



HAL
open science

Perception de la douleur du sujet âgé en médecine générale : étude qualitative à partir de onze entretiens de médecins généralistes bas-normands

Wilhelm Pommier

► **To cite this version:**

Wilhelm Pommier. Perception de la douleur du sujet âgé en médecine générale : étude qualitative à partir de onze entretiens de médecins généralistes bas-normands. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02052776

HAL Id: dumas-02052776

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02052776v1>

Submitted on 28 Feb 2019

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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2018

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 24 septembre 2018

par

Monsieur POMMIER Wilhelm

Né le 5 janvier 1987 à Cherbourg-en-Cotentin (Manche)

TITRE DE LA THÈSE :

**PERCEPTION DE LA DOULEUR DU SUJET ÂGÉ
EN MÉDECINE GÉNÉRALE :
ÉTUDE QUALITATIVE À PARTIR DE ONZE ENTRETIENS
DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES BAS-NORMANDS**

Président :

Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres :

Madame le Professeur LESCURE Pascale (Directrice de thèse)

Monsieur le Professeur BABIN Emmanuel

Monsieur le Docteur GUILLAUME Cyril

Monsieur le Docteur RABIAZA Andry

Année Universitaire 2017 / 2018**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
M.	DUHAMEL Jean-François	Pédiatrie

Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésiologie et réanimation
M.	HÉRON Jean-François <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2018</small>	Cancérologie
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUT de LIGNY Bruno <small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	Néphrologie
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROUPIE Eric	Thérapeutique
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie

M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire
Mme	ZALCMAN Emmanuèle	Anatomie et cytologie pathologique

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	LUET Jacques Éméritat jusqu'au 31/08/2018	Médecine générale
-----------	--	-------------------

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
-----------	------------------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
------------	----------------------	---------

Année Universitaire 2017 / 2018**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DEBRUYNE Danièle Éméritat jusqu'au 31/08/2019	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian sera en MAD à Nice jusqu'au 31/08/18	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	LANDEMORE Gérard sera en retraite à partir du 01/01/18	Histologie, embryologie, cytogénétique
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie Éméritat jusqu'au 31/10/2017	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie

M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSEY Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
M.	GRUJARD Philippe	Médecine générale
M.	LE BAS François	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale

REMERCIEMENTS

A monsieur le Professeur Xavier LE COUTOUR,

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et de juger mon travail. Recevez ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A madame le Professeur Pascale LESCURE,

De jeune externe à interne du service, merci d'avoir accepté ma candidature au DESC de gériatrie. Merci de m'avoir tant appris et de m'apprendre encore cette magnifique spécialité. Aujourd'hui, vous me faites l'honneur de diriger cette thèse, j'espère que ce travail sera à la hauteur de la disponibilité qu'il vous a demandé. Veuillez recevoir le témoignage de ma plus vive reconnaissance.

A monsieur le Professeur Emmanuel BABIN,

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres du jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A monsieur le Docteur Cyril GUILLAUME,

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres du jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A monsieur le Docteur Andry RABIAZA,

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres du jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Aux médecins interrogés,

J'ai eu énormément de plaisir à m'entretenir avec vous à propos d'un sujet peu évident. Merci d'avoir, en toute franchise, tant partagé sur des éléments souvent personnels. Merci de m'avoir accordé ce temps et de m'avoir si bien accueilli.

A Charline,

Ce travail n'aurait pas pu se faire sans ton soutien quotidien. Merci d'avoir mis ta patte à l'ouvrage et de m'avoir réconforté dans les moments de stress. Une étape importante de ma vie se passe et je suis heureux de la partager avec toi. Maintenant, des vacances à deux !

A mon frère et mes parents,

Merci pour le soutien et la confiance pendant toutes ces années. Voilà la fin d'un long parcours et le début d'un autre. J'espère ne jamais vous décevoir et toujours être aussi présent pour vous que vous l'avez été pour moi.

À la team SOREL,

Marine, François, Noémie, Charles, Caroline, Nicolas, Lisa, Claire, Juliette, Quentin Éric, aux amis tout simplement pour le meilleur été à Cherbourg-en-Cotentin, les meilleurs sessions de surf à Biville, les soirées au manoir et celles à venir.

A mes co-internes de cardiologie : Chloé et Ismail,

Merci pour la bienveillance et la patience à l'UTIC. Un dernier stage d'interne que je n'oublierai pas.

A Marie,

Merci pour l'aide apportée, merci de ta générosité et de m'avoir aiguillé dans ce travail.

A tous ceux qui ont accompagné mon parcours, maîtres de stage, seniors, co-internes, infirmières et aides-soignantes des services de neurologie, d'urgence, de gynécologie, de pédiatrie du CHPC Cherbourg-en-Cotentin, des services de gériatrie et de cardiologie du CHU de Caen et au cabinet de médecine générale des Pieux. Merci pour votre aide et vos conseils avisés.

GLOSSAIRE et ACRONYMES

AINS Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

ALGOPLUS Échelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

APA Activité Physique Adaptée

BDSP Banque de Données en Santé Publique

CISMEF Catalogue index des principaux sites et documents francophones

CREDOC Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie

CATALOGUE UNIVERSITAIRE SUDOC Système Universitaire de Documentation

DESC Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DOLOPLUS Échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez les personnes âgées présentant des troubles de la communication verbale

DN4 Questionnaire de recherche des douleurs neuropathiques

DREES Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DU Diplôme Universitaire

ECPA Échelle Comportementale pour Personnes Âgées

EGS Évaluation Gériatrique Standardisée

EN Échelle Numérique

EVA Échelle Visuelle Analogique

EVS Échelle Verbale simple

GOOGLE SCHOLAR Service de Google permettant la recherche d'articles scientifiques

HAS Haute Autorité de Santé

HDJ Hôpital De Jour

IASP International Association for the Study of Pain

INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSTITUT UPSA Institut UPSA de la Douleur, association à but non lucratif, a été fondé en 1993 pour répondre aux problèmes que pose la prise en charge de la douleur

IRSNA Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

OMS Organisation Mondiale de la Santé

PUBMED (Public Access to Medline). Interface qui permet de consulter Medline sur le Web

QDSA Questionnaire de Saint-Antoine

SFETD Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

VERBATIM Reproduction intégrale des propos prononcés par l'interviewé, compte rendu fidèle

ZOTERO Logiciel de gestion de références

INDEX : tableaux et figures

Illustration 1 : Pyramide des âges 2018. Source : INSEE, Estimations de population.....	3
Projections de population 2013-2070	
Illustration 2 : Pyramide des âges 2050. Source : INSEE, Estimations de population.....	4
Projections de population 2013-2070	
Tableau 1: Les échelles validées d'évaluation de la douleur en gériatrie ¹	8
Tableau 2: Table d'équianalgie des opioïdes.....	12
Illustration 3 : Répartition des médecins interviewés selon leur âge.....	19
Illustration 4 : Répartition des médecins interviewés selon leur ancienneté d'installation.....	20
Illustration 5 : Répartition des médecins interviewés selon leur lieu d'exercice.....	20
Illustration 6 : Proportion estimée de patient de plus de 75 ans dans la patientèle des.....	21
médecins interviewés	

1 Cf. Annexes

«Après soixante ans, me disait le père d'un ami, si tu te réveilles un matin et que tu n'as mal nulle part... c'est que tu es mort !" [...] Cela, d'évidence, dépend des individus. La vieillesse est injuste, comme la vie, et pour les mêmes raisons : elle fait ce qu'elle peut, non ce qu'elle doit. Que nous soyons tous égaux en droits et en dignité n'implique aucune égalité devant la maladie, ni devant la souffrance, ni devant le grand âge. Nous connaissons tous de ces vieillards formidables, que le temps, semble-t-il, n'atteint pas, ou guère. Et d'autres, moins vieux qu'eux, qui s'enferment peu à peu dans le ressassement, la tristesse, l'inconfort, la pathologie, la dépendance parfois... Qu'ils aient une part de responsabilité, dans cette dégradation, peut-être. Mais enfin nul ne choisit son corps, ni d'ailleurs son âme, si nous en avons une ».

André COMTE-SPONVILLE

Philosophe, Membre du Comité Consultatif National d'Éthique de 2008 à 2016

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1 ÉTAT DE L'ART.....	3
1.1 Données épidémiologiques.....	3
1.1.1 Evolution démographique en France.....	3
1.1.2 La prévalence de la douleur du sujet âgé.....	4
1.2 La douleur.....	5
1.2.1 Définitions.....	5
1.2.2 La douleur : un syndrome gériatrique.....	6
1.2.3 Spécificités chez le sujet âgé.....	6
1.2.3.1 Physiologie de la douleur au cours du vieillissement.....	7
1.2.3.2 Évaluation de la douleur.....	7
1.2.3.3 Les 3 D : Douleur – Dépression – Démence.....	9
1.2.3.4 Intégration et mémoire de la douleur au cours du vieillissement....	10
1.2.3.5 Conséquences de la douleur chez le sujet âgé.....	10
1.2.3.6 Spécificités de la prise en charge antalgique de la douleur.....	11
1.2.3.6.1 Les douleurs nociceptives.....	10
1.2.3.6.2 Les douleurs neuropathiques.....	13
1.2.3.6.3 La pharmacocinétique.....	13
1.2.3.6.4 Start low and go slow.....	13
2 MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	15
2.1 Méthode.....	15
2.1.1 Le type d'étude.....	15
2.1.2 Le type d'entretien.....	15
2.2 Caractérisation de l'échantillon.....	16
2.2.1 La population d'étude.....	16
2.2.2 Le mode de recrutement.....	16
2.2.3 La prise de contact.....	16
2.2.4 Le refus de participation.....	17
2.3 Les entretiens.....	17
2.3.1 Réalisation du guide d'entretien.....	17
2.3.2 Evolution du guide d'entretien.....	17

2.4	Déroulement des entretiens.....	18
2.5	L'analyse des résultats.....	18
2.5.1	La méthode.....	18
2.5.2	Le codage.....	19
2.6	Cadre légal.....	19
2.7	Conflits d'intérêt.....	19
3	L'ANALYSE DES RÉSULTATS.....	20
3.1	Caractéristiques de la population d'étude.....	20
3.1.1	Le sexe.....	20
3.1.2	L'âge.....	20
3.1.3	L'ancienneté d'installation.....	21
3.1.4	Le lieu d'exercice.....	21
3.1.5	Proportion de patients âgés dans la patientèle.....	22
3.1.6	Les autres caractéristiques.....	22
3.1.7	Caractéristiques des verbatims.....	22
3.2	Représentations chez le médecin.....	23
3.2.1	Un patient ambivalent.....	23
3.2.1.1	Non demandeur de soins.....	23
3.2.1.2	Demandeur de soins.....	24
3.2.2	Une vision multiple et complexe de la personne âgée.....	25
3.2.3	Une vision de la douleur qui évolue.....	26
3.2.3.1	Au début de l'exercice.....	26
3.2.3.2	A la fin de l'exercice.....	26
3.2.3.3	Evolution du regard.....	27
3.2.4	La fatalité ou le mal du sujet âgé.....	27
3.2.5	Un ressenti partagé devant des situations difficiles.....	28
3.2.6	Le combat contre la douleur.....	28
3.3	Consultation de la personne âgée.....	28
3.3.1	La 1 ^{ère} plainte : la douleur.....	28
3.3.2	Un sentiment d'inefficacité.....	29
3.3.3	La douleur, un motif de sur-consultation.....	29
3.4	Les différents types de douleur rencontrés.....	29
3.4.1	Des manifestations atypiques de douleur.....	29
3.4.2	« le cortège douleur-anxiété-dépression » (M11).....	29
3.4.3	Douleurs chroniques.....	30

3.4.4	Douleurs aiguës.....	30
3.4.5	Douleurs psychogènes.....	30
3.4.6	Douleurs neuropathiques.....	30
3.4.7	Douleurs liées aux soins.....	30
3.5	Retentissement des douleurs.....	31
3.5.1	La perte de fonctionnalité.....	31
3.5.2	Le suicide.....	31
3.5.3	La cascade gériatrique.....	31
3.5.4	Le sentiment d'inutilité.....	31
3.5.5	L'insomnie.....	32
3.5.6	L'institutionnalisation.....	32
3.6	Évaluation de la douleur.....	32
3.6.1	Les échelles.....	32
3.6.1.1	Utilisation implicite.....	33
3.6.1.2	Les défauts.....	34
3.6.1.3	Utilité ressentie.....	34
3.6.1.4	Utile en EHPAD.....	35
3.6.1.5	Apport sur le suivi de la douleur chronique.....	35
3.6.1.6	Une formation nécessaire à l'utilisation.....	35
3.6.1.7	L'absence d'échelle sur le retentissement fonctionnel.....	36
3.6.2	Freins à l'évaluation.....	36
3.6.2.1	« Des descriptions quasi-identiques » (M05).....	36
3.6.2.2	Des situations difficiles.....	36
3.6.2.3	Une origine identifiée.....	37
3.6.3	Aide à l'évaluation.....	37
3.6.4	Place de la subjectivité.....	38
3.6.4.1	La répétition de la plainte comme élément négatif.....	38
3.6.4.2	Les comorbidités.....	39
3.6.4.3	Le patient plus convaincant.....	39
3.6.5	La recherche du retentissement.....	39
3.7	Prise en charge de la douleur.....	40
3.7.1	Les thérapeutiques médicamenteuses.....	40
3.7.1.1	Paliers I.....	40
3.7.1.2	Paliers II.....	40
3.7.1.3	Paliers III.....	41
3.7.1.4	Autres classes.....	42

3.7.1.5	La pharmacopée.....	43
3.7.1.6	Une posologie ajustable.....	43
3.7.1.7	L'incertitude de l'effet de certains médicaments.....	44
3.7.2	Facteurs influençant la prescription.....	44
3.7.2.1	Frein.....	44
3.7.2.1.1	Le patient.....	44
3.7.2.1.2	Les effets indésirables des médicaments.....	46
3.7.2.1.3	Les comorbidités.....	46
3.7.2.1.4	La polymédication.....	47
3.7.2.1.5	Le médecin.....	47
3.7.2.1.6	Le personnel soignant et la famille du patient.....	48
3.7.2.2	Incitation.....	48
3.7.2.2.1	L'impact sur la vie quotidienne.....	48
3.7.2.2.2	La demande du patient.....	48
3.7.2.2.3	Le soutien à domicile.....	49
3.7.2.2.4	Les échelles.....	49
3.7.2.2.5	Les demandes des soignants.....	49
3.7.2.2.6	Les demandes de la famille.....	49
3.7.3	Collaboration avec les médecins spécialistes.....	49
3.7.3.1	Le centre anti-douleur.....	50
3.7.3.2	La gériatrie.....	51
3.7.3.3	Les équipes de soins palliatifs.....	52
3.7.3.4	Les services d'accueil des urgences.....	52
3.7.4	L'alliance patient-médecin.....	52
3.7.5	Les difficultés.....	54
3.7.5.1	Un sentiment de prise en charge partielle.....	54
3.7.5.2	Un sentiment d'impuissance.....	54
3.7.5.3	Les difficultés dans le travail pluri-professionnel.....	55
3.7.5.4	Le manque de communication ville-hôpital.....	55
3.7.6	Prise en charge non médicamenteuse.....	55
3.7.7	Les objectifs.....	57
3.8	La place du médecin traitant.....	57
3.8.1	Avantage à la prise en charge.....	57
3.8.1.1	La connaissance du patient.....	57
3.8.1.2	Plusieurs consultations pour un problème.....	58
3.8.1.3	La connaissance de la famille.....	59

3.8.2	Limite dans la prise en charge.....	59
3.8.2.1	Une forme de lassitude de la plainte.....	59
3.8.2.2	Défaut de formations.....	60
3.8.2.3	Le temps de consultation limité.....	60
3.9	Solution pour une meilleure prise en charge.....	61
3.9.1	Prise en charge pluri-professionnelle.....	61
3.9.2	Meilleur accès à la prise en charge non médicamenteuse.....	61
3.9.3	Les formations sur la douleur.....	62
3.9.4	Meilleur accès à la consultation anti-douleur.....	62
3.9.5	La télémédecine.....	62
3.9.6	Une équipe mobile douleur.....	62
3.9.7	Des traitements plus adaptés.....	62
3.9.8	Échelles non cotées, non rémunérées.....	62
4	DISCUSSION.....	64
4.1	Validité de l'étude.....	64
4.1.1	Choix de la méthode.....	64
4.1.2	Limites de l'étude.....	64
4.1.2.1	Biais de sélection et de recrutement.....	64
4.1.2.2	Biais d'investigation et de prévarication.....	65
4.1.2.3	Biais de mémorisation.....	65
4.1.2.4	Biais d'interprétation.....	65
4.1.2.5	Biais externes.....	65
4.1.2.6	Limite de la variabilité des répondants.....	65
4.1.3	Forces de l'étude.....	66
4.1.3.1	La saturation des données.....	66
4.1.3.2	La triangulation des résultats.....	66
4.1.3.3	La transposition des résultats.....	66
4.1.3.4	Impression sur les participants.....	66
4.2	Comparaison des résultats avec la littérature, discussion et analyse.....	66
4.2.1	La littérature.....	66
4.2.1.1	La douleur, une fatalité associée au vieillissement ?.....	67
4.2.1.2	Une pharmacopée aux effets secondaires gênants et partiellement efficaces.....	67
4.2.1.3	Une évaluation de la douleur qui demeure difficile.....	67
4.2.1.4	Tâtonnement pour l'adaptation du traitement.....	67

4.2.1.5	L'absence de recours aux spécialistes.....	68
4.2.2	Ce qui semble nouveau.....	68
4.2.2.1	La fatalité chez le médecin.....	68
4.2.2.2	La complexité ressentie.....	69
4.2.2.3	Le retentissement des douleurs.....	70
4.2.2.4	L'évolution du regard.....	70
4.2.2.5	La consultation du sujet âgé douloureux.....	71
4.2.2.6	L'évaluation de la douleur.....	71
4.2.2.7	Le besoin d'un médicament ajustable.....	72
4.2.2.8	Les difficultés dans la prise en charge.....	73
4.2.2.9	La douleur comme lien entre le patient et le médecin.....	74
4.3	Ouverture.....	74
CONCLUSION.....		76
BIBLIOGRAPHIE.....		77
ANNEXES.....		79

INTRODUCTION

Durant mes études de médecine, j'ai rapidement eu envie d'orienter ma pratique vers une vision globale de la prise en charge du patient. L'idée de m'orienter vers la gériatrie a progressé lors de mes différents stages d'externat puis s'est concrétisée à la suite d'expériences au contact des personnes âgées en tant qu'interne de médecine générale. Mon intérêt pour le diagnostic et la prise en charge de la douleur est arrivé, loin des inquiétudes du jeune interne, dans un second temps. L'écoute de la douleur, parfois silencieuse et minimisée, est aujourd'hui indissociable d'une pratique clinique qui se veut moderne, éthique et humaine. Après avoir validé le diplôme universitaire de prise en charge de la douleur à la faculté de médecine de Caen, je me suis inscrit en DESC de gériatrie à la faculté de médecine de Lille sous la direction du professeur F. PUISIEUX et sous la coordination locale du professeur P. LESCURE. Aujourd'hui est venu le temps de penser à un projet de thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine. J'ai donc choisi d'associer les spécificités gériatriques et la douleur à travers le prisme de ma formation d'interne en médecine générale.

La volonté d'amélioration de la prise en charge de la douleur en France s'est notamment traduit par un engagement des pouvoirs publics sous la forme de plusieurs « *Plans Douleur* » successifs en 1998, 2002, 2006 et le 4^e plan de 2013 qui, à ce jour, n'a pas pu être mis en place. Depuis 2017, les associations de patients douloureux et les professionnels de santé spécialistes de la prise en charge de la douleur militent et ont rédigé un plaidoyer en faveur de la mise en place d'un « 4^e plan douleur 2018-2022 ». Parmi les points soulevés, figure l'amélioration des situations de prise en charge pour les populations vulnérables et notamment du sujet âgé (1).

La douleur est un phénomène généralement très présent chez le sujet âgé. Elle est un des principaux symptômes de la sémiologie médicale, utilisée depuis la nuit des temps comme un moyen diagnostique. Elle est aujourd'hui devenue, du fait de son caractère universel, une expérience à laquelle tout sujet peut être confronté dans sa vie et doit conduire à une réflexion sociétale et éthique. L'augmentation de la prévalence de la douleur avec l'âge, les difficultés liées à sa prise en charge et l'augmentation prévisible de la proportion de sujets âgés dans la population font de la douleur du sujet âgé un axe évident de questionnement.

Le médecin généraliste par son rôle dans les soins de premier recours, sa proximité et son titre de médecin de famille, semble avoir une position privilégiée dans la prise en charge de la douleur du sujet âgé. Il semble cependant exister de nombreuses difficultés et la prise en charge ne serait pas optimale (2). Une étude québécoise (3) montre que la douleur, malgré ses multiples conséquences néfastes sur le fonctionnement, la santé affective et la qualité de vie de ceux qui en souffrent, serait sous-traitée chez les personnes âgées. En effet, dans la population de cette étude, seulement 34 % des personnes âgées vivant à domicile et ayant une douleur continue reçoivent un analgésique et seulement 9 % sont traités avec un opioïde.

L'objectif de cette étude consiste à explorer les représentations du médecin généraliste face à la douleur du sujet âgé et à mettre en évidence des éléments qui viendraient influencer l'évaluation de la douleur et pourraient expliquer les difficultés dans la prise en charge de la douleur du sujet âgé.

Dans la première partie de cette étude, nous reviendrons sur le contexte démographique et épidémiologique concernant la douleur du sujet âgé. Nous reprendrons les définitions de la douleur et ferons un rappel sur la physiologie du vieillissement relative à la douleur, les spécificités gériatriques d'évaluation de la douleur et de sa prise en charge. Dans une deuxième partie, nous détaillerons la méthodologie employée pour réaliser ce travail de thèse auprès de médecins généralistes du Calvados. Dans une troisième partie, nous procéderons à l'exposition et à l'analyse des résultats obtenus. Enfin, nous conclurons et ouvrirons la discussion vers les différentes pistes de réflexion mises à jour.

1 ÉTAT DE L'ART

1.1 Données épidémiologiques

1.1.1 Evolution démographique en France

Avant d'explorer la thématique, nous allons rappeler quelques éléments épidémiologiques. Que ce soit en France ou en Basse Normandie, les données démographiques indiquent que la population vieillit. D'après les projections de l'INSEE, si les tendances démographiques récentes se maintiennent, nous serons 74,0 millions d'habitants en France en 2050, soit 6,7 millions de plus qu'en 2018. Le nombre de personnes de 75 ans et plus devrait doubler d'ici 2050 pour atteindre 12,7 millions en 2050, soit 16,4 % de la population totale. Comme le montrent ces deux illustrations, on constate un déséquilibre homme-femme marqué vers les âges avancés (4). Le nombre de centenaires était estimé à 100 en 1900 et les prévisions l'estime à plus de 160 000 en 2050.

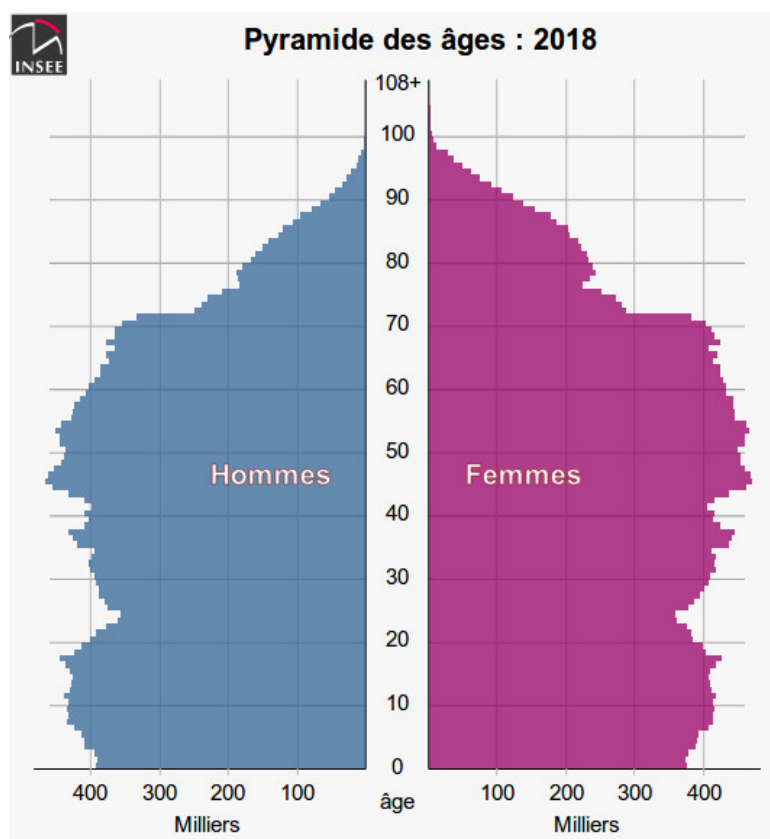


Illustration 1: Pyramide des âges 2018. Source : INSEE, estimations de population, projections de population 2013-2070

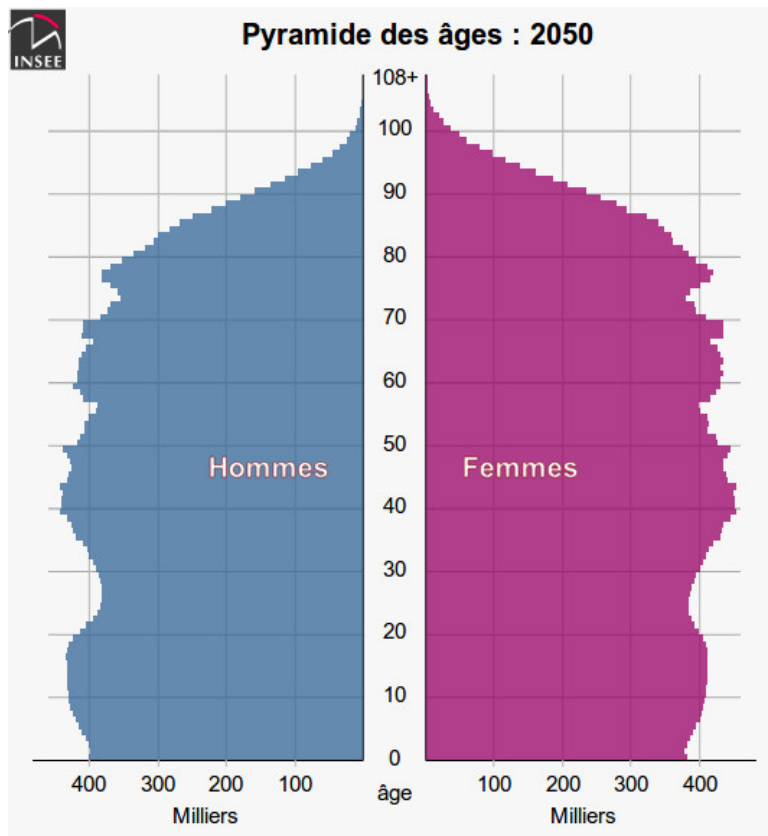


Illustration 2: Pyramide des âges 2050. Source : INSEE, estimations de population, projections de population 2013-2070

1.1.2 La prévalence de la douleur du sujet âgé

Les études sur la douleur du sujet âgé sont nombreuses mais ne fournissent que des ordres de grandeurs approximatifs concernant sa prévalence. Beaucoup d'études menées souffrent d'un manque de représentativité de par les difficultés à inclure des sujets âgés voire très âgés afin d'obtenir un échantillon représentatif. Cependant, nous pouvons à ce jour avancer certains chiffres : la proportion des personnes âgées ayant des douleurs chroniques est d'environ 60 % dont un tiers souffrent de douleurs sévères. En fin de vie, la prévalence de la douleur peut atteindre 80 % (2). La prévalence varie également en fonction du lieu de vie, de 20 à 46 % au domicile contre 28 à 73 % en institution (5).

Une autre observation est que plus l'âge augmente, plus la prévalence de la douleur augmente, « *pourtant vieillir n'est pas physiologiquement douloureux* » (6). Les données de la littérature épidémiologique ont mis en évidence une augmentation marquée, liée à l'âge, de la prévalence de

la douleur persistante et ce, jusqu'à la septième décennie de la vie, suivie d'un plateau ou d'une légère baisse à un âge très avancé.

1.2 La douleur

1.2.1 Définitions

Les définitions de la douleur sont disponibles sur le site de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) et retranscrites comme telles : l'Association Internationale d'Étude de la Douleur (International Association for the Study of Pain – IASP) définit la douleur comme « *une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes* ». Il est possible de distinguer trois grands types de douleur selon leur profil évolutif : douleur aiguë, douleur procédurale et douleur chronique (7).

- **La douleur aiguë** est liée à une atteinte tissulaire brutale (traumatisme, lésion inflammatoire, distension d'un viscère...). C'est un signal d'alarme dont la 'finalité' est d'informer l'organisme d'un danger pour son intégrité. Une fois son origine identifiée, sa prise en charge nécessite sa reconnaissance et un traitement essentiellement pharmacologique reposant sur les antalgiques avec un objectif curatif.

- **La douleur chronique** est définie par la Haute Autorité de Santé comme « *un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes* » :

- *persistance ou récurrence, qui dure 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.*

Lorsqu'elle devient chronique, la douleur perd sa 'finalité' de signal d'alarme et elle devient une maladie, quelle que soit son origine.

La douleur chronique est fréquemment associée à des facteurs de renforcement qui participent à son entretien comme :

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

La douleur chronique doit être appréhendée selon un modèle bio-psycho-social, sa prise en charge reposant d'abord sur une démarche évaluative puis sur un traitement, souvent multimodal, dont l'objectif est réadaptatif.

- **la douleur induite par les soins** (ponction, pansement, prise de sang, mobilisation du patient...) est une douleur procédurale. Sa prise en charge doit être une préoccupation constante de tous les professionnels de santé et c'est un élément majeur de la qualité des soins. Les douleurs incidentes iatrogènes sont très fréquentes en gériatrie et sont en grande majorité liées aux soins d'hygiène et soins techniques. Elles représentent un défi quotidien et nécessitent un travail d'équipe dans leurs préventions et leurs prises en charge médicamenteuses et non médicamenteuses

1.2.2 La douleur : un syndrome gériatrique

La douleur de par sa prévalence, ses origines, ses conséquences et ses modalités de prise en charge est un véritable syndrome gériatrique. La notion de syndrome gériatrique apparaît dans la littérature médicale dans les années 1980. Elle diffère d'une maladie définie ou d'un syndrome médical classique (ensemble de symptômes ou de signes dont le groupement correspond à une entité nosologique). Un syndrome gériatrique est une situation de santé définie par 4 critères :

- Sa fréquence augmente fortement avec l'âge (et/ou observée seulement chez le sujet âgé).
- Elle résulte de facteurs multiples et divers dont certains facteurs favorisants (chroniques) incluant les effets du vieillissement et des facteurs précipitants (aigus ou intermittents).
- Elle a pour conséquences fréquentes un risque de perte d'indépendance fonctionnelle et/ou d'entrée en institution.
- Sa prise en charge est multifactorielle et requiert une approche globale et holistique du patient.

1.2.3 Spécificités chez le sujet âgé

Pour discuter des spécificités de la douleur du sujet âgé, sont rapportés ici les propos énoncés par l'institut UPSA de la douleur. L'ensemble des éléments exposés ci-dessous sont extraits de l'article « Pain in Older People » (8).

1.2.3.1 Physiologie de la douleur au cours du vieillissement

La littérature s'intéressant à la géronto-physiologie semble suggérer une altération liée au vieillissement des fonctions d'alerte précoce de la douleur. Divers mécanismes seraient mis en cause : une augmentation du seuil de perception de la douleur, un changement diffus des structures des voies de nociception périphériques et du système nerveux central. De plus, une efficacité réduite des systèmes analgésiques endogènes, une tolérance diminuée à la douleur, une propension plus importante à la sensibilisation centrale du système nociceptif, une résolution plus lente de l'hyperalgésie postopératoire ou une sensibilité plus élevée à la douleur pourraient rendre plus difficile la gestion de la douleur chez l'adulte plus âgé.

1.2.3.2 Évaluation de la douleur

La douleur chez le sujet âgé est un phénomène complexe. Il existe fréquemment chez une même personne plusieurs types et localisations de douleurs différentes. Les douleurs nociceptives et neuropathiques coexistent de manière aiguë et chronique. Leurs intensités sont de règle fluctuantes et évoluent dans le temps. Leurs expressions sont volontiers atypiques et trompeuses. Elles peuvent prendre la forme d'une agressivité, d'une agitation, d'une confusion, d'une dépression, d'un trouble du comportement ou du sommeil, d'un repli ou d'un mutisme (10).

Les recommandations internationales énoncent la nécessité d'une évaluation systématique ayant pour stratégie une évaluation privilégiant l'auto-évaluation même chez le sujet dément. En cas d'impossibilité de recourir aux échelles d'auto-évaluation, les outils d'hétéro-évaluation doivent être utilisés. Dans tous les cas, coupler l'auto et l'hétéro-évaluation évite la sous-estimation des douleurs chez le sujet âgé.

Cette évaluation est une étape primordiale dans la prise en charge de la douleur. Ensuite, le retentissement de la douleur doit être apprécié sur le sommeil, l'appétit, l'autonomie, le moral, et la qualité de vie. L'évaluation systématique et répétée de la douleur doit faire partie de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) chez le sujet âgé.

Les différents types d'échelles validées en gériatrie sont divisés en deux catégories. Les échelles d'auto-évaluation permettent l'évaluation de la douleur par le patient lui-même. Elles se divisent en échelles unidimensionnelles mesurant l'intensité de la douleur, et en échelles multidimensionnelles analysant les différentes composantes de la douleur. D'un autre côté, les échelles d'hétéro-évaluation permettent à l'observateur d'évaluer la douleur chez un patient ne parvenant pas à s'autoévaluer (patient non communiquant, dément, confus,...). Elles se basent sur les manifestations comportementales telles que les expressions faciales, les mouvements corporels, les cris ou pleurs, l'état de veille ou de sommeil.

Tableau 1: Les échelles validées d'évaluation de la douleur en gériatrie²

OUTILS D'AUTO-ÉVALUATION	OUTILS D'HÉTÉRO-ÉVALUATION
- Échelles unidimensionnelles :	- Douleur aiguë – Douleur procédurale :
EVS EN EVA Schéma corporel	Échelle Algoplus ECPA
- Échelles multidimensionnelles :	- Douleur chronique :
QDSA	Échelle Doloplus

En gériatrie, l'EVS est l'échelle la mieux comprise et la plus utilisée même si elle est moins sensible. L'EN, le QDSA et le schéma corporel sont utilisables chez certains patients, à condition de bien expliquer le concept et de laisser le temps nécessaire. L'EVA étant souvent trop abstraite chez le sujet âgé, ne permet pas une bonne évaluation de la douleur. Parmi les échelles d'hétéro-évaluation, l'Algoplus est une échelle d'évaluation de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale. L'évaluation négative d'une douleur par l'échelle Algoplus doit se compléter à l'aide de l'échelle ECPA ou Doloplus (échelle destinée à l'évaluation de la douleur chronique chez le sujet âgé). L'ECPA est une échelle plus adaptée à l'évaluation de la douleur récurrente. Elle comprend deux dimensions : l'observation avant les soins et l'observation pendant les soins (10). Il existe également une échelle utilisée dans le dépistage des douleurs neuropathiques (Questionnaire DN4) estimant sa probabilité à l'aide de données cliniques et d'auto-évaluation.

² Cf. Annexes

1.2.3.3 Les 3 D : Douleur - Dépression - Démence

Les pathologies démentielles et la douleur se rencontrent fréquemment chez les sujets âgés et sont souvent associées. Elles perturbent l'évaluation et la prise en charge de la douleur du sujet âgé. Les études portant sur le sujet tendent à montrer que la douleur est largement sous-évaluée chez les patients atteints de démence (8). Ce constat peut s'expliquer par les difficultés de communication, par des modifications du ressenti de la douleur et par l'efficacité des antalgiques.

Les mécanismes physiopathologiques et l'altération des composantes de la douleur ne sont pas encore clairement élucidés, mais il semblerait que dans la maladie d'Alzheimer et encore plus dans la démence fronto-temporale, on pourrait observer une diminution des composantes affectives et motivationnelles alors que les démences vasculaires s'accompagneraient d'un accroissement de la composante affective.

« L'évolution de la perception douloureuse au cours des démences est actuellement au début de son exploration et donc de sa compréhension. Il sera toutefois désormais difficile de se contenter de la seule difficulté d'expression verbale pour rendre compte du vécu douloureux des patients déments » (12).

Les dimensions psychosociales de la douleur dans le contexte gériatrique sont souvent méconnues. Pourtant, les douleurs chroniques chez le sujet âgé, comme chez le sujet plus jeune, doivent être envisagées dans leur complexité et leur dimension psychosociale. Ces douleurs chroniques peuvent indiquer la présence d'un trouble affectif, d'une souffrance personnelle ou relationnelle. Elles ont souvent une valeur de message qu'il appartient aux thérapeutes de décoder.

La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquente du sujet âgé. Son pronostic est marqué par une importante morbidité physique, le risque suicidaire et la chronicité. La dépression retentit de manière importante sur la qualité de vie des patients. Sa présentation chez le sujet âgé interfère avec son identification. Parmi les comorbidités venant s'associer au tableau dépressif, il faut souligner l'importance des plaintes somatiques et particulièrement de la douleur, des troubles cognitifs et des troubles anxieux (13). Que la douleur soit à l'origine ou une conséquence de la dépression, la dualité douleur - dépression complexifie l'évaluation, la prise en charge et majore d'autant plus le risque suicidaire chez le sujet âgé (14).

Ces trois syndromes gériatriques coexistent fréquemment et peuvent avoir des expressions similaires. Il est souvent difficile de les distinguer ou de démêler certaines situations. L'expérience du clinicien et les échelles d'évaluation y prennent toute leur importance d'autant plus que les troubles sensoriels, du langage, l'isolement social ou familial et parfois le poids de l'éducation amènent patient à sous exprimer le phénomène douloureux (15).

1.2.3.4 Intégration et mémoire de la douleur au cours du vieillissement

Les modifications du comportement douloureux du sujet âgé laisse suggérer qu'ils dépendent de processus cognitifs élaborés en lien avec la compréhension, la mémoire et la signification individuelle de la douleur plutôt que de l'analyse sensori-discriminative élémentaire de la douleur. La douleur étant la résultante d'une intégration sensorielle et émotionnelle, il est difficile de faire la part entre le vieillissement nociceptif et le vieillissement émotionnel. Il semble également que les douleurs chroniques doivent s'analyser en référence au passé qui intervient autant par les expériences affectives que nociceptives. Les principales modifications paraissent liées aux événements traumatiques de la vie, surtout de l'enfance, qui peuvent laisser des traces définitives, non seulement psychologiques mais aussi nociceptives.

1.2.3.5 Conséquences de la douleur chez le sujet âgé

Les conséquences de la douleur chez le sujet âgé sont multiples et impactent fortement la qualité de vie du patient. Elles peuvent se classer de la manière suivante :

- **Les répercussions somatiques** telles que l'anorexie, la dénutrition, l'asthénie, les troubles du sommeil, la baisse de la vigilance diurne et le syndrome confusionnel.
- **Les répercussions sur les capacités psychomotrices** limitant l'autonomie et les actes simples de la vie tels que la mobilité, la toilette et l'habillement.
- **Les répercussions psychosociales** limitant la communication, la vie sociale et les troubles du comportement.
- **Les répercussions psychologiques** telles que la dépression, le désintérêt pour la vie, la démission et le suicide.

Ces conséquences sont autant d'éléments augmentant la morbi-mortalité chez le sujet âgé. Il existe également des répercussions sur l'entourage du patient comme l'angoisse, la souffrance, l'agressivité, l'épuisement et les demandes d'euthanasie.

1.2.3.6 Spécificités de la prise en charge antalgique de la douleur

1.2.3.6.1 Les douleurs nociceptives

Les médicaments antalgiques utilisés dans la prise en charge des douleurs par excès de nociception peuvent être classés selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en trois paliers selon leur puissance d'action/leur activité :

- **Le palier I** concerne le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) tels que l'aspirine et l'ibuprofène et un autre analgésique non morphinique, le néfopam. En cas de douleur jugée faible ou modérée par un médecin, ces médicaments doivent être prescrits en première intention.

- Le paracétamol est l'antalgique le plus utilisé chez le sujet âgé et reste efficace dans une grande majorité de situations douloureuses. Il est principalement efficace dans les douleurs d'origine arthrosique.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, même si leur efficacité n'est plus à démontrer dans les douleurs inflammatoires et rhumatismales, restent d'utilisation délicate à dose antalgique chez le sujet âgé du fait de la majoration du risque hémorragique et de la toxicité gastrique, rénale et cardiaque. Les nombreux effets indésirables et les interactions sont fortement préjudiciables chez le sujet âgé devant une marge thérapeutique étroite. Si l'utilisation des AINS est indispensable, ils s'utilisent en cure courte sous couvert d'inhibiteur de la pompe à protons avec une surveillance tensionnelle et rénale. L'automédication par aspirine est également très fréquente chez le sujet âgé.
- Le néfopam est largement prescrit pour la prise en charge des douleurs postopératoires mais les effets secondaires anticholinergiques représentent un danger dans son utilisation chez le sujet âgé. Cette population est plus exposée aux risques de convulsions, de rétention aiguë d'urine, d'hallucinations, de malaises et de confusion.

- **Le palier II** concerne les antalgiques opiacés faibles (dérivés « allégés » de l'opium et de la morphine) comme la codéine, le tramadol et les associations comprenant de l'opium. Les dérivés morphiniques ont une bonne efficacité, mais les posologies adaptées pour l'adulte sain s'avèrent souvent source d'effets indésirables de classe plus nocifs tels que la somnolence, les nausées et la constipation. Il convient pour ces deux molécules de privilégier les formes peu dosées et les solutions buvables.

- Le tramadol possède, en plus de l'effet opioïde, un effet monoaminergique central dû à une inhibition de recapture de la noradrénaline et de la sérotonine. Ceci explique la plus forte incidence d'effets indésirables tels que la confusion et les vertiges. Cependant, à posologie plus faible et avec des prises espacées, il montre une efficacité dans la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques d'intensité moyenne. Le tramadol est également intéressant par son utilisation dans les douleurs mixtes avec des composantes nociceptives et neuropathiques
- La codéine et les antalgiques à base d'opium possèdent une action uniquement opioïde et doivent s'utiliser avec les mêmes précautions que celles décrites chez les opioïdes forts.

- **Le palier III** concerne les antalgiques opioïdes forts : la morphine et ses dérivés (par exemple : oxycodone, hydromorphone). Ces médicaments ont les mêmes caractéristiques et le même mode d'action que les précédents mais sont plus puissants. Ils sont utilisés en cas de douleurs intenses ou rebelles aux antalgiques de niveau II. L'âge n'est pas une contre-indication à l'utilisation des morphiniques mais impose une plus grande vigilance. Les effets secondaires sont nombreux, constipation, confusion, rétention d'urine, trouble digestif, prurit et le surdosage expose au risque de somnolence. Il est nécessaire de pratiquer d'emblée une réduction posologique de 50 à 75 % par rapport à l'adulte sain à fonction rénale normale. Leur prescription ainsi que les paliers II dérivés des opioïdes oblige à la prescription systématique de laxatif et à la surveillance du transit. Les équivalences prennent toute leur importance dans la prise en charge antalgique du sujet âgé devant la forte prévalence des effets indésirables des médicaments de palier II et III.

Tableau 2: Table d'équiantalgie des opioïdes

Dénomination commune	Facteur de conversion
Poudre d'opium	1/10
Codéine	1/6
Tramadol oral	1/5
Morphine orale	1
Morphine sous cutanée	2
Morphine intraveineuse	3
Oxycodone orale	2
Hydromorphone	7,5
Fentanyl transdermique	100

1.2.3.6.2 Les douleurs neuropathiques

Le choix du traitement médicamenteux utilisé dans les douleurs neuropathiques repose sur l'efficacité la mieux établie, sur le meilleur rapport bénéfice-risque d'emploi et sur une éventuelle action conjointe sur certaines comorbidités (anxiété, dépression, troubles du sommeil). L'efficacité des antiépileptiques gabapentinoïdes (gabapentine ou prégabaline), des antidépresseurs de type IRSNA (duloxétine et la venlafaxine) et des antidépresseurs tricycliques (amitriptyline) est bien établie sur les douleurs neuropathiques chez l'adulte sain.

- Les antiépileptiques sont à utiliser en première intention chez le sujet âgé devant une meilleure balance bénéfice-risque.
- Les antidépresseurs de type IRSNA doivent s'utiliser avec prudence en association au tramadol devant la majoration du risque de survenue d'un syndrome sérotoninergique.
- Les antidépresseurs tricycliques doivent s'utiliser avec une grande prudence devant l'existence de nombreux effets indésirables liés aux propriétés anticholinergiques, adrénolytiques tels que les hypotensions orthostatiques et aux contre-indications cardiaques.

1.2.3.6.3 La pharmacocinétique

Les données sur les changements pharmacocinétiques liés à l'âge sont limitées mais certains changements ont néanmoins été rapportés de façon constante par plusieurs auteurs. Bien que la plupart des études aient été effectuées chez des sujets âgés sains, certaines études suggèrent que les changements pharmacocinétiques et pharmacodynamiques seraient plus significatifs chez les personnes âgées fragiles que chez celles en bonne santé (8).

Les modifications pharmacologiques liées au vieillissement, la polypathologie habituelle du sujet âgé et les interactions médicamenteuses incitent à la prudence. Le risque accru d'effets secondaires et de surdosage et leurs répercussions sur les fonctions cognitives, l'autonomie et l'équilibre socio-familial doivent être pris en compte.

1.2.3.6.4 Start low and go slow

Même si la prise en charge de la douleur est complexe chez le sujet âgé, elle ne doit pas être négligée pour autant et les recommandations dans sa prise en charge se résument de la manière suivante (start low and go slow) :

- Toujours rechercher une cause étiologique curable,
- Tenir compte des comorbidités,
- Tenir compte des co-prescriptions,
- Tenir compte de la fonction rénale et de l'état nutritionnel,
- Privilégier la voie orale,
- Utiliser la posologie minimale efficace pour calmer la douleur,
- Débuter à petite dose par une titration,
- Utiliser des médicaments à élimination rapide en phase de titration, puis relais par des formes à libération prolongée si possible.
- Augmenter progressivement la posologie,
- Utiliser les traitements réguliers, sans prise au coup par coup en anticipant les accès douloureux,
- Adapter les intervalles de prise selon les résultats de la réévaluation de la douleur,
- Associer la prise en charge non médicamenteuse comme complément.

Nous allons maintenant, dans une deuxième partie, détailler la méthodologie employée pour réaliser ce travail de thèse auprès de médecins généralistes du Calvados.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

La recherche bibliographique a été réalisée sur le site du service commun de documentation de la faculté de médecine de Caen Basse-Normandie (<http://unicaen.fr/bu>) comprenant les bases de données PubMed, Cismef, BDSF (Banque de Données en Santé Publique) ainsi que le catalogue universitaire de thèses Sudoc. Google Scholar a également été consulté. Les mots-clés utilisés étaient les suivants : douleur, personne âgée, douleur-évaluation, échelle douleur, médecin généraliste/médecine générale et en anglais : Pain [+qualificatif], general practice/general practitioners/physicians family, attitude of health, geriatric assessment avec un filtre âges. La gestion des références retenues a été réalisée à l'aide du logiciel Zotero.

2.1 Méthode

2.1.1 Le type d'étude

L'objectif de ce travail est de répondre à la question suivante : « Comment le médecin généraliste perçoit-il la douleur du sujet âgé de plus de 75 ans en médecine de ville ? ». Ce travail se focalise sur le ressenti et l'expérience des médecins généralistes afin de faire ressortir leurs pensées propres quant à la thématique de recherche développée dans cette étude.

La méthode qualitative a semblé être la méthode la plus adaptée pour répondre à la question de recherche puisque *« il ne s'agit pas de convertir des opinions en nombre ou de quantifier des comportements, mais de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions. Il s'agit donc de prendre en compte les dynamiques, des processus et des modes de compréhension »* (17).

2.1.2 Le type d'entretien

Cette étude qualitative a été menée à l'aide d'entretiens semi-directifs utilisant un guide d'entretien³. L'entretien permet de recueillir une information délivrée par un individu ayant un vécu propre (18). Dans cette étude, les entretiens étaient individuels et semi-dirigés, les interviews portant alors *« sur des faits objectifs [...] ou sur des représentations »* (19).

3 Cf tableau récapitulatif – annexe

2.2 Caractérisation de l'échantillon

2.2.1 La population d'étude

L'étude portait sur les médecins généralistes. Le critère d'inclusion était d'être médecin généraliste installé en cabinet dans la région du Calvados. Leurs opinions sur le sujet n'étaient pas connues par avance. La taille de l'échantillon n'a pas été fixée initialement, privilégiant la saturation des données.

2.2.2 Le mode de recrutement

La stratégie en recherche qualitative ne cherche pas la représentativité statistique de l'échantillon. Une recherche par échantillonnage raisonné a été mise en place au fur et à mesure du recrutement (20). Onze médecins généralistes ont été recrutés. Le premier médecin a été recruté indirectement par sollicitation d'un médecin tiers qui l'avait désigné comme étant disponible pour participer à cette étude. Il a ensuite été mis en place un recrutement « en boule de neige ». L'échantillonnage en boule de neige n'ayant pas permis d'inclure suffisamment de participants pour arriver à la saturation des données, un second recrutement par le site internet des Pages Jaunes sous les termes « médecin généraliste et calvados » a été effectué.

Il était demandé aux médecins lors du recrutement « en boule de neige » et ce pour ne pas influencer les réponses durant les entretiens, de ne pas discuter de ce travail de recherche avec leurs confrères.

2.2.3 La prise de contact

Les médecins ont été sollicités uniquement par téléphone sur leur lieu de travail. Il leur a été annoncé le thème de l'étude (la douleur chez le sujet âgé) ainsi que la méthode de recueil des données proposée sous forme d'une interview. Il leur a été précisé qu'il ne s'agissait pas d'un travail d'évaluation de compétences.

2.2.4 Le refus de participation

L'investigateur a essuyé de nombreux refus lors des demandes téléphoniques (environ neuf appels sur dix se concluaient par un refus de participation). Les raisons du refus lorsqu'elles étaient exprimées : le manque de temps, un thème inintéressant pour eux, les consignes de non-participation laissées à la secrétaire médicale, le refus de participer à un travail de thèse.

2.3 Les entretiens

2.3.1 Réalisation du guide d'entretien

Quatre thèmes ont été définis pendant le travail bibliographique pour le guide d'entretien :

- la consultation de la personne âgée douloureuse au moyen d'une histoire clinique vécue
- la représentation de la douleur du sujet âgé
- l'évaluation de la douleur chez le sujet âgé
- la prise en charge de la douleur chez le sujet âgé

Il existait des questions de relance pour chacune des thématiques abordées. L'exploration thématique se concluait par une question ouverte à savoir : la place du médecin généraliste dans la prise en charge globale de la douleur chez le sujet âgé.

Une dernière partie abordée à la fin des interviews visait à recueillir des données démographiques de la population de l'étude : le sexe, l'âge, l'ancienneté de l'installation, le mode d'exercice (rural, semi-rural, urbain), l'implication dans des activités universitaires, le type de cabinet (seul, de groupe ou maison médicale), la notion d'intervention en EHPAD, la participation à des formations en gériatrie et/ou en douleur et une estimation de la proportion de personnes âgées dans leur patientèle.

Les entretiens ont été réalisés par l'investigateur qui a également réalisé l'analyse des données.

2.3.2 Evolution du guide d'entretien

Le guide a évolué au fil des entretiens. Le guide d'entretien présenté dans ce document est le guide initial. Il n'y a pas eu de test exploratoire avant la réalisation des entretiens, mais un test de mise en situation filmé a été réalisé au sein de la faculté de médecine de Caen.

2.4 Déroulement des entretiens

Les données ont été recueillies pour les onze médecins sur leur lieu de travail entre ou après les consultations en matinée ou en après-midi du lundi au samedi. Il était demandé aux médecins de bloquer deux créneaux de consultation selon leurs disponibilités soit 30 minutes. Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone numérique après recueil verbal du consentement. Après une très brève présentation du sujet qui ne s'attachait qu'au thème qui limite l'ensemble des questions, à savoir la douleur du sujet âgée de plus de 75 ans et sans explication donnée sur le type d'étude, la question ou l'hypothèse de recherche, il leur était brièvement rappelé que ce travail n'était pas fait dans un but de juger leurs connaissances médicales.

Les entretiens ont été réalisés sur une période de trois semaines entre le 19/06/2018 et le 07/07/2018. La durée totale des enregistrements audionumériques est de cinq heures et dix minutes. Les entretiens ont duré de quinze à cinquante minutes, pour une moyenne de vingt-huit minutes. L'écart type de la durée des onze entretiens est égal à environ neuf minutes. Les données et les différentes conditions de réalisation de l'entretien ont toutes été relevées précisément afin d'en tenir compte dans l'analyse et ont été intégralement retranscrites le jour même de l'enregistrement afin d'y inscrire les émotions et le dialogue non verbal en utilisant le logiciel Libre Office® et le logiciel de dictée Express Scribe®. Les verbatims (compte rendu écrit fournissant le mot à mot des entretiens) sont disponibles sur le CD mis en annexe de ce document avec un numéro anonymisant les médecins de 01 à 11.

La saturation des données fut obtenue au bout du 10^{ème} entretien et un entretien supplémentaire a été réalisé pour s'en assurer.

2.5 L'analyse des résultats

2.5.1 La méthode

L'analyse thématique du contenu des verbatims de chaque entretien a été réalisée à l'aide du logiciel QSR-NVivo 12 Plus®. Le logiciel n'a pas servi à réaliser une analyse automatique des données mais à organiser les thèmes et sous thèmes issus du codage. Il a également servi à dégager la fréquence d'apparition des sous thèmes dans l'ensemble des verbatims.

2.5.2 Le codage

Pour cette étude, une évaluation croisée indépendante a été réalisée par un docteur en médecine générale ayant une expérience en recherche qualitative, afin d'enrichir l'analyse des données et d'augmenter la validité interne de l'étude.

2.6 Cadre légal

Afin de recueillir le consentement des médecins inclus, il fut énoncé à chaque participant à la fois lors de la prise de contact et avant l'interview que leur participation serait enregistrée et que les données de chacun seraient analysées et anonymisées.

Il n'y a pas eu d'accord demandé à au Conseil de Protection des Personnes compte tenu de la nature de la recherche.

2.7 Conflits d'intérêt

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt dans cette étude.

3 L'ANALYSE DES RÉSULTATS

L'échantillon d'étude, sans une volonté d'être représentatif de la population des médecins exerçant en cabinet dans le département du Calvados, se veut diversifié.⁴

3.1 Caractéristiques de la population d'étude

3.1.1 Le sexe

Sur les 11 médecins inclus dans cette étude, 7 sont des femmes et 4 des hommes. Le sexe ratio est de 0,36 soit 64 % de femmes et 36 % d'hommes.

3.1.2 L'âge

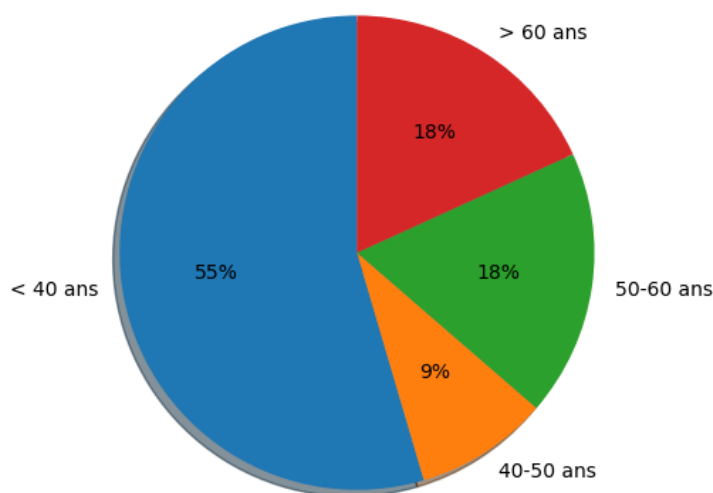


Illustration 3: Répartition des médecins interviewés selon leur âge

L'âge des médecins est de 29 ans pour le plus jeune et de 61 ans pour le plus âgé. La moyenne d'âge est de 42 ans. La majorité des participants interviewés se compose de jeunes médecins ayant moins de 40 ans.

⁴ Cf. tableau récapitulatif – annexe 2

3.1.3 L'ancienneté d'installation

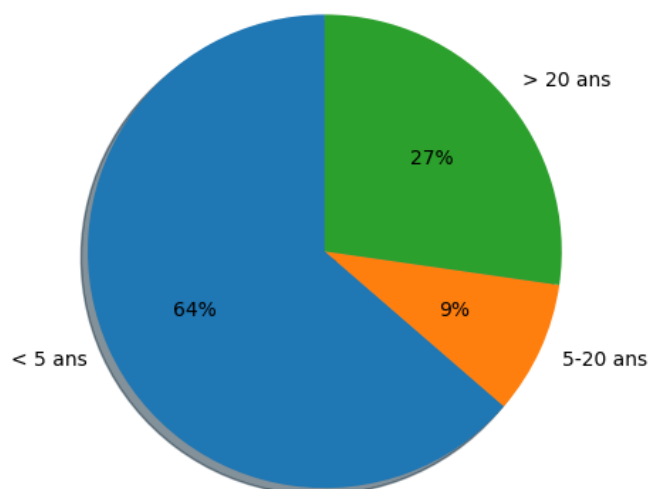


Illustration 4: Répartition des médecins interviewés selon leur ancienneté d'installation

L'ancienneté d'installation est comprise entre 1 et 30 ans pour les médecins plus âgés. La moyenne est d'environ 11 ans d'installation.

3.1.4 Le lieu d'exercice

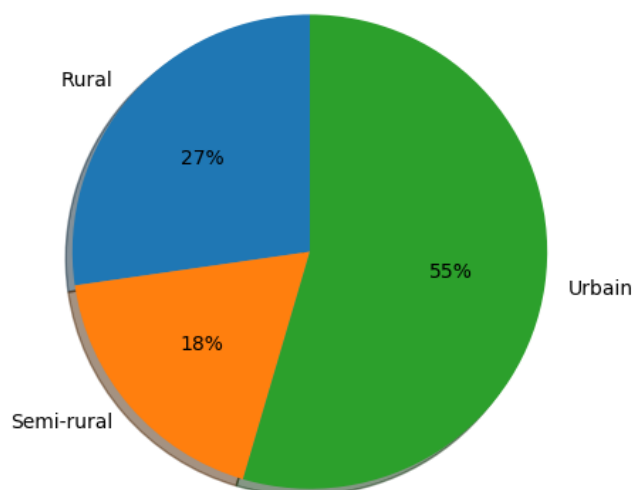


Illustration 5: Répartition des médecins interviewés selon leur lieu d'exercice

Les médecins interviewés ont pour six d'entre eux un exercice urbain. Deux exercent sur un territoire semi-rural et trois dans un territoire rural.

3.1.5 Proportion de patients âgés dans la patientèle

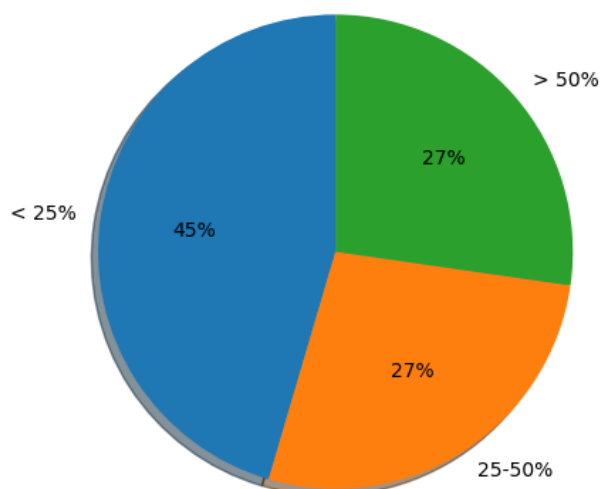


Illustration 6: Proportion estimée de patients de plus de 75 ans dans la patientèle des médecins interviewés

La proportion de patients âgés estimée faisant partie de la patientèle des médecins interviewés est de 5 % pour la plus basse et 70 % pour la plus haute. La moyenne est comprise entre 30 et 35 %. Il est à noter qu'en comparant les données avec les informations données sur le site internet www.espacepro.ameli.fr de l'assurance maladie, ces chiffres semblent souvent surestimés.

3.1.6 Les autres caractéristiques

Tous les médecins participants aux entretiens exercent la médecine générale en cabinet et interviennent en EHPAD, aucun n'avait d'activité de coordination en EHPAD. Trois d'entre eux ont en parallèle une activité universitaire et accueillent internes et externes. Trois ont une formation en gériatrie (exercice dans des services de gériatrie ou DU de gérontologie) et quatre en douleur (DU de prise en charge de la douleur, journées de formation sur la douleur, stage d'internat dans un service de prise en charge de la douleur).

3.1.7 Caractéristiques des verbatims

La taille totale des verbatims se résume en un document de quatre-vingt neuf pages pour un total d'environ 42000 mots. Le nombre de codage réalisé à l'aide du logiciel Nvivo® est de 848 pour onze entretiens.

3.2 Représentations chez le médecin

Les thèmes principaux sont présentés dans un ordre logique, recopiant le déroulé normal d'une consultation médicale. Nous partirons des représentations du patient pour terminer par les solutions évoquées pour une meilleure prise en charge. Les sous thèmes et leurs compositions sont ensuite présentés dans ce chapitre par ordre de fréquence d'apparition dans les verbatims du plus fréquent au moins fréquent.

3.2.1 Un patient ambivalent

Les représentations que les médecins interviewés laissent entendre du sujet âgé douloureux sont nombreuses et variées. Elles décrivent un patient ambivalent à travers sa psychologie, son histoire médicale, et sa condition propre. Le discours prenait souvent la forme de rapport de la parole du patient par le médecin.

3.2.1.1 Non demandeur de soins

Le patient âgé est présenté comme parfois résigné, pris dans la fatalité de sa condition douloureuse « *"euh oui oui, j'ai mal dans mes épaules", ou "les douleurs arthrosiques, j'ai ça depuis dix ans", et voilà, en gros, "ne vous occupez pas de ça" » (M01), « bah, peut-être un peu, comment dire (réflexion) bah, c'est un peu banal pour eux. Enfin c'est banal à leur âge, ils sont dans la fatalité, c'est comme ça. (silence) » (M05), « "je ne sers plus à rien", à la limite "c'est peut-être même pas la peine de me traiter" (silence) » (M02), « elles ont compris que de toute façon, on pouvait pas faire grand-chose » (M03), « enfin moi je trouve, qu'il y a beaucoup de gens qui pensent que de toute façon quand on vieillit on a mal forcément et donc euh on doit vivre avec la douleur » (M07).*

Le patient âgé minimiserait ses symptômes douloureux « *en règle générale, je pense qu'il la minimise un petit peu » (M11), « c'est pas forcément pour eux un motif de consultation, c'est même pas forcément, euh, j'allais dire un problème » (M01), « quand je vais avoir quelqu'un que je vais lui dire euh, mais avez-vous mal ? "oh oui mais ça va docteur". Non mais attends, ça va ? Parce que là vous boitez ? » (M07).* Une expression de patois normand utilisé par les patients peut s'interpréter comme normalisant l'existence de leurs douleurs. Un médecin interrogé rapporte que lorsqu'il demande à ses patients âgés s'ils ont mal, certains lui répondent *"J'ai mal en place", « Ça veut dire j'ai mal nul part (rires), c'est normand » (M07).*

Le patient est décrit comme parfois peu observant : « *Les patients souvent ils ne s'opposent pas frontalement à ce que je prescris. Par contre après je peux avoir des retours par des tiers en disant "en fait il prend pas ce que vous lui donnez".* » (M02), « *ah bah attendez, prenez votre DOLIPRANE® déjà on va voir, si vous prenez pas vos trois DOLIPRANE® par jour* » (M07).

Il existe des craintes vis à vis des thérapeutiques médicamenteuses comme la dépendance « *je lui dis mais vous en prenez combien ? "Ah bah pas trop faudrait pas que je m'y habitue"* » (M07), « *j'ai plusieurs patients qui ont été réticents à des prescriptions de codéine [...] Qui me disent "ah bah non vous n'allez pas me donner de la codéine, vous avez vu aux États-Unis, il y a des millions de gens qui sont dépendants et tout ça"* » (M01).

Il est décrit comme parfois refusant de suivre les recommandations de leur médecin « *Mais là c'est différent c'est un contexte euh, mais elle refuse, elle ne supporte absolument rien. Enfin bon il y a un échec* » (M05), « *aujourd'hui elle ne veut pas être hospitalisée* » (M07).

La douleur est interprétée par certains médecins comme une raison de vivre chez leurs patients, « *Mais je pense que le problème c'est ça. Là ça devient le motif, ou sa raison de vivre. C'est peut-être un peu exagéré ce que je dis. Mais je pense que c'est un peu ça* » (M05).

Les patients âgés douloureux ne consulteraient « *seulement quand la douleur devient insupportable ou difficile à supporter [...]. J'en suis, moi, persuadée.* » (M07).

3.2.1.2 Demandeur de soins

D'après les représentations que se font les médecins interviewés, le patient âgé douloureux serait néanmoins, en opposition aux représentations décrites précédemment, présenté comme demandeur de soulagement « *Elles ont compris que de toute façon, on pouvait pas faire grand-chose, mais euh, elles sont quand même demandeuses d'un peu de soulagement* » (M03). « *Moi j'en pouvais plus de cette dame qui réclamait, réclamait, réclamait à chaque fois qu'elle me voyait c'était "argh"* » (M07). Un médecin explique que cette sollicitation peut parfois être le résultat d'une solitude « *et je pense que la douleur [...] est plutôt pour elle une façon de m'appeler et que quelqu'un, qu'elle ait du monde, de la compagnie* » (M07).

3.2.2 Une vision multiple et complexe de la personne âgée

A travers les représentations exprimées dans les exemples de consultation par les médecins interrogés, on pourrait définir le sujet âgé comme un patient :

- douloureux « *enfin bon j'ai pas les pourcentages comme ça, mais les sujets âgés ont tous des douleurs (sourire)* » (M01), « *c'est vrai qu'on entend rarement le patient dire "ah bah depuis 15 jours, j'ai plus aucune douleur". Ça existe pas (rire). C'est vrai qu'ils ont toujours un truc* » (M05). A la question : « Avez-vous l'impression qu'être âgé est synonyme de douleur ? », une majorité de médecin répond avec hésitation mais par l'affirmatif « *je veux bien être d'accord avec ça : « sujet âgé égal douleur », c'est extrêmement fréquent en tous cas.* » (M01), « *Euh, ça le devrait pas, mais j'ai un peu ça en tête* » (M05). Certains nuancent tout de même cette idée : « *non, tous les patients douloureux ne se plaignent pas de douleurs mais euh... je dirais que c'est plus fréquent* » (M11),

- ayant une expression différente « *la personne âgée ne va pas forcément dire les choses, euh, exprimer les choses comme une personne de 30 ans* » (M10) mais libre « *ils disent la réalité des choses* » (M05),

- complexe « *la personne âgée pour moi, c'est quelque chose de très compliquée, ça l'a toujours été* » (M07),

- poly-pathologique « *dès qu'ils sont multi-pathologiques comme tous nos petits vieux (rires)* » (M06),

- en perte d'autonomie « *mais bon il y a des jours où c'est compliqué, il faut que sa voisine lui monte ses courses* » (M01),

- vulnérable « *en revanche, le sujet âgé est facilement vulnérable à tout ce qui atteint son autonomie. Et du coup, la douleur c'est quelque-chose qui, euh, qui le rend vulnérable* » (M02),

- isolé « *une dame de 84 ans, habitant seule [...] euh, à part de me dire que, euh, elle se sentait seule* » (M02),

- plaintif « *c'est vrai qu'ils ont toujours un truc [...] parfois ça va mieux, et puis "rhô ça va pas du tout" »(M05),*

- négligés par la société « *je trouve qu'on néglige les vieux, voilà, je trouve sincèrement qu'on néglige les vieux* » (M07), « *et puis la personne âgée n'est pas toujours prioritaire malheureusement dans notre système de santé. Je pense, c'est un avis personnel* » (M04),

- avec parfois une fin de vie institutionnalisée dans des lieux considérés par ce médecin comme des mouiroirs avec une vie devenue inutile « *je me demande à quoi ça sert de les entasser là-dedans quoi. Si ce n'est à apporter du fric et à pas savoir quoi faire de ses vieux quoi. Voilà. Il faut peut-être que la société repense la façon de voir vieillir ses vieux. [...] Non mais ce que je dis est vrai quoi, plutôt que de faire rentrer en EHPAD, dans un mouiroir un mec qui est avec sa couche, qui va du fauteuil au lit, qui voit plus rien de la journée [...] c'est insupportable, insupportable, autant les piquer avant quoi* » (M11).

On remarque également que les qualificatifs associés aux sujets âgés sont souvent sympathiques et infantilissants. Nombre de descriptions cliniques commencent par « *c'est une petite mamie* ».

3.2.3 Une vision de la douleur qui évolue

3.2.3.1 Au début de l'exercice

Une vision simplifiée « *quand j'ai commencé, je n'avais pas cette notion de toutes les manifestations que peut prendre une douleur* » (M04) expliquée par un manque de formation « *la prise en charge de la douleur à la fac, mais euh, j'ai pas un grand souvenir comme quoi c'était une part hyper importante* » (M10) et un manque d'intérêt « *j'ai pas entendu ça dans mes cours et je devais dormir (rires)* » (M06) pour une pathologie souvent inconnue « *je pense que je ne la connaissais pas la douleur chez le sujet âgé* » (M05).

Une évaluation différente sans échelles « *on n'évaluait pas pareil. Euh, on l'évaluait nous à mon époque, on n'avait pas les échelles analogiques* » (M06).

3.2.3.2 A la fin de l'exercice

Les médecins interviewés estiment être plus curieux et rigoureux dans l'évaluation de la douleur du sujet âgé « *ça m'a permis de voir la douleur là où elle était difficilement dépiçtable [...] on apprend à être un peu plus rigoureux face à la douleur et à l'évaluation de la douleur* » (M10). Au fil du temps, ils acquièrent une meilleure connaissance des thérapeutiques médicamenteuses « *j'ai une meilleure connaissance des produits que j'avais à l'hosto. Et moins de peur à les utiliser* » (M06).

La douleur du sujet âgé apparaît plus prévalente « *chez le sujet âgé, [...] effectivement* » (M05) et devient un élément clinique important dans la prise en charge du patient « *quand il n'y a rien de particulier [...] je leur demande s'ils ont mal, s'il y a des douleurs ou pas* » (M08), ce qui amène à une modification des pratiques « *on la prend beaucoup plus en charge* » (M06).

3.2.3.3 Evolution du regard

L'évolution est expliquée par des raisons variées propres à chacun : un vécu personnel de la douleur « *peut-être une histoire plus personnelle aussi qui va faire que l'on va comprendre un peu plus la douleur* » (M05) ; les formations, l'expérience, l'échange entre professionnels « *j'ai travaillé avec des médecins aussi qui étaient diplômés, qui avait le DU de douleur, donc ça, ça permet de beaucoup apprendre sur le tas* » (M10). Parfois elle fait suite à une indignation face à la prise en charge de la douleur « *franchement, quand je vois, euh, la prise en charge de la douleur par les chirurgiens* » (M06). Des médecins plus expérimentés font un lien avec « *le médecin qui vieillit, plus ses patients vieillissent aussi, et les douleurs apparaissent* » (M05). Certains témoignent d'un intérêt personnel « *c'était des choses qui m'intéressaient et puis j'aime bien la gériatrie. Notamment la douleur, le confort, la bienveillance chez les personnes âgées, c'est des domaines qui m'intéressent* » (M04).

3.2.4 La fatalité ou le mal du sujet âgé

Les médecins généralistes interviewés expriment eux aussi une forme de fatalité dans la douleur du sujet âgé « *On peut aussi facilement dire oh bah ça c'est encore des douleurs articulaires, d'arthrose, ou bah voilà, il n'y a rien à y faire* » (M04) devant des difficultés à soulager complètement leurs patients « *enfin bah voilà, je sais bien que madame truc elle souffre, sur son échelle visuelle elle est à deux/trois, ou sur son échelle numérique, et je sais que je la ramènerai jamais mieux que ça quoi* » (M01).

Un médecin déclare que le corps médical est peut-être le « *premier vecteur* » (M07) de la normalisation des douleurs du sujet âgé « *"c'est des douleurs, hein docteur ?" Ah bah oui c'est des douleurs. C'est vrai qu'on est les premiers à le dire* » (M07) jusqu'à associer les deux termes « *le sujet âgé ça fait tellement partie de leur vie. La douleur elle est présente (incompréhensible). Mais oui la douleur, elle fait partie vraiment... Est-ce que c'est leur mal ?* » (M05).

3.2.5 Un ressenti partagé devant des situations difficiles

Devant des situations difficiles, certains médecins font un constat d'échec : « *l'échec, c'est vrai qu'on est souvent un petit peu en échec quand même sur la douleur* » (M05). Cet échec est source d'un ressenti partagé entre les médecins interviewés prenant des formes multiples :

- l'usure « *on repousse le problème à un peu plus loin et puis on sait que le problème initial reste là quoi* » (M01),
- la pénibilité « *c'est même pénible au bout d'un moment* » (M07),
- la colère « *soit je râle et je leur dis écoutez j'ai déjà tout utilisé hein, vous n'êtes pas allergique à tout, vous n'êtes pas anti tout donc va bien falloir trouver une solution !* » (M06),
- l'isolement se fait ressentir « *parce que...parce que quoi faire ? Quoi faire c'est ça! [...] mais oui c'est sûr que l'on se sent un peu isolé* » (M03),
- l'impression « *d'être au point mort, parce que voilà, j'ai fait le tour. Je sais qu'on traitera pas la cause de ses douleurs* » (M01).

3.2.6 Le combat contre la douleur

En dépit d'échecs exprimés, d'une certaine forme de fatalité et d'un ressenti difficile face à certaines situations, les médecins expriment une forme d'obligation à prendre au mieux en charge leurs patients « *moi je considère pas la douleur [...] quelque chose d'acceptable [...], moi, je suis de l'avis d'essayer en tous cas* » (M03), « *faut au moins essayer au maximum de soulager* » (M04).

3.3 Consultation de la personne âgée

3.3.1 La 1^{ère} plainte : la douleur

La symptomatologie chez le sujet âgé est souvent dominée par la douleur. Cette douleur occupe une place prépondérante dans les motifs de consultation rapportés par les médecins généralistes « *je la vois en visite, mais sa première plainte c'est la douleur [...], mais la douleur elle est au centre de toutes les consultations donc...Il n'y a pas une consultation sans douleur, enfin, donc c'est impossible* » (M05). La prévalence exprimée de la douleur chez le sujet âgé « *représente [...] quasi 100%, il y a toujours un truc chez les gens* » (M05).

3.3.2 Un sentiment d'inefficacité

Les médecins généralistes expriment parfois un sentiment d'inefficacité avec « *une sensation de pas faire le boulot dans son ensemble parce que du coup, euh, elle, elle souffre* » (M01) devant un discours redondant « *ça revient toujours un peu au même, c'est bah, qu'est-ce que je vais pouvoir faire de plus pour vous ? Pas grand-chose* » (M03).

3.3.3 La douleur, un motif de sur-consultation

La douleur chez les personnes âgées apparaît comme une source de sur-consultation amenant le médecin généraliste à revoir plus fréquemment leurs patients « *je la vois très souvent. Euh, et initialement on a beaucoup été dans l'adaptation des antalgiques* » (M02), « *elle tolère assez mal les paliers II, euh donc du coup c'est pour ça qu'elle me faisait revenir* » (M01).

3.4 Les différents types de douleur rencontrés

3.4.1 Des manifestations atypiques de douleur

La douleur chez le sujet âgé peut prendre des formes non verbalement exprimées :

- les troubles du comportement inhabituel « *quelqu'un bah... trouble du comportement que ce soit agitation, agressivité, apathie, ou autres* » (M04),
- les troubles de l'humeur « *qui voilà, qui devient ou qui change d'humeur, qui devient un peu plus triste* » (M06),
- le repli sur soi « *bah un patient qui ne sort plus de chez lui, qui se replie sur lui* » (M03),
- les troubles du sommeil « *alors des plaintes, euh, récurrentes de sommeil, euh. Récemment j'avais un patient âgé, euh, qui, euh, voilà, se plaignait d'endormissement difficile, [...] et en fait en creusant un peu plus, ce patient, il avait des douleurs articulaires multiples* » (M02),
- la « *confusion chez le sujet âgé ça peut être plurifactorielle et la douleur en fait partie* » (M10).

3.4.2 « le cortège douleur-anxiété-dépression » (M11)

La plainte douloureuse s'accompagne parfois d'une plainte anxieuse ou dépressive difficilement séparable « *j'arrivais pas bien à faire la part des choses entre la plainte douloureuse et la plainte anxieuse et, euh, la plainte, euh, oui dépressive* » (M02), « *et, c'est vrai qu'il était très crispé et qu'il me semblait douloureux ou alors de l'angoisse* » (M04).

3.4.3 Douleurs chroniques

Les exemples fréquemment illustrés par les médecins généralistes décrivent le plus souvent des douleurs chroniques articulaires « *on retrouve plus de douleurs, surtout ce qui est douleurs articulaires, douleurs de dos, voilà, ça c'est quand même plus fréquent* » (M04).

3.4.4 Douleurs aiguës

Les exemples de douleurs aiguës sont moins fréquemment cités dans les interviews de cette étude et sont décrits comme moins inquiétants « *mais c'est vrai que pour les douleurs aiguës, ou je sais que ça va être vite traité, je m'attarde pas* » (M01).

3.4.5 Douleurs psychogènes

Les douleurs dites psychogènes sont également fréquemment décrites mais semblent faire l'objet d'une considération moindre dans le discours verbal et non verbal « *oui, c'est marrant, c'est une dame, euh, fonctionnelle, mais qui malgré tout son côté fonctionnel (rire)* (M11), « *tous les examens sont normaux, elle n'a même pas un peu d'arthrose. Elle a juste mal partout* » (M05), « *c'est une consultation douleur. Elle est soignée et suivie pour alors... (pff)...quelque chose qui doit ressembler à des névralgies pudendales, d'accord ? Sauf que tous les bilans, tout a été fait... rien, rien, rien, rien ne va, rien ne la soulage* » (M07).

3.4.6 Douleurs neuropathiques

Les douleurs neuropathiques ou associées aux douleurs neuropathiques semblent parfois plus difficiles à objectiver « *juste peut être rien mais enfin je sais pas, juste des douleurs de vieillesse ou j'en sais rien mais en tous cas, avec des douleurs de fourmillement, de choses comme ça, de brûlure* » (M08).

3.4.7 Douleurs liées aux soins

« *Je suis intervenu en EHPAD, et par hasard je suis tombé pendant les soins de toilette. Et, c'est vrai qu'il était très crispé et qu'il me semblait douloureux* » (M04).

3.5 Retentissement des douleurs

3.5.1 La perte de fonctionnalité

En grande majorité les médecins interviewés estiment que le retentissement de la douleur chez les sujets âgés s'effectuent sur leur mobilité, leur autonomie : « *la plainte douloureuse dans la mesure où elle diminue beaucoup l'autonomie et rapidement* » (M02), « *il y en a une particulièrement qui m'appelle très souvent, euh, pour une visite à la maison "j'ai trop mal, je peux plus marcher"* » (M03), « *vraiment chez les personnes âgées c'est vraiment la perte d'autonomie qui va être engendrée, la perte fonctionnelle. Sur le petit papy qui va me dire "je ne peux plus aller au foyer, je ne peux plus aller jouer à la belote"* » (M06), « *du coup des douleurs d'arthrose là qui sont assez invalidantes* » (M08).

3.5.2 Le suicide

Un des médecins interviewés a délivré lors de l'entretien son expérience difficile avec une patiente âgée douloureuse, multi-symptomatique qui s'est tragiquement suicidée à son domicile « *il se trouve que ça s'est terminé de façon tragique pour cette patiente qui, euh, s'est suicidée récemment, euh, le soir même d'une visite... (silence)* » (M02). Des idées noires chez le patient également rapportées par ce médecin « *bah j'ai déjà interrogé ma patiente déjà et qui ne voulait que un truc c'est mourir, mourir, mourir, "j'ai trop mal"* » (M06).

3.5.3 La cascade gériatrique

La douleur est également décrite comme élément déclenchant de ce qui pourrait être décrit comme une cascade gériatrique « *ça a vraiment précipité un certain nombre de choses* » (M02), « *parce que, parce que, parce qu'il a mal et qu'il reste coincé dans son lit et qu'il en vient à ne plus manger et que ça fait un syndrome de glissement* » (M07).

3.5.4 Le sentiment d'inutilité

Un sentiment d'inutilité fini par être exprimé par le patient : « *donc la plainte douloureuse elle se finit souvent en, "je peux plus rien faire", "je sers plus à rien", voilà " je ne sers plus à rien"* » (M02).

3.5.5 L'insomnie

L'insomnie est également fréquemment associée aux plaintes douloureuses des patients « *alors des plaintes, euh, récurrentes de sommeil, euh. Récemment j'avais un patient âgé, euh, qui, euh, voilà, se plaignait d'endormissement difficile, euh, de nuit non reposantes, non récupératrices* » (M02).

3.5.6 L'institutionnalisation

« *un patient âgé trop douloureux, je pense que ça peut le limiter dans son maintien à domicile, ça peut accélérer des fois l'institutionnalisation, une grabatisation, alors que si on arrive à le soulager il peut rester un peu plus longtemps autonome et euh, c'est mieux pour lui et c'est mieux pour tout le monde* » (M03).

3.6 Évaluation de la douleur

3.6.1 Les échelles

Les échelles d'évaluation de la douleur ne semblent pas faire consensus chez les médecins interviewés. Nombre d'entre eux déclarent ne pas s'en servir dans leur pratique quotidienne en cabinet « *j'ai pas le réflexe. C'est vraiment une question de réflexe* » (M03), « *non, je n'ai jamais utilisé d'échelles et pourtant ça j'en ai, euh des échelles mais je n'ai jamais utilisé non* » (M05).

Elles semblent ne pas trouver de vertu aux yeux de certains « *(pff) alors l'échelle de la douleur entre 0 et 10 ? Ouais je veux bien mais moi ça m'énerve entre 0 et 10* » (M07), « *Bah ils ont leurs grilles, je sais plus comment elles s'appellent d'ailleurs. Comme je vous l'ai dit, je suis pas intéressé. Moi les grilles je n'en veux plus, donc je vais pas me faire chier [...] vous venez voir un vieux docteur qui n'a plus envie de se faire chier à apprendre des grilles d'évaluation de la douleur, qui quand je les ai regardées quand même ne me paraissent pas franchement objectives* » (M11).

D'autres médecins ont un avis différent et incorporent les échelles d'évaluation de la douleur dans leur pratique en cabinet « *c'est les questions habituelles oui/non, de 0 à 10 ou alors une échelle analogique* » et estime leur maîtrise nécessaire « *alors moi c'est des échelles que je maîtrise, donc j'arrive à les faire* » (M04).

Cependant, dans les EHPAD, sans réaliser eux-même l'évaluation de la douleur, beaucoup la délèguent au personnel soignant « *les autres (échelles) c'est pas moi qui les fait, c'est les paramédicaux* » (M01), « *à l'EHPAD je demande souvent des ALGOPLUS ou des DOLOPLUS [...] pour suivre la douleur. C'est assez fréquent.* » (M08), « *Après dans les EHPAD, c'est les infirmières. Déjà elles, elles les utilisent plus. Donc elles vont me dire, on a fait une échelle de cotation de la douleur. Bon bah voilà, je regarde effectivement ce qu'elles ont coté* » (M03) et ce malgré certaines difficultés « *c'est plus dur parfois dans les EHPAD à ce que ce soit fait ou surveiller régulièrement pendant ou en dehors des soins et d'avoir le retour dessus ça c'est difficile* » (M04).

Certains les jugent là aussi inutiles « *dans les maisons de retraite, je vais demander aux employés, au reste du personnel soignant, je vais leur demander "c'est comment quand vous faites la toilette, ça se passe comment ?" Je vais beaucoup plus m'orienter vers ça que vers une échelle de douleur* » (M07).

3.6.1.1 Utilisation implicite

Dans la réalité de la pratique, même si les supports d'évaluation de la douleur ne sont pas toujours utilisés, il existe une utilisation implicite de ces échelles comme l'échelle verbale simple « *après euh, vous avez un petit peu mal, vous avez beaucoup mal, vous avez très très mal ? c'est insupportable ou ça n'est pas insupportable ?* » (M07) ou encore le DN4 pour la discrimination des douleurs neuropathiques « *les douleurs neuropathiques, en fait je connais les deux-trois items et je débute les traitements [...], le fait de discriminer une douleur par excès de nociception ou une douleur neuropathique, j'ai quasiment pas besoin d'échelle. Mais je les recherche sans utiliser d'échelles. Juste le type... brûlure, picotement, fourmillement et puis voilà j'arrive à discriminer les douleurs* » (M01).

Les échelles d'hétéro-évaluation sont également utilisées de façon implicite « *après je vois un peu aussi au faciès s'ils sont... avec les échelles là... J'utilise pas l'échelle ALGOPLUS là en elle-même, mais voilà, je regarde un peu s'ils ont les yeux un peu froncés* » (M03).

En résumé « *utiliser l'échelle, c'est simplement mettre des mots sur une chose que j'ai déjà pigée, voilà* » (M07).

3.6.1.2 Les défauts

Toutes sortes de défauts sont attribués aux échelles d'évaluation de la douleur. Ce qui semble faire l'unanimité parmi les médecins interviewés est qu'elles sont chronophages « *c'est un frein, ça c'est clair. Bah c'est mon frein aux échelles. C'est pour ça que je les utilise pas. J'ai jamais le temps, je suis toujours en retard. Euh, oui ça fait partie des raisons pour lesquelles, euh oui, j'utilise pas les échelles* » (M01), et dans une consultation qui est déjà limitée, le temps manque « *après le truc c'est qu'il y a souvent plusieurs, euh, quand le patient il vient pas spécifiquement pour sa douleur, il vient pour son renouvellement et il y a plein d'autre choses à voir et c'est vrai que... bon après c'est un peu le temps qui manque toujours* » (M03), ou encore « *et là pour la pratique, en consultation ou en visite c'est, euh, trop long de faire les échelles* » (M02). Donc « *évaluer la douleur sur ALGOPLUS pendant un quart d'heure c'est quand même une limite* » (M08).

Un autre défaut avancé est que les échelles comportementales seraient plus adaptées au milieu hospitalier « *je pense qu'en hospitalisation, euh, chez un patient, euh, peut être avec un patient avec, euh, on a du mal à communiquer, euh, avoir des échelles, euh, comportementales et les maîtriser sur des situations d'hospitalisation de douleur aiguë* » (M02). Un sentiment confirmé par ce médecin avec le recul de son expérience hospitalière « *de tous les jours, pour ce qui est de l'ALGOPLUS c'est pas forcément évident, euh, avant moi je travaillais à l'hôpital donc euh, on arrivait quand même facilement à évaluer la douleur en (hésitation) avec plusieurs outils. Donc ça c'était simple* » (M10).

Ou encore, le manque de reproductibilité inter-utilisateurs serait un frein à leur utilisation « *et parfois, on a l'impression aussi alors que ça devrait pas euh, on voit bien que les échelles sont pas les mêmes selon les personnes qui les ont réalisées à chaque fois. Alors que normalement une échelle c'est censé être strict.* » (M04).

3.6.1.3 Utilité ressentie

Malgré une majorité de médecins interviewés déclarant ne pas ou peu utiliser les échelles d'évaluation de la douleur, ceux qui les incorporent dans leur pratique les jugent volontiers utiles et simples d'utilisation « *utile oui, facile à utiliser, euh, oui [...] euh bon l'intensité de la douleur, bon c'est toujours pratique ça* » (M01).

D'autres ne les jugent pas utiles à aider leur prise en charge « *non franchement. Si le patient vous met 3/10 la dernière fois et il vous met 5/10 aujourd'hui. Est-ce que c'est sur ce seul critère que vous allez modifier son traitement ? Je sais pas* » (M05) ou encore « *ils ont toujours mal à 5 alors*

euh , je suis pas aidée moi. Et maintenant vous avez mal à combien "Oh, bah, 5 docteur". La fois d'après je suis pas aidée moi » (M06).

Elle pourrait même contre dire l'idée que le médecin se fait de la douleur du patient « alors l'échelle de la douleur entre 0 et 10 ? Ouais je veux bien mais moi ça m'énerve entre 0 et 10 parce que j'arrive jamais à avoir quelque chose de correct et de concret, je trouve. Si je vous dis, si je dis à la personne est-ce que ? Si votre douleur elle est entre 0 et 10 ? Si je demande à la dame ? J'en vois une, elle va me dire 9. Non mais vous savez que 8 existe ? "Non mais c'est 9" » (M07).

3.6.1.4 Utile en EHPAD

Les échelles prennent une autre importance dans les EHPAD, le personnel soignant devient une aide au médecin généraliste dans l'évaluation de la douleur et l'échelle devient utile « après dans les EHPAD c'est les infirmières. Déjà elles, elles les utilisent plus. Donc elles vont me dire, on a fait une échelle de cotation de la douleur. Bon bah voilà, je regarde effectivement ce qu'elles ont coté » (M03), ou « à l'EHPAD je demande souvent des ALGOPLUS ou des DOLOPLUS en fonction » (M08) et facile à mettre en place « pour le sujet en maison de retraite oui, parce que du coup je trouve que c'est facile à faire » (M09).

L'utilisation est également facilitée par la mise en place de logiciel en EHPAD consultable au cabinet des médecins généralistes comprenant les échelles d'évaluation de la douleur « après les échelles que j'utilise elles sont dans mon logiciel de l'EHPAD [...] voilà là j'ai ALGO, le DOLOPLUS, les EVS, et ça va me permettre, moi je regarde ça et selon les dates, les jours, là j'ai des ALGO à 3, DOLO à 16, je vais adapter moi mon traitement » (M06).

3.6.1.5 Apport sur le suivi de la douleur chronique

Comme cité dans la déclaration précédente, les échelles prennent également un autre rôle dans le suivi de la douleur chronique « après quand une douleur s'inscrit un peu dans la durée, euh, et que on essaye comme ça de tester des choses j'aime bien utiliser l'échelle numérique parce que ça me permet de savoir où on en est » (M02).

3.6.1.6 Une formation nécessaire à l'utilisation

Un médecin explique ne pas utiliser d'échelle par manque de connaissance à ce sujet « parce que je les maîtrise pas assez, je les connais pas assez (rire) [...] Non mais c'est vrai que les échelles d'auto-évaluation là, ça pourrait être utile effectivement mais... déjà on les, enfin je les connais pas » (M03). Un autre explique qu'il existe une nécessité de se former avant d'utiliser certaines

échelles « *Donc euh, il y a l'expérience aussi, il y a savoir quand utiliser les échelles. Et autant utiliser une EVN c'est facile, autant, une ALGOPLUS, faut être formé* » (M10).

3.6.1.7 L'absence d'échelle sur le retentissement fonctionnel

Certains médecins aimeraient avoir des échelles d'évaluation de la douleur plus axées sur le retentissement fonctionnel « *S'ils ont une perte fonctionnelle quelle qu'elle soit. "j'ai du mal à mettre mes chaussures", "je peux plus aller au foyer" euh, "je peux plus...", je sais pas moi, euh. Enfin, si ça perturbe leur vie un tant soit peu. Je ne sais pas s'il y a une échelle là-dessus mais...* » (M06).

3.6.2 Freins à l'évaluation

Certains freins à l'évaluation de la douleur chez le sujet âgé en médecine générale ressortent lors de ces entretiens.

3.6.2.1 « Des descriptions quasi-identiques » (M05)

En premier lieu, beaucoup de médecins s'accordent pour rapporter une mauvaise description des douleurs venant des patients eux-mêmes, un médecin rapporte qu'ils la décrivent « *extrêmement mal* » et plus loin en parlant des « *douleurs neuropathiques, ... ils savent pas forcément répondre* » (M01), ou encore « *ça c'est vrai qu'ils ont du mal à décrire la douleur. Vous avez mal comment ? "Bah j'ai mal point" (rire). Donc c'est vrai que c'est pas toujours évident d'évaluer* » (M03). Un autre médecin emploie le terme de « *discours [...] pas très élaboré* » (M02) pour décrire la parole de certains patients âgés. Beaucoup s'accorde avec amusement sur le fait que « *(sourire) euh oui, (rire) C'est très souvent. Les plaintes se ressemblent beaucoup* » (M02), ou encore « *oui les descriptions sont quasi-identiques* » (M05).

3.6.2.2 Des situations difficiles

Certaines situations cliniques spécifiques ou non aux sujets âgés peuvent rendre la douleur difficile à évaluer. Parmi les plus fréquemment cités figurent :

- les troubles cognitifs « *que ce soit le patient euh, ayant je sais pas une maladie d'Alzheimer un peu évoluée, c'est toujours compliqué* » (M10) ou « *c'est vrai que bon voilà, euh, personne âgée démente, je suis pas très à l'aise devant la douleur. Je sais pas si quelqu'un est à l'aise parce que je suis pas sûr que les critères d'évaluation que l'on a, soient toujours bien objectifs* » (M11),

- la confusion « *elle est quand même sortie confuse, elle a 88 ans, elle est sortie confuse, donc euh, très très dur de, euh, cliniquement, de... enfin à l'interrogatoire de faire l'analyse de la*

douleur [...], quand ils sont confus, c'est plus compliqué parce qu'on n'arrive pas à faire la part des choses, enfin pour moi » (M06),

- les antécédents psychiatriques « je pense pas avec elle avoir fait d'échelle de cotation de la douleur. C'est une patiente qui a des antécédents psys aussi, elle parle pas beaucoup, elle s'exprime pas beaucoup. Je pense pas avoir fait d'échelle, ou de demander à quel, euh, à quel niveau elle est » (M08).

3.6.2.3 Une origine identifiée

L'identification de l'origine d'une pathologie douloureuse, notamment aiguë, peut également être un frein à l'évaluation de la douleur de par la supposition de son évolution favorable à court terme *« j'écoute plus ou je traite plus des douleurs que je sais, euh, chroniques et je sais qu'on s'en sortira pas, que des douleurs très très aiguës, [...]. Mais c'est vrai que pour les douleurs aiguës, où je sais que ça va être vite traité, je m'attarde pas... Je fais jamais une échelle visuelle ou d'échelle numérique chez des gens qui ont des douleurs de types, ORL, enfin des trucs aiguës. Même en gériatrie les douleurs de type diverticulaire, les petites mamies que je traite, je sais qu'elles sont sous antibio, je sais que dans quarante-huit / soixante-douze heures, maximum une semaine l'affaire est pliée, euh. Je m'attarde pas trop sur la douleur, je leur file des antalgiques [...], mais je ne m'ennuie pas avec des échelles » (M01).*

On retrouve la même idée sur les douleurs chroniques avec des options thérapeutiques plus limitées *« ça c'est de l'arthrose, de toute façon je peux rien y faire, ou ah c'est long, c'est encore ces douleurs neuropathiques, voilà. Il y a des fois lorsque l'on n'arrive pas à soulager on peut se dire bah c'est bon... On peut avoir envie de laisser tomber, ce qui est plus facile que de continuer euh, à chercher quoi » (M04).*

3.6.3 Aide à l'évaluation

La totalité des médecins interviewés affirme qu'il existe une aide majeure à l'évaluation de la douleur : les personnels soignants d'EHPAD et les infirmières à domicile. Ils apportent leur aide par une proximité et une place prépondérante dans la vie du patient qui permet une évaluation et un suivi de la douleur de proximité.

Dans les EHPAD, les protocoles d'évaluation de la douleur et les outils informatisés de recueil des données apportent une aide au praticien *« donc c'est vrai que dans ces cas-là, je me fie plus au personnel soignant qui entoure la personne âgée et au infirmière d'EHPAD que à moi-même [...]*

je pense que c'est plus le personnel qui vit à ses côtés au quotidien, enfin les aidants ou le personnel d'ailleurs, qui sont capables d'évaluer la douleur » (M11). Les infirmières communiquent avec le médecin généraliste « en me disant "cette dame-là elle a mal". Et c'est après quand on cherche dans le dossier du patient, il n'y a des échelles de faites. Faites par le personnel soignant au moment de la toilette, au moment de, et c'est des protocoles qu'elles ont à utiliser » (M07). Une aide expliquée également par la formation du personnel soignant « c'est vrai qu'en EHPAD, c'est surtout les infirmières qui nous alertent du coup [...], les ALGO, enfin les infirmières elles les font euh, ils sont bien sensibilisés à ça » (M09).

Au domicile du patient, il existe le même constat « la consultation d'après en fait, les infirmières qui passent la voir euh, pour préparer les médicaments avait coté la douleur à 8/10 plusieurs jours de suite, donc j'ai voulu passer à de la morphine » (M08). L'échelle devient un outil de communication entre professionnels de santé permettant une aide à l'évaluation de la douleur par le médecin et une meilleure prise en charge. Au domicile, les raisons d'une aide à l'évaluation sont les mêmes, « et c'est pour ça aussi que les infirmières à domicile même et qui cotent vraiment les choses, voilà, elles voient la personne un peu plus longtemps et plus dans l'environnement » (M08) ou encore « donc c'est bien euh par exemple quand la personne est entourée, qu'il y a quelqu'un avec elle, ou si c'est pas possible demander à ce qu'une personne paramédicale, une infirmière puisse passer pour donner les médicaments, évaluer la douleur » (M10).

3.6.4 Place de la subjectivité

Dans sa construction, l'évaluation de la douleur se veut être la plus objective possible. L'évaluation restant souvent difficile, la subjectivité de l'évaluateur reste présente dans certaines situations « dans ma pratique moi de médecine générale, euh, je (silence), euh, en fait, c'est peut-être pas bien mais c'est plus subjectif » et l'on parle plus de « ressenti que j'ai du discours du patient » (M02).

3.6.4.1 La répétition de la plainte comme élément négatif

Devant la chronicité de certaines douleurs, le patient en vient à exprimer et ré-exprimer sa plainte douloureuse au fur et à mesure des consultations. Cette répétition peut s'évaluer comme un élément subjectif de limitation à l'évaluation de la douleur « ah bah (soupir). Oui je pense un peu quand même. Euh je pense un peu parce qu'il y a des gens où on sait très bien qu'ils ont l'habitude de se plaindre, tout le temps, tout le temps, tout le temps, donc euh, c'est vrai que on va peut-être

moins... pas moins les écouter mais les écouter plus de loin ou euh, et je sais très bien, il y a des gens il faut que j'évite de poser la question comment ça va ? » (M03). Cependant cet élément intervient plus globalement dans la prise en charge du patient et nous le développerons au chapitre 3.8.2.1 « Une forme de lassitude de la plainte ».

3.6.4.2 Les comorbidités

Certaines comorbidités et notamment psychiatriques influencent l'idée que se fait le médecin du patient et peuvent induire *« des préjugés... oui aussi avec certaines personnes qui vont avoir aussi, euh, c'est pas bien, mais des syndromes dépressifs, ou qui ont beaucoup de plaintes multiples. On peut parfois être lassé » (M04).*

3.6.4.3 Le patient plus convaincant

Le ressenti du patient et sa qualité d'expression interviennent dans l'évaluation de la douleur du patient *« bah oui. Parce que c'est quand même le patient qui ressent sa douleur. C'est lui qui vit avec. C'est pas moi. Moi je peux la coter avec des chiffres, mais c'est lui qui a sa qualité de vie impactée par la douleur » (M03)* et il y a certains *« patients qui sont plus convaincants que d'autres » (M02).*

3.6.5 La recherche du retentissement

L'ensemble des médecins interviewés recherchent, dans leur évaluation de la douleur, le retentissement *« sur la vie quotidienne, euh, le retentissement sur le plan psychologique » (M10), « parce que quand la douleur est très importante, le patient il ralentit toutes ces activités, euh, il veut plus sortir, plus rien faire à la maison, euh, donc c'est quand même un élément important de globalement de voir ce qui se passe autour » (M05).*

Le médecin interroge alors le patient sur *« ses activités journalières on va dire. Si ça l'empêche d'aller euh, marcher, faire son jardin, euh, ou des choses comme ça. Là vraiment, c'est la modification de son activité habituelle surtout, et puis pareil pour le sommeil, et puis des choses comme ça. Si ça l'empêche de dormir » (M08).*

Le retentissement peut inquiéter le médecin ou au contraire le rassurer et changer sa vision de la douleur du patient *« si la personne, elle a effectivement mal mais qu'elle va faire sa marche, euh, de je sais pas combien de kilomètres et tout bon...ça va être un petit peu plus tranquille quoi » (M08).*

L'important est donc la « perte fonctionnelle quelle qu'elle soit « *"j'ai du mal à mettre mes chaussures" "je peux plus aller au foyer" euh, "je peux plus..."*, je sais pas moi, euh. Enfin, si ça perturbe leur vie un tant soit peu quel que soit... Je ne sais pas s'il y a une échelle là-dessus mais... » (M06).

3.7 Prise en charge de la douleur

3.7.1 Les thérapeutiques médicamenteuses

La prise en charge médicamenteuse de la douleur chez le sujet fait l'objet d'avis divers et propres à chaque médecin. Les sentiments positifs et négatifs y sont représentés à des degrés différents. D'après les fréquences d'apparition dans les verbatims, les antalgiques de palier II et dans une moindre mesure les paliers III souffrent d'un sentiment négatif chez les médecins généralistes, tandis que les antalgiques de palier I y sont représentés avec une note plus positive.

3.7.1.1 Paliers I

Chez le sujet âgé et pour des raisons de contre-indications ou d'effets indésirables prépondérants des anti-inflammatoires non stéroïdiens « *à 80 ans on va pas donner un anti inflammatoire* » (M05) « *qui pourtant serait utile souvent mais...* » (M04), le paracétamol occupe une place prédominante. Un large sentiment positif existe chez l'ensemble des médecins interviewés « *alors moi je reste sur les classiques : palier I, palier II, palier III, je suis très paracétamol* » (M04).

L'avis sur l'efficacité de cette molécule est, elle, plus diverse. Certains le jugent miraculeux dans une majorité de situations « *souvent le paracétamol, c'est quand même magique hein, pour la plupart des douleurs j'entends bien hein [...] il y a bien 80%, enfin 80 j'en sais rien enfin, un grand nombre de patients pour lesquels le paracétamol suffit largement* » (M11). D'autres y voit une efficacité limitée mais en contrepartie présente des risques moindres « *le paracétamol (rire), mais avec une efficacité... Euh, mais je crois qu'au niveau de la balance bénéfice risque c'est encore le paracétamol qui fait le mieux* »(M02).

3.7.1.2 Paliers II

Les paliers II sont quant à eux très largement représentés dans les verbatims avec une connotation négative. Les raisons sont diverses et parfois subjectives « *euh, alors, c'est très subjectif mais le tramadol j'aime pas du tout chez le sujet âgé* » (M02).

En demandant au médecin quel serait le médicament le moins adapté chez le sujet âgé, la codéine puis le tramadol apparaissent le plus fréquemment dans les réponses données « *tout ce qui est vraiment codéine* » (M05, M04, M06), « *souvent ils sont quand même pas top avec la codéine* » (M08). Les dérivés opioïdes de la codéine tels que la LAMALINE® ont été cités mais dans une moindre mesure « *j'utilise très rarement la LAMALINE® parce que souvent j'ai des effets indésirables* » (M08).

Les effets indésirables en sont une des raisons principales « *par contre il y a plein d'effets secondaires. C'est plus souvent mal toléré. Probablement que ça s'explique pharmacologiquement, euh, je pense notamment aux antalgiques de palier II notamment. A la codéine, au tramadol* » (M02), « *le tramadol ça reste quand même assez confusiogène* » (M03).

Des posologies inadaptées aux sujets âgés en sont une autre raison « *la codéine, eh bah, la codéine c'est vrai que j'utilise jamais parce qu'il n'y a pas de, euh, enfin, le premier dosage est assez important je trouve* » (M09) ainsi que des problèmes de galénique qui peuvent tantôt être un avantage et tantôt un inconvénient en se référant au tramadol sous forme de gouttes « *en fait le problème des prises en gouttes c'est qu'il faut qu'il y ait des infirmières à la maison* » (M01).

Un sentiment bénéfique ressort malgré une impression négative liée à la molécule sur le tramadol sous forme de gouttes lorsque la situation du patient le permet « *elle demande à ses infirmières qui lui donne 15 gouttes de tramadol, euh. Ça marche relativement bien* (M01).

3.7.1.3 Paliers III

De manière moins évidente un sentiment négatif domine la classe thérapeutique des paliers III. Ils sont parfois associés à des conditions particulières en faisant référence aux situations de fin de vie « *les morphiniques, c'est dans des conditions un peu particulière, quand c'est des douleurs que je sais extrêmement chroniques et tout ça, j'essaye de m'en passer* » (M01).

Il existe des réticences à la prescription de morphiniques chez le sujet âgé « *donc pour l'une j'ai essayé la morphine qu'elle a pas vraiment tolérée parce que ça la rendait beaucoup trop somnolente [...], on est plus réticent, un peu des fois à mettre des morphiniques ou des choses comme ça* » (M02).

Un sentiment de peur peut exister chez le praticien dans la manipulation des morphiniques « *moi je suis installé depuis peu et le médecin que j'ai remplacée donc qui est partie à la retraite, elle était très très réticente sur la morphine chez les personnes âgées. Et moi, nouvelle école entre*

guillemet, j'en mets un petit peu plus facilement, en étant plus attentive, en mettant des doses plus petites. Mais peut être que je pense quand même que j'ai peur, entre guillemet, d'augmenter trop la morphine » (M02).

Certains essaient de limiter leurs prescriptions de morphine chez le sujet âgé « *j'essaye de limiter tout ce qui est palier III, la morphine » (M07). D'autres n'en prescrivent pas « j'ai aucun patient actuellement sous morphinique, j'en n'ai pas. [...] mais je vais pas le prescrire effectivement dans une lombalgie, ou alors euh, non je le prescris pas, non vraiment, non. [...] moi je ne les utilise pas dans les douleurs chez le sujet âgé donc euh, voilà » (M05) en l'expliquant « enfin il n'y a pas d'indication en théorie » (M05).*

Certains médecins expriment un sentiment plus positif sur les traitements morphiniques « *après je passe facilement à la morphine quand, euh, voilà » (M09), « je trouve que c'est pas trop mal. Je teste assez facilement les morphiniques à petites doses euh » (M08).*

Les patchs morphiniques ont également un ressenti négatif chez le sujet âgé. Cela serait lié à des difficultés d'utilisation « *ils ont souvent des, le DUROGESIC® là, certains ont du DUROGESIC®, mais c'est vrai que je trouve que c'est beaucoup plus difficile à manipuler et à manier » (M07), aux contres-indications liées à la présentation même du traitement « c'est des patchs, ça diffuse dans la peau, chez le sujet âgé euh, l'état cutané et pas forcément, euh, optimal, on sait pas trop ce qui diffuse » (M10) et à une idée limitée aux situations de fin de vie « par contre je ne manie pas tellement les patchs. C'est peut être une erreur d'ailleurs. [...], le patch c'est les situations de fin de vie » (M02).*

3.7.1.4 Autres classes

Les antidépresseurs utilisés à visée antalgique dans les douleurs neuropathiques ou les douleurs mixtes souffrent également d'un sentiment négatif prépondérant « *alors, à visée antalgique, euh, c'est vrai que j'utilise assez rarement les antidépresseurs à visée antalgique, mais euh,...(longue hésitation), euh, non, c'est vrai que je le fais rarement » (M01). Un médecin fait le constat que cette possibilité thérapeutique est régulièrement utilisée dans les services de gériatrie et y associe de nombreux effets indésirables « quand ils sont âgés, ils nous les font chuter, donc s'ils nous les font chuter, ils nous les cassent, s'ils nous les cassent, bah nous on rame comme des malades derrière » (M06).*

Les antiépileptiques utilisés à visée antalgique font plus débat « *eh, les antiépileptiques oui quand il y a des problèmes de douleurs neuropathiques. Euh, et ça c'est relativement efficace* » (M02) ou « *ouais, voilà tout ce qui va être LYRICA® ou autre truc, là, le LAROXYL® ils le supportent pas, et donc du coup on se retrouve un peu, euh. Enfin moi je suis un peu embêté par rapport à ces douleurs-là surtout* » (M08).

Certains médecins incluent comme traitement antalgique apparenté les traitements hypnotiques (somnifères) « *il y a des choses qui sont des fois particulières euh il y a des médicaments qu'on utilise euh qui aident à dormir et quand ça aide à dormir c'est bizarre ça les aide. T'as des gens qu'ont du mal à dormir et en les aidant à dormir ils ont moins mal donc voilà* » (M07).

3.7.1.5 La pharmacopée

La majorité des médecins s'accordent pour dire que la pharmacopée dans le cadre de la douleur du sujet âgé serait limitée et peu efficace « *c'est à dire que des antalgiques, il n'y en a pas des milliers* » (M01). A la question, « Pensez-vous que l'arsenal thérapeutique actuel est efficace chez le sujet âgé », beaucoup de médecins répondent « *euh, non euh [...], on tourne toujours avec les mêmes molécules [...] c'est vrai qu'on est quand même limité par rapport aux thérapeutiques* » (M05), voire même inadaptés « *non je pense pas que ce soit des traitements fait pour les personnes âgées. C'est vraiment pas l'idéal mais il n'y a que ça (rires)* » (M03).

Il existe un regret partagé par les praticiens, le retrait du dextropropoxyphène « *ouais. Et à l'époque, alors par contre c'est ce qu'on se fait comme remarque [...], mais on avait plus de molécule, le dextropropoxyphène, [...] on était plus sur le fameux DI-ANTALVIC®* » (M06).

3.7.1.6 Une posologie ajustable

Les possibilités d'avoir un traitement facilement modulable, adaptable au patient ainsi que la mise en place d'un concept fort à la gériatrie, le « start low and go slow », semblent en regard des qualificatifs utilisés séduire les praticiens « *j'aime bien le tramadol parce qu'avec le TOPALGIC® gouttes, on peut l'introduire progressivement* » (M04), « *j'utilise beaucoup les TOPALGIC® gouttes. Parce que là, c'est variable, c'est génial quoi* » (M06), « *le TOPALGIC® en gouttes, moi je l'utilise bien* » (M07), « *j'trouve que les gouttes de TRAMADOL® on les commence vraiment bas et puis on augmente tout doucement* » (M08), « *j'utilise beaucoup le TOPALGIC® gouttes au départ à priori c'est un truc caennais ça ? (rires)* » (M09).

En résumé, les médecins attachent une grande importance à la flexibilité de la galénique et de la posologie, une relance confirmée par ce médecin « *exactement, enfin c'est comme ça que je l'aurais dit (rires). Très bonne synthèse. (rires)* » (M06).

3.7.1.7 L'incertitude de l'effet de certains médicaments

Un médecin interviewé raconte l'histoire d'une de ses patientes suivie au centre anti douleur et énonce clairement son incertitude sur l'effet de certains médicaments « *j'ai une autre patiente qui sort de euh...qui est aussi à la maison de retraite et qui sort du service de la douleur de Flers où elle a eu les fameux patchs, euh la fameuse perfusion. [...] donc il lui a fait, alors attends, il y avait cinq patchs, un patch sur chaque genou, un patch sur chaque cuisse, un patch sur le ventre (rires), plus les perfusions de kétamine là, donc elle a eu ça pendant cinq jours. Elle est rentrée, le lundi je la vois elle me dit "vous savez docteur, j'y serais allé ou rien c'est pareil"... OK et euh* » (M07).

Dans une autre situation, un deuxième médecin questionne ouvertement l'utilité des antidépresseurs utilisés à visée antalgique « *je ne comprendrai jamais pourquoi les gériatres utilisent euh, certaines molécules [...] les antidépresseurs (silence), parce que j'ai en tête une patiente [...] qui doit rentrer avec un antidépresseur, alors qu'elle fait un AVC, fin qu'elle a fait un AVC avec séquelles où elle est confuse, complètement, et elles me disent elle est douloureuse, on la met sous antidépresseur (silence). OK. Alors je sais que l'antidépresseur fait partie de l'arsenal thérapeutique mais des fois j'ai du mal à percuter sur les prescriptions euh. [...] Je vois pas ce qu'on va lui apporter. Mais bon, ce qui me rassure c'est qu'on est plusieurs sur le coup à penser la même chose, donc on attend qu'elle rentre à l'EHPAD et on va réévaluer nous-même. C'est pas bien (rire) mais c'est comme ça* » (M06).

3.7.2 Facteurs influençant la prescription

3.7.2.1 Frein

3.7.2.1.1 Le patient

D'après les observations du médecin généraliste, le premier frein à la prescription d'antalgique est le patient lui-même. Plusieurs raisons sont mises en avant qu'elles soient liées à sa volonté ou à sa condition.

- La première est liée à la possibilité d'inobservance du patient « *ah bah oui, évidemment. C'est sûr et de toute façon je prescris quasiment jamais quand je sens que les gens ne sont pas adhérents à la prescription, parce que je sais qu'ils n'observeront pas* » (M01), parfois « les

personnes âgées sont compliquées parce qu'ils, (rire), [...]. Voilà ça marche pas au bout de deux jours, alors ils arrêtent, parce que voilà [...] Malgré des explications multiples et variées, ça ne marche pas très bien » (M08).

- La réticence du patient à la prise de certains traitements « *même nos patients eux même sont réticents dès qu'on leur parle de morphine en disant "non j'en veux pas" [...]. Et puis euh, des fois, ils veulent pas de morphine, ça va les faire dormir. Ça va leur faire prendre du poids, euh. Ça va les shooter. Ils ont vraiment l'image de la morphine étant le traitement de dernier recours en soins palliatif quand on est vraiment en fin de vie. Donc c'est vrai qu'il y en a beaucoup qui sont réticents » (M03).*

- La capacité de certains patients à gérer le traitement « *et après c'est sa capacité à gérer le traitement aussi, [...] parce que ceux qui sont à la maison sans infirmière. Je pense qu'il vaut mieux que ce soit des prises fixes pour pas qu'ils se mélangent les pinceaux. [...] je trouve que les gouttes de tramadol [...] à domicile, je ne les sens pas prendre des gouttes, enfin, voilà. Je trouve que c'est plus compliqué de doser les gouttes au domicile » (M08).*

- Une idée d'habitude à la sensation douloureuse « *s'il s'habitue en quelque sorte au statut douloureux » (M05), « je tiens aussi compte de ce qu'il vient chercher parce qu'il y en a on voit bien qu'ils ont mal mais ils ne veulent rien prendre ils veulent rien. "Non mais je continue" » (M09).*

- L'isolement du patient « *un patient isolé après, oui, oui, j'aurais peut-être moins tendance à mettre un petit MORPHINIQUE à petite dose ou des trucs comme ça. Oui, ça c'est sûr » (M08).*

- L'intolérance des effets secondaires de certains médicaments « *celui-là si on l'augmente vous allez dormir encore plus et elle dit "à bah oui mais non je veux pas dormir" (M03), « alors oui la plupart adhèrent, s'il y a des effets secondaires, ils prennent pas leurs médicaments, ça c'est certain » (M05).*

- L'incompréhension de la prise en « *si besoin », « toute façon, à la demande... ils font pas à la demande (rire). Matin midi soir, voilà, [...] si on leur dit vous avez le droit un de plus si vous avez mal, ils vont pas le prendre » (M03).*

- La remise en cause de la parole du médecin, « *ils sont dans leur petite vie et que le médecin de 32 ans qui vous dit alors que lui en a 90, alors c'est bon quoi. Et donc du coup, ça ça arrive aussi* » (M08).

3.7.2.1.2 Les effets indésirables des médicaments

Chez le sujet âgé, les effets indésirables liés à l'utilisation d'antalgiques et notamment des paliers II et III ainsi que des antidépresseurs et antiépileptiques sont fréquents, multiples et variés. A la question « *Qu'est-ce qui limiterait votre prescription chez le sujet âgé ?* », la réponse est unanime : les effets indésirables des médicaments. « *C'est surtout les effets indésirables des paliers II quoi. Les effets indésirables des paliers II font souvent que soit on va rester sur du DOLIPRANE vraiment longtemps [...]. Bah plus les effets indésirables, la somnolence par exemple, ou même nausées, tout ça* » (M08), « *oui oui, c'est les effets indésirables des médicaments [...]. Il y a quand même des effets secondaires, sécheresse de bouche, ça fait dormir aussi, enfin ça ajoute encore* » (M05), « *après quand on passe sur... il y a tous les effets secondaires aussi qu'on retrouve plus fréquemment, les constipations, les confusions, euh, voilà* » (M04), « *et après oui, ses antécédents. Un patient qui a déjà des soucis de constipation je suis un peu réticente à lui ajouter un traitement qui constipe. Le problème c'est que un traitement qui constipe pas, il n'y en plus beaucoup* » (M03), « *souvent on est vraiment limité par tous les effets que ce soit neurologiques, digestifs. Ça c'est fréquent* » (M02).

3.7.2.1.3 Les comorbidités

Les comorbidités souvent nombreuses chez le sujet âgé sont également un autre frein à la prescription d'antalgiques « *il y en a une qui est sous anticoagulant oraux donc on peut pas mettre d'anti-inflammatoires, et de toute façon elles sont un peu trop âgées* (M03), « *la plupart du temps les anti-inflammatoires, on peut pas en donner puisque dans de multiples pathologies et puis 80 ans on va pas donner un anti-inflammatoire* » (M05), « *faut faire confiance au patient, s'assurer qu'il n'est pas trop mnésique pour euh... s'assurer qu'il puisse compter les gouttes aussi, si ça tremble c'est compliqué [...]. dès qu'ils sont multi-pathologiques comme tous nos petits vieux (rires)* » (M06).

« *Et bah on le voit bien, notamment, lorsqu'ils ont des poussées arthrosiques aiguës, hein, la magie des anti-inflammatoires non stéroïdiens sur des durées courtes. Mais qu'on ne donne plus parce qu'on n'ose plus en donner, parce qu'ils ont tous un IEC, un diurétique, ils ont un rein pas normal, un machin. Alors on a l'impression que cette génération de médecin dont vous faites partie, et vous avez probablement raison, par rapport à la nôtre où on a largué ça manu militari et on a foutu des néphropathies, c'est évident, hein, mais on faisait pas attention* » (M11).

3.7.2.1.4 La polymédication

Les personnes âgées ont souvent une ordonnance déjà conséquente. Multiplier les prises médicamenteuses peut également être un frein à toute nouvelle prescription « *on essaye de trouver tout ce qu'on peut, enfin moi en tous les cas j'essaie de trouver tout ce que je peux pour que, hein, ne pas leur donner trop de médicaments parce que ça aussi c'est compliqué parce que quand ils ont... on rajoute des médocs, hein... au bout d'un moment... euh, on se retrouve avec un nombre incalculable* » (M07), « *bah, c'est pas qu'il n'y a pas de moyens, c'est que euh, bah ils sont dans la réalité quoi, ils disent, est ce que je vais prendre des médicaments tous les jours, parce que c'est bien de ça dont il s'agit quoi* » (M11).

3.7.2.1.5 Le médecin

Les médecins expriment également certaines réticences les concernant face à la prescription d'antalgique :

- la peur d'augmenter les dosages « *je vais m'arrêter avant d'avoir finalement atteint la dose efficace. Je vais m'arrêter avant, je vais dire bah non on va pas augmenter plus parce que ça marche pas tant pis* » (M03), « *ouais c'est surtout la posologie qui fait, euh. Tout doux quoi* » (M01). Une explication fournie est la peur de sédater le patient dans son quotidien « *ce qui me fait peur c'est l'endormissement, c'est le côté shooté, ça, ça m'embête un peu* » (M07),

- les opioïdes sont comparés à des contentions physiques par ce médecin « *parce que je me dis, ils n'ont déjà pas beaucoup de repères, si en plus on les shoote, il y a même plus... le relationnel ne devient plus possible non plus. Et moi, ça m'énerve un peu. Un petit peu comme les contentions, qu'on entend toujours et ça, ça m'énerve* » (M07),

- la peur de la dépendance aux antalgiques « *c'est pas que ça me gêne c'est que euh... c'est l'idée de la dépendance, c'est l'idée d'une dépendance qui m'ennuie* » (M07),

- les antalgiques comme cache symptôme « *faut pas se servir des antidouleurs comme cache symptôme et cacher autre chose qui pourrait être plus embêtant* » (M03),

- l'absence de demande du patient « *s'il me dit, non bah je gère, bon bah on va rester sur du paracétamol tout ça* » (M03).

3.7.2.1.6 Le personnel soignant et la famille du patient

Des freins peuvent intervenir de la part du personnel soignant ou de l'entourage du patient amenant le médecin à devoir justifier ou revoir sa prescription « *bah ça dépend, ça peut être de la part des patients, ça peut être de la part oui... ça peut être de la part du personnel de la maison de retraite par exemple en fonction de la famille, ça peut être de la part de la famille qui ne va pas comprendre que le père, le grand-père ou la grand-mère se retrouve effectivement un peu endormi* » (M07).

3.7.2.2 Incitation

3.7.2.2.1 L'impact sur la vie quotidienne

Nous avons déjà mis en évidence l'importance accordée par les médecins interviewés de l'évaluation du retentissement de la douleur sur la vie quotidienne du patient. Ce facteur ressort de manière logique comme étant également un important facteur d'incitation à la prescription « *bah [...] l'impact sur sa vie quotidienne* » (M03), « *enfin juste, tout ce qui est sa vie, euh, ses troubles du sommeil, son appétit, sa mobilité, le moral ou pas, si la douleur, euh, entraîne un repli sur soi... c'est tout ça* » (M05), « *c'est ce que je disais tout-à-l'heure, dès qu'ils ont une perte fonctionnelle, dès que ça perturbe leur vie, dès que ça les empêche de vivre normalement* » (M06), « *je pense que si elles sont handicapantes dans la vie de tous les jours, il faut les prendre en charge, mais bon.* » (M11).

3.7.2.2.2 La demande du patient

D'après le discours des médecins interrogés, il semblerait que le patient intervient lui-même dans la demande de prise en charge et arrive à influencer d'une manière consciente ou inconsciente la prescription « *c'est une grand-mère qui est à la maison de retraite, qui a plus de 90 ans voilà et euh qu'est, qui m'a appelé parce qu'elle avait une douleur sur le côté et qu'elle estimait être en relation avec un zona. [...] je l'ai déshabillée, je n'ai pas vu de plaques, j'ai rien vu du tout, j'ai dit vous savez je ne suis pas sûre que ce soit un zona, c'est peut-être simplement une douleur intercostale. [...] je l'ai mise sous LYRICA®. Elle n'a plus mal du tout, d'autres boutons ne sont pas apparus, aujourd'hui elle est encore persuadée qu'elle a un zona mais bon, c'est pas grave hein* » (M07) ou encore en parlant d'une autre patiente « *et moi j'en pouvais plus de cette dame qui réclamait, réclamait, réclamait à chaque fois qu'elle me voyait c'était "argh". J'ai remis son antidépresseur... parce que c'était plus possible* » (M07).

3.7.2.2.3 Le soutien à domicile

L'aide à la surveillance et à l'administration des médicaments à domicile intervient également dans l'incitation à la prescription d'antalgiques, « *oui bah c'est sûr que par exemple la dame que j'ai vue cette semaine encore là. Il y a les infirmières à domicile, euh, c'est pour ça que j'ai prescrit de la morphine. Je ne l'aurai pas fait sans que les infirmières passent distribuer les médicaments chez elle* » (M08).

3.7.2.2.4 Les demandes des soignants

En plus d'être une aide à la prise en charge de la douleur, les soignants à domicile ou en EHPAD sollicitent le médecin et peuvent l'inciter à prescrire « *la LAMALINE®, euh, bah finalement j'ai même pas testé parce que la consultation d'après en fait les infirmières qui passent la voir euh, pour préparer les médicaments avait coté la douleur à 8/10 plusieurs jours de suite. Donc j'ai voulu passer à de la morphine* » (M08).

3.7.2.2.5 Les demandes de la famille

La famille ou l'entourage du patient apparaît également être un facteur d'incitation à la prescription « *ou au contraire hein, "mon père il souffre, il souffre", "ma mère, il y en a marre, elle souffre, elle souffre à la maison de retraite, on ne s'en occupe pas"* » (M07).

3.7.3 Collaboration avec les médecins spécialistes

Les médecines de spécialité et encore plus dans des territoires où la continuité des soins est menacée « *ah bah pour nous, c'est difficile, ça c'est clair parce que euh... on a des soucis... euh... on n'a pas de service psychiatrique... euh... il est quasiment à l'agonie à Vire donc on n'a pas grand-chose, alors Monsieur **** pour la douleur à Flers, a un petit peu de douleur à Vire et encore que ça dépend des jours, non c'est difficile. [...] J'ai perdu l'idée qu'on puisse avoir des spécialistes en pleine campagne* » (M07) n'apparaissent pas forcément comme une aide à la prise en charge dans un premier temps. Il existe un sentiment d'éloignement vis à vis d'une prise en charge spécialisée « *hum, après on a la possibilité de voir des spécialistes, de voir des rhumato ou le centre anti-douleur, mais ça c'est des listes d'attente toujours assez longues donc euh, c'est toujours un peu plus compliqué* » (M08).

Dans un second temps il existe toutefois un sentiment de réassurance vis à vis de l'avis extérieur « *Ah bah oui dans des cas complexes, oui on a besoin d'être à plusieurs. Et puis ça nous rassure nous aussi sur le fait de pas se tromper et de pas laisser quelqu'un souffrir* » (M04) ; « *oui je*

pense, tout comme j'aime bien aussi des fois que mes patients aillent voir un de mes collègues, des fois c'est vrai que oui des fois je pense que c'est bien d'avoir un avis extérieur » (M09).

3.7.3.1 Le centre anti douleur

Les centres anti-douleur référents dans la prise en charge apparaissent souvent dans les termes choisis comme inaccessibles ou inadaptés aux sujets âgés :

- le délai de prise en charge trop long est le premier frein évoqué *« le rendez-vous est vraiment très lointain » (M02), « bah c'est vrai que il y a des situations où j'aimerais avoir accès plus facilement au médecin de la douleur. [...] Mais c'est vrai qu'ils sont absolument débordés les médecins de la douleur. C'est compliqué » (M03), « le centre anti-douleur, je travaille très très peu avec. (silence) Parce que voilà, le délai d'attente, il y a trop trop trop de délai » (M06),*

- les difficultés liées à un patient souvent peu autonome expliquent également cette impression *« c'est compliqué parce que c'est pareil, parce qu'il faut les déplacer, on est dans la même situation » (M07), « j'envoie très rarement les patients âgés au centre anti douleur, parce que, bon c'est peut être un tort mais, euh, ça prend énormément de temps, c'est des déplacements, des fois c'est difficile pour eux » (M02),*

- le temps administratif nécessaire à la prise en charge par les centres anti-douleur apparaît chez certains médecins être un obstacle à leur sollicitation chez le sujet âgé *« j'envoie très rarement les patients âgés au centre anti douleur, parce que, bon c'est peut être un tort mais, euh, ça prend énormément de temps [...] non parce que c'est la lourdeur, il faut qu'ils leur envoient un dossier, qu'ils remplissent le dossier, ils savent pas toujours comment, euh faire, après faut qu'ils renvoient. C'est un peu lourd pour eux du point de vue administratif » (M02), « le centre anti-douleur c'est ingérable. On ne peut pas, faut envoyer le dossier pour qu'ils puissent nous appeler. Moi j'ai autre chose à faire que de passer du temps à faire de l'administratif » (M06),*

- dans un processus identique à celui qui arrive à faire exister la notion de fatalité dans la douleur du sujet âgé, un médecin évoque ne pas recourir aux centres anti-douleur devant l'impression d'absence de solution existante dans la prise en charge de certaines douleurs *« et c'est vrai que, euh, je sais pas si leur envoyer quelqu'un de 85 ou 90 ans.... J'ai pas l'impression entre guillemet... je vais pas dire que c'est une perte de temps, mais euh, des fois je me dis il va peut-être pas pouvoir faire grand-chose de plus, [...] parce que c'est de l'arthrose et il va peut-être pas... Il va le voir une fois et puis il va lui dire la même chose que moi donc ça sert à rien de l'envoyer » (M03).* Un autre médecin exprime un avis clairement négatif vis à vis des centres anti-

douleur chez le sujet âgé « *mais au final, ils font rien de plus. A part nous les mettre sous antidépresseur et antiépileptique* » (M06),

- Un besoin d'aide dans la prise en charge non thérapeutique de la douleur non retrouvé chez le sujet âgé « *si ça m'est arrivé de faire appel aux centres anti-douleur pour des choses vraiment... très... des douleurs zostériennes, très invalidantes, mais la plupart des cas, là où on est gêné, c'est ce qui est satellite à la douleur. Et là j'ai l'impression que le centre anti douleur il me donne pas tellement de clés pour ça* » (M02),

D'un autre côté, les centres anti-douleur apparaissent chez certains médecins comme un soutien devant l'impasse de prise en charge, un soutien devant les difficultés rencontrées « *donc faut essayer de trouver une solution, et puis bah si je l'ai pas bah, je demande soit à un centre anti-douleur, ce genre de chose* » (M10). Selon le même médecin, c'est une aide « *idéale parce que c'est multidisciplinaire aussi donc euh ça permet un petit peu d'articuler la prise en charge globale* » (M10).

3.7.3.2 La gériatrie

Les services de gériatrie, même s'ils apparaissent plus accessibles « *il faut que j'appelle moi-même les gériatres, prendre contact directement avec les gériatres et on décide d'hospitaliser directement en gériatrie* » (M07) renvoie un sentiment ambivalent aux médecins interviewés.

L'intérêt d'un accueil de jour dans la prise en charge est souligné par ce médecin « *les gériatres du CHU (silence), euh, je les appelle très peu. Pourtant là, c'est un peu plus facile d'accès, mais je les appelle très peu. Je travaille beaucoup avec la Miséricorde (autre service de gériatrie), ça m'arrive beaucoup de les hospitaliser pour... euh [...] ouais ouais en hospit de jour. Voilà évaluation de la douleur, euh là quand j'ai besoin, je demande des hospits très facilement* » (M06)

Mais un sentiment ambivalent est exprimé par ce même médecin « *j'aime beaucoup leur façon de prendre en charge (en parlant du service de gériatrie de l'hôpital privé de la Miséricorde) même mieux que la gériatrie du CHU (rires). Mais non non, j'aime bien ouais* » (M06). Ce sentiment apparaît être lié à l'incompréhension de la prise en charge dans certaines situations malgré un ressenti plutôt positif d'ensemble « *je ne comprendrai jamais pourquoi les gériatres utilisent euh, certaines molécules* » (M06).

3.7.3.3 Les équipes de soins palliatifs

Les réseaux et équipes de soins palliatifs à domicile sont de nombreuses fois cités comme une aide à la prise en charge des patients douloureux et notamment dans les situations complexes « *quand je suis dans des situations complexes, oui. Ou des situations où c'est pas justement... où on est sur de l'angoisse, sur de la douleur. Et s'aider des équipes de soins palliatifs. La douleur c'est important* » (M04), « *j'utilise beaucoup le palliatif, fin le palliatif, l'unité mobile de soins palliatifs même pour un traitement de douleur. Là, j'hésite pas à les appeler* » (M06), « *en plus quand c'est un peu difficile, il y a le réseau ou on s'aide aussi du réseau "prise en charge de la douleur" le réseau RESSOURCES qu'est palliatif mais qui fait aussi la douleur donc euh, voilà* » (M09), « *où là cette fois ci, on fait appel aussi à l'équipe mobile de soins palliatifs, le réseau RESSOURCES pour gérer ces douleurs qui sont assez compliquées donc voilà* » (M10).

3.7.3.4 Les services d'accueil des urgences

Ce médecin d'expérience ayant anciennement exercé dans des services d'accueil des urgences avant de se consacrer à la médecine générale libérale exprime un grief vis à vis des urgences dans la gestion de la douleur chez le sujet âgé « *c'est compliqué hein, parce que là c'est vraiment compliqué (elle tape sur son bureau), ça me pose soucis. Euh parce qu'au jour d'aujourd'hui les services d'urgences ici ne sont pas adaptés. [...] (me coupe dans ma question de relance) L'urgentiste est égal à zéro [...] la vision de la douleur du sujet âgé chez les urgentistes est égale à zéro. C'est-à-dire que j'envoie un patient parce qu'il a mal, c'est pas une urgence, voilà. Ça c'est une certitude. [...] Mais en gros c'est ça, c'est-à-dire que en fonction, pour la douleur chez le sujet âgé c'est pas les urgences qu'il faut, je pense* » (M07).

3.7.4 L'alliance patient-médecin

La prise en charge de la douleur nécessite une collaboration entre le médecin et son patient. Ce lien créé souvent de longue date permet l'adhésion du patient à la prise en charge. Il existe une forme d'éducation thérapeutique ayant pour but de rendre le patient acteur de sa prise en charge. Faire participer le patient semble être un facteur positif « *quand on arrive à, euh, un petit peu débloquer, euh, les situations rien qu'en élaborant un peu avec, euh, la patiente en l'occurrence* » (M02).

Un médecin explique qu'une partie du traitement repose sur la nécessité de faire prendre conscience au patient de l'importance de conserver son autonomie afin de limiter le retentissement de la douleur au quotidien « *la prise en charge, euh, bah je leur dis de se bouger un peu, de pas rester toute la journée, euh, enfin de sortir, de marcher quand c'est possible, de*

conserver leurs activités, le ménage etc., ce qu'elles font à la maison [...] mais il faut souvent, les booster un peu pour... ne serait-ce que ressortir [...] Il faut pas vivre que avec ça, il faut avoir des activités, il faut sortir, il faut voir du monde » (M05).

L'information et l'encouragement donnés au patient vise à minimiser le fatalisme évoqué précédemment « *je vais lui dire, je suis désolé, j'ai pas réussi à trouver une solution aujourd'hui pour vous soulager mais faut pas qu'on laisse tomber* »(M04), les médecins interrogés tendent à lutter contre l'enracinement de la douleur chez leur patient « *à un moment donné, ça va aller mieux, mais qu'il faut savoir oublier, prendre une distance par rapport à la douleur. Il faut pas vivre que avec ça, il faut avoir des activités, il faut sortir, il faut voir du monde, il faut essayer de ne pas penser que à ça* » (M05).

Un médecin évoque l'importance qu'éprouvent les patients à « *l'explication de leurs douleurs. Ça c'est important. "J'ai mal là, c'est quoi?" Donc euh, faut étayer avec des examens complémentaires s'il le faut. Et on le voit bien de toute de façon ici "Ah bah c'est que de l'arthrose (avec un air joyeux) bon, bah laisser tomber quoi" » (M11).*

Faire participer le patient de manière active en le faisant adhérer au projet de prise en charge et à la prise en charge par tâtonnement est une aide « *euh, et initialement on a beaucoup été dans l'adaptation des antalgiques. Donc, on a beaucoup était fixé la dessus* » (M02), « *on va changer, on va switcher pour l'une ou pour l'autre* » (M05).

Cela passe également par un discours franc du médecin investi auprès de son patient pour qu'il ne se sente pas abandonné avec sa douleur « *je me creuse la tête, mais je vois pas de solution... de solution miracle, et je leur dis, il n'y a pas de solution miracle. De toute façon les douleurs, elles seront toujours là mais, euh, on essaye de les atténuer* » (M03).

Cette collaboration s'élargit également à la famille du patient « *des fois, la famille c'est important, non c'est même toujours important et quand on connaît toute la famille c'est bien plus simple pour soigner* » (M07)

Cette situation n'est pas toujours aisée à mettre en place « *parfois c'est complètement débile, parce qu'ils ne veulent pas, être, euh, accro, euh, à la codéine, donc je leur file de la LAMALINE® et c'est de l'opium et il n'y a aucune raison que ce soit moins... mais bon. Voilà, parfois c'est...c'est un leurre mais bon, j'ai essayé* » (M01).

Il peut exister dans cette relation particulière un jeu difficile à appréhender pour le médecin. La douleur n'est plus seulement rattachée au patient mais devient un élément relationnel entre les deux individus « *il y a certaines situations où je me sens vraiment mis en échec. Et où finalement c'est le jeu du patient de me mettre en échec. Et ça veut dire quelque-chose dans la relation. Et ça, c'est plutôt difficile à vivre* » (M02).

3.7.5 Les difficultés

3.7.5.1 Un sentiment de prise en charge partielle

Il existe un élément qui rend difficile le travail du médecin généraliste, l'impression d'avoir une prise en charge dont l'efficacité est partielle ou limitée. Cet élément intervient fortement de manière négative dans la perception générale que peut se faire le médecin face à son patient âgé douloureux « *après la difficulté c'est que (hésitation), enfin le soulagement j'ai l'impression qu'il arrive jamais à être total* » (M02), « *l'autre supporte mais forcément ça ne soulage pas complètement. Donc moi je suis un peu démuni* » (M03) ou encore « *ou alors après quand même, avoir suivi quelques recommandations, ressortir un peu, ils vont dire "ça va un peu mieux", mais il y a toujours un petit fond quand même* » (M05).

Cet élément est à l'origine de frustration dans le travail du médecin « *Euh, bah déjà on essaye plusieurs choses, et si vraiment on y arrive pas, on se sent frustré parce qu'on a pas réussi à les soulager* ». (M04)

3.7.5.2 Un sentiment d'impuissance

L'impossibilité de traiter la cause de certaines douleurs chez le sujet âgé oblige le médecin à se mettre dans une position difficile à justifier face au patient « *étant donné qu'on ne peut pas traiter l'étiologie de ses douleurs, euh, on fait juste du traitement symptomatique [...] bon bah voilà. Il n'y a pas de solution [...] enfin bah voilà, je sais bien que madame truc elle souffre, sur son échelle visuelle elle est à deux/trois, ou sur son échelle numérique, et je sais que je la ramènerai jamais mieux que ça quoi* » (M01), « *C'est vrai qu'on est souvent un peu dans une impasse* » (M05).

Un sentiment d'impuissance peut émerger « *elles ont compris que de toute façon, on pouvait pas faire grand-chose, mais euh, elles sont quand même demandeuses d'un peu de soulagement, mais moi je sais pas quoi faire quoi (rire)* » (M03). Un exemple illustré par ce même médecin généraliste « *on voit souvent, bah oui mais "j'ai mal, j'ai mal, même la nuit" [...]. Alors je leur dis bah ce traitement là on peut pas vous le mettre, celui-là on l'a déjà essayé et vous l'avez pas*

supporté, celui-là si on l'augmente vous allez dormir encore plus et elle dit "ah bah oui mais non je veux pas dormir". [...] je me sens démunie, vraiment démunie. Je comprends leurs douleurs, je compatis, mais euh, je me creuse la tête mais je vois pas de solution [...] Quoi faire ? C'est ça ! » (M03). À la question « Vous sentez vous parfois démunie ? La réponse est sans appel « clairement » (M02).

3.7.5.3 Les difficultés dans le travail pluri-professionnel

Les médecins généralistes font ressortir leurs difficultés à coordonner le travail pluri-professionnel autour d'un même patient, *« tout ce qui est kiné, ergo, psychomotricienne qui est assez simple, SSR, mais qui n'est pas facile à mettre en œuvre en médecine générale, [...] après tout ne tourne pas forcément autour du médical et ça c'est pas simple [...] c'est pas simple de traiter la douleur chronique dans ces cas-là, en libéral, si on veut, euh, comment, dire, faire intervenir des paramédicaux etc. C'est pas forcément ce qu'il y a de plus simple » (M10).*

Un sentiment d'isolement peut faire surface *« à posteriori, je me suis senti très isolée, euh, et je pense que, euh, cette patiente là en particulier, elle aurait eu besoin d'être un peu plus étayée, un peu plus soutenue, peut-être par une équipe, plutôt que moi toute seule. Enfin il y avait des infirmières, on n'était pas seule, j'étais pas seule à passer au domicile. Mais, quelque chose d'un peu plus, euh, d'un peu plus soutenant pour elle » (M02).*

3.7.5.4 Le manque de communication ville-hôpital

Dans ce travail, plusieurs médecins ont souligné le manque de communication entre médecine hospitalière et médecine de ville. Un exemple parmi tant d'autre qui souligne cette impression et qui dessert in fine le patient *« un patient qui sort lui aussi de l'hôpital, qui est donc là hyperalgique. Il y a intervention il y a 15 jours pour une vis plaque sur fracture du col (circonspect puis rigole). Je cherche pas je suis pas chirurgien [...]. Du point de vue de la douleur, elle est sortie avec OXYNORM si besoin, 5 mg point. Et l'ordonnance euh, j'ai pas réussi à la récupérer » (M06).*

3.7.6 Prise en charge non médicamenteuse

Plusieurs médecins mettent en avant le fait que *« après tout ne tourne pas forcément autour du médical et ça, c'est pas simple » (M10).* Nous avons vu précédemment que le travail pluri-professionnel reste un élément de prise en charge difficile à mettre en place et ce même si cet élément apparaît comme important aux yeux des médecins interrogés. *« Il n'y a pas que les médicaments, effectivement, qui vont rentrer dans la prise en charge de la douleur [...] Oui oui,*

mais est ce que la prise en charge ne doit être que médicamenteuse, sûrement pas ! » (M05).

L'infirmière à domicile ou celle des EHPAD occupent une place primordiale dans l'aide à la prise en charge de la douleur « je l'ai fait ce matin, euh, là on vient d'ajuster, j'ai encore une infirmière pour autre chose, elle m'en a parlé, en me disant bah voilà, en mettant mon OXYCONTIN® et une autre dose le soir pour la nuit, mes inter-doses on en a plus besoin [...] et lui dire tu peux aller le voir parce que là ce que en dit la famille l'entourage, j'ai des infos ça colle pas quoi » (M06), « donc c'est bien euh par exemple quand la personne est entourée, qu'il y a quelqu'un avec elle, ou si c'est pas possible demander à ce qu'une personne paramédicale, une infirmière puisse passer pour donner les médicaments, évaluer la douleur » (M10).

Un autre médecin aimerait que les infirmières soient plus impliquées dans l'évaluation de la douleur « je pense que ça serait génial pour notre profession, ça serait que ce soit les paramédicaux qui évaluent pour une bonne partie la douleur en tous cas qui fasse les réévaluations, parce que c'est variable dans le temps » (M01).

La kinésithérapie et la psychothérapie comme aide à la prise en charge de la douleur « après si, mais c'est plus au niveau paramédical, avec de la kiné, ou des choses comme ça » (M08), « cependant au niveau fonctionnel, euh, elle récupérait relativement bien avec la kinésithérapie » (M02), « mais parfois je suis pas psychothérapeute donc c'est difficile [...] je demande, euh, ça peut aussi passer par la prise en charge, euh, psychologique » (M10).

Les médecines parallèles ont également été évoquées avec quelques limites « bah pourquoi pas les rebouteux ou autres magnétiseurs. Si ça marche moi je veux bien. J'ai pas eu trop trop le cas non plus je pense comme ça. (réflexion), non je sais pas trop. J'ai pas eu trop trop de, euh. Après si pourquoi pas les autres rebouteux ou magnétiseurs, pourquoi pas ouais. Je n'y vois pas d'inconvénient tant que ça devient pas un gouffre sans fond au niveau financier mais euh, sinon ouais, pourquoi pas » (M08).

Les cures thermales sont parfois une solution efficace « non il y a un truc dans la douleur chronique arthrosique du sujet âgé, ça ils aiment bien et ça c'est vrai que ça passe bien, c'est les cures (rire). Ça ils aiment bien, parce que, ils partent en vacances quoi en gros et ils vont vachement mieux en rentrant » (M11).

3.7.7 Les objectifs

L'autonomie est le premier objectif rapporté par les médecins interviewés « *je fais en sorte que son quotidien soit correct. Faire son beau jardin et puis voilà* » (M01), « *Bien entendu, enfin moi je crois, c'est que la personne elle puisse continuer ce qu'elle a à faire. Tu ne vas pas demander la même chose à un jeune de trente ans et à une grand-mère de 90 ans. Si la grand-mère de 90 ans, elle arrive encore à tricoter et... bah je suis contente voilà, bah c'est moi je suis contente, voilà. (sourire)* » (M07).

Soulager le quotidien « *faut au moins essayer au maximum de soulager pour la patiente ou le patient son quotidien quoi* » (M04) à travers la recherche du meilleur équilibre bénéfice/risque « *mais si on peut améliorer un petit peu sans en dégrader à côté leur qualité de vie et sans amener trop d'effets secondaires* » (M03).

Entourer le patient « *la famille, le kiné qui va venir les faire marcher, l'infirmière... Qu'il y ait autour d'eux, euh, enfin qu'il ne soit pas isolé. Qu'il y ait plusieurs intervenants au cours de la journée* » (M05).

3.8 La place du médecin traitant

3.8.1 Avantage à la prise en charge

3.8.1.1 La connaissance du patient

Au fil du temps, le médecin généraliste apprend à comprendre et à connaître ses patients, sa vie intime, ses conditions de vie « *après on connaît les gens effectivement, on sait dans quelles conditions ils vivent, on connaît leurs habitudes, on sait s'ils sont plutôt du genre à sortir, à bricoler, à jardiner ou s'ils sont plutôt du genre casanier et ça permet aussi de, d'évaluer leur ressenti vis à vis de la douleur, de mieux gérer* » (M03).

Ce regard familial aide à sentir des éléments non exprimés par le patient « *certains patients, juste parce qu'on les voit souvent, juste en rentrant dans la chambre on va sentir qu'il y a une douleur, qu'il est inconfortable parce qu'on a l'habitude de le voir, de voir qu'il est crispé ou autre* » (M04) ou encore « *bah pour connaître le patient effectivement, oui, je pense que oui, oui, oui. On voit dès qu'il rentre s'il souffre ou pas, s'il a un sourire ou pas, enfin bon, on le connaît* » (M05)

Cette connaissance tient à l'expression non verbale de la douleur et à une évaluation implicite des éléments considérés comme des représentations de la douleur « *après ça peut être intéressant parce que quand on voit la personne, quand on connaît les gens, on sait quand ils sont pas biens aussi. Enfin, on le voit aussi même au faciès, au comportement, des choses comme ça. On va voir qu'il y a des choses qui ne vont pas aussi, donc ça peut être une aide dans certains cas aussi* » (M08).

Cette relation construite avec les années permet un discours libre entre le praticien et son patient « *la plupart, je les connais depuis de nombreuses années. Quand ça va pas, ils le disent et quand ça va mieux, ils le disent* » (M05).

Des éléments du quotidien qui pourraient sembler anodins prennent une autre dimension dans le cabinet de son médecin généraliste « *on les connaît bien en général. Donc on arrive rapidement à évaluer vraiment leur perte fonctionnelle. Je sais pas, j'ai pas en tête un truc, mais la table d'examen elle est électrique donc même des fois leur dire, ils vont me dire bah "baissez la plus" "non c'est pas la peine". Donc s'ils me demandent de la baisser plus. Je vais leurs dire, ah bon ? Vous avez mal quelque part? « Ah bah oui j'ai mal au dos, j'ai mal aux genoux". Ah tiens !* » (M06).

La relation n'est pas à sens unique, le médecin lui aussi s'avoue plus à l'aise dans sa pratique avec un patient qu'il connaît depuis de nombreuses années « *de la même façon hein, moi mes patients que je suis depuis très très très longtemps, que j'ai vu vieillir. Je suis plus à l'aise avec eux et je suis plus à même d'apprécier si vraiment ils ont des douleurs quand je les ai connus avant, bien, valides, ou euh, enfin voilà je les connais* » (M11).

3.8.1.2 Plusieurs consultations pour un problème

Un avantage certain de l'exercice de la médecine générale est la possibilité de multiplier les consultations pour un même patient, de voir la situation évoluer, de pouvoir se faire une idée puis de la faire évoluer « *j'ai du temps, j'ai plusieurs consultations pour évaluer les choses. Mon ressenti peut évoluer aussi [...], mais finalement il n'y a jamais d'urgence à évaluer la douleur sur une seule consultation. On peut revoir* » (M02).

Un constat fait à l'inverse des médecins spécialistes « *bah oui oui oui, c'est ça. Pour évaluer l'efficacité, la tolérance, bah oui oui, c'est quand même le médecin généraliste qui va être le plus à même. Parce que le gériatre il va pas voir le patient tous les quinze jours pour la tolérance ou l'efficacité* » (M03).

3.8.1.3 La connaissance de la famille

Le médecin généraliste par sa place de médecin de famille ou par sa proximité du patient a un accès privilégié avec l'entourage du patient « *c'est une certitude, ce qui m'aide surtout beaucoup c'est quand on connaît toute la famille de pouvoir faire adhérer toute la famille au traitement qu'on instaure* » (M07). Ce lien fréquemment évoqué est un outil important et permet « *de voir si il y a un petit moins bien. Et on connaît la famille, les enfants qui peuvent aussi nous dire si elle est mieux ou moins bien* » (M03).

3.8.2 Limite dans la prise en charge

3.8.2.1 Une forme de lassitude de la plainte

Devant la chronicité de certaines douleurs, le patient en vient à exprimer et ré-exprimer sa plainte douloureuse au fur et à mesure des consultations « *moi j'ai l'impression que chez les petites mamies, euh voilà, ou les petits papys que je soigne, c'est que effectivement c'est leurs douleurs, j'ai l'impression d'avoir entendu quinze fois ce qu'il me raconte* » (M01).

La répétition du discours du patient peut avoir un effet insidieux rapporté par la majorité des médecins interviewés « *ça remet en question la façon dont j'ai pu interpréter les symptômes et puis la façon peut être aussi dont j'ai pu au bout d'un certain temps, euh, comme lassé de sa plainte. En fait, euh, quand cette plainte elle revenait à chaque fois, euh, au bout d'un moment, euh, c'est pas qu'on y fait plus attention (réflexion), si, on y prête moins attention en fait* » (M02).

Toute nouvelle plainte devient alors plus difficile à entendre pour le médecin traitant et perturbe l'objectivité de son travail « *alors la connaissance que j'ai du patient, euh, des patients qui sont beaucoup dans la plainte, c'est parfois difficile d'entendre une autre plainte. Euh, ou alors on la range avec les plaintes habituelles de ce patient qui se plaint toujours. Et ça, ça peut jouer des tours. En tous cas moi ça peut me jouer des tours* » (M02), voire empêche le recul nécessaire à la prise en charge de certains patients « *parfois le fait de connaître les gens c'est pas forcément bien non plus, parce que du coup on a moins de recul sur des choses qui se passent. Je pense qu'il faut faire attention parce que quand on connaît, qu'on va voir régulièrement les gens, surtout les personnes âgées finalement, on les voit quand même assez souvent mine de rien [...]. Bah le fait de trop les connaître et de pas faire attention aux plaintes, à toutes les plaintes, parce que parfois il y en a plusieurs et du coup euh, de pas toujours aller à l'essentiel parfois* » (M08).

Les conséquences rapportées à cette forme de lassitude de la plainte douloureuse seraient néfastes pour le patient « *cette lassitude de voir la patiente, je sais pas ça fait dix fois qu'on la voit pour la même douleur de genou et qu'on arrive pas, voilà, là ça peut être un... plutôt quelque chose de négatif ou une perte de chance parce que on peut aussi avoir tendance à laisser tomber ce qui est pas bien* » (M04) et peut agacer le médecin et altérer son rapport au patient « *alors là elle va vite m'user je pense (rire). Parce que rien ne fonctionne. Je pense que mon confrère en avait un peu ras-le-bol (rire). Moi j'ai beaucoup de patients, on se demande combien de temps ça va durer* » (M05).

« *Donc voilà, le fait de connaître les gens c'est pas toujours un avantage* » (M08).

3.8.2.2 Défaut de formations

La prise en charge du sujet âgé de manière générale nécessite la connaissance de certaines spécificités gériatriques. Des médecins interviewés estiment que l'appréhension de la pensée du sujet âgé nécessite d'autres outils, différents de ceux utilisés en population générale « *oui je pense que la gestion des émotions du patient âgé c'est difficile, enfin j'en sais rien. J'ai très peu d'outils, de psycho-gériatrie qui me permettent de... enfin je trouve que sur cet aspect-là je suis très limité* » (M02) ou « *après ce qui est difficile (hésitation) parfois peut être on n'a pas les outils pour appréhender le vécu de ces patients âgés* » (M02).

Certains expriment un manque de connaissances sur les spécificités liées à la douleur du sujet âgé « *bah non j'ai pas l'impression, que ça gêne. A part peut être le fait d'avoir [...] moins de compétences parce qu'on connaît pas toutes les échelles.* » (M03) et à la prise en charge gériatrique « *après si l'avis du médecin gériatre peut aussi être intéressant. Parce que nous on les connaît bien mais on peut parfois aussi par le reste de leurs pathologies. Et le médecin gériatre, lui, il a plus l'expérience de la personne âgée. Il a une vision peut être un peu plus globale. Il s'intéresse d'avantage à l'autonomie, tout ça* » (M03).

3.8.2.3 Le temps de consultation limité

Le manque de temps est une autre limite à la prise en charge de la douleur du sujet âgé en médecine générale avancée dans les interviews. Les consultations du sujet âgé sont chronophages et le temps alloué à la douleur s'en voit amputé « *oui, le temps de consultation qui fait que...euh, c'est parfois la prise en charge du patient âgé avec la lenteur qui fait que, euh, ne serait-ce que pour le faire déshabiller. Pouvoir évaluer cliniquement, correctement le côté somatique des choses, ça ça prend un temps conséquent dans la consultation* » (M02).

3.9 Solution pour une meilleure prise en charge

Les médecins ont exprimé lors des entretiens des éléments qui semblent être pour eux des solutions pour une meilleure prise en charge de la douleur chez le sujet âgé.

3.9.1 Prise en charge pluri-professionnelle

Une solution fréquemment rapportée est l'inscription du projet de soins à travers une évaluation et une prise en charge pluri-professionnelle « *je pense que ça, ce serait génial pour notre profession, ça serait que ce soit les paramédicaux qui évaluent pour une bonne partie la douleur en tous cas qui fassent les réévaluations, parce que c'est variable dans le temps* » (M01) qui permettrait « *d'avoir un soutien [...] peut être autre que le mien. D'une prise en charge peut être plus collégiale aussi* » (M02).

Un médecin interviewé a également mis en avant le rôle des médecins coordinateurs dans la prise en charge des patients en EHPAD. « *Parce qu'il y a un médecin-co qu'est super sympa avec qui on s'entend bien pour bosser qui m'a dit il faudrait que tu fasses ça ça et ça, qu'est gériatre* » (M06).

L'objectif idéal est de former « *une équipe : donc ça veut dire avec une aide-soignante, un infirmier, un médecin-co, un médecin... donc un médecin traitant* » (M06).

3.9.2 Meilleur accès à la prise en charge non médicamenteuse

Nombreux sont les médecins interrogés qui reconnaissent l'efficacité des prises en charge non médicamenteuses chez le patient âgé douloureux « *la prise en charge de la douleur, ça ne se résume pas que au médicament. Donc euh, c'est peut-être là où il faut l'intervention de différents acteurs et on sait qu'en médecine de ville c'est plus compliqué* » (M10). « *Oui oui, mais est ce que la prise en charge ne doit être que médicamenteuse, sûrement pas. (silence)* » (M05). « *Je pense que des fois, de la relaxation et un soutien psychologique, je pense que ça pourrait être bien aussi pour aider* » (M09).

3.9.3 Les formations sur la douleur

La prise en charge non médicamenteuse nécessiterait parfois aussi une formation préalable à leurs prescriptions « *probablement que ce qui nous manque beaucoup, ce sont des connaissances sur les prises en charge annexes. C'est vraiment quelque-chose à prendre en compte* » (M02).

3.9.4 Meilleur accès à la consultation anti-douleur

Certains médecins estiment qu'un meilleur accès aux centres anti douleur permettrait une meilleure prise en charge chez le sujet âgé. « Avec les centres anti-douleur, essayer d'avoir des rendez-vous plus rapidement, ça serait bien » (M10).

3.9.5 La télémédecine

Un médecin interviewé exerçant en zone rurale voit la télémédecine comme une opportunité d'amélioration des soins rendus dans la prise en charge de la douleur « *peut-être que pour la douleur ou des choses comme ça, il faudrait peut-être un espèce de consultation où nous, les médecins généralistes, on serait sur place et puis on discuterait par téléphone par caméra, parce qu'on veut, avec le spécialiste qui serait ailleurs et qui pourrait nous donner des idées, des conseils, peut-être ? Je pense que c'est plutôt vers ça que je me tournerai, moi* » (M07).

3.9.6 Une équipe mobile douleur

Structure inexistante à ce jour, un médecin verrait l'utilité de la création d'une équipe mobile de prise en charge de la douleur chez le sujet âgé « *le monde idéal ce serait d'avoir une équipe mobile douleur, pas palliative, douleur* » (M06).

3.9.7 Des traitements plus adaptés

Finalement, une idée qui est encore à ce jour utopique, mais peu évoquée par les médecins interviewés, serait d'avoir « *des traitements qui ne constipent pas, qui ne rendent pas somnolent, qui ne les rendent pas confus et qui marchent bien* » (M03).

3.9.8 Échelles non cotées, non rémunérées

Un des médecins interviewé estime que « euh, en médecine générale, le nerf de la guerre c'est quand même les choses cotées. Les échelles d'évaluation de la douleur ne le sont pas encore, on n'a pas de cotation spécifique, on ne peut pas se permettre de passer une demi-heure ou trois quarts d'heure, euh, à le faire. Euh, pour la psychiatrie, la dépression, ça a été coté, ça a tout changé, parce que maintenant, voilà. Moi j'ai des patients qui ont des problèmes psychologiques et tout ça. Du coup, je leur dis bah faudrait faire une échelle de dépression. Les gens reviennent pour ça, c'est un acte qui est coté, et puis, euh, bah du coup il n'y a pas de soucis. C'est pas le cas pour la douleur, et c'est sûr que ça peut être une perte effective. » (M01).

4 DISCUSSION

4.1 Validité de l'étude

4.1.1 Choix de la méthode

Dans le but d'explorer une thématique peu étudiée, l'enquête qualitative par entretiens individuels semi-structurés (également dits semi directifs) a semblé être la méthode la plus adaptée. Le but étant d'explorer les représentations de la douleur du sujet âgé chez les médecins généralistes et de s'intéresser aux causes et aux logiques qui guident les comportements médicaux. L'entretien individuel semi-structuré permet de se saisir du discours et de l'expérience des personnes. Il est peu limitant quant au recueil des réponses et permet de mettre en avant les représentations personnelles des sujets en libérant leur parole sans qu'elle soit orientée par les représentations de l'investigateur. L'objectif est ici de faire émerger des hypothèses nouvelles.

4.1.2 Limites de l'étude

4.1.2.1 Biais de sélection et de recrutement

Le premier médecin recruté l'a été par l'intermédiaire d'un médecin tiers. Ce mode de recrutement présente le désavantage d'ajouter à la sollicitation de l'investigateur une demande amicale tierce pouvant influencer l'échange et les réponses données.

L'échec dans la mise en place d'un échantillonnage en chaîne (séquentiel) encore appelé échantillonnage en boule de neige à partir du premier participant peut représenter un défaut méthodologique important. Il a ensuite été réalisé un échantillonnage par le site internet des pages jaunes, comme décrit dans la section (matériel et méthode), recherchant progressivement une variation d'échantillonnage concernant la zone d'exercice.

Le recrutement par démarchage téléphonique a également amené un biais de sélection, le nombre de refus important lors des sollicitations laisse à penser que les médecins inclus sont plus sensibles au sujet de ce travail. Les motifs avancés de refus de participation étaient : en premier lieu, le manque de disponibilité pour se prêter à l'enquête, un désintérêt pour le thème de l'enquête, un désintérêt pour la gériatrie et le sujet âgé, le sentiment de ne pas avoir d'informations pertinentes à apporter.

Il aurait été préférable d'appliquer un échantillonnage en variation maximale pour favoriser la diversification des perceptions et des opinions avec identification des variables pertinentes pouvant influencer les résultats afin de faire émerger un plus grand nombre d'hypothèses nouvelles.

4.1.2.2 Biais d'investigation et de prévarication

Tous les entretiens ont été assurés par un investigateur unique et inexpérimenté. Cependant, le fait de réaliser seul les onze entretiens a permis de gagner en confiance, en fluidité, en capacité de relance, la mise en confiance des sujets pour optimiser la qualité des entretiens et la variabilité des réponses. Cependant, malgré la volonté de neutralité et de ne laisser paraître aucun jugement pendant les entretiens, l'inexpérience de l'investigateur a pu mener à la suggestion, ou à l'orientation des réponses des sujets inclus, secondairement interprétés à tort.

4.1.2.3 Biais de mémorisation

Un biais de mémorisation a pu exister lorsque les médecins évoquaient leur perception de la douleur du sujet âgé au début de leur exercice médical. Ce défaut de mémorisation semble minime dans cette étude en regard d'une population relativement jeune.

4.1.2.4 Biais d'interprétation

Le fait que l'investigateur ait connaissance de l'objectif de l'étude peut se révéler être un biais dans l'analyse et le codage des informations en thèmes et sous-thèmes. Cependant, une triangulation des résultats par double codage a été réalisée afin de limiter ce biais.

4.1.2.5 Biais externes

L'investigateur ne rapporte pas de biais externe. Tous les entretiens se sont déroulés au cabinet des médecins inclus, sans la présence de tiers, afin de limiter le rôle de l'environnement dans les réponses.

4.1.2.6 Limite de la variabilité des répondants

Les médecins inclus dans cette étude sont pour la majorité de jeunes médecins récemment installés. 55 % des médecins ont moins de 40 ans et 64 % d'entre eux sont installés depuis moins de 5 ans dans leur propre cabinet. Les médecins en milieu de carrière, entre 10 et 20 ans d'expérience, sont sous-représentés.

4.1.3 Forces de l'étude

4.1.3.1 La saturation des données

La saturation des données s'est faite au 10^{ème} entretien ce qui laisse supposer une variabilité importante des sujets inclus et l'absence de nouvelle hypothèse manquante sous réserve du biais d'investigation.

4.1.3.2 La triangulation des résultats

Pour renforcer la validité interne de l'étude, une analyse croisée a été réalisée par une jeune médecin généraliste ayant une expérience en recherche qualitative. Cette tierce personne a pu analyser l'ensemble des verbatims sans connaître la grille d'entretien ni la question de recherche.

4.1.3.3 La transposition des résultats

Lors de la rédaction du compte rendu des résultats, le rédacteur a cherché lors du passage à l'écrit à privilégier la rédaction selon un modèle scientifique objectif. L'investigateur s'est tout particulièrement attaché à retranscrire toutes les données de la manière la plus fidèle possible pour chaque entretien en y annotant les hésitations ainsi que les expressions non verbales le jour même des entretiens. Le codage des données inclut, dans son analyse, les données non verbales.

4.1.3.4 Impression sur les participants

Il a été constaté une bonne adhésion des onze participants. Si les questions de relance n'étaient pas toujours idéalement exprimées par l'investigateur, l'impression de celui-ci a été que les participants ont toujours eu la volonté d'enrichir et de développer leurs réponses montrant leur intérêt pour le sujet. Nombreux sont ceux qui ont laissé transparaître leur curiosité vis à vis des résultats de l'étude. Une version numérique de ce travail leur sera adressée.

4.2 Comparaison des résultats avec la littérature, discussion et analyse

4.2.1 La littérature

Une étude qualitative réalisée par le CREDOC pour la DREES dans le cadre de la préparation du 3^e plan de lutte contre la douleur a voulu analyser les perceptions du patient et du soignant dans la prise en charge de la douleur du sujet âgé et les interactions mises en œuvre. L'enquête a été menée auprès de 25 sujets âgés de 73 à 93 ans et 25 médecins, infirmières ou aides-soignantes impliqués dans les soins apportés à ces patients en 2005 (21). Cette partie (4.2.1) rassemble les éléments communs révélés par l'étude du CREDOC et la présente étude.

4.2.1.1 La douleur, une fatalité associée au vieillissement ?

L'étude du CREDOC pose la question de l'existence d'une forme de fatalité venant du patient vis à vis de sa douleur. Dans cette étude, les personnes âgées avaient tendance à intérioriser et se montraient peu revendicatives en matière de soins. Les auteurs mettent également en avant la banalisation de la douleur qui existe chez les sujets âgés, elle est associée à la vieillesse et il n'y a pas de remède. La douleur serait avant tout ressentie comme une preuve de vie et être en capacité d'y résister attesterait d'une vitalité active.

4.2.1.2 Une pharmacopée aux effets secondaires gênants et partiellement efficaces

Les personnes âgées se montrent réticentes à l'égard de certaines thérapeutiques et notamment des morphiniques et antidépresseurs. Elles attribuent à ces traitements des effets secondaires gênants : somnolence et perte d'équilibre entre autres. Les cas où le soulagement est partiel, peu stable dans le temps et où les douleurs reviennent de manière épisodique sont fréquents.

La plupart des personnes âgées préfèrent éviter les prises médicamenteuses trop importantes. Face à la douleur, elles auraient tendance à prioriser certains médicaments, prenant préférentiellement leurs traitements pour la tension ou pour le diabète. La prise des antalgiques devient secondaire et n'est pas la mieux observée, en particulier pour les prises ponctuelles. Les personnes âgées ont souvent tendance à stopper ou ralentir leur prise quand la douleur est calmée : globalement elles sous-dosent leurs traitements par rapport aux posologies prescrites par le médecin.

4.2.1.3 Une évaluation de la douleur qui demeure difficile

L'étude du CREDOC a également montré que dans beaucoup de situations, le discours des personnes âgées était court et insuffisant pour mesurer leurs états douloureux. Les médecins éprouvent des difficultés à interpréter ce silence et à évaluer l'intensité de la douleur. L'étude met également en avant la faible utilisation des échelles en ville ou à domicile. Le recours à des questionnaires détaillés et à des schémas corporels pour faciliter la localisation des zones douloureuses semble restreint aux spécialistes des centres anti-douleur.

4.2.1.4 Tâtonnement pour l'adaptation du traitement

Un grand nombre de personnes âgées ne combattent leurs douleurs qu'avec des médicaments courants comme les antalgiques de palier I mais face aux effets secondaires fréquents, le réglage de la prescription se fait manifestement par tâtonnement au rythme des visites mensuelles ou trimestrielles du médecin. Les généralistes, très prudents dans la prescription de morphiniques,

feraient souvent l'impasse sur ce type de traitement pour ne pas courir le risque d'accident à domicile.

4.2.1.5 L'absence de recours aux spécialistes

Dans l'étude du CREDOC, les médecins admettent qu'il leur arrive d'être démuni et que l'insuccès total n'est pas rare dans le traitement de la douleur. Le relais avec les spécialistes est complexe et assez rare. Recourir à une consultation en centre anti-douleur est très peu répandu pour les personnes âgées. Les difficultés pour obtenir un rendez-vous, mais aussi l'éloignement de ces centres, sont dissuasifs. Les médecins généralistes ne semblent pas tous convaincus de l'apport des spécialistes, notamment des centres anti-douleur. D'autre part, ils ont du mal à convaincre les personnes âgées de se mobiliser dans une démarche de consultation supplémentaire. Globalement, les généralistes rencontrés dans cette étude n'ont pas une grande pratique d'échange et de travail en réseau en matière de douleur, que ce soit avec les spécialistes de la douleur ou avec les soignants à domicile.

4.2.2 Ce qui semble nouveau

4.2.2.1 La fatalité chez le médecin

Dans notre étude, cette idée semble émerger chez les médecins interrogés et peut se définir comme un élément limitant la bonne prise en charge des douleurs du sujet âgé. Il existe une forme de fatalisme chez le médecin lui-même vis à vis de la douleur du sujet âgé. La normalisation de ces douleurs pourrait provenir des représentations que se fait le médecin de la personne âgée. Aujourd'hui la personne âgée souffre encore d'une vision que l'on pourrait caractériser de négative. Les termes souvent associés aux sujets âgés douloureux sont : complexe, poly-pathologique, en perte d'autonomie, vulnérable, isolé, plaintif et négligé par la société avec une fin de vie inutile, institutionnalisée dans des lieux parfois considérés comme des mouiroirs. En dehors de la douleur aiguë, le patient est décrit comme résigné à sa douleur, minimisant ses symptômes voire peu observant par crainte des effets indésirables de certains médicaments. La récurrence dans le discours du médecin et celui rapporté du patient d'une idée devenue banale « la douleur chronique est le sort du vieillissement » marquent certaines faiblesses dans la considération et le traitement de la douleur du sujet âgé. Faire évoluer les représentations associées à la douleur et aux sujets âgés participerait à une avancée dans la prise en charge de la douleur du sujet âgé. La douleur et plus particulièrement la douleur chronique est aujourd'hui définie comme une maladie au même titre que le diabète ou l'hypertension artérielle et devrait bénéficier des mêmes considérations et inquiétudes.

4.2.2.2 La complexité ressentie

Comme nous l'avons vu dans les résultats, il existe de nombreuses formes de douleurs chez le sujet âgé. Ces douleurs sont d'étiologies et de physiopathologies multiples. Ces dernières n'étant que rarement uniques chez une même personne, plusieurs types de douleurs coexistent et s'expriment de manière aiguë et chronique. Leurs intensités sont de règle fluctuantes et évoluent dans le temps. Les manifestations atypiques comme les troubles du comportement et les troubles du sommeil sont fréquents. En association à la démence ou à la dépression, elles agissent comme des éléments venant complexifier la présentation des douleurs. De ces caractéristiques physiopathologiques mixtes, découle une expression propre au sujet âgé rendant l'évaluation exhaustive de la douleur difficile et longue. Il apparaît nécessaire dans le but d'améliorer la prise en charge globale que les médecins généralistes se dotent d'outils diagnostics spécifiques au sujet âgé afin de mieux appréhender les phénomènes douloureux. Ces outils nécessitent cependant, d'après les impressions recueillies et les recommandations d'utilisation, une formation préalable à leurs bonnes utilisations. En effet, la douleur et les spécificités gériatriques ne bénéficient que de peu d'heures d'enseignements théoriques durant les études médicales. Les médecins interrogés dans cette étude ayant bénéficié de formations en gériatrie ou sur la prise en charge de la douleur, qu'elles soient brèves ou complètes, s'avouent plus confiants dans leur prise en charge. Il semble que pour mieux appréhender la spécificité et la complexité de ce syndrome gériatrique, il serait nécessaire d'y allouer plus de temps de formation aussi bien durant les périodes universitaires que professionnelles.

La complexité de la douleur du sujet âgé soulève également une question sur le temps nécessaire à sa bonne prise en charge. Elle nécessite en effet un temps d'évaluation conséquent que les médecins interrogés estiment difficile à incorporer dans une consultation ambulatoire. Un des médecins met également l'accent sur l'absence de cotation et le manque de rémunération du temps dévoué à la prise en charge de la douleur chez le sujet âgé. Alors que d'autres pathologies voient leurs prises en charge revalorisées telles que la prévention et la contraception chez l'adolescente, l'obésité de l'enfant, ou les consultations complexes en suite d'hospitalisation pour pathologies chroniques, la douleur du sujet âgé bénéficierait d'une telle valorisation dans la nomenclature des actes du médecin généraliste.

4.2.2.3 Le retentissement des douleurs

Ce constat d'une nécessité d'amélioration de la prise en charge du sujet âgé découle directement du retentissement qu'entraînent les douleurs chez leurs patients. De la perte de fonctionnalité entraînant handicap et institutionnalisation précoce, à la cascade gériatrique comme facteur négatif de morbi-mortalité jusqu'au suicide, la douleur est un facteur pronostic péjoratif prédominant chez le sujet âgé.

Il existe également un retentissement chez le praticien. Le sentiment de complexité, partagé par les médecins interrogés, amène parfois à un constat d'échec lourd de sens. Les difficultés entraînent parfois de l'usure, de la colère, un sentiment de pénibilité voire d'isolement face à certains patients. Cependant en dépit d'échecs exprimés, d'une certaine forme de fatalité et d'un ressenti difficile face à certaines situations, les médecins expriment une forme d'obligation à prendre au mieux en charge leurs patients.

4.2.2.4 L'évolution du regard

La prise en charge de la douleur et notamment de la douleur chronique du sujet âgé est une entreprise complexe qui nécessite, dans son approche, une certaine maturation intellectuelle. Les différentes composantes inhérentes à ce syndrome gériatrique englobent des notions diverses et sont aussi bien personnelles, éthiques que philosophiques. La douleur est un symptôme ou une maladie subjective mais sa prise en charge se veut pourtant objective. Elle doit témoigner d'une forme de curiosité et d'empathie vis à vis du patient, mais nécessite souvent une prise de distance face aux biais cognitifs et aux réactions de contre-transfert énoncés par certains médecins. L'intégration et la compréhension de ces concepts doivent également se compléter d'une maturation de la pratique en matière de gestion des antalgiques et des moyens non médicamenteux. En effet, beaucoup de médecins interrogés expriment un manque de confiance dans la manipulation de certaines molécules chez le sujet âgé. Cette notion est fréquemment ressortie lors des interviews et cela s'explique probablement par le fait que la population médicale incluse dans cette étude est relativement jeune.

Ces items nécessaires à une meilleure prise en charge ne sont pas figés dans le temps et évoluent avec l'expérience comme le témoignent certains médecins. Les échanges entre professionnels, le vécu personnel de la douleur, l'indignation face à certaines situations et les années qui passent renvoyant au médecin sa propre image du vieillissement participent à cette maturation.

4.2.2.5 La consultation du sujet âgé douloureux

La douleur reste une plainte fréquente en consultation de médecine générale chez le sujet âgé. Certains médecins estiment que presque 100 % de leurs patients âgés sont douloureux. Une idée surévaluée quand on regarde les données de la littérature mais qui semble souligner le nombre de consultations grandissantes qu'entraînent les douleurs du sujet âgé. Cette perception se heurte aux difficultés inhérentes à la prise en charge ambulatoire limitée par un facteur temps prépondérant. De nombreux médecins estiment être limités dans leur temps de consultation, intégrer l'évaluation rigoureuse et la prise en charge de la douleur semble difficile dans une consultation de 15 minutes déjà amputée du suivi et de l'examen habituel. L'utilisation d'échelle d'évaluation de la douleur jugée comme chronophage ne trouve pas sa place en médecine ambulatoire. Cependant, il semblerait possible de solliciter le patient afin de le faire revenir dans une consultation qui serait dédiée à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur, laissant la place à l'examen clinique, à l'utilisation d'échelle d'évaluation et à la recherche du retentissement afin d'inclure le patient dans une dynamique personnelle de prise en charge.

4.2.2.6 L'évaluation de la douleur

L'élément qui ressort être le plus important dans l'évaluation de la douleur chez les médecins interviewés est la recherche du retentissement fonctionnel. Cependant avant de pouvoir analyser le retentissement, il est indispensable de pouvoir en faire le diagnostic et à fortiori d'en trouver l'étiologie.

Prendre le temps de mieux évaluer le type de douleur permettrait de mieux cibler les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuse. Rechercher les situations fréquentes de douleurs mixtes nociceptives et neuropathiques avec l'incorporation systématique du DN4 dans l'évaluation des douleurs permettrait de ne pas méconnaître la coexistence de douleurs neuropathiques. En effet, beaucoup de médecins s'accordent pour rapporter une mauvaise description des douleurs venant des patients eux-mêmes et en particulier pour les douleurs neuropathiques.

Certaines situations cliniques spécifiques ou non aux sujets âgés peuvent rendre la douleur difficile à évaluer. Parmi les plus fréquemment cités figurent : la démence, la confusion, la dépression et les troubles anxieux. Malgré tout, les échelles d'évaluation de la douleur ne semblent pas faire consensus chez les médecins interviewés. Nombre d'entre eux déclarent ne pas s'en servir dans leur pratique quotidienne en cabinet. Cette vision est différente dans les EHPAD, où, sans réaliser eux même l'évaluation de la douleur, beaucoup la délèguent aux personnels

soignants. Les médecins interrogés y trouvent un intérêt réel permettant l'échange avec les équipes soignantes.

Toutes sortes de défauts sont attribués aux échelles d'évaluation de la douleur mais ce qui semble faire l'unanimité parmi les médecins interviewés est qu'elles seraient chronophages, un autre défaut avancé serait que les échelles comportementales sont plus adaptées au milieu hospitalier. Un médecin explique également ne pas utiliser d'échelle par manque de connaissances à ce sujet, tandis que d'autres aimeraient avoir des échelles d'évaluation de la douleur plus axées sur le retentissement fonctionnel.

Dans la réalité de la pratique, même si les supports d'évaluation de la douleur ne sont pas toujours utilisés, il existe une utilisation implicite de ces échelles. Pourtant, dans sa construction, l'évaluation de la douleur se veut être la plus objective possible. Comme nous l'avons vu précédemment, l'évaluation chez le sujet âgé est un sujet complexe, la subjectivité de l'évaluateur reste présente dans beaucoup de situations. De plus devant la chronicité de certaines douleurs, le patient en vient à exprimer et ré-exprimer sa plainte douloureuse au fur et à mesure des consultations. Cette répétition peut avoir un impact négatif sur le ressenti du médecin et peut s'évaluer comme un élément négatif de limitation à l'évaluation de la douleur. Il serait utile de pouvoir intégrer à la pratique ambulatoire des éléments permettant de pouvoir dépister et évaluer de manière plus objective le phénomène douloureux. La méthodologie utilisée en consultation spécialisée dans les centres anti-douleur s'aide de nombreuses échelles d'évaluation. Le but étant d'intégrer le patient dans une démarche de soin dont il est l'acteur en lui faisant remplir par avance certaines échelles. Inclure des échelles validées d'évaluation uni ou multidimensionnelles comme le schéma corporel ou le QDSA pourraient être des éléments intéressants à fournir aux patients en consultation ambulatoire. Donner ces échelles aux patients afin qu'ils les remplissent chez eux selon l'évolution de leurs symptômes, du contexte puis les analyser avec le médecin dans une consultation ultérieure dédiée à la douleur pourrait être une aide importante à l'évaluation en médecine ambulatoire.

4.2.2.7 Le besoin d'un médicament ajustable

La prise en charge médicamenteuse de la douleur chez le sujet âgé fait l'objet d'avis divers et propre à chaque médecin. Les sentiments positifs et négatifs y sont représentés à des degrés différents. D'après les fréquences d'apparition dans les verbatims, les antalgiques de palier II et dans une moindre mesure les paliers III souffrent d'un sentiment négatif chez les médecins généralistes, tandis que les antalgiques de palier I y sont représentés avec une note plus positive. Le paracétamol est en effet largement utilisé et se montre efficace dans une grande majorité de

douleurs chroniques peu intenses et notamment arthrosiques. Dès que les douleurs deviennent plus importantes, l'utilisation des thérapeutiques de pallier II et III devient plus complexe mais pas impossible. Malgré les impératifs liés à la polymédication, aux interactions, aux comorbidités et à la fragilité gériatrique, les possibilités d'accéder à un traitement facilement modulable ou adaptable par sa galénique ou sa posologie, permettraient la mise en place d'un concept fort à la gériatrie, le « start low and go slow ». Cette approche semble, en regard des qualificatifs utilisés dans les entretiens, séduire les praticiens. Au même titre que la pédiatrie, la pharmacopée antalgique à visée gériatrique devrait se doter de médicaments adaptés aux sujets âgés. Le tramadol en solution buvable initialement destiné au traitement des douleurs modérées à intenses chez l'enfant à partir de 3 ans et chez l'adolescent est aujourd'hui utilisé chez le sujet âgé et semble efficace et bien toléré à faible posologie, mais les galéniques sont encore aujourd'hui peu adaptées. Les recommandations américaines de prise en charge de la douleur chronique chez le sujet âgé incluent le tramadol à posologie faible à partir de 12,5 à 25 milligrammes toutes les 4 à 6 heures (9).

4.2.2.8 Les difficultés dans la prise en charge

Comme nous l'avons vu précédemment, le relais avec les spécialistes n'est pas simple et finalement assez rare. Recourir à une consultation en centre anti-douleur est très peu répandu chez les personnes âgées. Une nouvelle raison semble émerger de ce travail, le temps administratif nécessaire à l'initiation par le médecin de ces démarches. Les médecins rencontrés énoncent que les dossiers envoyés par les centres anti douleur seraient trop fastidieux à remplir lors d'une consultation libérale. Cependant ces dossiers comprennent pour la plupart des échelles d'auto-évaluation. Et même si le patient peut, et sûrement à raison, exprimer des difficultés à remplir ces formulaires, il semble là aussi qu'une consultation dédiée en médecine générale pourrait palier à ce problème.

L'HDJ (hôpital de jour) gériatrique, la consultation douleur du sujet âgé du CHU de Caen semblent insuffisamment connus chez les médecins interviewés. Faire connaître l'existence et développer ces consultations douleurs spécialisées du sujet âgé pourrait offrir une solution d'aide à la prise en charge pour les médecins généralistes. Comme nous l'avons vu, la douleur est définie chez le sujet âgé comme un syndrome gériatrique au même titre que la dépression ou la démence. La spécificité de l'approche gériatrique standardisée est un élément nouveau permettant une prise en charge plus optimale du patient âgé douloureux et ce notamment lorsque ces syndromes coexistent.

La télémédecine évoquée par un des médecins, qui est en développement dans notre région, pourrait également être un support intéressant à mettre en œuvre dans les territoires où l'accès aux spécialistes de prise en charge de la douleur est plus difficile ou chez des patients à la mobilité restreinte.

4.2.2.9 La douleur comme lien entre le patient et le médecin

La prise en charge de la douleur nécessite une collaboration entre le médecin et son patient. Ce lien créé souvent de longue date permet l'adhésion du patient à la prise en charge. Il existe une forme d'éducation thérapeutique ayant pour but de rendre le patient acteur de sa prise en charge. Faire participer le patient semble être un facteur positif. Un médecin explique qu'une partie du traitement repose sur la nécessité de faire prendre conscience au patient de l'importance de conserver son autonomie afin de limiter le retentissement de la douleur au quotidien. L'information et l'encouragement donnés au patient vise à minimiser le fatalisme évoqué précédemment. Il peut cependant exister dans cette relation particulière un jeu difficile à appréhender pour le médecin. La douleur n'est plus seulement rattachée au patient mais devient un élément relationnel entre les deux individus « *il y a certaines situations où je me sens vraiment mis en échec. Et où, finalement c'est le jeu du patient de me mettre en échec. Et ça veut dire quelque-chose dans la relation. Et ça, c'est plutôt difficile à vivre* » (M02). La douleur devient le baromètre de la relation médecin malade ou tout du moins un élément de lien entre les deux protagonistes. Ce thème n'a émergé qu'une seule fois dans les entretiens mais il semblerait intéressant de creuser ce concept pour appréhender son rôle dans les mécanismes de prise en charge de la douleur du sujet âgé.

4.3 Ouverture

Ces éléments ressortent comme étant des facteurs principaux expliquant les difficultés liées à la prise en charge de la douleur du sujet âgé en médecine générale et constituent des clés de réflexion pour améliorer sa prise en charge.

Pour aller plus loin, il serait intéressant d'explorer les représentations du sujet âgé vis à vis de la douleur et du médecin ainsi que les représentations des autres acteurs intervenant dans la prise en charge. L'investigation en milieu hospitalier pourrait également fournir d'autres éléments. L'exploration de l'image de la vieillesse chez les soignants, qui encore aujourd'hui semble desservir la bonne prise en charge du sujet âgé, pourrait compléter ce travail.

Le temps de consultation est un facteur clé dans la prise en charge ambulatoire. Comment pourrait-on y intégrer la prise en charge de la douleur chez le sujet âgé ? Une consultation ambulatoire dédiée à la douleur avec des consultations de réévaluation rapprochée ? Orienter plus facilement vers les consultations spécialisées ? La création d'une équipe mobile extra-hospitalière pourrait venir aider le médecin dans certaines prises en charge.

La pharmacopée disponible est majoritairement jugée comme limitée dans la prise en charge de la douleur du sujet âgé. De nouvelles molécules sont à l'étude, mais avant tout, la modification des galéniques et des posologies des molécules existantes élargiraient les possibilités et notamment parmi les médicaments de palier II. Quels moyens pourrait-on utiliser pour limiter certaines frilosités à l'instauration de médicaments iatrogènes à domicile ?

L'approche non médicamenteuse de la douleur chroniques du sujet âgés semble aujourd'hui peu connue et sous utilisée. Elle est jugée parfois inefficace et inapplicable. Comment pourrait-on mieux informer sur les possibilités de ces prises en charges ?

La collaboration interprofessionnelle est ici décrite comme une aide importante dans la prise en charge du sujet âgé douloureux mais est difficile à mettre en œuvre. Qu'elles sont les difficultés rencontrées par le médecin généraliste et comment améliorer cet aspect de la prise en charge ?

La douleur chronique semble également occuper un rôle d'ordre plus philosophique chez le sujet âgé. La douleur a-t-elle d'autres significations ? Est-elle nécessaire ou utile ? Qu'elle est sa place dans le lien médecin-patient ou dans le lien patient-famille ? Qu'elle est exactement le rôle de la mémoire dans la douleur du sujet âgé ? Même si certains éléments de réponse ont déjà été évoqués, de nombreuses questions en lien avec la psychologie, la cognition, et la mémoire persistent.

CONCLUSION

Le médecin généraliste semble avoir une position privilégiée dans la prise en charge de la douleur du sujet âgé. La littérature semble montrer qu'il existe des difficultés et la prise en charge ne serait pas optimale.

Ce travail de thèse a permis, sans être exhaustif, de mettre en évidence certaines perceptions des médecins généralistes vis à vis de la douleur du sujet âgé. Les résultats de l'étude montrent que les perceptions semblent être influencées par les représentations propres du médecin vis à vis du sujet âgé et de l'impression de fatalité « des douleurs de vieillesse ». Généralement, l'évaluation de la douleur se fait de manière subjective, ce qui laisse peu de place aux échelles d'évaluation jugées peu utiles. Les difficultés dans la prise en charge thérapeutique peuvent parfois conduire à un sentiment d'échec chez le médecin qui peut se sentir démuni. De plus, la sollicitation des médecins spécialistes et des centres anti-douleur s'est révélée difficile et peu employée. Les médecins expriment des difficultés dans la prise en charge non médicamenteuse et la coordination pluridisciplinaire. La connaissance du patient, bien que rapportée comme un avantage, semble être source d'une forme de lassitude vis à vis de la plainte du patient.

Ces éléments ressortent comme étant des facteurs principaux expliquant les difficultés liées à la prise en charge de la douleur du sujet âgé en médecine générale et constituent des clés de réflexion pour l'améliorer. Pour aller plus loin, il serait intéressant d'explorer les représentations du patient sur cette question afin d'avoir une vision plus globale du sujet.

BIBLIOGRAPHIE

1. Plans douleur | SFETD [Internet]. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur>
2. Laroque S. DOULEUR ET PERSONNES ÂGÉES : REPÉRER, ÉVALUER, ORGANISER UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ. *Rev Gériatrie*. 2005;43.
3. Landi F, Onder G, Cesari M, Gambassi G, Steel K, Russo A, et al. Pain Management in Frail, Community-Living Elderly Patients. *Arch Intern Med*. 10 déc 2001;161(22):2721-4.
4. Pyramide des âges en 2018 | Insee [Internet]. [cité 21 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381472#graphique-Donnes>
5. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing*. mars 2013;42 Suppl 1:i1-57.
6. Helme RD, Gibson SJ. The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med*. 1 sept 2001;17(3):417-31.
7. Définition | SFETD [Internet]. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <http://sfetd-douleur.org/definition>
8. Beroud F. Douleur et personne âgée. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 1 oct 2010;11(5):258-65.
9. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. juin 2002;50(6 Suppl):S205-224.
10. Rat P, Bonin-Guillaume S, Pickering G, Leglise M-S. Algorithme d'évaluation de la douleur chez les patients âgés. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 1 avr 2014;15(2):52-6.
11. Husebo BS, Achterberg W, Flo E. Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review. *CNS Drugs*. 1 juin 2016;30(6):481-97.
12. Carlino E, Benedetti F, Rainero I, Asteggiano G, Cappa G, Tarenzi L, et al. Pain perception and tolerance in patients with frontotemporal dementia. *Pain*. déc 2010;151(3):783-9.
13. Frémont P. Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 sept 2004;2(1):19-27.

14. Lefebvre des Noettes V. Prévention du risque suicidaire du sujet âgé : une exigence éthique. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 oct 2014;14(83):246-51.
15. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc. juin 2002;50(6 Suppl):S205-224.
16. Shi S, Mörike K, Klotz U. The clinical implications of ageing for rational drug therapy. Eur J Clin Pharmacol. 1 févr 2008;64(2):183-99.
17. Petersen W, Frappé P. Initiation à la recherche. 2e édition. Coédition Global Média Santé; 2018. 224 p.
18. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Armand Colin; 2005. 128 p.
19. Ketele J-MD, Roegiers X. Méthodologie du recueil d'informations : Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents. 4e édition. Bruxelles: DE BOECK UNIVERSITE; 2009. 208 p.
20. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003. 630 p.
21. Alberola M. La prise en charge de la douleur chez les personnes âgées vivant à domicile. :8.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIONNEL

Bonjour, je me présente, je m'appelle Wilhelm POMMIER, je suis interne en médecine générale. Je réalise un travail de thèse sur la douleur du sujet âgé (SA) de plus de 75 ans en médecine générale. Je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer pour participer à cette étude.

Si vous êtes toujours d'accord, je vais enregistrer les entretiens. Ensuite, je les retranscrirai et les données seront anonymisées.

1 - Consultation de la personne âgée douloureuse :

- Pouvez-vous me parler d'une situation récente où vous vous êtes posé la question de la douleur chez un SA et comment avez-vous abordé la consultation ?

R : Quel(s) était/étaient le ou les motif(s) de consultation ?

- Pour quelles raisons particulières cette situation vous vient-elle en tête ?

R : Qu'est-ce qui vous a plu dans cette consultation ?

R : Qu'est-ce qui vous a déplu dans cette consultation ?

- Y a-t-il d'autres situations cliniques qui vous font vous poser la question de la douleur chez la personne âgée

R : L'expression est-elle souvent atypique ?

R : Symptomatologie autres ?

2 - Représentation de la douleur chez la personne âgée par le médecin généraliste :

- Quelle était votre vision de la douleur de la personne âgée au début de votre exercice ?

- Quelle est votre vision actuelle ?

- Comment expliquer vous l'évolution de votre regard entre le début de votre exercice et maintenant ?

- Avez-vous déjà personnellement fait l'expérience de la douleur ?

R : En quoi cela a-t-il modifié votre pratique ?

3 - Évaluation de la douleur de la personne âgée douloureuse :

- Que pensez-vous de l'évaluation des symptômes douloureux ?

R : Comment faites-vous dans votre pratique ?

R : Avec quels moyens ?

R : Utilisez-vous des échelles ? Si oui lesquelles ?

R : En quoi les échelles vous semblent utiles ?

R : Pour vous les douleurs sont-elles toutes identiques chez la personne âgée ?

R : Comment les patients décrivent leurs douleurs ?

4 - Limite dans l'évaluation de la douleur de la personne âgée :

- Y a-t-il une part de subjectivité dans l'évaluation des symptômes douloureux ?

- Quelle est la place de l'empathie dans l'évaluation de la douleur ?

- Le temps de consultation en ambulatoire permet-il d'évaluer la douleur ?

R : Voyez-vous d'autres limites ?

- D'après vous, la douleur de la personne âgée est-elle sous-évaluée ?

R : Pourquoi ?

- En quoi le terme « douleur » peut-il être synonyme du mot « âgé » ?

- Suivre le patient au long cours représente en soi un avantage. En quoi l'évaluation des symptômes d'un patient âgé que l'on connaît peut-elle être compliquée ?

5 - Prise en charge de la douleur de la personne âgée :

- Que pensez-vous de l'efficacité des thérapeutiques antalgiques ?

- Quelle classe thérapeutique vous semble la plus adaptée chez la personne âgée ?

R : La moins adaptée ?

R : Pour quelle raisons ?

R : Mêmes questions pour les autres classes thérapeutiques non citées à la précédente question :
pallier I (AINS compris), II, III, antidépresseurs et antiépileptiques à visée antalgique.

- Les moyens actuels vous semblent-ils efficaces ?

- Quels sont les facteurs qui influencent la prescription ?

R : Les incitent ?

R : Les freinent ?

6 - Limites en médecine ambulatoire :

- De votre point de vue, quelles sont les limites de la médecine ambulatoire dans la prise en charge des douleurs de la personne âgée ?

- Pensez-vous que le médecin traitant soit la personne la plus à même d'évaluer la douleur de la personne âgée ? Pensez-vous que le médecin traitant soit le plus à même de traiter la douleur de la personne âgée ?

8 - Données pour l'anonymisation :

- Sexe
- Age
- Ancienneté d'installation
- Mode d'exercice : rural/semi-rural/urbain
- Implication dans des activités universitaires ou maître de stage
- Type de cabinet : groupe / seul / Intervention en EHPAD / Activités hospitalières
- Coordination en EHPAD : O/N
- Formation gériatrie/douleur/autres : O/N
- Quelle est la proportion de personnes âgées dans votre patientèle ?

Conclusion :

Je vous remercie d'avoir pris de votre temps de participer à cette étude de thèse, si cela vous intéresse, je vous enverrai également les résultats par courriel.

ANNEXE 2 : DONNÉES D'ANONYMISATION

Médecin	Entretien	Durée (minute)	Sexe	Age (années)	Ancienneté d'installation (années)	Mode d'exercice	Type de cabinet	Intervention en EHPAD	Implication universitaire	Formation en gériatrie	Formation en douleur	Proportion de patients âgés
01	19/06/2018	27	Homme	33	3	Semi-rural	Groupe	OUI	NON	OUI	OUI	40 %
02	20/06/2018	50	Femme	35	4	Urbain	Groupe	OUI	NON	NON	NON	15-20 %
03	20/06/2018	35	Femme	29	2	Rural	Maison médicale	OUI	NON	NON	NON	40 %
04	21/06/2018	18	Femme	32	2	Urbain	Groupe	OUI	NON	OUI	OUI	70 %
05	22/06/2018	30	Femme	61	30	Urbain	Groupe	OUI	NON	NON	OUI	20 %
06	22/06/2018	30	Homme	54	22	Urbain	Maison médicale	OUI	OUI	NON	NON	40 %
07	29/06/2018	28	Femme	53	15	Rural	Maison médicale	OUI	OUI	OUI	NON	50 %
08	29/06/2018	23	Femme	32	4	Rural	Maison médicale	OUI	NON	NON	NON	50-60 %
09	03/07/2018	15	Femme	34	4	Urbain	Maison médicale	OUI	NON	NON	NON	5 %
10	03/07/2018	23	Homme	41	1	Urbain	Groupe	OUI	NON	NON	NON	15-20 %
11	07/07/2018	31	Homme	60	34	Semi-rural	Groupe	OUI	OUI	NON	OUI	15

ANNEXE 3 : LES ÉCHELLES D'AUTO-ÉVALUATION UNIDIMENSIONNELLES

EVS **Schéma Verbal Simple**

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur Au moment présent	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur habituelle Depuis les 8 derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur la plus intense Depuis les huit derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense

Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org



EN
Echelle Numérique



Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org



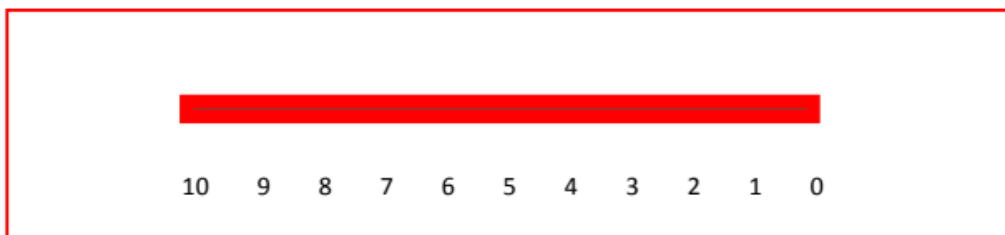
EVA

Echelle Visuelle Analogique

FACE PATIENT



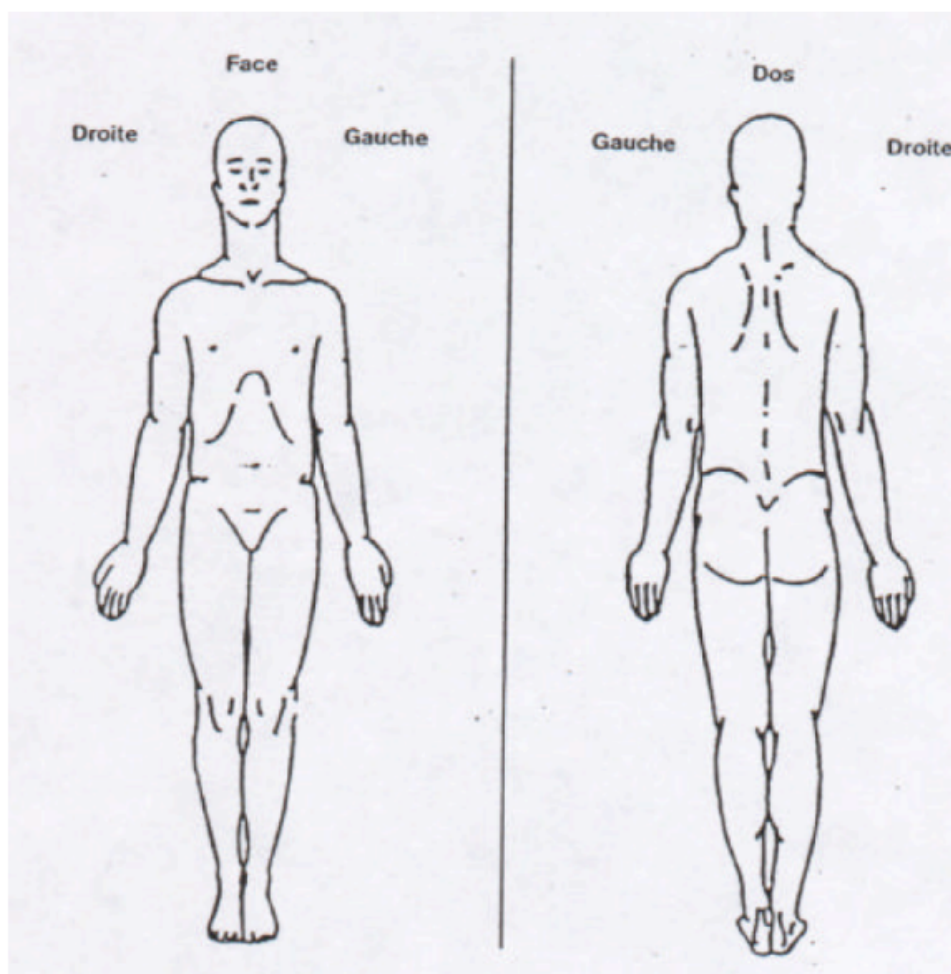
FACE SOIGNANT



Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org



Schéma Corporel



Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org



ANNEXE 4 : LES ÉCHELLES D'AUTO-ÉVALUATION MULTIDIMENSIONNELLES

QDSA Questionnaire De Saint Antoine Forme complète

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), répondez en mettant un chiffre de 0 (absent) à 4 (extrêmement fort) pour la réponse correcte.

FORME COMPLETE : QUESTIONNAIRE DE SAINT ANTOINE

0= absent ou pas du tout
1= faible ou un peu
2= modéré ou moyennement
3= fort ou beaucoup
4= extrêmement fort ou extrêmement

A	Battements	__
	Pulsations	__
	Elancements	__
	En Eclairs	__
	Décharges électriques	__
	Coup de marteau	__

E	Tiraillement	__
	Etirement	__
	Distension	__
	Déchirure	__
	Torsion	__

K	Nauséuse	__
	Suffocante	__
	Syncopale	__

L	Inquiétante	__
	Oppressante	__
	Angoissante	__

B	Rayonnante	__
	Irradiante	__

F	Chaleur	__
	Brûlure	__

M	Harcelante	__
	Obsédante	__
	Cruelle	__
	Torturante	__
	Suppliciant	__

C	Piqûre	__
	Coupure	__
	Pénétrante	__
	Transperçant	__
	Coup de poignard	__

G	Froid	__
	Glacé	__

N	Gênante	__
	Désagréable	__
	Pénible	__
	Insupportable	__

D	Pincement	__
	Serrement	__
	Compression	__
	Ecrasement	__
	En étai	__
	Broiement	__


I	Engourdissement	__
	Lourdeur	__
	Sourde	__

O	Enervante	__
	Exaspérante	__
	Horripilante	__

J	Fatigante	__
	Epuisante	__

P	Déprimante	__
	Suicidaire	__

ANNEXE 5 : LES ÉCHELLES D'HÉTÉRO-ÉVALUATION, DOULEUR AIGÜE - DOULEUR PROCÉDURALE



Echelle
ALGOPLUS

Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Heurehhhhhh	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	

**ÉVALUATION COMPORTEMENTALE
DE LA DOULEUR
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE**

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lent, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration
N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...	
Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

NOM :	Prénom :	Sexe :	Âge :	SCORE
Date :	Service :	Nom du Cotateur :		

ANNEXE 6 : LES ÉCHELLES D'HÉTÉRO-ÉVALUATION, DOULEUR CHRONIQUE

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE

NOM :	Prénom :	DATES			
Service :					
Observation comportementale					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1• Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4• Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5• Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8• Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
		SCORE			

COPYRIGHT

ANNEXE 7 : LES ÉCHELLES SPÉCIFIQUES

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D et al. Pain 2004 ; 108 (3) : 248-57

Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org



« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

TITRE DE LA THÈSE :

Perception de la douleur du sujet âgé en médecine générale : étude qualitative à partir de onze entretiens de médecins généralistes bas-normands.

RÉSUMÉ :

Le médecin généraliste semble avoir une position privilégiée dans la prise en charge de la douleur du sujet âgé. La littérature semble montrer qu'il existe des difficultés et la prise en charge ne serait pas optimale. Pour explorer cette problématique, les perceptions qu'ont les médecins généralistes de ce syndrome gériatrique ont été recueillies dans une étude qualitative menée auprès de onze médecins généralistes bas-normands au moyen d'entretiens semi-dirigés.

Les résultats montrent que les perceptions semblent être influencées par les représentations propres du médecin vis à vis du sujet âgé et de l'impression de fatalité « des douleurs de vieillesse ». Généralement, l'évaluation de la douleur se fait de manière subjective, ce qui laisse peu de place aux échelles jugées peu utiles. Les difficultés dans la prise en charge thérapeutique peuvent parfois conduire à un sentiment d'échec chez le médecin qui peut se sentir démuni. La sollicitation des médecins spécialistes et des centres anti-douleur s'est révélée difficile et peu employée. Les médecins expriment des difficultés dans la prise en charge non médicamenteuse et la coordination pluridisciplinaire. La connaissance du patient, bien que rapportée comme un avantage, semble être source d'une forme de lassitude vis à vis de la plainte du patient.

Ces éléments ressortent comme étant des facteurs expliquant les difficultés liées à la prise en charge de la douleur du sujet âgé en médecine générale et constituent des clés de réflexion pour l'améliorer. Pour aller plus loin, il serait intéressant d'explorer les représentations du patient sur cette question afin d'avoir une vision plus globale du sujet.

THESIS TITLE:

Perceptions of pain in the elderly in primary care: a qualitative study from eleven interviews of primary care physicians in lower normandy.

ABSTRACT:

It appears that the general practitioner (GP) enjoys a privileged position concerning the care of elderly patient pain. The GP experience reveals difficulties concerning the care of such pain which would be less than optimal. In order to investigate this issue, the GP perceptions of this geriatric syndrome have been compiled through a qualitative study. Eleven GPs from lower normandie followed a semi-structured interview.

The results show that pain perception in the elderly patient can be influenced by the GP personal representations of the patient and also by the feeling of inevitability of « oldness pains ». Usually, pain evaluation is often subjective because pain scales are perceived to be of little use. The difficulties concerning the delivery of health care can lead the GP to a feeling of failure because means of action seem to lack ; indeed, the solicitation of specialists and antipain centers was found to be complex and thus, hardly ever used. The GPs express difficulties in non drug-related health care and in multidisciplinary coordination. The GP knowledge of the patient, although it was reported as an advantage, might sometimes lead to a feeling of weariness with the patient complains.

These points appear to be the main factors that can explain the difficulties of GPs concerning the care of elderly patient pain and constitutes certain key elements of reflection to tackle this issue. To go further and gain a broader understanding of the subject, it would be interesting to explore the patient representation of pain and its health care.

MOTS CLÉS :

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1 Perception | 5 Médecin généraliste / médecine générale |
| 2 Douleur chez la personne âgée | 6 Relation médecin patient |
| 3 Douleur évaluation | 7 Subjectivité |
| 4 Échelle douleur | |