restait insuffisant.

Le participant 5 a admis que le manque de temps l’empêchait souvent de conduire à des consultations ou des démarches constructives. Le participant 8 a attribué l'échec thérapeutique à principalement un manque d'engagement de la part des patients.

Expérience émotionnelle	Verbatims
Prévalence	*« c'est une problématique extrêmement présente en médecine générale » participant 2* *« un thème qu'on a beaucoup en consultation » participant 5* *« En fait, c'est hyper étonnant. Quand on regarde les chiffres, en fait, il n'y en a pas tant que ça, mais ils prennent une place beaucoup plus importante que les prises en charge aiguë, je pense en temps, mais aussi en énergie.» participant 6*
Impuissance	*« Cette impuissance terriblement désagréable qu'a parfois le soignant de se dire, il ne va pas mieux, je le sais, il ne me ment pas, c'est sûr, mais je ne sais pas quoi faire pour l'aider. » participant 4* *« Bai dans l'équipe on se sent démuni face au patient souffrant de douleur chronique. Parfois on n'avance pas » participant 6* *« on se sent très démunis » participant 2*
Frustration	*« Le fait d'en avoir un seul dans la journée, des fois, ça nous gâche toute la journée », participant 6* *« Je sais qu'ils vont me dire les mêmes choses. Je sais que je n'ai plus d'idées. Et du coup, ça me gêne, ça me met mal à l'aise. Et donc, du coup, ça m'agace. » participant 5* *« c'est assez frustrant de se dire pourquoi je n'y arrive pas, qu'est-ce que je fais mal, je fais peut-être des mauvaises techniques ou voilà, d'à chaque fois, se former, se dire que ça ne marche pas non plus » participant 7*
Désemparement	*« Je me retrouvais vite avec des vrais malaises en consultation, entre l'escalade médicamenteuse et le fait de me dire que ça ne fonctionne pas vraiment, en plus les médicaments, la question des examens complémentaires, encore continuer à chercher quelque chose de plus grave en dessous, ou quand est-ce qu'on s'arrête, à quelle fréquence on est refait » participant 4*
Mise en échec thérapeutique	*« Non seulement il y a moins de résultats, mais il y a moins d'adhésion aux propositions de solutions. Ils stagnent, ils stagnent. Ils n'arrivent pas à évoluer. Ils n'arrivent pas à se sortir d'un cercle vicieux. » participant 8*

Epuisement	*« c'est intéressant de voir que les fonctions où il y a énormément de prise en charge chronique, en fait, ça les épuise et il y a un turnover. Je pense que ce n'est pas anodin. » participant 6* *« c'est énergivore et fatigant parce qu'on essaye des choses ça marche pas » participant 6* *« Je vais essayer de les motiver, mais ce n'est pas moi qui vais donner mon énergie parce que c'est trop épuisant. » participant 8*
Sous contrainte temporelle	*« c'est principalement le temps, le problème. Alors que ce soit le temps de la consulte, le temps de faire des réunions spécifiquement pour nos patients douloureux chroniques avec les kinés, par exemple, de manière plus régulière » participant 5*
Solitude	*« on se sent assez démuni et parfois assez seul. » participant 4* *« Si j'en discutais avec d'autres médecins, il n'y avait pas forcément de réponse à la question non plus. Ou bien alors effectivement plutôt dans la médication ou réorientée vers le spécialiste. » participant 3*

2. Les attentes liées aux séances d'intervision

Tous les participants espéraient que ces intervisions leur fourniraient des connaissances et des compétences supplémentaires pour améliorer leur prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques.

Certains, les participants 1,3 et 5, souhaitaient regagner en assurance personnelle.

D'autres, dont les participants 3 ,4 et 5, ayant déjà suivi une formation de la SSMG sur la douleur chronique, voyaient les intervisions comme un complément à leur formation initiale.

Les attentes	Verbatims
Acquisition de connaissance et compétence	*« avoir l'avis d'une spécialiste sur nos cas cliniques en médecine générale » participant 3* *« avoir des manières d'en parler, avoir des outils peut-être pédagogiques aussi pour justement pouvoir expliquer la chronicisation* *» participant 5* *« avoir plusieurs cerveaux pour réfléchir, d'avoir des clés, etc » participant 8*

	« qu'est-ce qu'on peut encore faire, quelle doit être la position du soignant, et d'avoir des outils supplémentaires par rapport aux patients résistants. » participant 2 *« avoir des outils pour pouvoir mieux prendre en charge les patients douloureux chroniques » participant 3*
Assurance personnelle	*« me sentir mieux armé » participant 1* *« me sentir plus à l'aise avec le concept de douleur chronique » participant 3* *« j'avais un peu envie aussi de me rassurer sur ok est-ce que c'est normal ? Et comment les autres vivent ça ? » participant 5*
Complémentaire à une formation	*« vraiment complémentaire à ce que nous avions fait comme formation à la SSMG, qui a donné à l'aspect théorique des aspects pratiques. » participant 4*

3. Le déroulement des intervisions

Il y a eu six séances d'intervision, animées par un médecin physique, le professeur Anne BERQUIN, qui se sont déroulées environ une fois par mois, de mai à novembre 2023. Les dates des séances avaient été définies à l'avance et celles-ci avaient lieu un mardi ou un jeudi, de 18h à 20h. Le lieu de rencontre variait entre quatre maisons médicales bruxelloises participant au projet.

Chaque séance était structurée de la même manière : elle débutait par un premier tour durant lequel chaque participant présentait un cas clinique de patient souffrant de douleurs chroniques. Les participants votaient ensuite pour sélectionner un seul cas à débattre. Suivait alors un moment de clarification où le cas sélectionné était discuté collectivement, puis venait une phase de réflexion durant laquelle les participants tentaient de trouver des pistes de solutions par eux-mêmes. La séance se clôturait par l'intervention de la médecin physique qui partageait son avis, son expérience et des apports théoriques.

À la suite de chaque séance, la médecin physique et animatrice de ces rencontres envoyait par courrier électronique des articles et outils à lire en lien avec les thèmes abordés, ainsi qu'un résumé écrit de la séance.

Le taux de participation fluctuait entre 2 et 6 séances. Selon les participants, le nombre de participants diminuait au fil du temps, passant de 10 à parfois seulement 4 personnes.

Motif d'absence

Diverses raisons d'absence ont été identifiées :

Les absences principales étaient dues à des obligations personnelles d'ordre privé, notamment pour les participants 1, 5, 6 et 7.

De plus, la géolocalisation a été un facteur, car certaines maisons médicales étaient séparées par des distances considérables, affectant particulièrement les participants 5 et 7.

Le participant 8 a décidé d'abandonner après deux séances en raison d'un sentiment de désorientation et de décalage par rapport aux connaissances des autres participants, qui semblaient posséder des prérequis qu'elle n'avait pas.

Le participant 4, qui a assisté à toutes les séances, attribue ces absences à un manque de motivation, notamment en raison de la distance à parcourir et du fait que ces séances n'ont pas été prise en compte dans les heures de travail.

Motif d'absence	Verbatims
Obligations personnelles	*« c'était vraiment soit sur la maladie, soit au niveau organisationnel, pas toujours évident » participant 1* *« moi c'est arrivé à un moment de ma vie où ce n'était pas du tout facile à organiser en termes de planning d'avoir ce genre de choses et le soir je veux dire etc » participant 5* *« on est trop pris par le professionnel et parfois le privé, et qu'on a du mal à se libérer du temps pour autre chose. » participant 7*
Géolocalisation	*« il fallait courir à l'autre bout de la ville », participant 4*

Déconcertation	*« J'ai arrêté parce que ce qui m'avait manqué, c'est la formation de base à laquelle le professeur Berquin se référait beaucoup. Et je me sentais vraiment trop perdue. » participant 8*
Manque de motivation	*« Il y avait très peu, je trouvais, autour de la table, d'énergie à mettre dans le « je m'investis dans ce groupe » participant 4* *« il y avait un côté, bon, c'est ça, c'est le soir, c'est en plus, si c'est non rémunéré par la maison médicale, ben voilà, c'est pas forcément la priorité de tout le monde » participant 4*

L'animatrice

Tous les participants ont été satisfaits de l'intervention de la médecin physique. Ils l'ont trouvée compétente, attentive et accessible, ce qui leur a permis de se sentir à l'aise pour échanger et interagir. Le participant 2 et 3 ont spécialement apprécié que le format soit axé sur l'échange et non pas sur une approche académique semblable à une formation.

La structure des séances

Les opinions divergent sur ce point. Le participant 3, l'un des fondateurs du projet, a apprécié divers aspects des séances et n'a pas formulé d'autres critiques. Les participants ont exprimé leur appréciation pour certains éléments, mais ont également signalé des aspects moins satisfaisants et des lacunes. De plus, ils ont formulé des suggestions pour améliorer le projet.

Les aspects appréciés

Tous les participants ont trouvé bénéfique d'interagir avec des professionnels d'autres disciplines et des soignants venant d'autres maisons médicales. Ils ont été rassurés de constater que d'autres, y compris l'animatrice, rencontraient également les mêmes

difficultés, et ont pu tirer des enseignements de la pratique des autres. Aucun des participants n'avait précédemment pris part à une session d'intervision.

Le participant 1 a trouvé la partie du "trivial poursuit de la douleur" très ludique, permettant ainsi une révision des connaissances de manière amusante.

Tous les participants ont exprimé leur satisfaction quant aux rappels théoriques proposés après les séances, en soulignant leur adéquation avec les débats discutés. Ils ont également apprécié de recevoir ces rappels par voie électronique, ce qui leur permettait d'y accéder ultérieurement plus facilement.

De plus, tous les participants ont valorisé la possibilité d'apporter des cas concrets et d'écouter ceux des autres participants.

Le participant 3 a particulièrement apprécié l'implication des participants et le temps de réflexion que l'animatrice leur laissait pour trouver des solutions par eux-mêmes.

Quant au participant 6, il a apprécié découvrir la structure des autres maisons médicales et observer leur fonctionnement concret.

Les aspects à améliorer

Le participant 1 a constaté une redondance dans les séances.

Les participants 2, 4 et 5 ont remarqué une perte de temps significatif pendant le tour de table, regrettant qu'autant de temps soit investi pour finalement choisir un seul cas.

Tous les participants auraient préféré consacrer davantage de temps à l'intervention du médecin physique.

Le participant 7 a exprimé des regrets quant à la non-sélection de son cas, souhaitant qu'au moins deux cas soient discutés par séance.

Le participant 4 a principalement déploré le manque d'engagement de certains participants et leur absence fréquente.

La participante 5 a noté des dissonances entre la clinique de la douleur par rapport à la pratique en maison médicale, telles que la durée des consultations et le besoin d'une équipe formée permettant la délégation des tâches.

En outre, le participant 7 aurait apprécié davantage de contenu théorique de la part de l'animatrice lors des séances. Le participant 2 aurait apprécié disposer de directives précises à suivre pour certaines pathologies.

Les aspects manquants

Les participants 1 et 3 auraient trouvé bénéfique d'inclure l'intervention et les perspectives d'un psychologue lors des séances.

Le participant 7 aurait désiré entendre le témoignage pratique d'une maison médicale à Bruxelles, reconnue pour avoir développé une démarche efficace pour la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique.

Les pistes d’amélioration

Enfin, quelques participants ont suggéré des voies d'amélioration :

Le participant 1 suggère de varier la manière d’aborder les séances, d’incorporer des éléments ludiques, plutôt que de suivre systématiquement le même mode de fonctionnement.

Pour éviter de perdre du temps lors du tour de table, le participant 2 suggère l'utilisation d'un canevas préétabli, où les participants présenteraient leur cas de manière uniforme, facilitant ainsi la comparaison et la sélection plus rapide. Le participant 4 pense qu’il aurait fallu prédéfinir à l’avance qui présenterait un cas lors de la séance.

Étant donné que le nombre de participants diminuait à la fin des intervisions, le participant 3 suggère de former des groupes plus nombreux, afin de minimiser l’impact des absents.

Afin de renforcer l'engagement des participants, le participant 4 est d'avis que ces derniers auraient dû recevoir une formation préalable de la SSMG sur le thème de la douleur chronique. De plus, il suggère que les séances d'intervision devraient être intégrées dans les heures de travail.

Le participant 5 préfèrerait que les intervisions se déroulent toujours au même endroit. Il suggère également, pour une entrée plus rapide dans le vif du sujet, que pour chaque séance que seulement deux cas soit présenté et dont seul l'un serait finalement sélectionné et discuté.

Déroulement des intervisions	**Verbatims**
Animatrice	*« Elle est non jugeante, bienveillante. On voit qu'elle fait son métier depuis longtemps. On voit qu'elle a vraiment des connaissances. » participant 4* *« Anne Berquin, elle était hyper accessible et aussi hyper motivée par les maisons médicales » participant 7* *« J'ai vraiment bien aimé parce qu'elle est pointue sur le sujet. Elle connaît vraiment parfaitement son sujet et elle nous a vraiment amené des outils. » participant 5*
Aspect apprécié	*« trivial poursuite de la douleur, et ça c'était hyper intéressant parce que c'était voir la douleur autrement, et c'était hyper ludique, et c'était en même temps réviser toutes nos connaissances « participant 1* *« Je pense que si elle avait fait des rappels théoriques en amont, ça aurait peut-être été moins intéressant, parce que moins focus sur le cas clinique, et donc là je pense que c'était vraiment doublement intéressant » participant 2* *« Elle envoyait toujours aussi après un PV et des documents théoriques annexes. Et donc, c'est chouette parce qu'on les a encore maintenant, de pouvoir retourner là-dedans » Participant 3* *« Le moment attendu, c'est quand Anne apporte des solutions. » Participant 5*
Aspect à améliorer	*« il y avait plusieurs nombres de tours pour poser nos questions sur le cas clinique qu'on choisissait, à un moment je trouvais ça un peu lent. » participant 2* *« on lui avait fait le retour qu'on aurait parfois bien aimé, qui est un peu plus justement de théorie » participant 7*

	« il y en avait d'autres qui avaient suivi, les médecins qui étaient là avaient suivi la formation en douleur chronique de la SSMG. Et par exemple les kinés, mais eux, ils n'avaient pas toujours accès à la théorie, donc je pense que pour eux, c'était parfois un peu plus difficile de suivre. » participant 2
Aspect manquant	*« la composante psychologique est tellement importante, que j'aurai aimé avoir le point de vu d'un psychologue. »* *Participant 1* *« Moi, j'aurais quand même mis des psys dans l'histoire aussi. » Participant 4* *« ma difficulté reste vraiment de poser le diagnostic, quand il y a un diagnostic type fibromyalgie là je ne me sens toujours pas hyper légitime de le poser moi-même. » Participant 2*
Piste d'amélioration	*« changer la manière d'aborder chacune des séances, que ce soit pas toujours le même mode de fonctionnement » participant 1* *« avoir une marche à suivre qui soit plus claire, que ce soit une guideline. Ou quelque chose comme ça. » participant 2* *« Avoir eu la formation eu la formation de la ssmg, ou autre… que ça soit compté sur les heures de travail… » Participant 4* *« pour chaque séance à la limite, on présente que deux cas cliniques. Et il n'y a que deux personnes, et on choisit entre ces deux-là à chaque fois, comme ça, directement, on va dans le vif du sujet » participant 5*

4. L'influence des séances d'intervision

Assurance personnelle et aisance

Les participants 5, 6, 7 et 8 ont été soulagés de constater qu'ils n'étaient pas seuls à éprouver des difficultés dans cette prise en charge. Les intervisions leur ont permis de prendre du recul et de se sentir plus compétents, réduisant ainsi leur frustration lorsqu'ils sont confrontés à des patients souffrant de douleur chronique.

Sensibilisation et autonomisation

Les participants 2 et 5 ont constaté que les intervisions les ont sensibilisés davantage à la problématique, améliorant ainsi leur capacité à repérer ces patients et à approfondir leur travail avec les nouvelles connaissances acquises. Le participant 3 a perçu les intervisions

comme un processus d'autonomisation, renforçant sa confiance en ses compétences et sa capacité à prendre en charge ces patients. Le participant 4 a développé un outil, destiné à l'éducation des patients, basé sur la théorie apprise lors des intervisions.

Education du patient et désescalade médicamenteuse et d'examen complémentaire

Tous les participants ont admis qu'ils accordaient désormais plus de temps à discuter avec les patients des divers mécanismes de la douleur, des causes multifactorielles, et à établir des objectifs réalistes. Ils s'efforcent également de restaurer la confiance des patients dans leur corps et de les conscientiser à l'importance du mouvement. Les participants utilisent principalement la fleur du mal comme outil pour discuter avec le patient des différents aspects de sa douleur.

Pour la plupart des participants, cette approche leur a permis de limiter la surmédicalisation de leur prise en charge, en évitant le recours à une escalade de médicaments ou d'examens complémentaires.

Action de santé communautaire

Pour alléger la charge de travail du pôle de kinésithérapie, tous les participants considèrent qu'il est préférable d'organiser des séances en groupe ou d'action communautaire. Les initiatives sportives mise en place ou en projet sont : la marche nordique (maisons médicales 1 et 4), l'aquagym (maisons médicales 1) et la gymnastique douce (maisons médicales 1, 2 et 3) . Le participant 6 est surpris par le succès de cette approche, avec des groupes qui persistent même en l'absence de l'animateur. En revanche, le participant 7 et le participant 8 sont déçus car ils rencontrent un nombre important d'annulations et réfléchissent à des moyens d'améliorer l'adhérence des patients souffrant de douleur chronique, qui préfèrent des séances individuelles de kinésithérapie.

Le participant 4 envisage de créer une action de santé communautaire axée sur la psychoéducation des patients douloureux chronique, impliquant divers intervenants, répartis

sur un certain nombre de séance, tels qu'une psychomotricienne, une diététicienne, un médecin généraliste et un kinésithérapeute, tous présents au sein de sa maison médicale.

Pluridisciplinarité

Pour mener à bien ses projets ou initiatives, l'ensemble des participants déclarent qu'au sein de leur maison médicale une approche pluridisciplinaire est plus que nécessaire pour optimaliser cette prise en charge. Pour cela il s'accorde à dire que l'ensemble des collaborateurs doit alors être conscientiser à la problématique et qu'il y a une formation en interne afin qu'il y ait un discours et un trajet de prise en charge commun. Actuellement seule la maison médicale du participant 7 a pu établir concrètement une approche dans ce sens avec des réunions pluridisciplinaires consacrées aux patients douloureux chronique et la création des quelques initiatives d'action communautaires qui leur ai destiné.

L'équipe du participant 6 ont également créer des initiatives ciblant ces patients, mais le manque de temps et d'infrastructure les limites encore dans leur ambition.

Le participant 4 exprime sa déception face au manque de motivation, de collaboration et de communication au sein de son équipe, attribuant ces problèmes en partie à la taille importante de la structure, malgré la disponibilité des ressources nécessaires. Le participant souligne également le manque d'intérêt de certains collaborateurs pour les initiatives mises en place. Le participant 5 attribue principalement ce manque de participation à un manque de temps plutôt qu'à un manque de volonté.

Les participants 2 et 3 envisagent d'élaborer des projets d'équipe, mais étant donné qu'ils se trouvent dans une nouvelle maison médicale, ils ont actuellement d'autres priorités.

Influence des intervisions	**Verbatims**
Assurance personnelle et aisance	*« on n'est pas seul face à la douleur chronique, tout le monde y est confronté. Ce que j'en ai retiré aussi, c'est que les patients ça sert à rien de donner mon énergie si eux-mêmes ne veulent pas donner la leur. Donc je travaille avec juste ce qu'ils m'apportent » participant 8*

	« je me sentais vraiment pas à la hauteur, tu sais, où...et du coup, j'étais plus agacée contre moi-même que contre les patients. Ça, ça va un peu mieux quand même» participant 5 *« Au final, les problèmes, c'était rassurant d'entendre que les problèmes étaient les mêmes. » participant 5* *« j'ai appris plus à mettre aussi moi un peu de recul par rapport à ça » participant 7*
Sensibilisation et autonomisation	*« on se rend compte qu'il y a des patients pour lesquels on n'a pas détecté qu'ils étaient douloureux chroniques. » participant 2* *« travail d'empowerment de la part de Anne envers nous. De dire, OK, en fait, vous avez les capacités, vous avez les connaissances, vous pouvez le faire. Et donc vraiment de... Moi, elle m'a aidée en tout cas à me rendre compte de ça et à me dire tu peux le faire, tu es capable de le faire, ça va aller, et propose-le au patient. » participant 3* *« j'essaie beaucoup plus vite d'aborder le sujet » participant 5*
Education et désescalade médicamenteuse et d'examen complémentaire	*« J'utilise son schéma de la fleur du mal pour un peu expliquer tous les aspects d'une douleur » participant 5* *« imprimer la fleur du mal et la regarder ensemble, oui, plutôt avec les patients douloureux chroniques, mais le concept de la fleur du mal et d'avoir des choses qui vont influencer la douleur » participant 3* *« faire reprendre confiance dans son corps plutôt que d'hyper-médiquer le problème. Ça, c'est vraiment quelque chose, ça a encore accentué ça dans ma pratique. » participant 2* *« la question médicamenteuse n'est plus du tout au centre de la prise en charge des douleurs chroniques » participant 3* *« c'était vraiment précieux de pouvoir aborder et discuter l'aspect psychosocial du patient afin de lui apporter autre chose qu'un traitement médicale. » participant 4* *« retracer vraiment l'historique médical du patient, expliquer tous les examens qu'il a fait, tous les traitements qu'il a pris, les traitements kinés qu'on a déjà fait, et là introduire un peu justement les notions de neurophysiologie, de la douleur, un peu tout ça, en co-consultation » participant 7*

Santé communautaire	*« on va mettre en place des cours de gymnastique douce. On essaye vraiment de faire retourner les patients à une conscientisation que leur corps n'est pas si fragile, que le corps est fait pour bouger » participant 2* *« un groupe de psychoéducation destiné aux patients avec plusieurs intervenants » participant 4* *« la plupart des personnes, quand ils sont dans une maison médicale, ils sont attachés au fait que quand on vient, il y a un peu tout sur place et ça peut être aussi un peu plus facile pour eux d'adhérer à certaines, à certains groupes par rapport à partir ailleurs, dans une salle ou dans une autre piscine. » participant 6* *« Mais après, il faut les inciter à aller, à se prendre en main. Parce que comme on essaie de leur dire, et ils le savent que c'est pour toute leur vie, mais par contre, toute leur vie, ça va être des assistés ? Non, c'est pas des assistés. » participant 8*
Pluridisciplinarité	*« des réunions avec plusieurs intervenants, que ce soit un médecin, un kiné et un infi au sujet d'un même patient pour pouvoir chacun déposer les aspects qu'ils ont rencontrés. Le but c'était vraiment d'essayer de créer un chemin type de gestion de la douleur chronique. » participant 1* *« avoir un groupe plus court de réflexion sur justement qu'est-ce qui peut être mis en place structurellement dans les maisons médicales, en termes de co-consultes, de groupes de santé com, d'avoir peut-être avec plusieurs maisons médicales de Bruxelles une réflexion commune, un espèce de guide de bonne pratique, comme ça, de comment prendre en charge de manière pluridisciplinaire la douleur chronique en maison médicale » participant 3* *« Je pense que ça nous a donné envie d'avancer vers ça, d'essayer de l'amener à la maison médicale pour amener des discussions, mais pour l'instant, ça n'a pas encore bougé. » participant 5* *« ma réflexion, c'est OK, comment est-ce qu'on transmet ce que, du coup, on a appris en commun, on transmet au nouveau pour qu'on garde cette même approche de la douleur chronique. » participant 3* *« En tout cas, clairement, à la MM 1, on est un peu trop chacun dans son coin, mais on aurait vraiment à y gagner, à travailler autour du patient, de communiquer vraiment plus quoi, autour du patient. » participant 4* *« Mais ça ne vient que d'un seul pôle. Ou que, de deux, les médecins n'ont jamais... Je pense qu'il y a des médecins qui seraient capables de donner un peu de santé*

	com. Il n'y a aucun médecin qui est très impliqué dans la santé communautaire. » participant 8

IV. Discussion

1. Résumé des résultats

Cette étude met en lumière plusieurs défis importants auxquels sont confrontés les praticiens de première ligne, exerçants en maison médicale au forfait, à Bruxelles, dans la gestion de la douleur chronique. Voici quelques éléments clés que l'on peut tirer de cette observation :

La complexité de la prise en charge de la douleur chronique :

Les praticiens soulignent les difficultés tant au niveau diagnostique que thérapeutique et émotionnel. La douleur chronique, par sa nature persistante et souvent évasive quant à ses causes, demande une approche exhaustive et continue.

Le besoin de formation améliorée :

Il ressort clairement que les formations actuelles, tant au niveau universitaire qu'en formation continue, ne répondent pas suffisamment aux besoins des praticiens. Une demande est exprimée pour des formations plus attractives, pratiques et intégrées.

L'avantage de l'intervision :

Le format de l'intervision, qui favorise l'échange d'expériences et la réflexion collective, a été particulièrement apprécié. Ce format permet non seulement une meilleure compréhension des cas complexes, mais aussi une gestion des émotions négatives associées à la prise en charge de patients exigeants.

L'appel à une approche pluridisciplinaire :

Les résultats des intervisions montrent un désir de transition vers des soins plus holistiques et pluridisciplinaires, qui intègrent divers professionnels de la santé dans la prise en charge du patient.

Les propositions pour améliorer la prise en charge du patient douloureux chronique :

- La promotion de l'activité physique et d'une bonne hygiène de vie : La mise en place d'actions de santé communautaire peut jouer un rôle clé dans le traitement de la douleur chronique.

- La psychoéducation à la douleur : Éduquer les patients sur les mécanismes de la douleur peut aider à réduire l'anxiété et à améliorer la gestion de la douleur.

- La création de groupes de réflexion au sein de la maison médicale : Des groupes réguliers permettant d'échanger sur les pratiques et les expériences peuvent renforcer les compétences et la cohésion des équipes.

Les défis pour une mise en œuvre efficace :

- Le manque de connaissances et de coordination : Il semble y avoir un manque de familiarité avec les approches multidisciplinaires et une coordination insuffisante au sein des équipes.

- La nécessité d'un engagement commun : la réussite de l'approche intégrée nécessite un engagement unifié de tous les membres de l'équipe médicale, avec un discours cohérent et une stratégie commune.

En conséquence, ces éléments soulignent l'importance de réviser les méthodes de formation en douleur chronique et d'adopter des approches de soins plus collaboratives et intégrées au sein des maisons médicales. Cela pourrait non seulement améliorer les résultats pour les patients mais aussi le bien-être et l'efficacité des praticiens de première ligne.

2. Interprétation des résultats

Tout d'abord, concernant la frustration des praticiens pour la prise en charge de la douleur chronique, cette frustration découle principalement du format du cursus académique dans lequel le soignant apprend à diagnostiquer un problème et à y apporter une solution thérapeutique avant de passer au cas suivant. Ce modèle ne prépare pas suffisamment le

soignant à gérer des problèmes de santé prolongés ou à reconnaître que certains problèmes de santé peuvent avoir des causes multiples, nécessitant une approche thérapeutique qui considère diverses composantes, y compris psychologiques et sociales. Cette situation reflète l'ancrage profond du modèle biomédical, qui recherche constamment une cause organique, menant souvent à une surmédicalisation sans amélioration significative, ce qui peut conduire à l'agacement et l'épuisement professionnel face à ces échecs répétés. Certaines études suggèrent que la solution pourrait résider dans l'équilibrage de la recherche biomédicale avec l'étude des composantes psychosociales, en adoptant une approche biopsychosociale. En effet, ce modèle est considéré comme plus adapté pour une prise en charge efficace de la douleur chronique *: « le modèle biopsychosocial est le modèle médical le plus abouti dont nous disposons à ce jour. Il reste pourtant mal compris et mal utilisé. Sur le plan théorique, cet ensemble d'hypothèses explicatives de la santé considère facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur un pied d'égalité, dans un système de causalités complexes, multiples et circulaires. » (4)*. Ainsi, pour une meilleure intégration du modèle biopsychosocial dans le système de santé Belge, il est nécessaire que les autorités politiques et éducatives procèdent à une révision de l'enseignement, de la recherche, et de leurs financements.

Cependant, une telle démarche nécessitera probablement un certain temps avant d'être pleinement mise en œuvre à grande échelle.
En attendant, le processus d'intervision entre la première ligne de soins, représentée par les praticiens de maison médicale, et la deuxième ligne de soins, incarnée par les cliniques de la douleur, apparaît comme une solution viable.
En effet, les cliniques de la douleur sont actuellement saturées, avec des délais d'attente pouvant atteindre jusqu'à un an, ce qui rend impossible leur utilisation exclusive. Il est donc impératif de former les praticiens de première ligne.
D'ailleurs, l'étude qualitative de Jorrisen A et al., valorise le processus d'intervision et affirme que : *« Les séances d'intervision sont perçues comme étant une valeur ajoutée pour le développement identitaire des résidents en médecine et pour éviter l'épuisement professionnel. » (5).* De plus, cette recherche met en évidence l'importance, lors des séances d'intervision, d'instaurer un climat de bienveillance favorisant des échanges riches et constructifs. Nos résultats ont montré que la présence d'une animatrice, médecin spécialiste,

reconnue par les participants comme accessible et bienveillante est essentielle pour encourager une expression libre, sans crainte de jugement.

Par ailleurs, notre étude souligne clairement que ce partenariat est plus facilement réalisable au sein des maisons médicales, où l'équipe peut être formée et travailler ensemble de manière cohérente. Cette démarche est réalisable, mais nécessite un soutien continu et un accompagnement des maisons médicales dans leur progression. En comparaison avec les médecins généralistes travaillant en solo, bien que notre étude n'ait pas inclus ce groupe, nous pensons qu'une telle approche n'est pas non plus hors de leur portée, mais nécessiterait davantage d'efforts pour établir des liens avec les praticiens de première ligne de leur région et créer un réseau pluridisciplinaire avec des échanges réguliers.

Toutefois, afin d’assurer un engagement continu des praticiens dans ce processus d'intervision, il est essentiel de garantir un niveau de connaissance uniforme parmi les participants. Cela pourrait être réalisé grâce à une formation préalable, comme celle dispensée par la SSMG à laquelle certains participants ont déjà assisté. Cette formation de deux jours est le fruit d'une collaboration entre la SSMG, Domus Medica et le groupe de recherche universitaire Pain in Motion. Bien qu'elle s'adresse principalement aux médecins généralistes et kinésithérapeutes, elle pourrait également bénéficier aux infirmiers et autres professionnels de la santé travaillant en maison médicale et pouvant jouer un rôle dans la gestion de cette problématique. Par ailleurs, pour des raisons organisationnelles, il serait préférable que les participants soient situés dans des zones géographiques proches afin de réduire l'absentéisme lié à la distance. En outre, il serait judicieux de valoriser ce processus de formation par une rémunération ou une reconnaissance dans les heures de travail, à travers une subvention ou une intervention de l'INAMI, comme l'octroi éventuel de points d'accréditation, voire l'établissement d'un contrat de travail pour garantir l'engagement des participants.

Quant à la structure des séances d'intervision, afin de les rendre plus riches en apports de connaissances et compétences, et de bénéficier à tous les participants, nous suggérons de maintenir des groupes d'une dizaine de personnes, avec au moins un médecin généraliste, un kinésithérapeute et une infirmière représentant leur maison médicale respective.

Également, par exemple, pour un groupe de 10 personnes, il pourrait être convenu que lors de chaque séance, seulement 2 participants présentent un cas clinique posant un problème, afin de permettre un débat approfondi sur un cas ou, dans la mesure du possible, sur les deux. Cela offrirait une plus grande opportunité d'intervention et d'apport de connaissances, notamment de la part du médecin physique. Bien sûr, cette mise en commun devrait perdurer en interne par la désignation de praticiens référents au sein de leur maison médicale. Aussi, nous pensons que les maisons médicales participantes devraient rester en contact pour échanger et résoudre d'éventuels problèmes, afin de s'entraider mutuellement.

Ce schéma pourrait se dérouler sur un programme de 5 à 6 séances d'intervision mensuelles, avec éventuellement des séances annuelles supplémentaires pour accompagner les praticiens dans la mise en œuvre de leurs projets et l'établissement final d'un trajet de soins spécifique aux patients souffrant de douleur chronique.

Concernant, la concrétisation d'actions de santé communautaire, En 2020, une étude a été menée dans le cadre des travaux de « Be.hive » sur les pratiques de santé communautaire auprès des professionnels de la première ligne de soins et a notamment mis en évidence : *« un déséquilibre dans les principes d'action sensés guider la santé communautaire et des écarts entre les pratiques annoncées et les pratiques effectives sur le terrain, laissant supposer des difficultés dans la mise en œuvre »* (6)

Ainsi, une bonne cohésion des équipes permis par le processus d'intervision, devrait permettre aux équipes de consacrer du temps à réfléchir à des stratégies visant à élaborer et à promouvoir les actions de santé communautaire. Ces initiatives semblent constituer une réponse à la forte demande en kinésithérapie à laquelle sont confrontées les maisons médicales proposant un forfait médecin généraliste et kinésithérapie, tout en permettant la mise en place d'une prise en charge holistique et donc biopsychosociale des patients souffrant de douleur chronique *: « très vite, dans les consultations individuelles, les médecins se sont rendus compte qu'il y avait des problématiques sur lesquelles ils n'arrivaient pas à avancer, parce que les causes n'étaient pas individuelles et qu'il fallait agir sur les conditions de vie »*(7)

3. Force de l’étude

L’approche qualitative a permis d'adopter une méthodologie flexible, adaptée à la nature exploratoire de cette recherche. Cette flexibilité a permis d'explorer en profondeur les expériences et les perceptions des participants.

L'utilisation de méthodes qualitatives a permis d'aller au-delà des simples réponses pour explorer les motivations, les émotions et les contextes des participants. Cette approche a favorisé une compréhension en profondeur du phénomène étudié, permettant de saisir ses multiples dimensions.

L’entretien direct avec les participants a été une force majeure de cette étude. Ils ont permis de développer une relation de confiance avec les participants, favorisant ainsi des échanges ouverts et sincères. Cela a enrichi les données en fournissant des perspectives authentiques.

Ces éléments ont contribué à la robustesse et à la crédibilité de cette recherche, renforçant ainsi la validité et la pertinence de ces conclusions.

4. Limite de l’étude

Une des principales limitations de cette étude est la taille restreinte de l'échantillon. En raison de contraintes de temps, j’ai peut-être été limités dans la capacité à inclure plus de participants, ce qui pourrait avoir restreint la représentativité des perspectives exprimées.

En tant que chercheuse, mes propres perspectives, expériences et préjugés pourraient avoir influencé la collecte et l'interprétation des données. Malgré mes efforts pour rester neutres, il est possible que ma subjectivité ait teinté mes analyses et mes conclusions.

En raison de la nature qualitative de cette étude et de son échantillon limité, il est important de reconnaître que les résultats pourraient ne pas être généralisables à d'autres contextes ou populations. Les conclusions tirées de cette étude peuvent être spécifiques au contexte dans lequel elles ont été menées.

Bien que la méthodologie qualitative soit précieuse pour explorer en profondeur les expériences humaines, elle comporte également des limites, telles que la difficulté à quantifier les résultats et à assurer la reproductibilité des conclusions.

Par conséquent, il est important de prendre ces limitations en considération lors de l'interprétation et de l'application de ces résultats, tout en reconnaissant les contributions précieuses qu'une étude qualitative peut apporter à la compréhension d'un phénomène donné.

V. Conclusion

En conclusion, cette étude met en avant l'importance de l'intervision, de la formation continue et de la collaboration interdisciplinaire pour améliorer la prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques par les soignants de première ligne. Il est impératif d'incorporer ces aspects dans les routines cliniques quotidiennes afin de fournir des soins de qualité et d'apporter une amélioration de la qualité de vie de cette population de patients souvent complexe et vulnérable.

Enfin, une étude future pourrait être envisagée pour examiner l'évolution à long terme des maisons médicales ayant participé à cette recherche. Cela permettrait d'analyser la réalisation effective de leurs projets, d'évaluer l'impact du processus d'intervision et, si possible, de développer un guide de bonnes pratiques ou un protocole de soins pour la prise en charge du patient douloureux chronique.

VI. Bibliographie

(1) Berquin A, faymonville M, Deseure K, Van Liefferinge A, Celentano J, Crombez G, et al. Prise en charge de la douleur chronique en Belgique : passé, présent et futur. Belgique; 2011 p. 311.

(2) Haute Autorité de Santé. (2018). Prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire : recommandations. Paris: HAS.

(3) LABEAU Jean-Pierre, AUBIN Isabelle, CADWALLADER Jean-Sébastien, GILLES DE LA LONDE Julie Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire ». France : Global média santé, 2021.

(4) Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Rev Médicale Suisse. 2010;3.

(5) Jorissen A, van de Kant K, Ikiz H, van den Eertwegh V, van Mook W, de Rijk A. The importance of creating the right conditions for group intervision sessions among medical residents- a qualitative study. BMC Med Educ. 2024 Apr 5;24(1):375.

(6) Kirkove D, Voz B, Pétré B. Renforcer la première ligne de soins. Santé Conjuguée. 2021;96:7–9.

(7) Jourdan D. Quarante ans après , où en est la santé communautaire ? Community health : where do we stand after forty years ? Sante Publique (Paris). 2012;24(2):165–78.