



HAL
open science

Le ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France dans la prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée

Frédéric Delvaux

► **To cite this version:**

Frédéric Delvaux. Le ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France dans la prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04577307

HAL Id: dumas-04577307

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04577307>

Submitted on 16 May 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

Année 2024

Thèse n°2024 - 1

**LE RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES DES HAUTS-
DE-FRANCE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
CHRONIQUE DE LA PERSONNE AGEE.**

THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement
Le 23/01/2024
par Frédéric DELVAUX

Président du Jury : Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT
Monsieur le Docteur Christophe CARTON
Monsieur le Docteur Maxime QUEYEYRE

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Philippe FAUCHILLE

REMERCIEMENTS :

Au jury :

À Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Gériatrie)

Chef du Service de Gériatrie

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et je vous en suis reconnaissant.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Médecine Interne

Vous avez aimablement accepté de juger mon travail.

Très sensible à cet honneur, je vous prie ici de trouver l'expression de mes remerciements.

À Monsieur le Docteur Christophe CARTON

Maitre de Conférence Associé

Département de Médecine Générale

Praticien Agréé Maître de Stage des Universités

Médecin Généraliste

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

À Monsieur le Docteur Maxime QUEYREYRE

Praticien Hospitalier

Gériatrie

Tu me fais l'honneur d'apporter ton expertise sur ce travail en siégeant dans mon jury de thèse.

Je te prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

À Monsieur le Docteur Philippe FAUCHILLE

Praticien Agréé Maître de Stage des Universités

Médecin Généraliste, Médecin de Famille

Tu me fais l'honneur d'être mon directeur de thèse.

Je te remercie sincèrement pour ton aide précieuse dans ce travail ainsi que tes conseils pour la rédaction de cet écrit.

Tu me connais depuis tout petit, puis tu m'as connu comme externe, puis comme interne, puis comme remplaçant et maintenant comme successeur. Profite de ta retraite amplement méritée !

Merci pour tout !

A mes proches :

À Papa, Maman

Vous avez toujours été derrière moi pour que je réussisse, et je ne vous remercierai jamais assez d'avoir cru en moi. Merci de m'avoir permis de faire ces longues études. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est en grande partie à vous que je le dois. Merci des valeurs que vous m'avez transmises.

J'espère vous rendre fiers.

Je vous aime.

À mon frère Alexandre

Merci à toi également. Tu m'as toujours rendu service. Tu m'amenais toujours à la gare et tu revenais me rechercher quand tu ne m'oubliais pas (heureusement Maman était là pour te le rappeler).

À ma sœur Océane

Merci de m'avoir prêté ton bureau pour mes révisions lorsque je rentrais certains week-end et pendant les vacances. Merci de ta patiente.

À Johnny

Voilà maintenant une dizaine d'années que l'on se connaît (un tiers de notre vie comme tu le dis souvent). Quel chemin parcouru depuis ces soirées révisions et les repas du midi au restaurant universitaire alors que tu te levais à peine. Je suis heureux de te compter parmi mes amis proches. Dernièrement, nous avons redécouvert chacun de notre côté, une passion pour les arts martiaux, le JJB pour moi le judo pour toi, à quand le randori tant attendu ?

À Mélanie

Cela fait également 10 ans que nous nous connaissons. Tu es parti dans la région de Tours faire ton internat. J'ai pu découvrir une très belle région grâce à toi. Malgré la distance on a gardé contact. Je t'en remercie.

À Arthur et Coralie

Arthur, merci pour tes nombreux sujets de conversation en dehors de la médecine. Merci de partager ta passion des meetings aériens et de la photographie (J'ai maintenant de joli fond d'écran au bureau).

Coralie, merci de nous supporter.

À Juliette, Romain et Léon

Juliette, notre stage en commun de médecine physique et de réadaptation (qui était le premier pour moi), me laisse un souvenir impérissable. Depuis j'ai découvert des amis chers.

Romain, moi qui détestais courir, tu me fais courir « les foulées Fresnoysiennes ». Depuis je me suis équipé, je cours toutes les semaines et compte faire toutes « les foulées » de notre région.

Léon, le petit dernier de la bande, dès que tu as l'âge, nous t'emmenons à Bollaert avec tonton Arthur.

Merci à vous d'être littéralement le point de rassemblement de toute l'équipe.

À Thomas, Imane, Kevin

Merci pour ces moments passés ensemble et nos soirées jeux (parfois on gagne si Juliette ne triche pas).

À l'Équipe médicale et paramédical de Saint-Valery

Travailler à vos côtés, lors de mon dernier stage d'interne, fut d'une grande richesse professionnelle et surtout personnelle. Merci pour tout.

Aux médecins, ayant répondu à l'étude

Merci d'avoir été disponibles malgré vos emplois du temps compliqués. Bonne continuation à tous.

Au club de JJB Ippon Fourmisien

Merci à Philippe M de m'avoir fait découvrir ce sport qu'est le Jiu-Jitsu brésilien. Un véritable exutoire.

Aux médecins rencontrés durant mes stages

Merci d'avoir participé à mon apprentissage.

Aux infirmiers et aides-soignants rencontrés durant mes stages

Merci à vous aussi pour l'expérience et la bienveillance que vous avez partagé.

Aux collègues de la Maison de Santé Saint Michel

Merci à Pierre, Morgan, Joseph, Guillaume B, Émilie P, Émilie G, Guillaume G, Mélanie, Gaëlle, Annabelle, Patricia, Léa, Anne Laure, Pascal de m'avoir aussi bien accueilli.

Merci à Nicolas qui repart dans son pays natal, la Belgique. À tantôt !

ACRONYMES ET SIGLES :

AINS: Anti inflammatoire Non Stéroïdien

ANSES : Agence Nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

ECPA : Évaluation Comportementale de la douleur chez la Personne Âgée

EMLA: Eutectic Mixture of Local Anesthetics

EN : Échelle Numérique

EVA : Échelle visuelle analogique

EVS : Échelle verbale simple

FFI : Faisant Fonction d'Interne

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP: International Association for the Study of Pain

INSEE : Institut National de la statistique et des études économiques

LAP : Logiciel d'Aide à la Prescription

NMDA: N-méthyl-D-aspartate

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

PACSLAC-F : Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate
version française

QSA : Questionnaire de Saint Antoine

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

1	<i>Introduction</i>	10
1.1	Épidémiologie	11
1.1.1	Démographie en France	11
1.1.2	Prévalence de la douleur chez la personne âgée	12
2	<i>Définitions</i>	13
2.1	La douleur chronique	13
2.1.1	Définitions de la douleur	13
2.1.2	Les mécanismes physiopathologiques de la douleur.....	15
2.1.3	Les composantes de la douleur.....	17
3	<i>Spécificité chez la personne âgée</i>	20
3.1	La douleur comme syndrome gériatrique	20
3.2	Physiopathologie de la douleur au cours du vieillissement	20
3.3	Causes de la douleur chronique chez la personne âgée	21
3.4	Conséquences sur la personne âgée	22
3.5	Évaluation	22
3.5.1	Outils d'évaluation	23
3.5.2	Freins à l'évaluation	26
4	<i>Les thérapeutiques médicamenteuses</i>	27
4.1	Classification de l'OMS	27
4.2	Nouvelle classification	29
5	<i>Les thérapeutiques non médicamenteuses</i>	30
6	<i>Pharmacologie et spécificités de la personne âgée</i>	31
6.1	Modifications chez la personne âgée	31
6.1.1	Les modifications pharmacocinétiques	31
6.1.2	Les modifications pharmacodynamiques	32
6.2	Prise en charge chez la personne âgée	32
6.2.1	"Start low et go slow"	32
7	<i>Outils d'aide à la prescription</i>	33
8	<i>Matériel et méthode</i>	34

8.1	Choix du type d'étude et du recueil de données	34
8.2	Recrutement	35
8.3	Réalisation des entretiens.....	36
8.4	Analyse des données	37
8.5	Résultats et analyses	37
8.5.1	Évaluation de la douleur.....	37
8.5.2	Représentation de la douleur chronique chez la personne âgée.....	48
8.5.3	Prise en charge de la douleur chronique.....	56
8.5.4	Place du médecin traitant	72
8.5.5	Formation	74
9	<i>Discussion</i>.....	77
9.1	Faiblesses de l'étude	77
9.1.1	Liées à la méthodologie.....	77
9.1.2	Liées à l'investigateur	78
9.2	Forces de l'étude	78
9.2.1	Liées à l'échantillonnage.....	78
9.2.2	Liées à la méthodologie.....	78
9.2.3	Liées au sujet.....	79
9.3	Principaux résultats.....	79
9.3.1	Une évaluation de la douleur chronique complexe	79
9.3.2	La représentation de la douleur chronique du sujet âgé, élément essentiel dans la prise en charge 82	
9.3.3	Une prise charge thérapeutique délicate.....	84
9.3.4	Le médecin généraliste au cœur de la prise en charge	87
9.4	Ouvertures et perspectives.....	87
10	<i>Conclusion</i>	89
11	<i>Bibliographie</i>	91
12	<i>Annexes</i>.....	94

1 Introduction

La douleur est phénomène universel pouvant être partagé par tout individu dans sa vie et très présent chez le sujet âgé. L'augmentation prévisible de la proportion de la population âgée, l'augmentation de la prévalence de la douleur avec l'âge et les difficultés liées à sa prise en charge font de la douleur de la personne âgée un axe de réflexion particulier.

Le médecin généraliste, par sa position de soignant de premier recours, de médecin de famille, possède une position privilégiée dans la prise en charge de la douleur chronique de la personne âgée. Il semble cependant exister des difficultés et la prise en charge ne serait pas optimale (prévention insuffisante, prise en charge trop tardive, suivi en ville non structuré, inégalités territoriales)(1).

En France, une résolution concernant la prise en charge de la douleur est menée par les pouvoirs publics par la mise en place de plusieurs « plans douleurs » en 1998, 2002, 2006 et 2013. Ce dernier plan ne fut jamais mis en place. Pire encore, dans les derniers « plans santé » du gouvernement, le mot douleur ne figure même pas(2). Depuis 2018, des associations de patients et de professionnels militent pour la mise en place d'un 4ème plan douleur 2018-2022. Ils mettent l'accent sur l'amélioration des situations de prise en charge des populations vulnérables et notamment des personnes âgées.

Le vieillissement physiologique correspond à un ensemble de modifications se produisant au cours de l'avancée en âge, en dehors de toute maladie. Le vieillissement est un phénomène complexe et inévitable.

L'hétérogénéité de la population âgée se reflète dans l'absence d'un âge chronologique partagé par tous pour déterminer un âge d'entrée dans la vieillesse. L'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation,

de l'environnement et du travail (Anses) et les données publiées sur PubMed parlent de personne âgée dès 65 ans. L'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) situe la borne à 60 ans.

L'objectif principal de ce travail de thèse consiste à explorer les représentations des médecins généralistes vis-à-vis de la douleur chronique du sujet âgé et d'en dégager des éléments qui viendraient influencer la prise en charge de la douleur chronique et pourraient expliquer des difficultés dans sa prise en charge.

Dans une première partie, nous nous focaliserons sur le contexte épidémiologique et démographique sur le thème de la douleur du sujet âgé. Nous ferons un tour des différentes définitions, ainsi qu'un rappel sur les différents outils d'évaluation et les spécificités de la prise en charge chez le sujet âgé. Dans la deuxième partie de ce travail, nous détaillerons la méthodologie utilisée auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France. Dans la troisième partie, nous exposerons les résultats. Et enfin, nous conclurons et ouvrirons la discussion sur d'autres axes de réflexion.

1.1 Épidémiologie

1.1.1 Démographie en France

Les différentes données démographiques montrent que la population vieillit. Selon une étude de l'INSEE de 2021(3), la population française augmenterait jusqu'en 2044 pour avoisiner les 69,3 millions d'habitants pour ensuite diminuer et s'établir à 68,1 millions d'habitants en 2070 (+ 700 000).

La pyramide des âges devrait être modifiée, le nombre des 60-74 ans resterait stable, celui des 75 ans ou plus augmenterait de 5,7 millions tandis que celui des moins de 60 ans diminuerait de 5,0 millions.

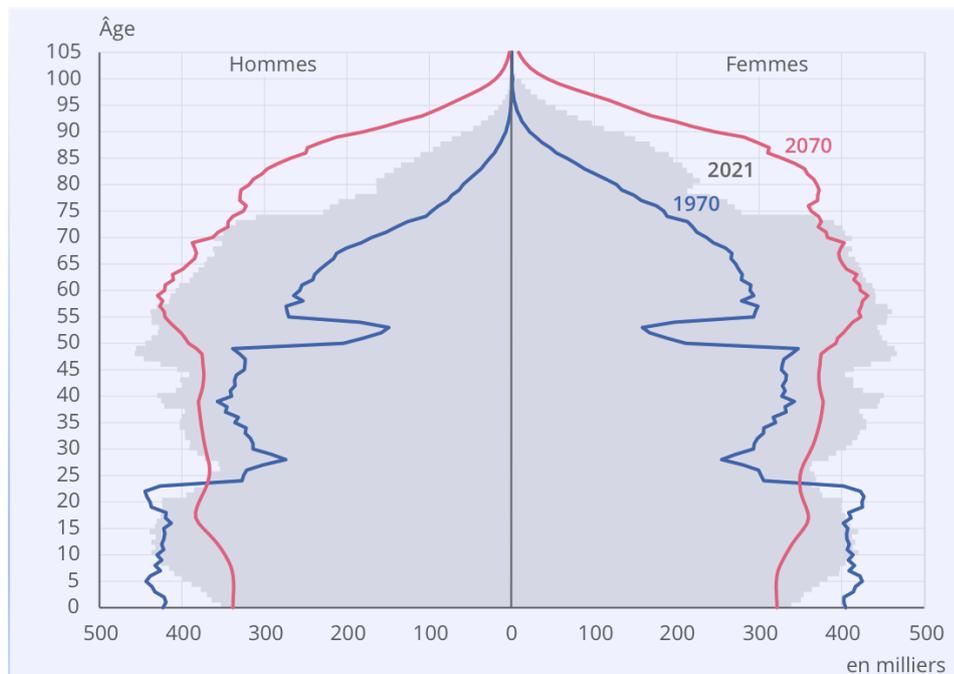


Illustration 1 : Pyramide des âges. Source : Insee, estimations de population et scénario central des projections de population 2021-2070

1.1.2 Prévalence de la douleur chez la personne âgée

La prévalence de la douleur dans la population générale est estimée à 17% (4). En médecine générale, les consultations pour des douleurs peuvent constituer jusqu'à 78,3% (59,4 à 78,3%)(5).

En médecine générale, les personnes âgées sont particulièrement concernées. Les études sur la douleur de la personne âgée sont nombreuses mais fournissent un large panel concernant la prévalence de la douleur dans cette population. Plusieurs études s'accordent sur une prévalence

élevée de la douleur chez la personne âgée (6–8). Nous pouvons avancer certains chiffres : entre 45 et 85% des personnes âgées souffrent de douleur chronique(9).

La population âgée est très hétérogène, notamment sur le plan de la santé, sur le lieu de vie et de soins. En fin de vie, la prévalence de la douleur chronique peut atteindre 80%. La prévalence varie de 20 à 46% au domicile contre 28 à 73% en institution(10). Les différences entre les études peuvent également s'expliquer par les différentes définitions de la douleur chronique, ainsi que par la difficulté de l'évaluation de la douleur, notion subjective. Il est à noter également que la plupart de ces études s'intéressent à la douleur chronique pathologique. Quoiqu'il en soit la prévalence de la douleur chronique reste élevée dans la population âgée.

2 Définitions

2.1 La douleur chronique

2.1.1 Définitions de la douleur

2.1.1.1 Définition de l'IASP

La nouvelle définition de 2020 validée par le conseil de l'International Association for the Study of Pain est la suivante : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle. » (11).

Avec cette nouvelle définition, l'IASP définit la douleur comme étant une expérience personnelle, influencée par des facteurs biologiques (âge, sexe), psychologiques et sociaux. Elle accepte que la plainte soit décrite dans les termes d'une lésion sans exiger que la preuve anatomique ou le mécanisme physiopathologique en soient démontrés.

Par rapport à la définition de 1979, on note l'ajout du mot « ressemblant à ». En effet, l'absence de verbalisation ou la difficulté de communication n'exclut pas que l'individu (humain ou animal) n'éprouve pas de la douleur.

L'association distingue désormais les termes de nociception et de douleur car l'activité des nerfs sensoriels ne peut à elle seule expliquer la perception consciente de la douleur.

Bien que l'IASP ait bien défini la douleur, la notion de douleur chronique n'est quant à elle pas abordée.

2.1.1.2 Définition de l'OMS

Selon l'OMS, la douleur chronique est une douleur qui dure ou qui réapparaît plus de trois mois. Depuis 2019, elle est divisée en deux catégories : la douleur chronique primaire, une maladie à part entière et la douleur chronique secondaire, elle-même classée en 6 sous-catégories.

L'OMS adopte les définitions de l'IASP.

2.1.1.3 Définition de l'HAS

La douleur chronique, (syndrome douloureux chronique) définie par la Haute Autorité de Santé en 2008, est un syndrome multidimensionnel (12).

Une douleur chronique existe, quelle que soit sa topographie et son intensité dès lors qu'elle présente une ou 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.

La douleur chronique peut s'accompagner de manifestations psychopathologiques, d'une demande insistante par le patient à des recours (de plus en plus invasifs) alors qu'il les déclare inefficaces à son soulagement et d'une difficulté du patient à s'adapter à la situation.

2.1.1.4 Le syndrome douloureux chronique

Le syndrome douloureux chronique (Chronic non malignant Pain Syndrom) peut-être défini comme une douleur persistante pouvant concorder à des données physiques et qui est associée à au moins 2 des conditions suivantes (13) :

- Détérioration progressive de la capacité fonctionnelle au domicile et/ou au plan social et professionnel ;
- Augmentation progressive de la demande et du recours à des médicaments et/ou procédure médicales invasives ;
- Un trouble de l'humeur, du sommeil, de l'appétit, de la libido, de la concentration ;
- De la colère et une hostilité significative

Par sa longue durée, la douleur chronique ne peut plus être considérée comme un symptôme mais une maladie à part entière(14) avec des retentissements négatifs.

2.1.2 Les mécanismes physiopathologiques de la douleur

De nombreuses données concernant la physiopathologie de la douleur ne sont pas totalement comprises de nos jours. De la compréhension du mécanisme générateur de la douleur découle le traitement symptomatique.

Il est décrit une distinction entre les douleurs par excès de nociception, les douleurs neurogènes et les douleurs psychogènes.

2.1.2.1 Douleur organique

2.1.2.1.1 *Par excès de nociception*

L'excès de nociception est le mécanisme le plus souvent rencontré dans la douleur aiguë. Dans la douleur chronique, on le retrouve dans des pathologies lésionnelles persistantes (pathologies rhumatismales). On y retrouve une activation du système de transmission des messages nociceptifs par stimulation excessive des récepteurs périphériques par des processus lésionnels, inflammatoires, ischémiques ou stimulations mécaniques importantes.

Ce mécanisme de douleur s'exprime sur un rythme mécanique (augmentation de douleur par l'activité physique) ou inflammatoire (réveil nocturne de la douleur).

Sur le plan thérapeutique, il est alors intéressant d'agir sur le processus périphérique en lui-même ou d'en limiter les effets excitateurs en utilisant des analgésiques périphériques ou centraux.

2.1.2.1.2 *Douleur neuropathique*

Les douleurs neuropathiques (ou neurogènes) résultent d'une lésion nerveuse provoquant un dysfonctionnement dans le système de transmission et de contrôle du message douloureux. La lésion peut se situer sur le système nerveux périphérique (au niveau d'un tronc, d'un plexus, d'un rameau nerveux périphérique) ou sur le système nerveux central (au niveau spinal et supra spinal).

Les douleurs neuropathiques produisent un fond douloureux persistant et spontané. Elles provoquent des sensations de brûlures, de paresthésies ou d'accès douloureux paroxystiques

fulgurants. Elles sont entraînées par des stimulations non nociceptives. Elles sont aggravées par le repos, l'horaire nocturne et améliorées par le mouvement et les frottements. La topographie est tronculaire, radiculaire, plexuelle ou cordonale.

Les douleurs neuropathiques s'expriment rarement seules. Elles sont le plus souvent accompagnées d'anxiété réactionnelle, d'un fond dépressif, d'une mauvaise image corporelle.

2.1.2.2 Douleur psychogène

L'Association Américaine de Psychiatrie établit le référentiel de la psychiatrie dans son Manuel Diagnostique et Statistiques des Troubles Mentaux (DSM). Dans sa précédente version, le DSM-IV, elle définissait la pathologie suivante : Le trouble douloureux, une pathologie correspondant à une douleur d'origine psychogène. Cette pathologie peut être aiguë ou chronique et être accompagnée de facteurs psychologiques.

En 2015 avec la sortie de la cinquième version du DSM, les définitions sont revues. La classification se simplifie et réduit les sous-catégories. Les définitions de somatisation, d'hypochondrie, de trouble douloureux et troubles somatoformes indifférenciés sont supprimées. Il convient maintenant de parler de troubles à symptomatologie somatiques et apparentés.

2.1.3 Les composantes de la douleur

La douleur n'est pas un événement sensoriel isolé. C'est une expérience subjective en lien avec un contexte, une signification. La douleur repose sur un modèle multidimensionnel, la considérant comme une perception intégrant des facteurs neurophysiologiques, des facteurs neuropsychologiques et des modulateurs.

Les différents aspects qui participent à l'intégration du message douloureux sont : la composante sensori-discriminative ; affectivo-émotionnelle ; cognitive et comportementale(15).

2.1.3.1 La composante sensori-discriminative

Elle correspond à l'ensemble des mécanismes neurophysiologiques permettant le décodage de la qualité, de l'intensité, de la durée et de la localisation. Composante totalement subjective, elle permet au patient de décrire sa douleur.

La douleur va se transformer progressivement et devenir résistante au traitement. Elle ne sera pas forcément constante mais les variations ne seront plus pleinement perçues et le perpétuel souvenir de l'accès douloureux passé sera ancré chez le patient.

2.1.3.2 La composante affectivo-émotionnelle

Elle fait partie intégrante de la douleur. Elle lui confère son côté désagréable, pénible voire insupportable. Elle est déterminée par la cause de la douleur mais aussi par le contexte dans lequel elle survient. Cette composante fait partie intégrante de l'expérience de la douleur et peut évoluer vers des états émotionnels comme la peur, l'anxiété (qui peut durer et évoluer vers des altérations cognitives) voire un état dépressif. Elle souligne l'importance d'une évaluation des niveaux d'anxiété et de dépression chez les douloureux chroniques.

2.1.3.3 La composante cognitive

Elle prend en compte l'ensemble des processus mentaux pouvant influencer la perception de la douleur et des comportements qu'elle induit. Cette composante permet la reconnaissance, l'interprétation de la perception douloureuse et la conduite à tenir pour affronter cette douleur. La composante cognitive va faire analyser, chercher la cause chez celui

qui subit l'expérience douloureuse, en référant à ses expériences passées, ses connaissances (acquis éducatifs, sociaux et culturels). Elle reflète son savoir faire face à la douleur.

Dans la douleur chronique, les interprétations du patient concernant son état sont souvent faussées ou mal adaptées. La multiplicité des avis médicaux discordants entraîne une incertitude sur la véritable origine de la douleur et favorise les fausses croyances. L'attention des patients douloureux chroniques est fixée sur leur douleur et ils ne prêtent plus d'attention qu'aux sensations anormales.

2.1.3.4 La composante comportementale

Elle comporte l'ensemble des expressions verbales et non verbales (gémissements, cris, postures), conscientes et inconscientes, observable chez la personne souffrante. Si le langage fait défaut, le comportement exprime la douleur.

La douleur chronique entraîne des comportements spécifiques mais aussi des changements de comportement propres à l'individu (réduction de la marche, augmentation du temps en position assise ou allongée, diminution des activités, trouble du sommeil, trouble de la libido).

3 Spécificité chez la personne âgée

3.1 La douleur comme syndrome gériatrique

Par sa prévalence, ses origines et ses conséquences, la douleur est un véritable syndrome gériatrique. Apparue dans les années 1980, le syndrome gériatrique est une situation de santé définie par 4 critères (16):

- Sa fréquence augmente fortement avec l'âge (et/ou n'est observé que chez la personne âgée) ;
- Elle résulte de facteurs divers dont des facteurs favorisants (chroniques) incluant les effets du vieillissement et des facteurs précipitants (aigus ou intermittents)
- Elle a pour conséquence très souvent 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.

3.2 Physiopathologie de la douleur au cours du vieillissement

Différentes études semblent suggérer des modifications de la physiopathologie de la douleur liées au vieillissement (10,17). Divers mécanismes seraient alors mis en cause : un changement des structures des voies nociceptives périphériques et du système nerveux central (les zones corticales impliquées dans la douleur sont les plus touchées par le vieillissement), une moins bonne localisation de la douleur (par atteinte des fibres myéliniques A Δ), une réduction de la tolérance aux stimulations intenses, une moindre efficacité du système de contrôle (par diminution des neurotransmetteurs tel que noradrénaline et sérotonine).

Le concept de « presbyalgie » ne repose sur aucun élément sérieux. L'idée d'une senescence de la perception de la douleur, bien que régulièrement évoquée, est invalidée par des études expérimentales. L'absence d'expression ou de comportement vis-à-vis de la douleur ne signifie pas une perte sensitive, analgésique ou analgothymie (indifférence émotionnelle vis-à-vis d'une stimulation nociceptive) mais peut relever d'un problème de langage et/ou de trouble du comportement, fréquent chez les sujets âgés.

La douleur du sujet âgée est un phénomène complexe. Chez une même personne, on peut retrouver plusieurs localisations différentes, plusieurs types de douleur (douleur nociceptive et neuropathique cohabitent souvent). L'intensité de la douleur est fluctuante et évolue dans le temps. Chez la personne âgée, il n'est pas rare de retrouver des expressions atypiques et trompeuses (agressivité, agitation, confusion, repli, trouble du comportement, mutisme).

3.3 Causes de la douleur chronique chez la personne âgée

La personne âgée est très souvent polyopathologique (= occurrence simultanée d'au moins 2 maladies chroniques chez un même individu à la même période). Les causes de la douleur chronique chez le sujet âgé sont multiples et intriquées(18). Différents mécanismes de douleur peuvent être retrouvés.

Les excès de nociception sont retrouvés dans les pathologies rhumatismales, les pathologies cancéreuses, les pathologies artérielles et les douleurs viscérales.

Les douleurs neuropathiques vont être retrouvées dans des pathologies comme le zona plus particulièrement les douleurs postzostériennes dont la prévalence augmente avec l'âge. On les retrouve aussi dans le diabète, très représenté dans ces populations.

Les douleurs psychogènes sont dominées par la dépression.

3.4 Conséquences sur la personne âgée

Les études suggèrent que la prise en charge de la douleur chez la personne âgée est sousoptimale. La douleur chronique non traitée ou traitée de manière inefficace a des répercussions importantes sur la santé, le fonctionnement et la qualité de vie (19).

La douleur chronique est associée à une altération de la condition physique (difficulté à la mobilisation, trouble de l'équilibre, risque de chute accru). Elle provoque également une altération du fonctionnement psychique (anxiété, dépression) et social (isolement, diminution des activités). Elle est également associée à des troubles du sommeil, une malnutrition/dénutrition et au déclin cognitif.

Le sujet âgé est très souvent polypathologique, ce qui peut parfois être synonyme de polymédication. Avec le vieillissement physiologique, les diverses insuffisances d'organes sont plus nombreuses et le risque d'effet indésirable liés au traitement est plus élevé. Ce risque est augmenté également par la polyprescription (ces patients peuvent être suivis par plusieurs spécialistes différentes engendrant une multiplicité de prescription).

Le but de la prise en charge de la douleur est donc de maximiser les fonctions et la qualité de vie en minimisant la douleur et ses effets indésirables ainsi que ceux des traitements.

3.5 Évaluation

L'évaluation de la douleur est une étape primordiale dans la prise en charge de la douleur. Les différentes recommandations internationales mettent l'accent sur la nécessité d'une évaluation systématique et répétée. Le retentissement de la douleur devra également être apprécié en évaluant la qualité du sommeil, l'autonomie, le moral et la qualité de vie du patient.

Des études ont démontré que l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur améliore la détection de celle-ci notamment chez les personnes les plus âgées (20).

3.5.1 Outils d'évaluation

Il existe différentes modalités d'évaluation de la douleur en fonction de la situation clinique : patient communicant ou non ; douleur aiguë ou chronique ; douleur nociceptive ou neuropathique.

Les différents types d'échelles validées sont divisées en 2 groupes : les échelles d'autoévaluation effectuées par le patient lui-même, elle-même divisée en échelle unidimensionnelle (mesure de l'intensité) ou multidimensionnelle (analyses des différentes composantes) et les échelles d'hétéro-évaluation effectuées par un soignant se basant sur les manifestations comportementales.

Ces échelles s'intègrent dans un examen clinique global sans s'y substituer pour autant.

3.5.1.1 L'auto-évaluation

Ce sont des échelles unidimensionnelles (sauf pour QSA) et donc n'évaluent que la composante sensori-discriminative. Elle permet le dépistage et le suivi chez un même patient. Par contre la comparaison inter individu n'est pas faisable.

Échelle visuelle analogique : L'EVA consiste en une règle de 10 cm graduée en mm.

Un curseur se trouve sur la face présentée au patient. Il peut le déplacer sur une ligne droite où sont marquées à ses extrémités les adjectifs suivants : absence de douleur et douleur maximale imaginable. Sur l'autre face, celle vue par l'évaluateur, on peut lire l'intensité mesurée en mm de 0 à 100 mm. L'utilisation de cette échelle est souvent restreinte chez la personne âgée par des soucis de compréhension.

Échelle numérique : l'EN est notée de 0 à 10. Elle est surtout utilisée en cas de difficulté à la compréhension de l'EVA

Échelle verbale simple : l'EVS est l'échelle la mieux comprise et la plus utilisée mais manque de sensibilité. C'est une échelle avec des adjectifs d'intensité variable (pas de douleur, faible, modérée, forte, très forte) où un score est attribué à chaque adjectif.

Échelle DN4 : cette échelle est un outil de dépistage de la douleur neuropathique réparti sur 8 items où le patient doit répondre par oui ou non. Il comporte une part d'hétéro-évaluation car nécessite un examen clinique. Le test est positif si le score est d'au moins 4/10.

Le questionnaire de Saint Antoine : il s'agit d'une échelle verbale multidimensionnelle. Elle s'intéresse à la description de la douleur (et donc son vécu) et permet de préciser la sémiologie sensorielle. C'est un questionnaire assez lourd avec près de 61 qualifications en 17 sous-classes (mais une version allégée existe).

L'auto-évaluation est l'échelle à privilégier dès que la situation le permet. Il est même recommandé d'essayer de l'utiliser chez les personnes atteintes de troubles cognitifs en complément d'une hétéro-évaluation.

Cette auto-évaluation doit être continuellement adaptée à la personne en fonction de ses déficits (auditifs, visuels, et cognitifs), de sa pudeur, de son vocabulaire, afin de qualifier et quantifier au mieux sa douleur (21).

3.5.1.2 L'hétéro-évaluation

L'hétéro-évaluation devient très pratique dès que le patient n'est plus en capacité de s'exprimer et d'évaluer sa douleur. L'analyse des comportements est très intéressante.

Démasquer les douleurs non verbalisées par le retentissement (changement dans les activités, les relations interpersonnelles, et les modifications comportementales (changement expression faciale, vocalisation, mouvements corporels) sont le fondement de ces échelles.

En France, les outils les plus utilisés sont les échelles Doloplus 2 et ECPA pour les douleurs chroniques. L'Algoplus est quant à elle utilisée dans la douleur aiguë.

Échelle Doloplus 2 : première échelle d'hétéro-évaluation validée en France (janvier 1999)(22). Elle comporte dix items répartis en trois sous-groupes (retentissement somatique, retentissement psychomoteur et retentissement psychosocial). L'item est évalué de 0 à 3. Le score global est de 30. Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la présence d'une douleur.

Elle nécessite une connaissance du patient et un certain apprentissage pour la manipuler dans de bonnes conditions.

Échelle ECPA (Évaluation Comportementale de la douleur chez la Personne Âgée non communicante) : elle comprend huit items avec cinq modalités de réponses cotées de 0 à 4. Le score total évolue de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur maximale). Elle permet de coter une douleur AVANT et PENDANT les soins. Cependant il existe une seule précaution indispensable lors de son utilisation. Il est impératif de coter la partie « avant les soins » réellement avant la réalisation de ceux-ci et ne pas coter de « mémoire » pour éviter des biais et interférences entre les 2 modalités.

Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate version française (PACSLAC-F) : cette échelle fut validée dans sa version française en 2008 par une équipe de canadien(23). Elle comprend soixante items pour quatre classes de

comportements suggérant une douleur (expression faciale, mouvements du corps, comportement-personnalité-humeur et autres.

D'autres échelles existent en anglais mais ne sont pas disponibles en français.

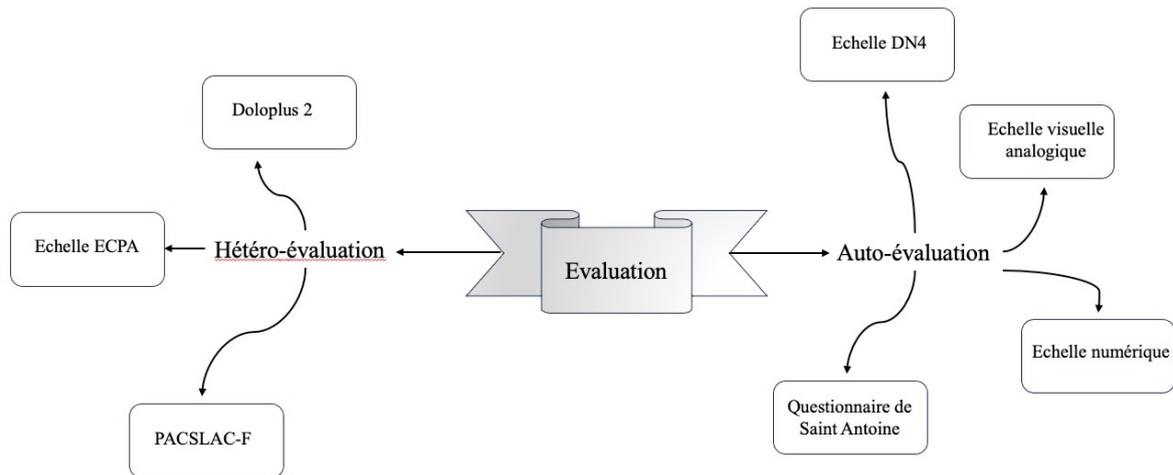


Illustration 2 : Les échelles de la douleur chronique

3.5.2 Freins à l'évaluation

Les échelles d'hétéro-évaluation sont intéressantes dans l'évaluation de la douleur de la personne âgée mais elles doivent être suivies d'un examen clinique pour rechercher l'origine de cette douleur.

Il n'existe pas de lien direct entre les résultats obtenus et le type de traitement antalgique nécessaire. Ces questionnaires ne possèdent qu'une valeur descriptive (le patient a-t-il mal ou non ?). Le vécu de la douleur étant individuel, seule la cinétique des scores nous renseignera sur l'efficacité de la thérapeutique antalgique.

La plupart des échelles nécessite une formation ainsi qu'une connaissance de ses patients et de leurs comportements habituels en dehors de la douleur.

Par ailleurs, ces comportements inhabituels décrits plus haut ne sont pas spécifiques de la douleur (constipation, faim). En revanche, l'observation de ces comportements lors des mouvements est plus en faveur d'une origine douloureuse.

4 Les thérapeutiques médicamenteuses

4.1 Classification de l'OMS

En 1986, l'Organisation Mondiale de la Santé développe une classification des antalgiques, les paliers (ou échelle) antalgiques de l'OMS. Cette classification fut établie dans un premier temps pour les douleurs cancéreuses. Avant cette classification, la réglementation avait augmenté la stigmatisation et la peur de la prescription et de l'utilisation des opioïdes(24). Le principe était une utilisation croissante et progressive des antalgiques en fonction de l'intensité rapportée par le patient. Puis la douleur chronique étant devenue un sujet omniprésent, cette classification fut étendue à la douleur chronique.

L'échelle de l'OMS divise en 3 paliers les antalgiques(25) :

- Palier I (non opioïde) : paracétamol, Anti Inflammatoire Non Stéroïdien (AINS) et néfopam
- Palier II(opioïde faible) : codéine, dihydrocodéine, tramadol et poudre d'opium
- Palier III (opioïde fort) : morphine, hydromorphone, oxycodone, fentanyl, méthadone, buprénorphine, nalbuphine, tapentadol
- Adjuvants : antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, imipranine, clomipranine), antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la sérotonine et noradrénaline (duloxétine, venlafaxine, milnacipran), les antiépileptiques (gabapentine, prégabaline, carbamazépine), les anesthésiques locaux (EMLA, lidocaïne topique et systémique),

la capsaïcine, les antagonistes des récepteurs NMDA (kétamine), la toxine botulinique, les myorelaxants non benzodiazépiniques (thiocolchicoside, quinine, méthocarbamol), les antispasmodiques (phloroglucinol), le baclofène, les corticoïdes en administration locale, locorégionale ou épidurale, et les gaz analgésiques (protoxyde d'azote, methoxylurane), ainsi que l'oxygénothérapie pour l'algie vasculaire de la face.

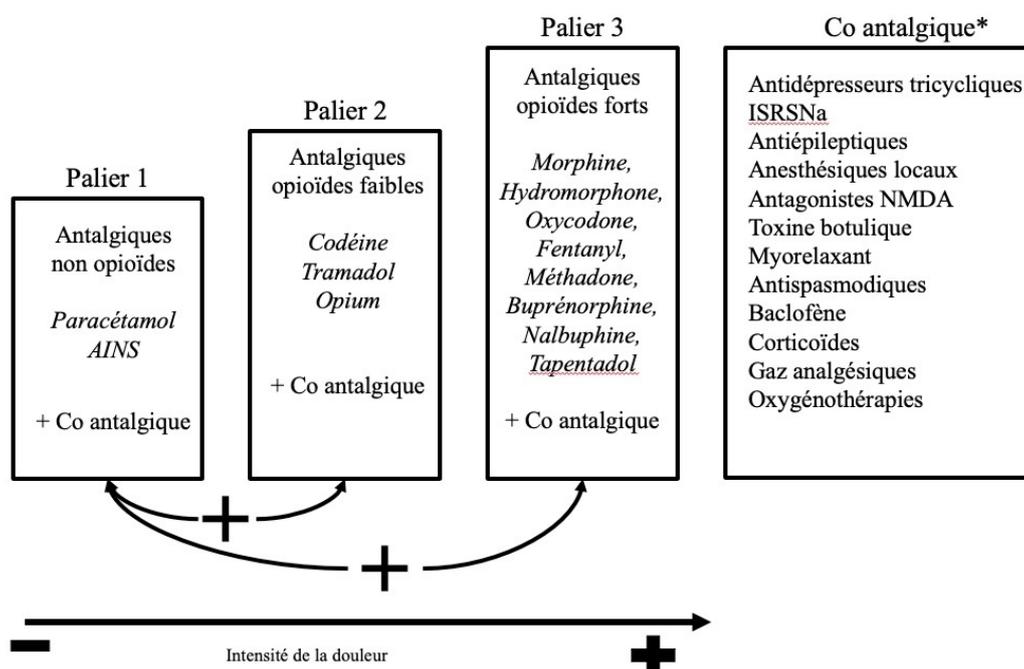


Illustration 3 : Les paliers analgésiques selon l'OMS

L'efficacité de ces différentes thérapeutiques va dépendre du contexte de leur utilisation (douleur aiguë post opératoire, soins, douleur chronique) et du mécanisme de la douleur.

L'approche de cette classification est de plus en plus révolue(24)car elle ne répond plus aux besoins de prise en charge des différents types de douleur. Elle ne prend pas en compte les douleurs neuropathiques. Elle est même source d'erreur car elle est basée sur l'idée que ses paliers correspondent à une intensité de douleur. Elle fut importante lorsqu'elle fut introduite car elle légitimait l'utilisation des opioïdes. Mais elle a conduit à une certaine mauvaise

utilisation des opioïdes dans la douleur chronique car elle ne se base pas sur les mécanismes de la douleur. En utilisant cette échelle, les différents paliers sont utilisés comme des paliers de première, deuxième et troisième intention, non adaptés à la douleur chronique (exemple de la fibromyalgie, de la céphalée de migraine).

4.2 Nouvelle classification

La classification de Beaulieu et Lussier(26)est une nouvelle taxonomie classant les médicaments selon leur mécanisme d'action en évitant la corrélation entre l'intensité de douleur et la classe d'antalgie. Elle permet d'optimiser la prise en charge thérapeutique en étudiant le mécanisme d'action de la douleur. Cette nouvelle classification est évolutive :

- Les anti-nociceptifs :
 - Non opioïdes (paracétamol, AINS)
 - Opioïdes (codéine, morphine, oxycodone, hydromorphone)
 - Cannabinoïdes
- Les anti-hyperalgiques :
 - Antagoniste NMDA (kétamine)
 - Antiépileptiques (gabapentine, prégabaline, lamotrigine)
 - Nefopam
- Les modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs ou excitateurs :
 - Antidépresseurs tricycliques
 - Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- Les modulateurs de la transmission et de sensibilisation périphérique :
 - Anesthésiques locaux
 - Carbamazépime, oxcarbazépine

- Topiramate
- Capsaïcine
- Mixte :
 - Tramadol

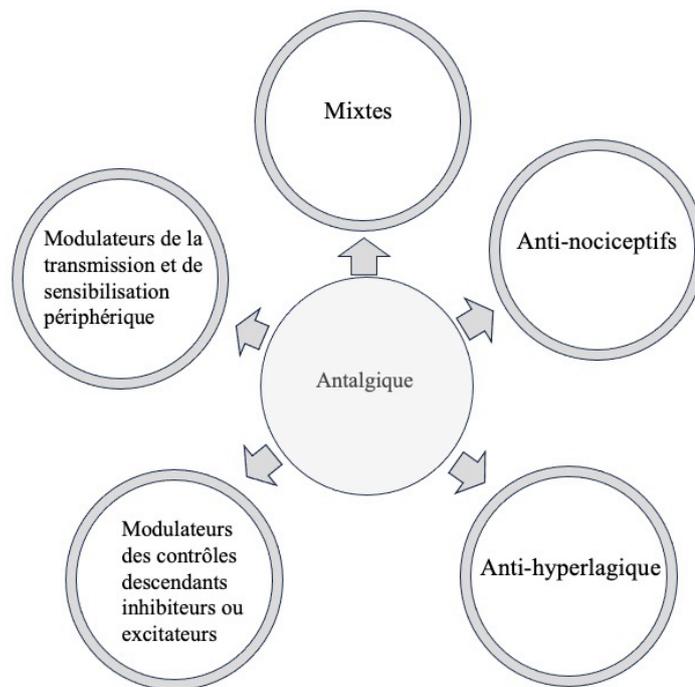


Illustration 4 : Classification de Beaulieu et Lussier

5 Les thérapeutiques non médicamenteuses

La douleur chronique est un phénomène multidimensionnel devant être traité en combinant des approches biomédicales, psychologiques et sociales. L'approche biopsychosociale permet une intervention plus large que la simple approche médicamenteuse du domaine biomédical et déplace le centre d'intérêt du traitement de la douleur physique vers des stratégies augmentant la capacité fonctionnelle et le bien-être en dépit de la douleur. Ces traitements adjuvants sont primordiaux pour une qualité de vie optimale en faisant face à l'anxiété, la dépression et les bouleversements sociaux résultant d'une douleur chronique(27).

De nombreuses techniques non médicamenteuses peuvent être utilisées avec succès, seules ou en association avec les thérapeutiques médicamenteuses. Le développement de ces moyens non médicamenteux s'est majoré ces dernières années (depuis le plan de lutte contre la douleur 2006-2010).

On peut citer :

- Les traitements physiques : application de chaud/froid, kinésithérapie, massage, acupuncture, TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation).
- Les techniques comportementales : sophrologie, relaxation, méditation, réflexologie, thérapie cognitivo-comportementale, ergothérapie.
- Autres techniques médico-chirurgicales : radiothérapie antalgique, intervention chirurgicale, électrostimulation spinale et/ou cérébrale, mésothérapie.

6 Pharmacologie et spécificités de la personne âgée

Les données sur les changements pharmacocinétiques liés à l'âge sont peu nombreuses mais certains changements sont néanmoins rapportés de façon constante par plusieurs auteurs. La plupart des études sont réalisées chez des personnes âgées saines mais certaines suggèrent des changements pharmacocinétiques chez les personnes âgées fragiles (28)

6.1 Modifications chez la personne âgée

6.1.1 Les modifications pharmacocinétiques

Elles concernent l'absorption (diminution de la vitesse aggravée par inhibiteurs de la pompe à protons, l'huiles de paraffine, les pansements gastriques), la distribution (augmentation de la masse grasseuse, diminution de la masse musculaire, diminution de l'eau corporelle totale, modification des liaisons aux protéines plasmatiques), la métabolisation

(notamment hépatique par diminution de la masse hépatique, du flux sanguin hépatique et du pouvoir métabolique hépatique), et l'élimination (diminution physiologique et pathologique du débit de filtration glomérulaire, diminution de la fonction tubulaire et de la capacité de réabsorption (29)

Au vu de ces modifications, il est important de connaître l'état de vieillissement du patient afin d'adapter les posologies.

6.1.2 Les modifications pharmacodynamiques

Les variations pharmacodynamiques sont mal connues. Selon certaines études, les modifications peuvent résulter de la variation du nombre de récepteur, de la variation de l'effet au niveau du récepteur ou de l'effecteur (16,30) .

Les modifications de la réponse aux médicaments sont plus marquées au niveau du système nerveux central. Les effets centraux des opioïdes, des antiépileptiques, sont plus prononcés et prolongés chez le sujet âgé, à concentration sérique égale(30)

6.2 Prise en charge chez la personne âgée

6.2.1 "Start low et go slow"

La prise en charge de douleur chronique de la personne âgée est complexe, elle ne doit pas pour autant être négligée. Une prise en charge optimale répond aux règles suivantes (start low and go slow) :

- Toujours rechercher une étiologie curable,
- Tenir compte de la comorbidité,
- Tenir compte des coprescriptions,
- Tenir compte de la fonction rénale et de l'état nutritionnel,

- Privilégier la voie orale,
- Utiliser la posologie minimale efficace pour atteindre l'antalgie,
- Débuter à petite dose par une titration,
- Utiliser des médicaments à élimination rapide en phase de titration, puis relai 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 en complément.

7 Outils d'aide à la prescription

L'activité de prescription n'est pas quelconque et présente des risques d'effets indésirables parfois vitaux pour les patients. Selon certaines analyses, les antalgiques (AINS et opioïdes) sont une cause fréquente d'effet indésirable chez la personne âgée (31)

La prescription présente également des risques pour le professionnel de santé que ce soit sur le plan déontologique, civil et pénal.

Il existe des moyens pour réduire ces risques comme l'utilisation de Logiciel d'Aide à la Prescription (LAP), défini par la HAS comme « un logiciel dont au moins une des fonctions permet d'élaborer et d'éditer les prescriptions médicales »(32). Les LAP reposent sur une base de données de médicaments regroupant les informations sur les médicaments qu'elles proviennent des autorités officielles, des sociétés savantes, etc. Cette base de données doit être agréée par l'HAS.

Les LAP assistent les professionnels de santé dans leur activité quotidienne en leur faisant bénéficier d'une information médicale fiable. Ils permettent de prescrire en sécurité notamment pour les ordonnances les plus complexes.

8 Matériel et méthode

8.1 Choix du type d'étude et du recueil de données

L'objectif de ce travail était de s'intéresser à la perception de la douleur chronique du sujet âgé par le médecin généraliste. La méthode qualitative était particulièrement adaptée à la médecine générale puisqu'elle permettait d'analyser des phénomènes sociaux, des comportements ou des sujets(33) Nous avons alors décidé d'opter pour ce type d'étude car le but n'était pas de quantifier des données mais d'analyser des vécus, des expériences personnelles et professionnelles.

Un guide d'entretien semi-dirigé (annexe 1) a été établi en amont de l'étude. Il comportait une succession de questions ouvertes regroupées en plusieurs thématiques. Elles n'étaient pas forcément toutes posées, ni posées dans le même ordre d'un entretien à l'autre. Il permettait d'avoir une carte afin d'aborder les différentes thématiques.

Un prétest fut effectué auprès d'un médecin généraliste pour permettre d'ajuster le guide, pour que celui-ci soit mieux compris par les participants et plus informatif (ajout des définitions de la douleur chronique).

8.2 Recrutement

Ce travail étant un travail d'étude qualitative, nous n'avons pas cherché une représentativité statistique. Notre but était de recruter des participants par un échantillonnage raisonné homogène.

Le nombre d'entretien n'était pas connu à la phase initiale.

Les médecins interrogés devaient être des spécialistes de Médecine Générale, installés ou non (associé, collaborateur, remplaçant), pratiquant un exercice non-hospitalier.

Caractéristiques des médecins interrogés :

	Sexe	Age	Densité lieu d'exercice	Grille densité INSEE 2021	Type d'exercice	Année d'activité	Formation	Nombre de personne âgée par semaine
M1	Homme	66 ans	Commune peu dense	3	Installation Maison de santé pluridisciplinaire	> 25 ans (40 ans)	Médecine générale Diplôme universitaire de la personne âgée	> 50 par semaine
M2	Femme	36 ans	Commune peu dense	3	Installation Maison de santé pluridisciplinaire	< 5 ans	Médecine générale	< 10 par semaine
M3	Homme	36 ans	Commune peu dense	3	Installation Maison de santé pluridisciplinaire	< 5 ans	Médecine générale	Entre 30 et 50 par semaine
M4	Homme	29 ans	Commune densément peuplée	1	Remplacement	< 5 ans	Médecine générale	Entre 30 et 50 par semaine
M5	Homme	31 ans	Commune peu dense	3	Installation Maison de santé pluridisciplinaire	< 5 ans	Médecine générale	> 50 par semaine
M6	Femme	30 ans	Commune peu dense	3	Installation Maison de santé pluridisciplinaire	< 5 ans	Médecine générale	Entre 30 et 50 par semaine

M7	Homme	70 ans	Commune peu dense	3	Installation Maison de santé pluridisciplinaire	> 25 ans (41 ans)	Médecine générale Mésothérapie	Entre 10 et 30 par semaine
M8	Femme	42 ans	Commune de densité intermédiaire	2	Installation Cabinet de groupe	Entre 5 et 15 ans (9 ans)	Médecine générale	> 50 par semaine
M9	Homme	64 ans	Commune de densité intermédiaire	2	Installation Cabinet de groupe	> 25 ans (37 ans)	Médecine générale Diplôme universitaire de la personne âgée	> 50 par semaine
M10	Homme	38 ans	Commune peu dense	3	Installation Maison de santé pluridisciplinaire	Entre 5 et 15 ans (6 ans)	Médecine générale	> 50 par semaine
M11	Femme	35 ans	Commune peu dense	3	Installation Maison de santé pluridisciplinaire	Entre 5 et 15 ans (6 ans)	Médecine générale	Entre 30 et 50 par semaine
M12	Femme	31 ans	Commune de densité intermédiaire	2	Collaboration Cabinet médical	< 5 ans	Médecine générale	Entre 30 et 50 par semaine
M13	Homme	26 ans	NC	NC	Remplacement	< 5 ans	Médecine générale	Entre 30 et 50 par semaine
M14	Homme	65 ans	Commune peu dense	3	Installation Maison de santé pluridisciplinaire	> 25 ans (37 ans)	Médecine générale Homéopathie Mésothérapie	Entre 30 et 50 par semaine
M15	Femme	30 ans	Commune peu dense	3	Collaboration Maison de santé pluridisciplinaire	< 5 ans	Médecine générale	Entre 30 et 50 par semaine

8.3 Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants. Ils se sont déroulés en face à face ou lors de visioconférence selon les modalités qui arrangeaient les participants. Ils ont été enregistrés avec l'application dictaphone d'un iPhone® ou Ipad® et retranscrits à l'aide du logiciel Descript®. L'anonymat des professionnels de santé participants a été garanti durant la transcription des données.

Les entretiens ont été réalisés entre le 8 avril 2022 et le 4 septembre 2023.

Les entretiens réalisés en présentiel ont été réalisés soit au cabinet du participant (8), soit à son domicile (1), par convenance personnelle du participant.

En raison des difficultés organisationnelles de certains, la visioconférence a pu être utilisée. Les applications Zoom® et Messenger® étaient privilégiées.

15 entretiens ont été réalisés : 9 en présentiel, 6 en distanciel.

8.4 Analyse des données

L'analyse thématique du contenu des verbatims de chaque entretien a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo14®. Il a permis d'organiser les thèmes et sous-thèmes issus du codage, de les grouper par approximations successives et de chercher les liens qui les unissent.

Au cours du travail, si un nouveau code émergeait, les précédents entretiens étaient de nouveau analysés.

Cette étude ne relevait pas de données de santé, il ne fut donc pas nécessaire de demander l'accord au près du service de santé de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

8.5 Résultats et analyses

8.5.1 Évaluation de la douleur

8.5.1.1 Auto-évaluation

Il est intéressant d'avoir le ressenti des médecins concernant l'autoévaluation de la douleur chez la personne âgée.

Certains n'utilisent pas d'échelle,

M1 : *« j'utilise pas de, j'utilise pas de euh..., de barème, d'échelle, c'est plus, euh ..., dans la discussion avec le patient que l'on va évaluer l'importance de cette douleur. »*

M7 : *« J'utilise les échelles, les échelles d'évaluation visuelle, surtout pour les douleurs aiguës plus que pour les douleurs chroniques. »*

M11 : *« Euh j'avoue que chez les personnes âgées l'EVA je l'utilise rarement en tout cas parce que je pense qu'elle est pas c'est pas la chose la plus adaptée. »*

On retrouve une certaine réticence à leur utilisation,

M10 : *« Si on laisse cette auto-évaluation on va laisser libre cours à la porte ouverte à en prescrire toujours plus. Donc je ne suis pas forcément favorable parce que parce qu'ils se plaignent d'avoir mal qu'ils ont réellement forcément mal. Il y a parfois d'autres plaintes cachées derrière. »*

M10 : *« se baser juste sur des échelles qui vont donner une conduite à tenir en antalgique peut être un peu risqué parce que le patient va se dire très, très douloureux, là où en fait finalement derrière, il y a un deuil, des soucis familiaux [...]. »*

M11 : *« Dans la douleur aiguë, oui, [...], mais euh, de manière chronique, c'est un peu plus délicat. »*

D'autres soulignent la difficulté de sa mise en application par manque de temps,

M3 : *« après c'est vrai qu'on n'utilise pas forcément de grille en médecine générale [...], par manque de temps [...]. »*

Par son manque d'objectivité,

M1 : « [...] je pense que l'autoévaluation à mon avis ça va pas changer beaucoup de chose [...], c'est-à-dire que le critère est évidemment subjectif malgré tout, puisque le niveau de douleur va être comparé, comparable d'une personne à une autre et donc ils vont avoir leur propre impression. »

M2 : « ça peut être un peu difficile parce que ils ont pas forcément..., déjà tout le monde n'a pas le même seuil de douleur, donc c'est..., d'une personne à l'autre ça va être différent. »

M8 : « C'est compliqué, je pense. Voilà, je pense qu'ils ont du mal à s'autoévaluer [...]. »

M10 : « L'autoévaluation du patient est forcément subjective. Notre évaluation à nous va essayer d'être un peu plus objective [...] Et c'est là où en effet, se baser juste sur des échelles qui vont donner une conduite à tenir en antalgique peut être un peu risqué. [...] j'avoue que ça pour moi c'est beaucoup trop subjectif pour traduire la plainte du patient sans forcément être la réalité de la situation médicale. »

M11 : « [...] je ne sais pas si c'est enfin je ne sais pas si c'est spécifique à la personne âgée, l'autoévaluation, elle est difficile. »

Chez les personnes présentant des troubles cognitifs,

M7 : « Elle est sujette à plusieurs écueils. Premier écueil, c'est... c'est effectivement les troubles cognitifs. »

Par une mauvaise compréhension des échelles d'autoévaluation,

M5 : « C'est quand même assez compliqué, les gens... en fait, pour être capable de dire qu'on a une douleur maximale, il faut avoir connu une douleur maximale dans sa vie. »

M6 : « *Moi les échelles numériques, j'avoue que je n'ai jamais adhéré. C'est très compliqué pour les gens je trouve.* »

M8 : « *Parce que les gens... des fois ..., des il y a une discordance, des fois ils ont du mal à comprendre ce que ça veut dire, [...].* »

M9 : « *On t'a déjà euh demandé d'évaluer ta douleur comme ça ? Moi, on m'a demandé si j'ai été opéré deux fois. J'avoue que quantifier ta douleur, pour moi, ce n'est pas évident.* »

D'autres utilisent des échelles d'autoévaluation,

M2 : « *Ça permet d'adapter le traitement avec palier 1, palier 2, palier 3 en fonction de ce qu'on voit comme échelle de douleur.* »

M4 : « *Donc ouais, par des questions simples, après on peut utiliser des échelles. Il y a plusieurs échelles qui existent DOLOPLUS, ALGOPLUS...[...] ça peut être pas mal. Euh, De toute façon, c'est basé sur son ressenti à elle donc forcément, elle est la mieux placée pour euh pour évaluer sa douleur. Mais encore une fois que ce soit une échelle qui soit validée et qui ne soit pas soumise non plus à interprétation, trop de subjectivité.* »

M5 : « *Et puis si c'est compliqué de dire vraiment avec des mots, on va utiliser avec des échelles numériques entre zéro et 10 et on arrive assez facilement à statuer.* »

Certains préfèrent utiliser les échelles pour le suivi,

M6 : « *[...] c'est que ça peut être utile en médecine générale quand même ces échelles-là, parce qu'en fait, c'est vraiment un patient-dépendant. Donc par contre lui si à tel moment cette douleur-là était à 6 et qu'il vient pour le même motif, c'est peut-être intéressant en effet.* »

M9 : « *[...] l'évaluation, la comparaison peut-être que ça dans la comparaison peut-être non dans l'évaluation immédiate.* »

M12 : « *En effet, pour comparer une consultation à l'autre, ça peut toujours être utile, encore qu'on aille chercher à combien elle était sur l'évaluation précédente [...].* »

8.5.1.2 Hétéroévaluation chez le patient non communicant

Plusieurs médecins utilisent des échelles d'hétéroévaluation sans la nommer directement,

M2 : « *[...] car il ne pourra pas me répondre exactement. Donc eux, ça sera en fonction de son faciès, des réactions à l'examen [...].* »

M3 : « *après il y a des patients qui ne se plaignent pas mais on voit aussi dans l'attitude euh... s'ils ont un faciès douloureux ou pas.* »

M6 : « *Après si quand même. On les utilise sans les utiliser car quand tu vois les..., c'est Algoplus pour les gens qui ne s'expriment pas ? [...] En vrai l'Algoplus, l'auxiliaire de vie le fait spontanément c'est juste qu'elle ne le cote pas mais les critères qu'elle va dire c'est ça « le patient qui gémit, qui grimace ». En fait, c'est l'utiliser sans son protocole.* »

M10 : « *Sur les troubles de comportement et voir s'il y a en effet des décompensations euh des troubles d'agitation euh inexplicables euh la douleur reste une épine irritative chez les patients déments.* »

M11 : « *Euh j'ai envie de dire c'est plus sûr les troubles du comportement ou enfin voilà ou des troubles de la confusion, bon en même temps la personne démente... mais plus un comportement inhabituel effectivement, son faciès, les attitudes.* »

M12 : « *Après [...] j'ai un peu en tête... Enfin, pendant l'internat, j'avais un peu appris par cœur l'échelle [...]. Donc je me base sur ce que j'ai retenu un peu par cœur de l'internat. Et je pose grosso modo ces questions-là, selon moi.* »

M14 : « *Inconsciemment, forcément tu le fais à cause des patients. Tu vois s'il fait la gueule, s'il est crispé, s'il est renfermé, dépressif, ça se joue hein. Après c'est en fonction de... de l'évolution de son attitude, son comportement, sa volubilité.* »

D'autres médecins se basent directement sur des échelles d'hétéroévaluation,

M4 : « *Il y a plusieurs échelles qui existe DOLOPLUS, ALGOPLUS [...] je pense que les utilisations d'échelle basées sur le comportement ou sur le faciès, ça permet d'évaluer.* »

M13 : « *si après elle ne peut pas s'exprimer ou si une personne qui qui voilà qui ne peut pas s'exprimer, qui a des troubles cognitifs, là il y a des échelles plus adaptées euh comme par exemple l'Algoplus ® ou des Voilà ces choses-là.* »

Une grande majorité des médecins interrogés demande l'aide de l'entourage,

M1 : « *C'est souvent l'entourage qui va donner l'avis en disant « il souffre beaucoup » [...] c'est pas facile de juger en fait.* »

M5 : « *Après c'est différent pour des patients qui sont en visite, parfois même grabataires, où là on est censé utiliser des échelles indirectes que moi je n'utilise pas. J'utilise plutôt les auxiliaires de vie, les infirmières et les aidants.* »

M8 : « *c'est souvent plus avec l'entourage quoi.* »

M10 : « *On va plus s'appuyer sur les aidants, sur les soignants. [...] L'évaluation des aidants et soignants sera presque prioritaire par rapport à notre examen somatique qui nous apportera pas forcément grand chose.* »

M12 : « *[...] heureusement il peut y avoir facilement un aidant, un accompagnant qui va aider [...].* »

Mais reste prudent,

M1 : « *Mais je pense qu'il faut quand même se centrer sur la personne elle-même parce que des fois c'est très déformé au niveau de l'entourage.* »

M7 : « *Alors la demande de l'entourage va m'inciter à être plus incisif dans l'interrogatoire du patient euh Mais l'entourage, la subjectivité de l'entourage n'est pas la subjectivité de la douleur.* »

M10 : « *C'est pas forcément leur avis qui va me faire prescrire sauf chez les patients dépendant dément.* »

M15 : « *Les familles, ce n'est pas toujours évident, mais ça peut être un, ça peut être un incitateur. Voilà après une famille trop insistante qui va commencer à me dire est-ce qu'on [...] ne met pas ci est-ce qu'on met pas ça enfin je le prends avec des pincettes quand même.* »

8.5.1.3 Consommation d'antalgique

Certains évaluent leur patient douloureux chronique par le biais de leur consommation d'antalgique,

M10 : « *C'est plus cette consommation d'antalgiques qui va m'aider à faire le point sur cette douleur.* »

8.5.1.4 Évaluation systématique

M2 : « *Oui souvent la personne âgée, je leur demande spontanément si elles ont des douleurs particulières. Et voilà, faire un peu le point avec eux.* »

M8 : « *Non même quand ils viennent pour un renouvellement de traitement. Parce qu'il ne veut pas forcément penser à dire qu'ils ont mal là.* »

M11 : « *c'est quelque chose que c'est quelque chose que j'aborde quasiment à chaque consultation dans le cas d'un renouvellement en tout cas. »*

M15 : « *Euh, je regarde assez facilement les dernières consult' qu'on s'est racontées et et des fois je leur demande ce qui s'est passé justement pour voir un petit peu si on a une modification thérapeutique. Euh autrement euh ça peut arriver que je pose la question. Si vraiment je vois que la personne n'est pas très loquace, qu'elle est juste venue faire renouveler son antihypertenseur et qu'on a rien d'autre à se raconter. Euh moi je vais un peu être en mode bon, rien d'autre à signaler, pas de douleur, pas de problème. »*

8.5.1.5 Évaluation non systématique

D'autres médecins ne partagent pas cette vision,

M3 : « *Non j'avoue que si le patient ne m'en parle pas, je...enfin je... je n'aborde pas le sujet non plus spontanément. »*

M4 : « *je vais juste lui demandais [...] s'il y a des problèmes, si elle ne commence pas à parler de douleur, je ne vais pas forcément évaluer sa douleur. Ça dépendra vraiment du motif. »*

M5 : « *J'ai appris à ne plus demander aux gens comment ils vont parce que c'est là qu'on va partir sur 5 motifs de consultation. Je demande ce que les amène et je pars du principe que s'ils ont des douleurs ils vont en parler spontanément. Après, spontanément, si le motif fait que l'un des symptômes est douleur, forcément on rebondir dessus et on va poser des questions. »*

M6 : « *Le problème, c'est quand il y a une phrase d'accroche « Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ? » et après si tu demandes « Est-ce que vous avez mal quelque part ? » Ils vont forcément trouver un endroit qu'il leur fait mal, donc euh ? après tu t'en sors plus. »*

M7 : « *La première chose, ça dépend de l'intensité du motif de consultation étranger à la douleur. Si ça prend vraiment le devant de la scène, qui a vraiment un autre problème, qui a vraiment un problème important. Je ne vais pas forcément m'intéresser à la douleur.* »

M9 : « *[...] je lui demande pas à chaque fois s'il a des douleurs sauf si je le vois arriver en boitant...* »

8.5.1.6 Sous-évaluation

Concernant le sujet de la sous-évaluation, les médecins sont unanimes. Globalement, la douleur est sous-évaluée chez la personne âgée.

Certains avancent le sujet de la pudeur du patient,

M13 : « *[...] je pense qu'il y en a beaucoup, qui enfin sous-évalué je pense, qu'il y en a beaucoup qui les... qui vont pas oser dire qu'ils ont forcément mal.* »

M4 : « *Après, je pense qu'il y a certaines personnes qui ont juste pas envie d'en parler. Ça peut être, ça peut être une part de pudeur.* »

D'autres avancent l'hypothèse d'idées préconçues,

M1 : « *C'est rentré dans les mœurs, c'est normal de souffrir quand on est âgé.* »

M4 : « *[...] mais quand c'est les personnes âgées on dira j'ai mal, [...] c'est de l'arthrose ou c'est douleurs de "vieillesse", donc ouais je pense qu'elle est sous-estimée.* »

M4 : « *[...] on pourrait dire encore une fois si le syndrome méditerranéen on se dit toujours, ouais elle nous dit qu'elle a fort mal mais on sous-estime.* »

M15 : « [...] je pense qu'il y a une partie de préjugé on va dire, d'idées préconçues mais inconsciente hein. Comme quoi en quelque sorte il y a une part normale de douleur [...] au cours de la vieillesse hein on pense à l'arthrose sur laquelle on ne peut pas faire grand-chose. »

Un médecin précise les choses en parlant de sous-évaluation chez la personne atteinte de troubles cognitifs,

M10 : « En effet, chez les déments je pense qu'il y a une sous-évaluation et on ... Mais cette évaluation est très complexe chez le dément, chez les non dément euh je ne pense pas qu'il ait de sous-prise en charge. »

« Le patient qui s'habitue à sa douleur » est une réflexion partagée par plusieurs participants,

M7 : « [...], l'anxiété est un facteur majorant important de la douleur et la personne âgée qui a sa douleur chronique finit par s'y habituer un petit peu. D'une part parce que c'est au fil du temps c'est moins angoissant, sa douleur est moins angoissante et d'autre part euh bah il y a une espèce de de... bah une résilience en fait qui fait que la personne âgée apprend à vivre avec sa douleur. »

M8 : « Oui parce qu'il y a des gens qui ont des douleurs depuis des années et qui finalement ne t'en parle plus. Parce que ça fait partie de leur quotidien. »

Le manque de temps médical serait un facteur de sous-évaluation pour certains,

M10 : « En effet, chez les déments je pense qu'il y a une sous-évaluation [...], on manque de temps en consultation. »

M12 : « Enfin avec le manque de médecin actuel et tout ça je ne pense pas que ce soit toujours euh correctement. Euh entendu avec le manque de temps qu'on peut avoir et tout ça donc je pense que oui c'est aussi sous d'évaluer. »

8.5.1.7 Subjectivité de l'évaluation

La subjectivité dans la douleur est sujet qui revient très souvent, qu'elle soit du médecin ou du patient

M1 : « De toute façon je pense que c'est très subjectif, [...] dans l'analyse du patient, mais c'est très subjectif aussi au niveau du médecin. »

M5 : « [...] c'est complètement subjectif, à 100% je dirais. »

M6 : « On ne peut pas être objectif dans la douleur. [...] mais il t'arrive un vrai truc genre un traumatisme, une colique néphrétique, un vrai truc, à un moment où tu vas mal bah ça va être encore pire que si tu étais dans une phase où tout allait bien. Bah n'empêche que ton approche elle sera différente. Donc euh, c'est complètement subjectif. »

M10 : « Maintenant euh il y a de toute façon une grosse part de subjectivité dans la douleur, c'est à dire le même patient à différents moments et événements de sa vie, plus ou moins douloureux n'aura pas le même ressenti de la douleur. »

M11 : « C'est difficile de dire enfin d'être objectif en tout cas et de savoir quel est leur rapport à la douleur n'est pas simple. »

M12 : « Moi, c'est vraiment C'est plutôt subjectif, hein. Je suis... je je mets mes consultations, enfin je suis c'est plutôt subjectif. »

Certains essaient de la corriger via l'utilisation d'échelle,

M4 : « *Donc oui il y a une part de subjectivité énorme [...] quand la personne en parle mais après quand c'est nous qui demandons via l'utilisation d'échelles, je pense qu'on ça permet de lever une part de subjectivité sur cette douleur.* »

M7 : « *Donc il y a une part subjective, une part objective et les échelles d'évaluation visuelle permettent de d'objectiver un peu les choses, [...].* »

D'autres par le biais de leur expérience,

M6 : « *Ouais les patients vieux en général tu les suis depuis longtemps donc tu les connais quoi.* »

M7 : « *Après, l'objectivation [...] est aussi guidé par l'expérience. Avec l'expérience, on sait quand même que ça fait très mal, ça fait moins mal.* »

M11 : « *Et à l'inverse des patients qui consultent un peu pour tout et n'importe quoi, ou en tout cas comme...c'est oui je j'ai envie de dire c'est plus à force de les connaître [...].* »

8.5.2 Représentation de la douleur chronique chez la personne âgée

8.5.2.1 Causes

La plupart des médecins interrogés énoncent la même étiologie principale, l'arthrose,

M1 : « *je pense qu'il beaucoup de douleur effectivement qui sont liées à l'arthrose, leur rhumatisme.* »

M2 : « *En premier, je pense que c'est l'arthrose l'une des principales causes.* »

M5 : « *Ça va être surtout les douleurs rhumatologiques euh, les lombalgies douleur dans l'épaule, douleur de poignet. Après tout dépend aussi du métier qu'ils ont exercé notamment*

dans le secteur des patients qui ont travaillé aux champs etc... ou à l'usine. Ça va être essentiellement des douleurs ostéoarticulaires. »

M8 : *« Bah l'arthrose. »*

M10 : *« La première restera l'arthrose, je pense qu'on est vraiment douleurs articulaires, mécanique parfois avec des poussées inflammatoires qui parfois les invalides et euh alors les poussées inflammatoires, on va pas vraiment sur ce cadre de douleurs chroniques, mais seulement la douleur mécanique chronique qui euh les freinent toute leur journée. »*

M11 : *« Celles qui me viennent en premier, c'est les pathologies rhumato. »*

M13 : *« si on est vraiment dans la douleur chronique, surtout l'arthrose. Moi j'en j'en vois beaucoup, la cause principale Ouais je dirais ça, rhumatologiques. »*

M15 : *« bah c'est vrai que je pense à l'arthrose en premier [...]. »*

Ensuite on retrouve d'autres étiologies moins représentées,

M3 : *« Après aussi, les douleurs liées aux pathologies cancéreuses surtout. Euh... Les neuropathies diabétiques et alcooliques. »*

M4 : *« [...] la douleur psychologique. »*

M5 : *« [...] douleur abdominale de ce qui ont un terrain de troubles fonctionnels intestinaux. »*

M8 : *« [...] tout ce qui est hernie discale à tout ça qui se réveillent et puis après tout ce qui est séquelles d'AVC, des fois tu vas avoir des zonas qui dure des fois un long moment. »*

M9 : *« les douleurs neuropathiques, après douleur post-opératoire oui. Enfin, je ne sais pas des choses comme ça. Les névralgies d'Arnold, enfin je ne sais pas si on peut classer ça dans*

les douleurs neuropathiques après ouais c'est vrai, il y a les douleurs abdominales chroniques, les gens qui ont toujours mal au ventre. [...] Et puis les douleurs cancéreuses [...]. »

M10 : *« Après en douleur chronique à part quelques pathologies particulières comme tassement vertébral mais qui sera toujours généralement, Euh non, plutôt douleur ostéoporotique. »*

M11 : *« La deuxième : les pathologies néoplasiques, j'ai envie de dire qu'elles soient... enfin, voilà qu'elles soient... qu'on ait une prise en charge curative ou palliative. »*

M13 : *« [...] douleur abdominale quelques fois mais en chronique si chez des colopathies fonctionnelles. »*

M14 : *« La solitude [...]. »*

8.5.2.2 Conséquences

Les médecins interrogés ont relevé les conséquences suivantes :

L'altération de la condition physique,

M1 : *« Beaucoup de gens qui vont facilement euh..., qui ne bouge plus parce qu'ils ont mal et qu'on leur dit mais s'il faut bouger, au contraire faite le de façon raisonnable ect..., mais un certain nombre de personnes qui renoncent finalement totalement à se déplacer parce qu'elles ont des douleurs. »*

M2 : *« Les conséquences..., ça peut être des chutes, des troubles euh..., sur l'alimentation aussi, s'ils ont des douleurs au niveau des dents ou autre. Il peut y avoir des troubles, qu'est-ce qu'il peut y avoir d'autre..., euh, ouais des troubles de la marche. »*

M3 : « *une impotence fonctionnelle donc réduction du périmètre de marche, difficulté ou impossibilité à monter/descendre les escaliers. »*

M5 : « *[...] déconditionnement à l'effort car ils restent chez eux, ils prennent du poids euh du coup ils sont encore moins mobiles et du coup sur le plan cardiaque ça ne suit plus non plus et ils ne savent plus monter un escalier. »*

M8 : « *Souvent le fait d'avoir une douleur, ils ne savent plus faire ce qu'ils avaient l'habitude de faire avant. »*

M10 : « *C'est la perte d'autonomie, la diminution de ses activités, donc finalement en baissant ses activités euh c'est la perte de la masse musculaire, perte progressive de l'autonomie [...]. »*

M12 : « *[...] parce que c'est souvent des personnes qui à cause de la douleur, vont être limitées dans leur dans leur mouvement, que ce soit pour marcher ou juste ouvrir un volet ou des choses comme ça. »*

L'altération du fonctionnement psychique et social,

M1 : « *[...] à rencontrer d'autres, [...] vont peut-être se refermer un peu sur eux même et puis ne pas avoir envie de voir grand monde. »*

M3 : « *Et puis du coup un isolement, un retentissement sur tout ce qui est, enfin... faire les courses, les repas. [...]La dépression...euh conséquences, comment dire... psychique...avec un repli sur soi, une baisse de moral. »*

M4 : « *Déjà l'isolement de la personne On va essayer de moins sortir pour limiter les douleurs, limitation des activités de vie quotidienne donc ça c'est tout ce qui est douleur locomotrice donc euh elle va se refermer sur elle-même. »*

M5 : « Elle est surtout d'ordre psychiatrique avec troubles anxiodépressif essentiellement. »

M6 : « Isolement, perte de poids euh parce que j'ai mal je n'ai pas envie de manger. J'ai mal, je pas envie de sortir. J'ai mal je n'ai pas envie de me lever donc je déprime. Ça fait un cercle vicieux. »

M8 : « Oui c'est ça, c'est tout ce qui est dépression, des choses comme ça qu'eux sous-estimé. [...] enfin isolement euh, pas enfin moins que ce que tu..., moins que quand j'avais appris le module douleur à l'internat, je trouve que l'isolement c'est pas forcément quelque chose d'aussi présent que quand t' apprend les cours quoi, mais c'est plus pour moi, c'est plus de dépression.»

M10 : « c'est le repli social, ne plus participer à des activités qui la faisait forcément s'investir ou euh ou sortir et en effet participer à des ateliers, des sorties est donc vraiment le repli social »

M11 : « alors le premier auquel je pense ben j'en ai parlé c'est euh j'ai envie de dire... un syndrome un petit peu anxieux/anxiodépressif... euh... réactionnel euh après peut-être dans l'isolement enfin isolement social et le fait que le fait qu'ils aient mal, qu'ils bougent moins les isolent un petit peu, que ce soit effectivement socialement ou euh. »

M9 : « parce qu'il y a des gens qui vivent très mal leur douleur qui déprime au moins en partie à cause de ça. [...] Le retentissement relationnel aussi parce qu'il y a des gens qui, à cause de leurs douleurs, ne bougent plus de chez eux, donc hésitent. »

M13 : « [...] une fonctionnelle de la vie quotidienne ils ne font plus la même chose et je pense que des conséquences ça peut être des conséquences psychiques, dépression... voilà un moral, un moral en berne. »

M14 : « ça peut aller très loin quelque fois avec un syndrome de glissement, un syndrome dépressif, altération l'état général, anorexie... »

M15 : « euh donc les on va dire un impact sur le moral peut être des dépressions. Euh peut-être aussi de l'anxiété de ne pas savoir, de ne pas comprendre ce qui se passe. Euh, je ne sais pas si on peut parler de perte de confiance dans l'avenir et dans les personnes qui les prennent en charge de se dire que personne ne peut plus rien faire pour elle. [...] On voit beaucoup de vieux qui sont à moitié déprimés.»

La consommation antalgique,

M10 : « consommation chronique antalgique qui je pense, au moins pour les paliers 2, ne doit pas avoir de bon effet au long cours sur la mémoire, en tout cas au niveau neurologique [...]. »

M11 : « la surmédication peut être et les risques iatrogènes qui en découlent. »

Des troubles du sommeil,

M7 : « Ça peut entraîner, ça peut entraîner un syndrome dépressif, ça peut entraîner une majoration de l'anxiété. Ça peut entraîner une insomnie, ça peut entraîner une réduction d'activité, ça peut entraîner une sédentarité, ça peut entraîner euh à la longue plein de choses si la douleur est mal estimée, mal calmée, c'est autant pour le but de de du traitement antalgique chez la personne âgée, c'est autant de calmer la douleur elle-même que de calmer ses conséquences. »

8.5.2.3 Représentations du patient selon le médecin

Certains médecins parlent du patient et de son rapport à la douleur,

M2 : « Ah oui, je pense que dès qu'ils ont une douleur, ils pensent que c'est grave. Il y en a beaucoup qui consultent dès qu'ils ont la douleur. [...] Pour le patient ça représente beaucoup parce que c'est ce qu'il peut le gêner dans sa vie quotidienne donc c'est vraiment important de la prendre en charge. »

M5 : « Oui, il faut quand même le dire. S'il est un peu doudouille j'ai un peu plus tendance à mettre des paliers deux comparé à celui qui banalise un peu et qui euh, chez qui je resterai sur Doliprane et du Flector et ça sera très bien. »

M12 : « Après, si c'est quelqu'un qui me dit c'est parce que je suis vieux, mais euh, je sens que ça, ça pèse pour son quotidien. Là, je vais essayer de trouver plus de solutions. Donc oui, je base vraiment complètement sur comment ils en parlent. »

M14 : « Elle [la douleur] peut être sous-évaluée parce que ben elle a l'éducation judéo-chrétienne née pour... née pour souffrir machin c'est normal c'est les douleurs, c'est l'âge et cetera et à l'inverse il y a c'est ça c'est en fonction du rapport du patient avec la douleur et chez certains c'est euh ils sont seuls donc leur seule préoccupation est-ce que j'ai encore mal ? Est-ce que ça va vraiment bien encore ? Et donc la douleur c'est difficile à dire si elle est réellement amplifiée, en tout cas elle est vécue en tant que telle. »

D'autres évoquent le fait que le patient ne fait pas le lien entre la douleur et ses conséquences,

M8 : « Elle ne fait pas le lien entre leur état dépressif et la douleur qu'elle a au quotidien et le fait de se voir diminuer. [...] c'est très compliqué à faire comprendre, souvent que des fois on a des solutions, des fois on n'a pas de solution, on les accompagne. »

Un médecin aborde directement le sujet de la culture du patient,

M4 : « *Je pense qu'à chaque fois qu'il y aura une douleur, devrait systématiquement rechercher s'il y a des contraintes culturelles qui ne sont pas forcément exprimée par le patient mais qui existe et qui sont des fois source de surestimation douleur par exemple, on dit toujours « syndrome méditerranéen ». Donc forcément les personnes plus âgées qui sont culture méditerranéenne, elles sont en tendance à avoir... à exprimer plus leur douleur que d'autre. Je pense que ce serait bien de rechercher systématiquement on ne fait pas.* »

8.5.2.4 Représentations du médecin

Un médecin mentionne sa résignation face la douleur de son patient tout en parlant de préjugé,

M15 : « *Euh je pense qu'il y a une partie de préjugé on va dire, d'idées préconçues mais inconscientes hein. Comme quoi en quelque sorte il y a une part normale de douleur pendant la au cours de la vieillesse hein on pense à l'arthrose sur laquelle on ne peut pas faire grand-chose. On a une sorte de on... est un peu résigné quoi de résignation par rapport à ça. Donc je pense qu'on a tendance à dire : « ben oui, hein, vous êtes vieux, vous êtes usés. Ben oui, c'est de l'arthrose. » Et puis on balaie un peu ça de la main parce qu'en fait on est un peu démuni et qu'on ne sait pas quoi proposer.* »

Leur connaissance du patient permet aux médecins de mieux comprendre leur douleur,

M1 : « *L'avantage c'est que quand on est installé depuis un bon bout de temps, on connaît des gens qu'on a connu depuis des fois très très longtemps, ça permet de mieux comprendre et de mieux analyser puisqu'on connaît un peu, à force, le caractère des personnes, leur façon de réagir face à la douleur etc, puisqu'on les soigne depuis très longtemps.* »

Un médecin doit rechercher la cause,

M7 : « *Non, je ne peux pas le laisser tranquille parce que la douleur peut être révélateur de quelque chose. Donc il faut pousser un petit peu plus loin depuis quand il a mal, quand il a mal etc. Après tenir compte de la représentation de la douleur par le patient pour euh estimer le niveau de traitement nécessaire... bien sûr.* »

8.5.3 Prise en charge de la douleur chronique

8.5.3.1 La prescription

8.5.3.1.1 *Les incitateurs*

Certains médecins se basent sur la cotation de la douleur,

M2 : « *Après qu'est ce qui incite...la cotation... surtout la cotation de la douleur qu'on aura faite. Si elle est cotée 1 ou 2 on ne va pas forcément donner un traitement tout de suite.* »

M9 : « *C'est la..., enfin, la mauvaise tolérance de la douleur.* »

La plainte du patient est primordiale pour de nombreux praticiens,

M2 : « *Beaucoup la demande du patient, c'est vraiment ..., embêté, handicapé, on va avoir tendance plutôt tendance à prescrire un traitement pour essayer de faire quelque chose, le soulager. Sa demande...* »

M5 : « *Le patient, c'est le patient.* »

M7 : « *C'est le résultat de tout ça. C'est le résultat de l'intensité, de la douleur, de la cause, de la douleur, de la compliance du patient, de ces, de ces besoins, de ces demandes.* »

M10 : « *Le patient déjà, sa plainte, son insistance parce s'il dit que vraiment c'est insupportable.* »

M11 : « *Bah la plainte du patient, la plainte du patient [...].* »

Parfois, ce médecin est prêt à prendre un risque,

M15 : « *Bah ouais justement euh, qu'est ce qui va m'inciter à prescrire ? Je pense que typiquement quelqu'un qui revient me voir plusieurs fois avec une plainte euh voilà bah je vais je vais tenter des choses même si je sais qu'elles sont peut-être plus risquées parce que je préfère prendre le risque en expliquant ce risque à la personne. [...] J'avoue que je vais essayer d'aller plus loin, quitte à prendre des petits, des petits risques pour essayer de soulager la personne.*
»

L'impact sur la qualité de vie,

M3 : « *le fait de pouvoir retrouver un peu de liberté quand on supprime la douleur. De rendre un peu d'autonomie.* »

M10 : « *[...] cette douleur a vraiment une grosse répercussion sur son quotidien et sa qualité de vie donc on va forcément ... tout ça on va aller à la prescription.* »

M11 : « *[...] et puis l'impact que ça a sur sa qualité de vie [...]. Mais tant que ça n'a pas un impact effectivement conséquent sur la qualité de vie, je ne prescris pas forcément.* »

M12 : « *[...] mais l'impact que ça peut avoir au quotidien de savoir si je prescris ou pas.* »

M13 : « *c'est surtout la gêne fonctionnelle par rapport à la vie quotidienne qui va me dire euh bah là c'est quelque chose qui le handicap vraiment tout le temps. Elle n'en dort pas la nuit ou quelque chose qui va me faire dire Bah là, s'il faut vraiment la soulager quoi.* »

La demande de la famille et/ou de l'entourage peut être perçue comme incitateurs chez certains,

M4 : « *On peut s'appuyer sur un tiers, donc que ce soit paramed ou accompagnateur, voilà. Après, ça dépend parce qu'ils sont en EHPAD ou pas. C'est sûr que s'ils y sont en EHPAD, ce n'est pas très compliqué. Ils sont gérés, sont suivis.* »

M10 : « *Ce n'est pas forcément leur avis qui va me faire prescrire sauf chez les patients dépendants déments.* »

M15 : « *Les familles, ce n'est pas toujours évident, mais ça peut être un, ça peut être un incitateur.* »

Un médecin se base sur la thérapeutique en elle-même,

M4 : « *Euh ceux qui facilitent... Du coup, c'est une seule thérapeutique à la fois. Ça au moins, ils ne sont pas perdus après le passage des infirmières à la maison.* »

8.5.3.1.2 Les freins

La famille peut être un frein dans la prise en charge de la douleur chronique,

M15 : « *[...] Et d'un autre côté, il y a quand même une attente de la famille « mais docteur, vous voyez bien qu'ils souffrent, qu'est-ce qu'on peut faire ? » donc Euh bon voilà après je ne vais pas dire que c'est mon moteur principal parce que je considère que..., alors ça, ça dépend comment c'est présent. Voilà, ça dépend [...]. Je pense que parfois ce qui chagrine la famille, c'est cette souffrance qui découle de la douleur. Les familles, ce n'est pas toujours évident, mais ça peut être un, ça peut être un incitateur. Effectivement, les familles qui vivent avec en permanence qui va falloir dire « bah oui docteur, j'ai remarqué que voilà quand on fait ci,*

quand on fait ça, il y a des douleurs. ». Voilà après une famille trop insistante[...] je le prends avec des pincettes quand même. »

L'état cognitif freine la prescription,

M1 : « l'état cognitif, les comorbidités, l'état..., enfin oui justement, l'état..., oui l'âge je dirais plutôt, l'âge physique et cognitif. »

M2 : « [...] si la personne a déjà des troubles de démence, des troubles de la marche ou autre, qui vont facilement chuter, on ne va pas forcément euh... se précipiter pour leur prescrire des traitements qui peuvent faciliter les chutes etc. »

M4 : « Après la compréhension du patient, s'il y a des troubles cognitifs, c'est ça va être plus compliqué. »

La polymédication fait réfléchir avant la prescription,

M2 : « Si ce n'est pas recommandé par rapport à leur traitement, on ne va pas non plus chercher des effets indésirables [rires], ..., les interactions. »

M4 : « Et puis après c'est vrai qu'avec tous les médicaments qu'ils ont aussi c'est pareil, ne faut pas commencer à leur mettre plusieurs classes non plus. Il faut essayer de d'avoir une classe qui fonctionne très bien, plutôt qu'essayer d'avoir plusieurs médicaments parce que sinon on ne s'en sort plus. »

M7 : « Enfin, c'est le résultat de tout ça, de son, de son état physiologique, de sa capacité à supporter les traitements, la quantité de médicaments qu'il a par ailleurs de son, de sa capacité à prendre un traitement régulièrement, sa capacité à estimer quand il peut prendre un traitement supplémentaire [...]. »

M9 : « *C'est la polymédication. Et puis les effets secondaires quand on voit des gens qui ont une liste... »* »

M12 : « *Après c'est d'un point de vue purement plus médical. Euh ouais forcément s'ils ont beaucoup d'autres traitements qui peuvent qui peuvent entrer en interaction avec les antalgiques. »* »

M13 : « *Qu'est ce qui freine la prescription ? Bah surtout le fait qu'il y ait peut-être beaucoup de médicaments, des fois des ordonnances à rallonge, il a déjà vingt-cinq médicaments. C'est sûr qu'on n'a pas envie de prescrire des autant de médicaments pour la douleur que quelqu'un qui a trois médicaments, ça c'est sûr. »* »

Les comorbidités reviennent fréquemment quand on évoque le sujet du frein à la prescription,

M1 : « *l'état cognitif, les comorbidités [...]. »* »

M5 : « *Ce qui est compliqué c'est quand on a des patients avec des comorbidités. »* »

M10 : « *Après ses autres comorbidités qui vont orienter ou pas et qui vont chercher à peut-être limiter certaines prescriptions. »* »

M12 : « *Euh ouais forcément s'ils ont beaucoup d'autres traitements qui peuvent qui peuvent entrer en interaction avec les antalgiques ou une fonction rénale pas terrible ou ce genre de chose. »* »

M15 : « *Et en fait, on est vite limité par ce qu'on peut mettre parce qu'ils sont polypathologiques, parce que on ne peut pas être iatrogène. »* »

8.5.3.2 Les thérapeutiques

La plupart des médecins trouvent que le panel thérapeutique disponible est efficace,

M1 : « *Alors je pense que l'efficacité..., on peut toujours trouver une molécule efficace [...]* »

Moi je ne mettrais pas en cause l'efficacité [...]. »

M5 : « *Moi je pense que l'efficacité est très bonne [...]* »

M6 : « *Euh à vrai dire. Euh, je n'en sais rien, mais les gens ont l'air soulagé [...]. »*

M7 : « *Maintenant on a quand même ce qu'il faut pour bien calmer les douleurs. On a quand même des traitements efficaces donc toujours à manier avec précaution chez les personnes âgées compte tenu des traitements qu'ils ont par ailleurs. »*

M11 : « *[...] J'ai envie de dire ça dépend... Ça dépend du traitement antalgique, mais après, sur le plan efficacité, je pense qu'il y a des molécules qui marchent. »*

M13 : « *Bah souvent je pense qu'on a un panel thérapeutique [...] qui est quand même développé. Après on a des paliers 1, paliers 2, paliers 3. Et c'est vrai qu'après à un moment, ils sont quand même soulagés ; que la morphine, enfin tous les dérivés morphiniques, je pense que quelqu'un qui a envie d'être soulagé au jour d'aujourd'hui sera soulagé par un moyen thérapeutique ça c'est sûr. »*

D'autres médecins pensent qu'ils ne sont pas très efficaces,

M10 : « *Bah sur le principal problème de l'arthrose, on n'est pas très efficace, c'est à dire à part que parfois pousser les doses et arriver au palier 2 avec les effets secondaires potentiels que ça va faire chez la personne âgée sans forcément être particulièrement efficace en leur rendant donc une autonomie qui leur permet de reprendre les activités avec moins de douleur. »*

Jusqu'au sentiment de frustration pour certain,

M8 : « *Des fois on est... on est... les gens s'attendent à ne plus avoir de douleur. Et des fois en fait, on est démunis parce qu'on diminue la douleur mais on ne sait pas la faire disparaître. Et comme les gens, et la loi Kouchner antidouleur, s'attendent à ne plus avoir de douleur en fait. Et des fois ils ont l'impression qu'on ne fait pas notre maximum pour les soulager quoi. Des fois c'est vrai que t'es un peu frustré parce que les gens, ils disent « Il n'y a pas d'autre solution ? ». Et ben des fois tu es coincé quoi. »*

Que les thérapeutiques actuelles soient efficaces ou non, ils parlent tous de la tolérance des traitements,

M1 : « *[...] on peut toujours trouver une molécule efficace, le problème c'est plutôt si c'est toléré ou pas je dirais. Moi je ne mettrais pas en cause l'efficacité, c'est plutôt le rapport efficacité – effets secondaires. »*

M2 : « *C'est efficace. Après ça dépend, il y en a qui sont plus ou moins bien toléré. [...] Après au niveau des effets secondaires, ça va dépendre des gens. »*

M3 : « *Après au niveau des paliers 2, forcément ça soulage un peu plus mais il faut faire attention à la tolérance. »*

M4 : « *On a pas mal de gamme, on a pas mal de gamme de thérapeutique. Je pense qu'on peut toujours essayer de s'en sortir, même quand il y a des allergies ou des intolérances. »*

M5 : « *Moi je pense que l'efficacité est très bonne expérience, le problème c'est la tolérance. »*

M6 : « *Euh, je n'en sais rien, mais les gens ont l'air soulagé mais il y a toujours des effets secondaires ça c'est clair. »*

M8 : « Bah déjà il faut évaluer s'il les tolère. [...]. Après Codéine, Tramadol chez la personne âgée, c'est casse gueule comme on dit. Non mais après les conséquences s'ils tombent..., s'ils font quoi que ce soit. C'est vrai que... après la Lamaline un petit peu mais après il faut qu'il tolère..., les paliers 2 t'es vite..., moi je trouve que t'es vite limité aussi quoi donc... »

M9 : « Je pense que c'est efficace mais pas toujours bien toléré. Je pense qu'on peut toujours trouver un médicament efficace. Après, il faut bien faire le rapport entre l'efficacité et la tolérance, parce que tu peux toujours trouver quelque chose qui soulage les gens. Mais si c'est au prix d'effets secondaires importants, peut-être qu'il vaut mieux quelques fois avoir un petit peu de douleurs et puis pas trop d'effets secondaires. »

M11 : « Après, j'ai envie de dire effectivement, c'est plus les complications ou les effets secondaires, ou tout ce qu'on doit gérer à côté, qui est compliqué. [...]. Donc l'efficacité, je pense qu'elle est là après l'adaptation posologique, elle n'est pas toujours évidente et c'est plus effectivement la iatrogénie et les effets secondaires qui sont qui sont parfois délicats à gérer. »

Chez certains médecins interrogés, on note une crainte à l'emploi de certaines thérapeutiques,

M1 : « Ouais voilà, ce n'est pas facile, c'est vraiment quelque chose à utiliser de façon parcimonieuse [en parlant des dérivés morphiniques] alors les paliers 3, ça va être ça en un niveau un peu plus important avec aussi les risques cognitifs important. C'est des molécules qui fait que ce n'est pas facile à manier. C'est la classe 3 qui est quand même la plus compliquée à utiliser. Et dans les classes 2, moi je n'utilise quasiment jamais de tramadol parce que..., je pense qu'il y a tellement de personne qui ne supportent pas qu'on peut vraiment si on démarre un traitement chez quelqu'un qui n'en jamais pris avant, si le patient en déjà pris avant pendant des années on peut encore mais des gens qui n'ont jamais pris je trouve assez dangereux de se lancer avec du tramadol en sachant que les effets... »

M3 : « *Après peut être qu'on devrait être systématiquement vigilant quand on a une personne âgée qui franchi la porte du bureau [...]. Il faut faire attention, [...] surtout la tolérance de l'antalgique. Parce qu'il faut toujours peser la balance bénéfice-risque.* »

M6 : « *On dit qu'il faut aller plus facilement vers une petite dose de morphine chez la personne âgée euh...que des doses de palier 2... »*

M13 : « *alors [...] je dirais je suis plus au taquet sur les paliers 1 et palier 2 pour prescrire que par exemple un palier 3. [...], même si je sais que on prescrit des paliers 3 chez les personnes âgées, je trouve qu'on n'est pas assez formé à la prescription des paliers trois en terme enfin en dans notre formation, tout simplement. Je trouve que je ne suis pas comment dire, je suis je ne suis pas assez formé pour prescrire un palier trois en ambulatoire chez la personne âgée.* »

M14 : « *Alors ce n'est pas que j'évite enfin, je ne dégage pas tôt avec les morphiniques, ça c'est sûr. J'essaie d'essayer d'autres choses avant, parce que certains sont... pourquoi il y a des troubles cognitifs ou une dégénérescence cérébrale ? et qui vivent seuls, ça peut être piégeux quoi.* »

Un médecin évoque le sujet du mésusage de certaines thérapeutiques,

M5 : « *Oui, il faut quand même le dire. S'il est un peu doudouille j'ai un peu plus tendance à mettre des paliers deux comparé à celui qui banalise un peu et qui euh, chez qui je resterai sur Doliprane et du Flector et sa sera très bien et voilà. Et celui qui dit « Ah j'ai quand même mal » et bien ça sera Izalgi, Codéine, ce que vous voulez avec éventuellement une surconsommation d'opioïde, je reconnaît allégrement.* »

M6 : « *Le Duro, c'est vachement bien, mais je pense qu'il est surutilisé car la voie d'abord est facile pour tous ces gens-là sauf qu'est-ce que vraiment les gens... c'est quand même pour des gens qui ont mal on va dire en théorie plus de douze heures par jour quoi. Est-ce que dans gens à qui on va donner du Duro il y a vraiment autant qui ont mal toute la journée euh... qui n'ont pas juste des pics douloureux mais on a une durée pour faire une dose de fond, ce n'est pas facile d'utilisation, et ça fait peur à beaucoup de médecin surtout les morphiniques, surtout chez les personnes âgées seules à domicile.* »

Certains médecins se tournent vers des alternatives thérapeutiques non médicamenteuses, le plus souvent en complément,

M1 : « *Oui alors chez les personnes âgées si, de la phytothérapie, des, des, des choses comme ça c'est sûr. J'ai envoyé quelques personnes un peu plus âgées, qui..., chez des ostéopathes « doux », des ostéopathes qui ont une méthode très douce et non agressive. Je commence à le faire. [...] par des choses comme les TENS ou des choses comme ça, pour des douleurs.* »

M2 : « *Il faut aussi trouver d'autres solutions pour soulager sans forcément prendre de traitement. [...]. La kiné peut soulager selon l'origine [...]. J'ai un patient qui m'a demandé si on pouvait donner du cannabis à la mamie [rires]* »

M3 : « *éventuellement, enfin, un peu d'hypnose ou de sophrologie mais... mais là je n'ai pas encore eu.* »

M4 : « *Si c'est une douleur psychogène, il y aura la psy.* »

M8 : « *Après c'est ça c'est le kiné. Inciter les gens à faire des activités, ce qui n'est pas toujours simple puis après tu as du Qi Gong tout ça sur Neuve-Maison, au moins les gens ont une activité douce et essayer de les faire bouger un petit peu quoi mais... La piscine quand il aime bien ça.*

Après il faut trouver, il faut trouver un truc qui leur plaise. Après, ouais non, mais c'est de trouver la bonne alternative. Et qu'ils se redécouvrent qu'ils savent des choses mais faut tomber, il faut mettre le doigt sur la bonne..., la bonne option. »

M9 : « Kinésithérapie oui ouais kinésithérapie après le reste non »

M10 : « La kiné oui, ça peut permettre d'entretenir une mobilité et de limiter les douleurs chroniques. Euh l'ostéo j'envoie de temps en temps les patients même âgés. [...] l'homéopathie [rires] L'Arnica ® qui honnêtement chez certains patients fait des miracles. »

M14 : « je commence à suggérer, mais les personnes âgées, ce n'est pas leur truc d'aller sur internet, de regarder les petits bambous sur la méditation des choses comme ça par exemple chez les personnes plus jeunes, ça, ça, ça porte ses fruits. »

Avec parfois quelques bémols,

M10 : « Certains médicaments sont retirés euh après, je ne suis pas pour, je ne suis pas homéopathe mais je pense qu'on avait quand même à l'époque tout un champ de médecines parallèles qu'on pouvait prescrire et qui par prescription avait quand même un effet [...]. On n'a plus car à partir du moment où c'est déremboursé c'est discrédité aux yeux patients. Après le recours aux paramédicaux, en effet, la kiné n'est pas une mauvaise idée mais euh mais le patient chronique, les kinés ne sont pas nombreux, s'ils ne sont pas nombreux, ils ne vont pas forcément courir après, pas forcément chercher à les prendre en charge de manière chronique. »

M12 : « [...] souvent non parce que et puis alors quand on travaille comme toi et moi dans des milieux un peu plus isolés, euh, on ne peut pas forcément compter sur d'autres prises en charge, en tout cas pas rapidement que les traitements et donc on est quand même vite limité. »

M15 : « *Oui. Euh oui euh, j'aime bien tout ce qui est kiné chez les personnes âgées, j'avoue que je propose pas mal de kiné. Alors c'est vrai que le problème est toujours celui de la disponibilité des kinés et du déplacement possible de la personne âgée. Clairement ben déjà des kinés on en manque cruellement et pour le déplacement à domicile n'en parlons même pas. Donc on peut être assez limité dans ce sens-là.* »

8.5.3.3 Outils d'aide à la prescription

La quasi-totalité des médecins interrogés sont informatisés et possèdent un logiciel d'aide à la prescription,

M2 : « *oui voilà moi j'utilise ce que j'ai dans logiciel, le VIDAL.* »

M3 : « *Des outils d'aide à la prescription, euh... Par exemple le logiciel médical. Pour vérifier les posologies, enfin... des médicaments peut être un peu plus inhabituels. Peut-être plus pour tout ce qui est douleur neuropathique à la limite, parce que tout ce qui est douleur mécanique on est quand même assez bien rodé.* »

M8 : « *Oui j'ai un logiciel médical, Oui j'ai le Vidal intégré. Mais je ne vais pas chercher ailleurs. [...] je lis des trucs régulièrement mais je n'ai pas un logiciel particulier. Oui, j'ai mon logiciel métier surtout ça.* »

M10 : « *Oui, les bases de données médicamenteuses, souvent c'est ça. Après j'ai des mémos. Je n'ai pas forcément de site pour m'aider. J'ai des tables de conversion entre les différents opioïdes et équivalence de dos entre les différents niveaux.* »

M12 : « *ben donc j'utilise les la base Claude Bernard pour revérifier les posologies, les contre-indications et notamment en ce qui concerne la fonction rénale aussi, chez la personne âgée.* »

Avec parfois un bémol concernant les logiciels d'aide à la prescription,

M8 : « Bah le problème de logiciel métier c'est que des fois tout est rouge, tu vas voir, tu cliques dessus. Tu ne comprends pas pourquoi c'est rouge en fait des fois..., ce qui fait que tu ne fais même plus attention à ce qui se passe à côté parce qu'en fait tu n'as pas de réponse claire sur pourquoi le logiciel te fait une alerte, en fait. Des fois tu cliques ce n'est pas compréhensible. »

Un médecin interrogé n'est pas informatisé mais consulte le format papier Vidal ®,

M9 : « Vidal oui, ça m'arrive, ça m'arrive de regarder. Puis quelques fois les interactions. [...] je fais encore à l'ancienne. »

Un certain nombre de professionnels cite les tables d'équianalgésie,

M9 : « Et puis après, j'ai un petit tableau de correspondance des analgésiques [...]. »

M10 : « J'ai des tables de conversion entre les différents opioïdes et équivalence de doses entre les différents niveaux. »

Certains médecins citent le site internet Posos ®,

M1 : « [...] mais je vais toujours sur Posos, je trouve que c'est très rapide, j'ai tout de suite la réponse que je veux en fait, alors c'est plus quand on va rajouter médicaments au moins une classe 2 a un traitement qui est déjà éventuellement diversifié pour être sûr de ne pas faire de mauvaise association. »

M3 : « J'utilise de temps en temps l'application Posos ® qui sert aussi de Vidal ®. »

M12 : « Enfin j'utilise une application, euh je ne sais pas si je t'en avais parlé... de temps en temps j'utilise l'application qui s'appelle POSOS ®, ce n'est pas hyper connu. »

8.5.3.4 Les limites de la prise en charge

8.5.3.4.1 *Le temps de la consultation*

Le débat autour du temps de consultation en médecine générale fut riche.

Certains praticiens pensent que le temps de consultation est suffisant,

M1 : « Bah j'pense que..., oui, moi c'est faisable, tout à fait. Puisqu'en fait on va essayer de, par l'interrogatoire, en prenant un peu plus de temps bien sûr, de pouvoir apprécier [...] »

M4 : « Oui, je pense que c'est jouable. On peut on peut e on peut largement le faire. »

M5 : « Bien sûr ! oui, surtout que techniquement quelqu'un qui..., un vrai chronique, on le voit régulièrement. Alors c'est sûr que si on s'amuse à renouveler ses cachets pour six mois, et ben tous les six mois on a trop de choses à faire. Le patient de plus quatre-vingts ans qu'on voit mensuellement euh parfois tous les deux mois mais souvent mensuellement, en fait, c'est un quart d'heure de consultation euh et euh c'est suffisant. Bah en cinq minutes tu as fait le tour, et tu as du temps pour passer sur d'autre chose et en l'occurrence bah si tu es motivé, tu peux un plus élaboré la douleur chronique sans problème. »

M7 : « Bah le temps le permet toujours. Si, si, si. La douleur fait partie du problème posé par le patient. Le temps le permet toujours évidemment. »

M12 : « oui quand même je pense, parce que c'est un motif quand même fréquent, récurrent et et ils viennent quand même souvent pour ça, c'est plus prioritaire pour eux, la douleur que le reste. Et donc du coup on parle surtout de ça. »

D'autres pensent au contraire, que le temps de consultation n'est pas suffisant pour évaluer correctement la douleur chronique,

M11 : « *Après une consultation de médecine générale qui dure un quart d'heure ou vingt minutes, non. Pour évaluer ça, je pense qu'elle n'est pas suffisante. [...] Mais une consultation ? Non, je pense que ce n'est pas suffisant.* »

M13 : « *Alors je ne pense pas vraiment pour faire le tour de tout. Je ne pense pas que, par exemple, une consultation qui dure quinze minutes. [...]. Souvent ils ont plusieurs traitements. Il y a plusieurs risques de d'associations médicamenteuses qui risquent de... Voilà Donc je pense qu'il y a pas mal de choses pour lesquelles il faut faire attention en quinze minutes ce n'est pas forcément assez..., si on veut faire bien les choses.* »

M15 : « *Non, franchement, ce n'est pas toujours évident, [...]. Donc clairement non. Un quart d'heure de consulte, ce n'est pas suffisant.* »

Par la multiplicité des motifs des consultations en médecine générale,

M3 : « *Euh... c'est vrai qu'un quart d'heure ce n'est pas beaucoup, surtout pour des polyopathologiques, quand il faut aborder tout en un quart d'heure [...] mais quand c'est des polyopathologiques c'est... souvent c'est quand même compliqué...* »

M8 : « *En fait, il faut une limite. Des fois il y a des douleurs, il faudrait faire que ça quoi. Les gens viennent pour un renouvellement de traitement, qu'il y a d'autres choses à côté, la douleur [...] ils attendent un renouvellement pour venir. Et donc la consultation, elle est déjà bien encombrée et toi tu n'as pas de temps avec d'autre patient déjà. Et c'est le souci, c'est que les gens viennent rarement pour un souci précis. Ils viennent pour un ensemble de soucis et ça c'est lourd.* »

M9 : « *[...] S'il vient uniquement pour ça, on a le temps. S'il vient parce que les hypertendus, diabétique, qu'il y a un suivi de cancer et puis qu'il y a aussi des douleurs chroniques*

quelquefois, c'est vrai qu'on n'a pas le temps de réévaluer suffisamment. Ça, c'est ça, c'est possible. »

M14 : « S'il n'y a que ...si c'est si c'est le seul motif, oui [rires]. Mais ce qui est rarement le cas, il faut vérifier le diabète ou autre chose, les préventions ou les autres pathologies mais si c'était le seul motif oui [...]. »

Par le manque de médecin et une pression grandissante,

M4 : « Ça dépend du retard sur nos consultations. Ça dépend de l'abondance de la salle d'attente. J'imagine que quand on est pressé, forcément, si la personne ne l'évoque pas, on ne va pas parler. »

M8 : « Le problème c'est que tu enchaînes, Et puis en fait il a cette pression de voir de plus en plus de gens et que les consultations de la douleur si tu prends..., ce que je dis c'est que des fois c'est en fin de consultation, quand tu fais ton ordonnance, que tu te rends compte qu'il y a un souci quoi. »

M12 : « [...] souvent je propose de les revoir régulièrement et je ne suis pas sûr que ce soit toujours Enfin avec le manque de médecin actuel et tout ça je ne pense pas que ce soit toujours euh correctement. Euh entendu avec le manque de temps qu'on peut avoir et tout ça donc je pense que oui c'est aussi sous d'évaluer. »

8.5.3.4.2 Le suivi

Il peut, chez certains, être vécu comme une limite,

M2 : « Euh..., les limites, c'est que... en fait il faut quand même surveiller les gens de manière rapprochées, donc c'est pas toujours évident d'avoir euh, ... de voir comment ils sont chez eux

en plus parce que quand ils viennent ils se plaignent d'avoir mal mais chez eux, ... voir s'ils y sont douloureux tout le temps ou si c'est que quand ils viennent et qu'ils disent « j'ai mal ». On n'a pas toujours tous les éléments. »

M4 : « ouais, surtout qu'en fait on ne les suit pas [...] tous les jours, donc ça voilà. Les limites... Je ne suis pas derrière eux donc je ne peux pas vérifier qu'ils prennent bien leur traitement euh au bon moment ou en respectant les intervalles et en essayant d'abord le paracétamol et ensuite le Tramadol et n'ont pas le Tramadol directement alors qu'en hospitalier ça on peut via les logiciels de prescription pharma tout ça. Donc voilà, le suivi, donc dans le temps, le suivi directement dans la prise de médicaments. »

M8 : « Le problème, c'est que quand on introduit un médicament, il faudrait que tu puisses surveiller ton patient quasiment tous les jours. Pour évaluer au départ comment ça se passe. Et ça, tu ne peux pas voir ton patient tous les jours quoi. Donc le souci est là, c'est que la limite, c'est le temps par rapport à ton patient. Tu ne peux pas l'appeler tous les jours en disant vous avez pris médicaments ? Comment ça s'est passé cette nuit ? Le problème, il est là quoi, C'est que réévaluer, ça prend du temps et que tu ne peux pas voir tes patients tous les jours. »

8.5.4 Place du médecin traitant

Le médecin traitant aurait une place de choix dans la prise en charge de la douleur chronique.

Parce qu'il connaît son patient,

M1 : « L'avantage c'est que quand on est installé depuis un bon bout de temps, on connaît des gens qu'on a connu depuis des fois très longtemps, ça permet de mieux comprendre et de mieux analyser puisqu'on connaît un peu, à force, le caractère des personnes, leur façon de réagir face à la douleur etc. »

M2 : « *Il connaît bien les patients, dans son ensemble. Ils connaissent aussi leur façon de vivre quand même. Oui il est bien placé, le mieux je ne sais pas, mais oui il est bien placé [rires].* »

M4 : « *Je pense que ça reste notre rôle en tant que médecin traitant.* »

M13 : « *Bah je dirais oui. Je dirais oui parce que c'est le médecin qui connaît le plus son patient et qui a son histoire de vie, ses antécédents, et qui je pense, est amené à mieux connaître la personne, tout simplement.* »

Parce qu'il le suit régulièrement,

M6 : « *Et puis bon l'avantage en médecine générale c'est que tu revois les gens, souvent, ça permet de savoir ce qu'il en est au fur et à mesure. Donc au pire la semaine d'après c'est pareil* »

M11 : « *je pense, pour pleins de raison, mais surtout effectivement parce qu'on le voit le plus, c'est nous qui le voyons le plus régulièrement qui côtoyons l'entourage et ça fait partie des Ça fait partie des éléments qui nous aident à évaluer cette douleur. Donc, oui.* »

Peut-être trop,

M8 : « *Mais bon, après, est ce que les gens ont un peu la lassitude de te voir et ne vont pas me parler de certaines choses parce qu'ils t'en parlent tout le temps.* »

Mais aussi car il a un rôle de pivot central,

M11 : « *[...] on est quand même médecin qui synthétise un petit peu tout qui je ne veux pas dire qui connaît le patient le mieux, mais en tout cas qui le voit régulièrement, qui peut le voir au domicile, qui connaît l'entourage, qui connaît... qui connaît les autres intervenants. Enfin voilà,*

ça nous arrive de croiser les auxiliaires de vie, les infirmières, chez le sujet âgé en tout cas, les infirmières qui les voient régulièrement si on les côtoie. »

M14 : « Sur le long terme, tout à fait [...] même dans l'immédiat, dans les premiers mois c'est comme c'est lui qui est au centre du système. C'est à lui d'orienter pour que le diagnostic étiologique soit posé correctement. »

M15 : « Après je pense qu'on est on est les mieux placés au sens où on peut décider de faire appel à d'autres solutions justement. Euh bah de faire de faire équipe avec d'autres professionnels, d'autres collègues si on a besoin quoi ? On coordonne un peu tout. »

8.5.5 Formation

La médecine étant une science en perpétuelle évolution, la formation ne fut pas la même selon les générations ;

M1 : « Alors moi je pense que non mais alors je vais dire que notre formation à nous était bien moins, bien moins..., bien moins pratique, je veux dire que la vôtre actuellement, je trouve quand même les méthodes actuelles, la façon d'apprendre actuellement est beaucoup plus pratique que ce qu'on avait à notre époque. »

M7 : « Non parce que du temps de ma formation médicale initiale, tous ces antalgiques-là n'exister pas [rires]. »

M9 : « Non, déjà, il y a quarante ans, oui, c'est vrai qu'on n'avait pas. Je n'ai pas souvenir qu'on avait des cours sur la prise en charge de la douleur. Non ça ne me, ça ne me dit rien. »

M14 : « Elle est vieille ma formation universitaire [rires] donc forcément. Comment dire ça autrement, je ne vois pas autrement, ça date de vieux. Et puis c'est tout. Euh. Je suis en train de chercher là le Ah oui, non, c'était quand même une autre génération où la morphine, c'était

euh les cancers en fin de vie. Puis entre deux, il y avait le paracétamol, corticoïde et puis c'est tout, hein. Douleurs neuropathiques, les dépressions, les machins et c'est le concept n'existait pas encore. »

Certains praticiens se sont formés pendant les stages durant leurs études ;

M2 : « Je pense que c'est plus les stages qui permettent d'acquérir ça. Les formations théoriques comme à la faculté, où on apprend les molécules mais après en pratique, oui c'est surtout les stages qui le permettent. De passer en gériatrie ça m'a aidé aussi à prendre en charge. Sans être passée en gériatrie je ne suis pas sûr d'avoir les mêmes connaissances. »

M3 : « Alors la formation... oui. En fait surtout plus pendant les stages de l'internat. Par exemple, moi je suis passé en gériatrie donc euh... »

M4 : « Donc après si on est consciencieux et qu'on potasse assez bien, on peut s'en sortir effectivement après surtout, euh, lors de l'internat où a été confronté beaucoup à ça. »

M5 : « Moi je peux dire que oui dans la mesure où j'ai fait un stage d'externe en soins palliatifs et qu'après j'étais FFI en soins palliatifs. Ça m'a quand même permis de voir de près ce qui se faisait ou pas. Après pour moi il faut être actif en stage, il ne faut pas être amorphe pendant les stages. Parce que on ne va pas encore se rajouter des heures et des heures d'enseignement qu'on ne retiendra pas et qui prolongeront encore nos études inlassablement. »

M6 : « J'ai fait un stage d'externe et FFI en soins pall' c'est eux qui m'ont plus appris, la rotation des opioïdes, sinon j'avoue qu'on n'aurait pas su faire. »

D'autres pensent que la formation passe par l'expérience ;

M7 : « C'est la formation continue qui a permis. »

M10 : « Non, cela se fait en fait sur son expérience sur le tas avec les remplacements et tout ça. Mais euh oui sur la prise en charge de la douleur aiguë, non sur la douleur chronique et encore moins chez les personnes âgées. Finalement, à part en effet euh sortir que les AINS ne sont recommandés que les paliers 2 ne sont pas recommandés. En fait, on le sait, on l'apprend, mais on se retrouve dans des impasses où se débrouille. Et ça on ne nous l'apprend pas comment se débrouiller. »

M11 : « Globalement oui. Après c'est de la pratique et de l'expérience [...] aide à appréhender au mieux et à évaluer au mieux. Après les outils théoriques, j'ai envie de dire, je pense qu'on les a. Oui, je pense qu'on les a globalement oui, après la pratique, l'expérience et le retour des... finalement des patients [...] c'est ce qui aide aussi et c'est ce qui nous voilà, c'est ce qui aide aussi à adapter. »

Des médecins trouvent qu'ils ne sont pas assez formés et sensibilisés au sujet de la douleur chronique, notamment chez le sujet âgé ;

M8 : « Je trouve que ce n'est pas suffisant. Douleur aiguë. Et puis, après la douleur chronique, on échelonne un peu tout mais à vivre au quotidien... Enfin, prendre les gens sur du long terme, c'est sur le terrain que tu découvres les choses et moi je trouve que non, c'est complexe. »

M12 : « Le manque de formation initiale quand même. Je pense que ça limite vachement parce que... on se base sur ce qu'on a appris pour la prise en charge et l'évaluation de la douleur en général très souvent euh quand même aux urgences ou en stage de médecine générale avec des maîtres de stage qui n'ont pas forcément eux eu une formation parce que la douleur de la personne âgée [...] c'est pas du tout la même chose que la douleur de la personne non âgée quoi..., donc euh je pense que on aurait un intérêt à tous à être un peu mieux formés. »

M13 : « *je ne pense pas, je ne sais pas. Je pense qu'il n'y a pas assez d'approfondissement dans la formation pour euh pour qu'on soit à l'aise dans la prescription surtout des paliers 3* »

9 Discussion

9.1 Faiblesses de l'étude

9.1.1 Liées à la méthodologie

6 entretiens ont été réalisés à distance avec parfois des soucis de connexion internet compliquant les échanges.

Lors d'un entretien, la secrétaire d'un médecin a interrompu celui-ci pensant qu'il était libre pour un avis médical. Avec un autre praticien, le téléphone avait sonné au tout début de l'entretien, obligeant à le recommencer.

Un entretien de groupe fut réalisé avec 2 médecins d'une même maison de santé par souci de disponibilité. Un effet de soumission au groupe a pu intervenir dans cet entretien.

L'enregistrement des entretiens a pu constituer un frein à l'expression chez certains participants. L'enjeu pour certain médecin est de renvoyer une image positive. Il peut donc s'agir d'un biais dit « du conformisme social » ou « de désirabilité sociale ».

Un biais méthodologique est possible. C'est un premier travail de démarche qualitative et certaines notions lors de l'entretien ont pu être mal interprétées.

9.1.2 Liées à l'investigateur

Par le manque d'expérience du chercheur, un biais d'investigation existe. Il faut noter une différence de qualité dans les entretiens. En effet, les premiers entretiens étaient menés avec moins d'assurance et les relances étaient moins pertinentes.

Il peut exister un biais affectif. Interroger des personnes n'est pas facile, encore moins quand il s'agit de confrères. La difficulté de ces entretiens résidait dans une neutralité qui n'était pas toujours parfaite.

L'analyse des verbatims a été réalisée par un seul investigateur. Elle n'a pas bénéficié d'une triangulation.

9.2 Forces de l'étude

9.2.1 Liées à l'échantillonnage

La population étudiée provenait d'un échantillonnage raisonné homogène. Les médecins interrogés ont été choisis parmi des connaissances et par le bouche à oreille.

S'agissant d'une approche par analyse interprétative phénoménologique, la saturation des données n'était pas recherchée. Il fallait que l'échantillon soit homogène concernant le vécu de l'expérience, mais diversifié par ailleurs (genre, âge, mode d'exercice). Il est donc décidé d'arrêter l'étude après le 15^e entretien.

9.2.2 Liées à la méthodologie

Le libre choix de la réalisation des entretiens (physique, à distance ou par téléphone) a permis aux médecins de proposer des horaires adaptés à leurs agendas chargés. Comme ils étaient plus disponibles, les échanges étaient de meilleure qualité.

9.2.3 Liées au sujet

La question de la douleur chronique du sujet âgé est peu abordée en France, encore moins en médecine générale. Une étude de 2016 s'est intéressée à la prescription de morphinique chez les patients de plus de 75 ans (34), une autre à la prescription de Tramadol chez les patients âgés hospitalisés (8) ; mais nous n'avons pas trouvé d'étude concernant la prise en charge globale de la douleur chronique de la personne âgée en médecine générale.

9.3 Principaux résultats

9.3.1 Une évaluation de la douleur chronique complexe

Les recommandations internationales soulignent la nécessité d'une évaluation systématique avec une stratégie mettant l'accent sur l'autoévaluation, y compris chez le sujet dément (léger à modéré). Dans les cas où il est impossible d'utiliser les outils d'auto-évaluation, les outils d'hétéro-évaluation doivent être utilisés. L'emploi des deux méthodes évite la sous-estimation de la douleur chez la personne âgée.

Dans notre étude l'évaluation systématique chez la personne âgée ne fait pas l'unanimité chez les médecins interrogés. Certains partent du principe que le patient âgé douloureux évoquera systématiquement sa douleur. Or plusieurs études montrent que la personne âgée a tendance à banaliser sa douleur (35).

Pour plusieurs médecins interrogés, l'évaluation du retentissement de la douleur chronique chez la personne âgée est un élément important. Pour que ce retentissement soit bien évalué, encore faut-il faire le diagnostic de douleur chronique (par exemple, le syndrome dépressif est-il une conséquence de la douleur chronique ou un facteur aggravant ?).

Pour une majorité des médecins interrogés, la douleur est une chose difficile à évaluer notamment dans certaines situations, que ce soit chez la personne âgée ou non (notamment en cas de confusion, démence ou déficience mentale). Malgré ce constat, les médecins interrogés avouent généralement ne pas utiliser d'échelles d'évaluation. Plusieurs difficultés sont évoquées : soucis de compréhension par le patient, manque de temps, manque d'objectivité, échelles non adaptées à la personne âgée, non adaptées à la douleur chronique. Mais quand on les interroge sur leur pratique quotidienne, on se rend compte qu'ils les utilisent de façon implicite.

Dans le contexte de patients avec un trouble de la communication, ou de patients résidents d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), les médecins utilisent des échelles d'hétéroévaluation pratiquées par le personnel paramédical de l'établissement. Ils peuvent aussi s'appuyer sur le discours de l'entourage du patient tout en restant vigilants sur son interprétation. La place du médecin généraliste et sa proximité avec l'entourage lui donnent une place de choix pour évaluer la douleur chronique dans des situations parfois complexes.

Certains praticiens utilisent les échelles dans le suivi au long cours de la douleur chronique, permettant une comparaison d'une consultation à l'autre.

Pourtant, tous les médecins interrogés sont unanimes : la douleur de la personne âgée est sous-évaluée. Plusieurs axes de réflexion sont avancés par les participants à l'étude. Le manque de temps en médecine générale (en raison notamment des lourdeurs administratives, d'une démographie médicale déficiente) est une réflexion partagée par un grand nombre de médecin. L'exercice de la médecine générale est en changement : il évolue de plus en plus vers une notion de médecin expert qui encadre une équipe telle que les Infirmier(es) Asalée, les Infirmier(es) de Pratique Avancée ou encore les Assistants Médicaux (36).

Un des médecins interrogés met en exergue la culture comme pouvant être un frein à l'évaluation et la prise en charge de la douleur. En effet, la communication interculturelle (clichés sur l'âge, l'origine du patient), peut limiter l'analyse de la situation clinique et perturber la prise en charge de la problématique douloureuse (37).

Un autre participant évoque une lassitude possible devant la répétition au long cours de la plainte douloureuse par certains patients. Effectivement ce sentiment peut être source de banalisation du symptôme exprimé.

Un autre médecin de l'étude évoque le lien particulier soignant-soigné que crée la douleur suivie au long cours.

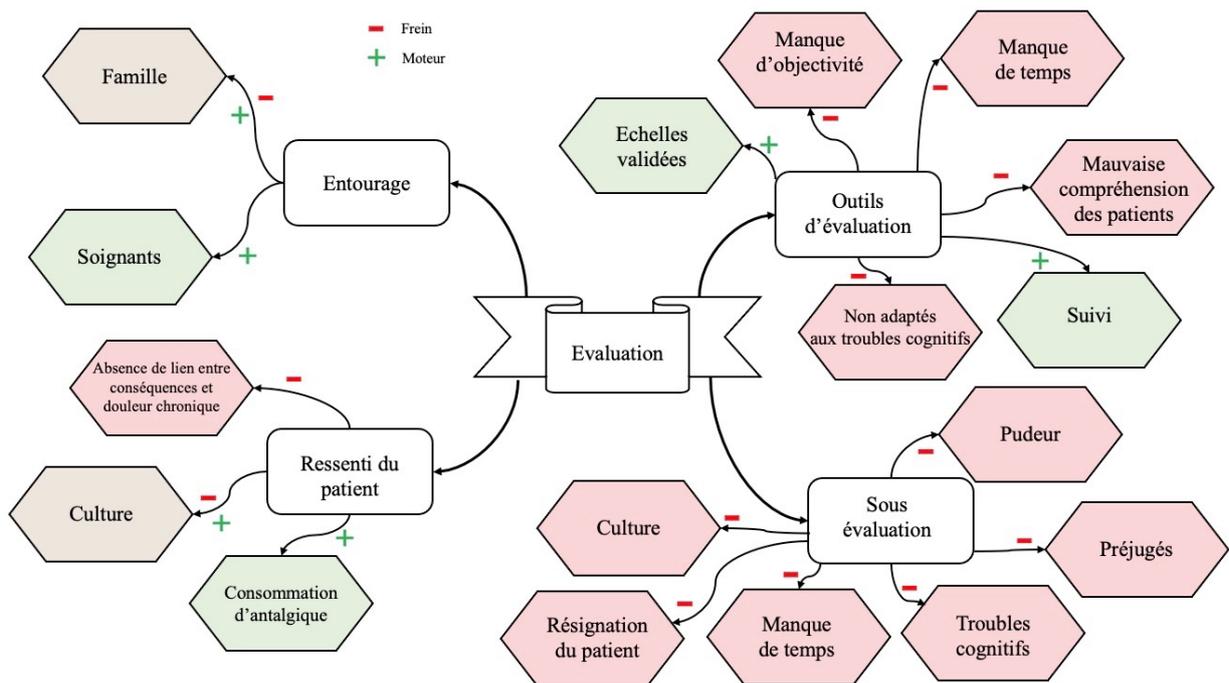


Illustration 5 : Organigramme des freins et moteur à l'évaluation de la douleur chronique de la personne âgée

9.3.2 La représentation de la douleur chronique du sujet âgé, élément essentiel dans la prise en charge

Les différentes étiologies de la douleur chronique sont connues par tous les participants interrogés. Les principales sont évoquées par tous (pathologies arthrosiques et rhumatismales, pathologies cancéreuses, douleurs neuropathiques, douleurs viscérales, douleurs psychogènes ou postopératoires).

Les conséquences de la douleur chez le sujet âgé sont bien présentes à l'esprit des médecins interrogés, conscients de leur importance (principalement l'altération du fonctionnement psychique et physique, la diminution de la condition physique, les troubles du sommeil, la majoration du risque de chute).

Il existe également chez le médecin des conséquences du suivi des patients douloureux chroniques : parfois sentiment de frustration devant la difficulté d'être efficace, voire sentiment d'échec. Dans certaines situations difficiles à gérer, un sentiment de colère est quelquefois possible.

La douleur étant un phénomène subjectif, sa représentation varie d'un patient à l'autre. L'influence de la culture dans l'expression de la douleur est cruciale à prendre en compte pour une prise en charge optimale(38). Par exemple, l'expression verbale de la douleur est beaucoup moins présente dans la culture asiatique que dans la culture occidentale. Un médecin interrogé parle d'un patient douloureux avec une éducation judéo-chrétienne (faute-culpabilité-réparation), chez qui la douleur est vécue comme normale et faisant partie intégrante de l'individu. Un autre évoque le « syndrome méditerranéen » chez ses patients très volubiles et expressifs. Ces réflexions sont également valables pour l'évaluateur car sa propre culture

intervient dans sa compréhension du patient. On parle alors d'interculturalité dans la relation soignant-soigné (37).

Certains médecins interrogés évoquent les préjugés concernant les personnes âgées. L'âgisme, discrimination fondée sur l'âge, reste très banal et très courant dans la société occidentale. Il serait normal d'avoir mal en vieillissant. Ces préjugés négatifs influent sur la prise en charge. La lutte contre l'âgisme passe par une réflexion sur les représentations et attitudes des soignants face à la douleur et son expression chez les personnes âgées. Un médecin interrogé a fait part de cette réflexion au cours d'un entretien. Il est en effet important d'avoir bien conscience de cet écueil dans la relation du médecin avec ses patients âgés.

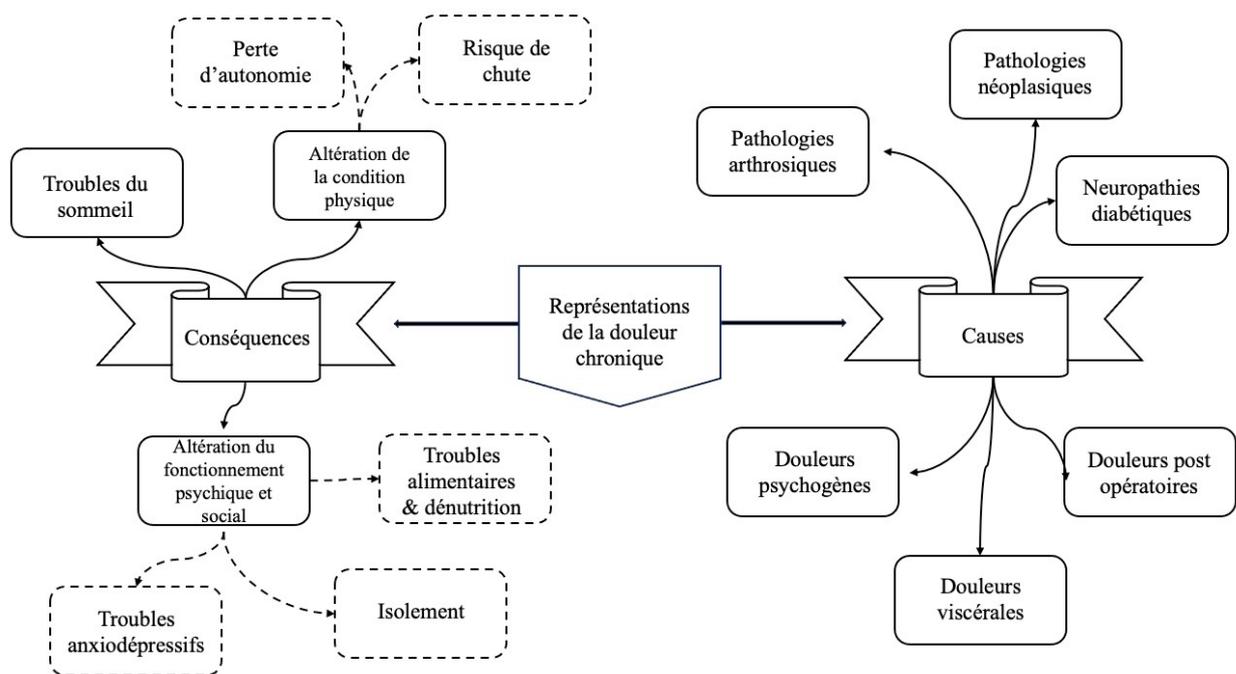


Illustration 6 : Organigramme des représentations de la douleur chronique de la personne âgée.

9.3.3 Une prise charge thérapeutique délicate

Toute prise en charge thérapeutique est complexe chez la personne âgée. Elle est tributaire des interactions, des pathologies associées, de la fragilité de la personne (présence de syndrome gériatrique) et de la polymédication. Sa prescription fait l'objet d'une analyse bénéfice-risque de la part des médecins interrogés.

Plusieurs freins et incitateurs à la prescription sont énumérés par les médecins de l'étude. La plainte du patient et le retentissement de la douleur sur sa qualité de vie sont deux éléments essentiels guidant la prescription. L'écoute de la famille/entourage est également importante, pouvant être un frein, comme évoqué par un participant de l'étude, ou un incitateur à la prescription.

La polymédication (il n'est pas rare d'avoir plus de 5 médicaments sur l'ordonnance), les pathologies associées (insuffisance rénale, troubles cognitifs) sont des freins à la prescription.

Le panel thérapeutique est considéré comme efficace pour la plupart mais non dénué d'effets indésirables pouvant même aller jusqu'à la crainte de certains antalgiques (opioïdes). Le paracétamol est considéré comme efficace, notamment dans les pathologies arthrosiques. Si les douleurs ne sont pas soulagées ou plus intenses, l'utilisation d'antalgique tel qu'un palier 2 ou 3, plus complexe à manier selon les participants, est possible. Les principaux effets indésirables imputés sont les troubles digestifs (constipation), les syndromes confusionnels et le risque de chute.

Certains médecins relèvent un mésusage de certaines classes thérapeutiques. Le fentanyl transdermique peut être utilisé par facilité d'utilisation chez des sujets natifs de tout traitements morphiniques. Au cours des entretiens, certains médecins ont pu dire qu'ils préféreraient utiliser des petites doses de palier 3 que des doses plus conséquentes de palier 2.

Pour une prise en charge optimale de la douleur, il serait peut-être intéressant d'utiliser une nouvelle classification des antalgiques, la classification de Beaulieu et Lussier. Elle se base sur les mécanismes d'action des molécules et évite la corrélation entre palier et intensité de la douleur.

La prise en charge n'est pas figée dans le temps. Elle évolue avec l'expérience comme l'expriment certains médecins interrogés.

La complexité de la prise en charge est souvent aggravée par le manque de temps en médecine associée à la multiplicité des motifs qui complique encore la gestion des consultations.

Pour permettre une prescription plus sûre, l'utilisation de logiciels d'aide à la prescription prend tout son sens. La plupart des médecins interrogés sont informatisés et utilisent des logiciels médicaux (un seul médecin n'était pas informatisé et utilisait exclusivement des dossiers médicaux papiers). Ces logiciels sont bien ancrés dans la pratique quotidienne de la grande majorité des médecins de l'étude. Ils sont une aide pour vérifier aisément les interactions médicamenteuses et contre-indications mais parfois redondants dans leurs alertes avec un risque de banalisation. Certains utilisent des sites internet (validés par la HAS) en complément de leur logiciel médical.

Un sujet revient souvent quand les limites de la prise en charge de la douleur chronique de la personne âgée sont abordées : celui du manque de médecins et des autres personnels paramédicaux (kinésithérapeute notamment). Certains médecins de l'étude évoquent le manque de médecin, la pression des patients et la pression des pouvoirs publics qui aboutissent à une limitation du temps consacré à chaque patient et donc une détérioration de la prise en charge. Dans ce cadre, parmi la multiplicité des motifs de consultation (pathologies cardiaques, diabète, cancers, etc.), la prise en charge de la douleur chronique cours le risque d'être un peu escamotée.

En complément des médicaments antalgiques, les alternatives thérapeutiques sont dominées par la kinésithérapie qui est citée par plusieurs participants. Cependant, les kinésithérapeutes étant eux aussi touchés par une pénurie, il peut y avoir une difficulté d'accès surtout dans la douleur chronique. D'autres praticiens interrogés évoquent différentes alternatives comme la sophrologie, psychologie, la méditation, l'acupuncture, la mésothérapie. Les consultations en centre de la douleur sont peu mentionnées.

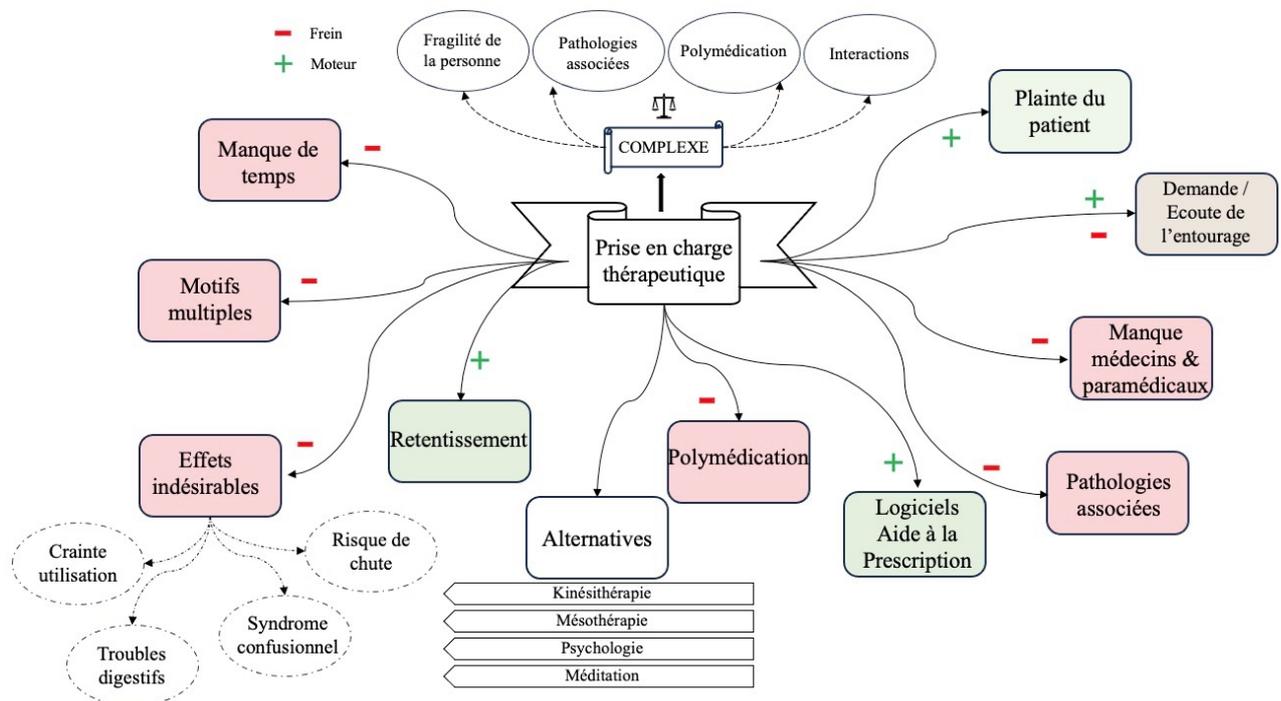


Illustration 7 : Organigramme des freins et moteurs de la prise en charge de la douleur chronique de la personne âgée.

9.3.4 Le médecin généraliste au cœur de la prise en charge

Les médecins interrogés sont unanimes pour dire qu'ils sont les mieux placés pour prendre en charge la douleur chronique de la personne âgée, bien que ce soit un sujet difficile. Plusieurs arguments sont énumérés. La prise en charge globale du patient par le médecin traitant facilite le diagnostic, l'évaluation, le suivi et la prise en charge thérapeutique. La connaissance de son patient est un atout décisif pour certains médecins, mais une trop grande proximité peut aussi être un handicap.

Ses compétences dans le traitement de la douleur chronique seront le fruit de sa formation initiale (qui ne sera pas la même en fonction de son âge), de formation continue, de son expérience et aussi de son intérêt pour ce sujet difficile.

Par exemple, certains estiment qu'ils ne sont pas assez sensibilisés à la douleur du sujet âgé et familiers de l'emploi des morphiniques.

9.4 Ouvertures et perspectives

La durée de la consultation est un déterminant dans la prise en charge de la douleur chronique.

Pour aller plus loin dans l'évaluation, il pourrait être intéressant d'impliquer mieux le patient dans cette relation de soins. Par exemple il pourrait, avant la consultation, remplir à son domicile une échelle d'évaluation standardisée pour l'analyser ensuite avec son médecin. Cela permettrait de dégager du temps médical dans une consultation déjà trop chargée tout en gagnant en efficacité.

Les motifs multiples étant un frein à l'évaluation, il serait alors utile de voir ces patients au cours de consultations ambulatoires dédiées à la douleur chronique avec, pourquoi pas, une

revalorisation de l'acte comme on peut le voir dans le dépistage des troubles cognitifs ou de la dépression.

Le travail pluridisciplinaire est un enjeu clé dans la prise en charge. On pourrait le faciliter en simplifiant les démarches, en favorisant le développement des hôpitaux de jour, en élaborant un travail avec des équipes mobiles gériatriques de la douleur venant en aide pour les cas les plus complexes.

L'approche non médicamenteuse de la douleur chronique est peu utilisée et pourrait bénéficier d'une meilleure information ou d'une meilleure prise en charge.

Le ressenti du patient âgé dans sa douleur chronique est important à prendre en compte ; il mérite lui aussi une évaluation la plus précise possible. Ainsi, il faudrait s'intéresser sur les significations possibles de la douleur chez la personne âgée (psychologique, culturelle).

Les travers de l'âgisme dans l'esprit de tous les intervenants peuvent mériter également d'être explorés et ses conséquences dans la prise du sujet âgé mieux comprises.

10 Conclusion

La proportion de personne âgée au sein de la population française augmente. Le médecin généraliste, en tant que praticien de premier recours, a une place de choix dans la prise en charge de la douleur chronique, plus fréquente chez le sujet âgé.

Il est celui qui évalue la douleur ;

Dans cette étude, l'évaluation se fait de manière subjective le plus souvent. Il y a peu place aux outils d'évaluation dans la pratique courante.

Il est celui qui soigne ;

La prise en charge thérapeutique est complexe chez la personne âgée, y compris de la douleur. L'arsenal thérapeutique présente un large panel d'antalgiques efficaces mais non dénués d'effets secondaires particulièrement chez la personne âgée.

Il est celui qui écoute ;

Les représentations de la douleur chronique sont nombreuses chez les patients et les médecins. Elles nécessitent beaucoup d'écoute. Mais la relation soigné-soignant peut être entachée d'un certain fatalisme. Elle est par ailleurs de plus en plus conditionnée par le temps médical.

Il est celui qui coordonne ;

Il est le pivot central dans la prise en charge globale du patient. Il connaît son patient, le suit régulièrement. Mais cela peut être au long cours source de découragement chez le médecin comme chez le patient. La coordination pluriprofessionnelle est difficile et tributaire d'une démographie médicale et paramédicale déficitaire surtout en campagne.

Ces différents ressentis du médecin généraliste conditionnent la prise en charge de la douleur chronique de la personne âgée. Ils permettent aussi d'élaborer des axes de réflexion pour l'améliorer.

Les spécificités de la personne âgée sont donc là aussi tout à fait déterminantes et pourraient être approfondies. Cette étude permettrait d'élaborer un axe de travail sur une sensibilisation dans le milieu médical et paramédical.

11 Bibliographie

1. HAS, Collège de Médecine Générale, Société Française d'Etude et Traitement de la Douleur. Recommander les bonnes pratiques. 11 janv 2023;1-84.
2. Société française d'étude et de traitement de la douleur. Plans Douleur [Internet]. [cité 10 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur/>
3. Buisson G, Blanpain N. Projections de population à l'horizon 2070, Les personnes de plus de 75 ans deux fois plus nombreuses qu'en 2013, n 1619. 2019.
4. Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Eschalier A, Langley P, et al. Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. avr 2013;14(2):57-66.
5. MAK SL. L'importance de la douleur en consultation de médecine générale. Etude de ses caractéristiques démographiques, de sa typologie et des traitements antalgiques prescrits, associés à son évolution dans l'observatoire de médecine générale entre 1994 et 2010. . [Saint Quentin en Yvelines]: Académie de Versailles; 2014.
6. 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. 1 mars 2013;42(suppl 1):1-57.
7. Pereira LV, de Vasconcelos PP, Souza LAF, Pereira G de A, Nakatani AYK, Bachion MM. Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: A population-based study. Rev Lat Am Enfermagem. 1 juill 2014;22(4):662-9.
8. De Courrèges d'Ustou - Lampe S. Prescription de Tramadol chez les patients âgés hospitalisés. [Lille]: Université Lille 2; 2017.
9. Gianni W, Ceci M, Bustacchini S, Corsonello A, Abbatecola AM, Brancati AM, et al. Opioids for the Treatment of Chronic Non-Cancer Pain in Older People. Drugs Aging. déc 2009;26(Supplement 1):63-73.
10. Beroud F. Douleur et personne âgée. Vol. 11, Douleurs. 2010. p. 258-65.
11. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. sept 2020;161(9):1976-82.
12. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. 2008.

13. Sanders SH, Rucker KS, Anderson KO, Harden RN, Jackson KW, Vicente PJ, et al. Guidelines for program evaluation in chronic non-malignant pain management. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 1 juill 1996;7(1):19-25.
14. Laurent B. Douleur chronique : son retentissement émotionnel et cognitif. In *Analysis.* févr 2017;1(1):55-60.
15. Célestin-Lhopiteau I, Bioy A. Hypnoanalgésie et hypnosédation. En 43 notions. Dunod. Paris; 2014.
16. Brehon E. Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée: étude portant sur 244 patients hospitalisés en gériatrie aiguë. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
17. Grainat N. Physiopathologie de la douleur du sujet âgé. In.
18. Michel M, Capriz F, Rat P, Collectif Doloplus, Guillaume C. Pain assessment in the elderly: where do we stand in 2021? *Revue Douleurs.* 2021;46(08):479-87.
19. Horgas AL. Pain Assessment in Older Adults. *Nursing Clinics of North America.* 1 sept 2017;375-85.
20. Kamel HK, Phlavan M, Malekgoudarzi B, Gogel P, Morley JE. Utilizing pain assessment scales increases the frequency of diagnosing pain among elderly nursing home residents. *J Pain Symptom Manage.* juin 2001;21(6):450-5.
21. Misson L, Savoie ML, Aubin M, Hadjistavropoulos T, Verreault R. The challenge of pain assessment for seniors with limited ability to communicate due to advanced dementia. *Douleurs.* 2011;12(2):55-64.
22. Wary B, Serbouti S. Doloplus : validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. *Revue Douleurs.* 2001;35-8.
23. Aubin M, Verreault R, Savoie M, LeMay S, Hadjistavropoulos T, Fillion L, et al. Validité et utilité clinique d'une grille d'observation (PACSLAC-F) pour évaluer la douleur chez des aînés atteints de démence vivant en milieu de soins de longue durée. *Canadian Journal on Aging.* 1 janv 2008;27(1):45-55.
24. Ballantyne JC, Kalso E, Stannard C. WHO analgesic ladder: a good concept gone astray. *The British Medical Journal.* 6 janv 2016;
25. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD). Le livre blanc de la douleur. Med-Line. 2017.
26. Lussier D, Beaulieu P. Toward a rational taxonomy of analgesic treatments. *Pharmacology of Pain.* 2010;27-40.

27. Hylands-White N, Duarte R V., Raphael JH. An overview of treatment approaches for chronic pain management. *Rheumatol Int.* 1 janv 2017;37(1):29-42.
28. Shi S, Mörike K, Klotz U. The clinical implications of ageing for rational drug therapy. *Eur J Clin Pharmacol.* 5 févr 2008;64(2):183-99.
29. Péhourcq F, Molimard M. Pharmacocinétique chez le sujet âgé. *Rev Mal Respir.* nov 2004;21(5):25-32.
30. Lafuente-Lafuente C, Baudry É, Paillaud E, Piette F. Pharmacologie clinique et vieillissement. *Presse Med.* févr 2013;42(2):171-80.
31. Kim J, Parish AL. Polypharmacy and Medication Management in Older Adults. Vol. 52, *Nursing Clinics of North America.* W.B. Saunders; 2017. p. 457-68.
32. Haute Autorité de Santé. La certification des logiciels médicaux au service de la sécurité des soins [Internet]. 2021 [cité 21 oct 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3263887/en/la-certification-des-logiciels-medicaux-au-service-de-la-securite-des-soins
33. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman matthieu, Mercier A, et al. Initiation à la recherche quantitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. CNGE, Global Média Santé, éditeurs. 2021. 1-192 p.
34. Pouard A. La prescription de morphiniques de palier 3 par le médecin généraliste chez les plus de 75ans dans le Nord-Pas-De-Calais. Quels sont en pratique les facteurs favorisant la prise de décision ? [Lille]: Université Lille 2; 2016.
35. Alberola E, Maresca B. La prise en charge de la douleur chez les personnes âgées vivant à domicile. *avr 2007;566.*
36. Trehou J. Le ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France ayant un(e) assistant(e) médicale. [Amiens]: Université Picardie Jules Verne; 2022.
37. Polin J. La communication au sein de la relation de soin interculturelle : quels impacts sur la pratique du médecin généraliste ? [Amiens]: Université Picardie Jules Verne; 2023.
38. Lebreuilly R, Sakkour S, Lebreuilly J. L'influence de la culture dans l'expression verbale de la douleur : Étude comparative entre des patients cancéreux français et syriens. *InfoKara.* 2012;27(4):125-9.

12 Annexes

Annexe 1 – Guide d’entretien

Bonjour Dr X, tout d’abord merci de me répondre dans le cadre de ma thèse de médecine générale visant à identifier les freins et enjeux dans la prise en charge de la douleur chronique de la personne âgée par les médecins généralistes. Avec votre accord, cet entretien sera enregistré afin que je puisse l’analyser par la suite. Bien évidemment, je garantis le respect de l’anonymat.

Selon les différentes sources, la définition de la personne âgée varie. Pour cette étude nous allons retenir l’âge supérieur à 65 ans.

La douleur chronique est définie selon l’HAS comme la 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.

Vous concernant :

- Vous êtes un Homme / une Femme
- Votre âge ?
- Êtes-vous installé ?
 - o Si oui depuis quand ?
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 15 ans
 - Entre 15 et 25 ans
 - Plus de 25 ans
- Exercez-vous dans un milieu :
 - o Urbain
 - o Semi urbain
 - o Rural
- Dans votre patientèle, sur une semaine vous avez :
 - o Moins de 10 personnes âgées

- Entre 10 et 30 personnes âgées
- Entre 30 et 50 personnes âgées
- Plus de 50 personnes âgées
- Formation particulière ? (DU douleur, gériatrie)

Évaluation de la douleur :

- Comment évaluez-vous la douleur de la personne âgée ?
- Utilisez-vous des outils d'aides à l'évaluation (échelle) ? Si oui, lesquels ? Est-ce que cela vous semble utile ?
- Si le/la patient(e) n'évoque pas la douleur au cours de la consultation, évoquez-vous le sujet avec lui/elle ? Si oui
 - A chaque consultation
 - Si un évènement aigu quelconque survient chez votre patient
 - Si reste du temps de consultation
 - En réévaluant l'ordonnance
- Si le patient présente des troubles de la cognition et/ou du langage, évaluez-vous de manière la douleur de la même manière ? Si oui, comment ?
- Que pensez-vous de l'autoévaluation chez la personne âgée ?

Limites dans l'évaluation :

- Selon vous, l'évaluation de la douleur est-elle totalement objective ou existe-t-il une part de subjectivité ?

R : Quelle est la place de l'empathie ?
- Le temps d'une consultation en médecine ambulatoire permet-il d'évaluer la douleur chronique de la personne âgée ?
- D'après vous, est ce que la douleur de la personne âgée est sous-évaluée ? Pourquoi selon vous ?
- Voyez-vous d'autres limites dans l'évaluation de la douleur de la personne âgée ?

Représentations de la douleur :

- Que pensez-vous de la douleur chez le sujet âgé de manière générale ?

R : Causes de la douleur ?

R : Conséquences de la douleur ?

- Prenez-vous en compte les représentations de vos patients ? Changent-elles votre prise en charge ?

Prise en charge de la douleur chronique de la personne âgée :

- Que pensez-vous de l'efficacité des thérapeutiques antalgiques actuelles ?
 - R : Que pensez-vous des paliers II ?
 - R : Que pensez-vous des paliers III ?
 - R : Que pensez-vous des AINS ?
- Quelle(s) classe(s) vous semble la plus adaptée chez la personne âgée dans la douleur chronique ? Pour quelle(s) raison(s) ?
- Quelle(s) classe(s) vous semble la moins adaptée chez la personne âgée dans la douleur chronique ? Pour quelle(s) raison(s) ?
- Utilisez-vous des outils d'aide à la prescription ?
- Les moyens actuels vous semble-t-il efficaces ?
 - R : Avez-vous le sentiment d'apporter une réponse satisfaisante à vos patients ?
- Quels sont les facteurs influençant la prescription selon vous ?
 - R : Ceux qui les incitent ?
 - R : Ceux qui les freinent ?
 - R : La demande du patient influe-t-elle ? De quelle manière ?
 - R : La demande de l'entourage influe-t-elle ? De quelle manière ?
- Avez-vous eu recours à des alternatives thérapeutiques non médicamenteuses ?
Lesquelles ? Qu'en pensez-vous ?

Limites dans la prise en charge :

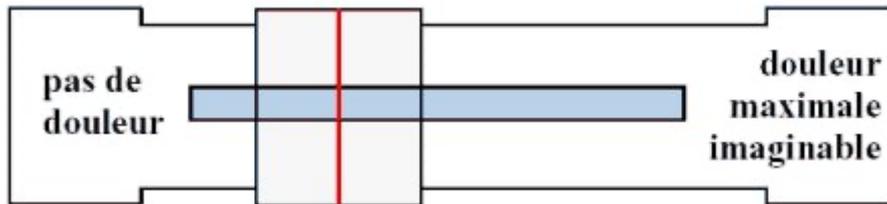
- D'après vous, quelles sont les limites de la médecine ambulatoire dans la prise en charge des douleurs chroniques de la personne âgée ?
- Est-ce que le médecin traitant est le mieux placé pour prendre en charge la douleur chronique du sujet âgé ?
 - R : Concernant l'évaluation ?
 - R : Concernant le traitement ?
- Pensez-vous que votre formation universitaire initiale vous a permis d'acquérir les outils nécessaires à la prise en charge de la douleur chronique ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

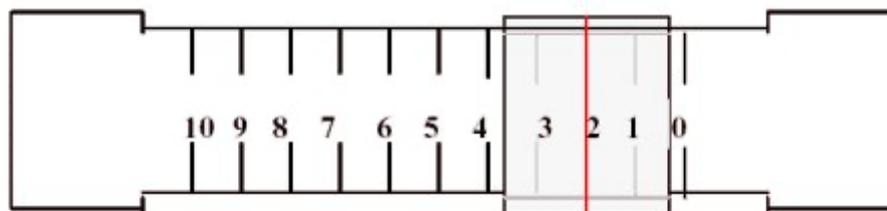
Annexe 2 – Les échelles d’autoévaluation unidimensionnelles

ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

FACE PATIENT :



FACE SOIGNANT :



*Échelle téléchargée sur le site de la Société Française d’Étude et de Traitement de la Douleur
www.sfetd-douleur.org*

ÉCHELLE NUMERIQUE



*Échelle téléchargée sur le site de la Société Française d’Étude et de Traitement de la Douleur
www.sfetd-douleur.org*

ÉCHELLE VERBALE 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

Échelle téléchargée sur le site de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur
www.sfetd-douleur.org

Annexe 3 – Les échelles d’autoévaluation multidimensionnelles

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	__
	Glace	__

H	Picotements	__
	Fourmillements	__
	Démangeaisons	__

N	Gênante	__
	Désagréable	__
	Pénible	__
	Insupportable	__

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

I	Engourdissement	__
	Lourdeur	__
	Sourde	__

O	Enervante	__
	Exaspérante	__
	Horripilante	__

J	Fatigante	__
	Epuisante	__

P	Déprimante	__
	Suicidaire	__

Questionnaire téléchargé sur le site de la Société Française d’Étude et de Traitement de la Douleur
www.sfetd-douleur.org

Annexe 4 – Les échelles d’hétéroévaluation dans la douleur chronique

ÉCHELLE DOLOPLUS 2

NOM : _____ Prénom : _____

Service : _____

Observation comportementale

		DATES			
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

Échelle téléchargée sur le site de la Société Française d’Étude et de Traitement de la Douleur
www.sfetd-douleur.org

ÉCHELLE ECPA

I. Observation avant les soins	II. Observation pendant les soins
<p>1. Expression du visage : REGARD et MIMIQUE 0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : Le sujet grimace de temps en temps 3 : Regard effrayé t/ou crispé 4 : Expression complètement figée</p> <p>2. POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique) 0 : Aucune position antalgique 1 : Le sujet évite une position 2 : Le sujet choisit une position antalgique 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur</p> <p>3. MOUVEMENT (OU MOBILITE) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit) 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* 3 : Immobilité contraire à son habitude* 4 : Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle</p> <p>4. RELATION A AUTRUI Il s'agit de toute relation quelqu'en soit le type : regard, geste, expression... 0 : Même type de contact que d'habitude* 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude* 2 : Evite la relation contrairement à l'habitude* 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude* 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude*</p> <p><small>* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration</small></p>	<p>5. Anticipation ANXIEUSE aux soins 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété 1 : Angoisse du regard, impression de peur 2 : Sujet agité 3 : Sujet agressif 4 : Cris, soupirs, gémissements</p> <p>6. Réactions pendant la MOBILISATION 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins</p> <p>7. Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES 0 : Aucune réaction pendant les soins 1 : Réaction pendant les soins, sans plus 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4 : L'approche des zones est impossible</p> <p>8. PLAINTES exprimées PENDANT le soin 0 : Le sujet ne se plaint pas 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui 2 : Le sujet se plaint dès la présence du soignant 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée</p> <p>Date : Heure :</p> <p>Nom du cotateur :</p>

*Échelle téléchargée sur le site de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur
www.sfetd-douleur.org*

ÉCHELLE PACSLAC-F

Date : _____

Jour
 Soir
 Nuit

Identification patient

Section 1. Expressions faciales		Section 3. Comportement / humeur	
Grimace	Présent (1)	Agression physique (ex. pousser, griffer, frapper)	
Regard triste		Agression verbale	
Visage renfermé		Refuse d'être touché	
Regard menaçant		Ne permet pas aux autres de s'approcher	
Changements au niveau des yeux (ex. plissés, vides, brillants, ↑ mouvement)		Fâché / Mécontent	
Sourcils froncés		Lance des objets	
Expression de douleur		Augmentation de la confusion	
Visage sans expression		Anxieux	
Dents serrées		Bouleversé	
Visage crispé		Agité	
Bouche ouverte		Impatient / Irritable	
Front plissé		Frustré	
Nez froncé		Section 4. Autres	Présent (1)
Section 2. Activités et mouvements du corps	Présent (1)	Pâleur du visage	
Bouge sans arrêt		Rougeurs au visage	
Se recule		Yeux larmoyants	
Nerveux		Transpiration excessive	
Hyperactif		Tremblements	
Marche sans arrêt		Peau froide et moite	
Errance		Sommeil modifié (jour et/ou nuit)	
Tente de fuir		Appétit modifié	
Refuse de bouger		Cris / Hurllements	
Bouscule		Appel à l'aide	
Diminution de l'activité		Pleure	
Refuse la médication		Son spécifique / Vocalisation lié à la douleur	
Bouge lentement		Gémit / Se plaint	
Comportements impulsifs (ex. mouvements répétitifs)		Marmonne	
Non coopératif / Résistant aux soins		Grogne	
Protège le site de la douleur			
Touche ou soutien le site de la douleur			
Claudication			
Poings serrés			
Prend la position fœtale			
Raideur / Rigidité			

Total sections 1 à 4

Les auteurs ne peuvent être tenus responsables en tout ou en partie de quelque dommage que ce soit, direct ou indirect, résultant de l'utilisation du PACSLAC-F.

L'utilisation du PACSLAC-F peut ne pas convenir pour certains patients et ne peut en aucun cas se substituer à une évaluation approfondie effectuée par un professionnel de la santé compétent.

Annexe 5 – Les échelles spécifiques

QUESTIONNAIRE DN4

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

*Questionnaire téléchargé sur le site de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur
www.sfetd-douleur.org*

Title: Experience of general practitioners in Hauts-de-France in the management of chronic pain in the elderly

Abstract:

Introduction: Pain is a universal phenomenon that can be shared by any individual during his life and very present in the elderly. The predictable increase in the proportion of the elderly population, the increase in the prevalence of pain with age, and the difficulties related to its management make pain in the elderly a focus of reflection. The general practitioner has a privileged position in the management of chronic pain in the elderly. However, there seem to be difficulties and the management does not seem optimal.

Method: This was a qualitative study analyzing 15 semi-structured interviews conducted from April 2022 to September 2023.

Results: The assessment of pain is difficult, especially in certain situations (confusion, dementia), and consequently, the pain is underestimated. The assessment is subjective. Yet, the use of assessment tools is not widespread. Several barriers to assessment are expressed: lack of time, problem of intercultural communication, prejudices. The consequences are globally known. The therapeutic management is complex. It is interspersed with drug interactions, side effects, associated pathologies. They can lead to a feeling of failure and frustration in the doctor. The doctors interviewed express a difficulty in accessing non-drug therapeutic alternatives.

Discussion: These different elements explain the difficulty of managing chronic pain in the elderly. It is important to put the elderly person at the center of the care relationship. Multidisciplinary work is essential in the management. The general practitioner facilitates follow-up and guidance.

Conclusion: Chronic pain in the elderly can make it difficult to diagnose, assess, and manage.

Keywords: chronic pain; old person; general practitioners; assessment; pain scale; physician-patient

Titre : Le ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France dans la prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée.

Résumé :

Introduction : La douleur est un phénomène universel pouvant être partagé par tout individu durant sa vie et très présent chez le sujet âgé. L'augmentation prévisible de la proportion de la population âgée, l'augmentation de la prévalence de la douleur avec l'âge et les difficultés liées à sa prise en charge font de la douleur de la personne âgée un axe de réflexion. Le médecin généraliste possède une position privilégiée dans la prise en charge de la douleur chronique de la personne âgée. Pourtant, il semble exister des difficultés et la prise en charge ne semble pas optimale.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative analysant 15 entretiens semi dirigés menés d'avril 2022 à septembre 2023.

Résultats : L'évaluation de la douleur est difficile, notamment dans certaines situations (confusion, démence), et par conséquent, la douleur est sous-évaluée. L'évaluation est subjective. Pourtant, l'utilisation d'outils d'évaluation est peu répandue. Plusieurs freins à l'évaluation sont exprimés : manque de temps, problème de communication interculturelle, préjugés. Les conséquences sont globalement connues. La prise en charge thérapeutique est complexe. Elle est émaillée par les interactions médicamenteuses, les effets indésirables, les pathologies associées. Elles peuvent conduire à un sentiment d'échec et de frustration chez le médecin. Les médecins interrogées émettent une difficulté à l'accès aux alternatives thérapeutiques non médicamenteuses.

Discussion : Ces différents éléments expliquent la difficulté de la prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée. Il faut mettre la personne âgée au centre de la relation de soins. Le travail pluridisciplinaire est un enjeu clé dans la prise en charge. Le médecin traitant facilite le diagnostic, le suivi et l'orientation.

Conclusion : La douleur chronique chez la personne âgée génère des difficultés dans son évaluation et sa prise en charge.

Mots-clés : douleur chronique ; personne âgée ; médecins généralistes ; évaluation ; échelle douleur ; relation médecin-patient