

Les patients et leur douleur chronique

Marie France Le Goaziou*, Pierre Girier**, Alain Moreau*, Martin Jandot***

*Professeurs Associés de médecine générale : UFR Lyon

**Chargé d'enseignement : UFR Lyon

***Médecin généraliste

Résumé : Cent quarante huit patients douloureux chroniques ont rempli des questionnaires pour explorer le vécu de leur douleur. L'âge moyen était de 59 ans pour les hommes, 65 ans pour les femmes. Les douleurs ostéoarticulaires étaient majoritaires et duraient depuis au moins 5 ans : 35,5% des patients avaient une dépression à l'échelle HAD et 47 % étaient anxieux ; 60% des patients se disaient satisfaits de leur traitement. Pour les 40% de patients peu satisfaits, il serait utile d'explorer leurs représentations avec d'autres outils afin d'améliorer leur prise en charge.

Introduction

En France, il y a peu d'études concernant le ressenti et la gestion de la douleur chronique non cancéreuse par les patients. Pourtant, la plainte douleur est récurrente en médecine générale, estimée selon les pays et les études de 20% à 50% (1,2,3,4). Nous avons voulu savoir comment les patients "supportent" leurs douleurs chroniques, comment ils adhèrent au traitement et quel est le retentissement sur leur qualité de vie (5). Il s'agit d'une étude descriptive d'une population de patients douloureux chronique consultant en médecine générale.

Méthode

Un questionnaire, avec une enveloppe timbrée pour la réponse, a été remis aux patients adultes atteints de douleurs chroniques non cancéreuses, non liées au SIDA, et évoluant depuis plus de trois mois. Les patients ont été sélectionnés par les médecins maîtres de stage de l'université de Lyon sur une période définie de 15 jours. Les médecins devaient expliquer les questionnaires aux patients, qui les remplissaient soit en salle d'attente, soit chez eux.

Les questions étaient réparties en 6 rubriques : le patient, les caractéristiques de la douleur, son évaluation, son retentissement émotionnel, son retentissement sur la vie quotidienne, l'évaluation du suivi du traitement. Ont été

exclus les patients jugés inaptes par leur médecin traitant à répondre au questionnaire car ne sachant pas lire le français et ou ayant déficit psychique majeur.

Le questionnaire retenu comportait six volets :

1. Présentation du patient : sexe, âge, activité, problèmes de santé autres que la douleur.
2. Caractéristiques de la douleur : localisation, histoire, origine, fréquence, idées de suicide liées à la douleur (outil d'autoévaluation de la douleur chronique chez l'adulte).
3. Evaluation de la douleur : échelle visuelle analogique de la douleur (douleur au moment présent, douleur habituelle depuis les 8 derniers jours, douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours).
4. Retentissement émotionnel de la douleur (questionnaire HAD).
5. Retentissement de la douleur sur le comportement quotidien (échelle du même nom).
6. Evaluation du traitement et de son suivi.

Les volets 2,3, 4 et 5 ont utilisé les outils d'évaluation de la douleur destinés aux patients, issus des recommandations sur l'évaluation de la douleur chronique en médecine ambulatoire de l'ANAES (6).

Le volet 6 a été construit pour apprécier l'observance et le ressenti des patients vis-à-vis de leur prise en charge pour la douleur.

Les médecins devaient seulement donner les pathologies du patient.

Résultats

- 36 médecins ont participé à l'étude sur les 44 ayant répondu positivement à la sollicitation pour ce travail bénévole.
- 148 questionnaires ont été recueillis et analysés

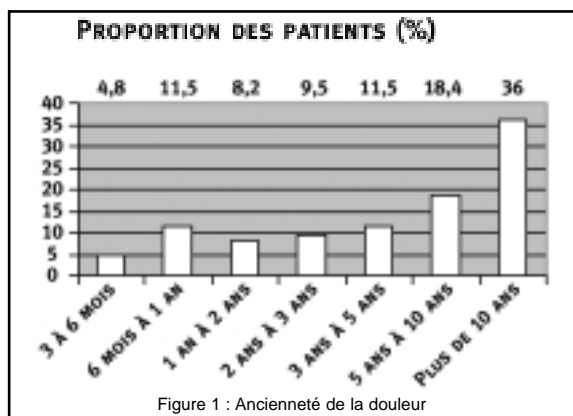
Volet n°1 : présentation du patient

Répondants : 108 femmes (75%) et 36 hommes, ayant une douleur chronique, ont rempli et renvoyé le questionnaire.

- La moyenne d'âge des femmes était 63 ans et la médiane 65 ans.
- La moyenne d'âge des hommes était 57 ans et la médiane 59 ans.
- Les pathologies chroniques associées le plus souvent à la douleur chronique étaient :
 - l'HTA (17,9%)
 - l'hypercholestérolémie (9,3%)
 - la dépression (7,9%)
 - le diabète (6,4%)

Volet N°2 : histoire de la douleur

Parmi ces patients, 36% disaient souffrir depuis plus de 10 ans et 18% depuis 5 à 10 ans (Figure 1).



- Evénements de vie liés à l'apparition de la douleur :
 - 144 patients ont répondu à cette question (97,3%).
 - 90 patients ne notaient pas d'événement particulier au départ de leur douleur (62,5%).
 - 15 rapportaient un accident du travail (10,4%).
 - 11 un accident d'un autre type (7,6%).
 - 13 le décès d'un proche (9%).
 - 22 un événement autre (divers ou non précisé, 4 patients rapportant des difficultés dans leur emploi).

Volet n°3 : Cotation de la douleur

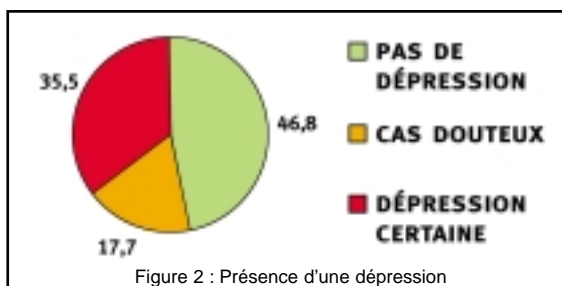
- 15,8% des patients cotaient leur douleur faible au temps présent contre 23,7% qui la ressentaient insupportable.

- 27,2% trouvaient leur douleur habituelle insupportable.
- 52% avaient eu une douleur insupportable dans les 8 derniers jours.

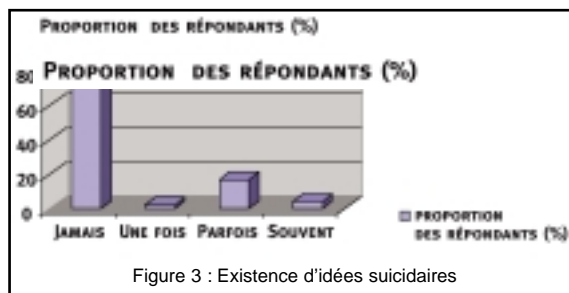
La grande majorité des douleurs était d'origine ostéo-articulaire

Volet n°4 : retentissement émotionnel de la douleur

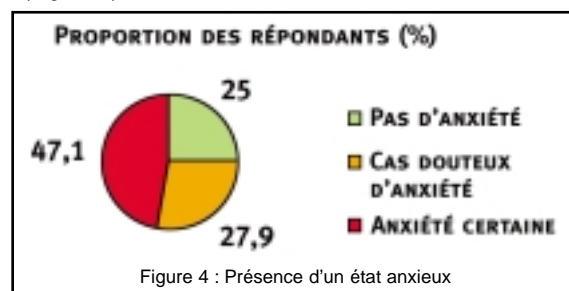
- Une dépression mesurée avec l'échelle HAD était retrouvée chez 35% des patients (Figure 2).



- Des idées suicidaires à cause de la douleur existaient parfois chez 17% des patients et souvent chez 4% (Figure 3).

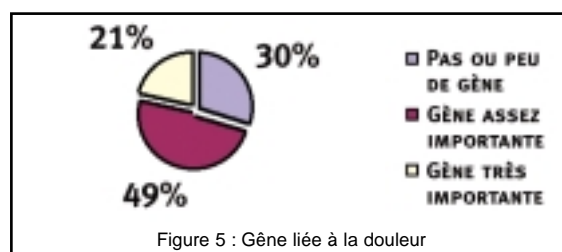


- L'anxiété était présente chez la moitié des répondants (Figure 4).



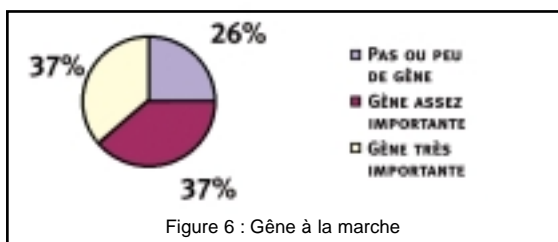
Volet n°5 : retentissement sur le comportement

La moitié des répondants trouvait que leur douleur était une gêne assez importante (Figure 5)



Résultats (suite)

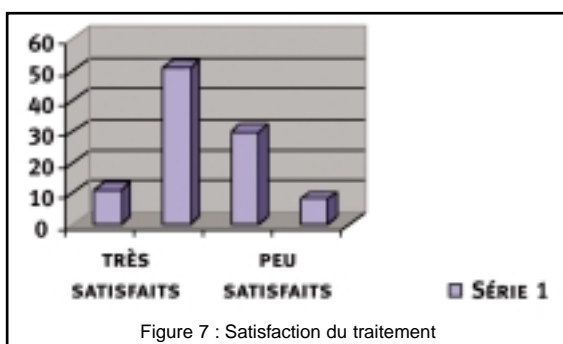
- La marche était affectée pour 75 % des patients (Figure 6).



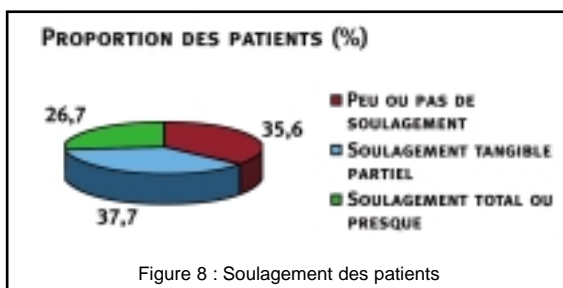
Seulement 8% des patients disaient ne pas être gênés pour la vie courante ; cependant les relations avec les autres étaient peu affectées. Les troubles du sommeil touchaient 2/3 des patients de façon très importante et ou importante. La plupart des patients (85%) ne perdaient pas le goût de vivre.

Volet n°6 : évaluation du traitement et de son observance

- 62 % des patients se déclaraient satisfaits ou très satisfaits de leur traitement (Figure 7) et 74% disaient suivre les consignes de leur médecin.



- Un tiers des patients se déclarait peu ou pas soulagés par leur traitement (Figure 8).



- Les effets indésirables :
 - 137 patients ont répondu à cette question.
 - 70 (51,1% des répondants) ne se disaient pas gênés par des effets secondaires.
 - 67 (48,9% des répondants) se disaient gênés par des effets secondaires :
 - 40 (59,7%) se plaignaient de gastralgies,

- 31 (46,3%) de fatigue ou de somnolence,
- 25 (37,3%) de constipation,
- 16 (23,9%) de nausées ou de vomissements,
- 15 (22,4%) de vertiges,
- 5 (7,5%) d'autres types d'effets indésirables.

Les patients se plaignant d'effets secondaires rapportaient en moyenne 2 effets indésirables.

- Les médicaments pris :

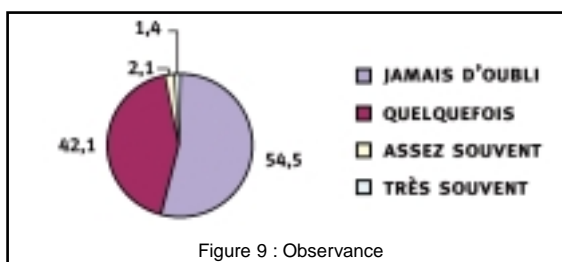
- 53 patients rapportaient dans leur traitement des antalgiques de palier 1 maximum (39% des répondants).
- 71 des antalgiques de palier 2 maximum (52,2%).
- 7 des antalgiques de palier 3 (5,1%).
- 5 ne prenaient pas d'antalgique (3,7%).
- 33 patients ont indiqué dans leur traitement un ou plusieurs antidépresseurs (22,8%) : 16 prenaient un antidépresseur tricyclique (1,8%), 12 un inhibiteur de la recapture de la sérotonine (8,8%) et 5 un antidépresseur "autre" (3,7%).
- 8 patients ont indiqué un anticonvulsivant (5,9%).
- 1 patient un antimigraineux.

- La réticence à prendre des médicaments :

- 35 patients s'étaient dits réticents à prendre des médicaments en général (24,5% des répondants).
- 36 s'étaient dits réticents à prendre des antalgiques (25,2%).

- L'observance (Figure 9) :

- 145 patients ont répondu à la question sur l'observance du traitement question (98% des questionnaires).
- 107 ont dit suivre les consignes de leur médecin (73,8%).
- 38 ont dit ne pas suivre les consignes de traitement (26,2%).



- 10 (27%) ont dit prendre le traitement avec une plus grande fréquence que dans la consigne.
- 15 (40,5%) avec une fréquence moindre.
- 2 à dose plus élevée.
- 6 à dose moins élevée.
- 3 avec une fréquence moindre et à dose moins élevée.
- 1 avec une fréquence moindre mais à dose plus élevée.

- 12 ont dit prendre d'autres médicaments que ceux que leur a prescrit le médecin (8,5% des répondants).
- 129 ont dit ne rien prendre d'autre (91,5%).

Parallèlement les médecins ont donné le diagnostic porté pour chaque patient. Les pathologies rhumatismales étaient majoritaires (90%) : arthrose (55% des cas), tendinopathie (14 cas), fibromyalgies (5), ostéoporose (4) et avec tassement (6), polyarthrite (2 cas), pseudo polyarthrite (3 cas), scoliose (2), etc.

Les autres douleurs chroniques se répartissaient entre diverses pathologies : céphalées migraines (4), colite (3), douleur neurologique (2), hystérie (2), etc.

Discussion

Ce travail est à notre connaissance le premier réalisé en France sur la douleur chronique non cancéreuse vue du côté du patient.

Le nombre de questionnaires à remplir n'a pas été un frein mais le schéma de la localisation des douleurs n'a pas pu être exploité. Il semble au vu des réponses que les patients n'ont pas su utiliser les schémas et placer le siège de leur douleur : soit le médecin n'a pas expliqué en pensant qu'un schéma est assez parlant, soit beaucoup de patients ont des douleurs erratiques et donc ont coché plusieurs sites. La douleur est peut être dans un ailleurs non représentable sur un schéma.

L'ancienneté de la douleur était importante puisque 54% depuis plus de 5 ans : ceci s'explique par le fait que la majorité des douleurs étaient ostéo articulaires et que la moyenne d'âge des patients était élevé. Toutes les études retrouvent une prépondérance de douleurs chroniques d'origine ostéo-articulaire. Ce point devrait inciter les médecins à prendre en charge la douleur dans la durée et à apprendre aux patients à gérer leur vie avec ces douleurs, d'autant que les prescriptions au long cours ont un coût non négligeable (11).

Si 62% des patients n'ont pas noté d'éléments déclenchant à leur douleur, il existait 10% d'accident du travail, 9% de post deuil et 7,6% d'accidents, ce qui devrait rendre les médecins attentifs lorsqu'un patient en accident du travail a des difficultés à se reconstruire.

Si l'échelle HAD permet de dire que 35,5% avaient une dépression, seulement 23% prenaient un antidépresseur. Les liens douleurs chroniques-dépression-anxiété sont connus (8-10) et sont retrouvés dans ce travail. Les pourcentages de dépression

et d'anxiété correspondaient à ceux observés dans les centres anti douleur (7). Cependant, tous les dépressifs qui avaient un antidépresseur n'étaient pas retrouvés par l'échelle HAD, ceci peut signifier qu'ils étaient suffisamment améliorés par leur traitement ou que le diagnostic avait été fait par excès.

Plusieurs biais sont possibles pour ces questions : les médecins n'ont peut être pas donné l'ensemble des diagnostics, puisque le travail portait sur la douleur chronique. Les patients ont pu omettre de noter certains médicaments pris, en particulier les antidépresseurs. Cependant ces résultats sont retrouvés dans les autres études : non reconnaissance de la dépression par le médecin, ou au contraire diagnostic et traitement porté sans les critères de dépression. Enfin 11 des patients dépressifs à l'échelle HAD avaient une réticence aux traitements, ce qui peut expliquer l'absence d'antidépresseurs chez certains d'entre eux.

La douleur était qualifiée de supportable par 66,7% des patients et la dépression était corrélée à l'intensité de la douleur. Ceci se retrouve dans beaucoup d'études (8-10).

Dans le groupe de 49 patients qui se sont dits peu ou pas satisfaits, 10 avaient des diagnostics psychiatriques (dépression sévère, hystérie, psychose, fibromyalgie), et prenaient des antidépresseurs ; 16 disaient ne pas suivre les consignes et ne pas aimer prendre des médicaments ; 25 avaient des antidépresseurs et 27 avaient des problèmes rhumatologiques étiquetés arthrose pour la plupart.

Une douleur qui perdure et ne s'améliore pas avec un traitement antalgique bien conduit doit conduire le praticien à explorer la psychologie du patient, pour comprendre la signification de la douleur, les représentations du patient, les bénéfices qu'il en tire éventuellement.

L'état dépressif doit être débusqué sous ces aspects douloureux, afin de mettre en place une écoute active et des traitements antidépresseurs (12,13).

En augmentant ou en diminuant les doses ou en modifiant la fréquence, 26% des patients ne respectaient pas les consignes du médecin. Ceci correspond aux 30% de non observance retrouvés dans la littérature (11), mais dans cette étude, c'était les patients qui s'exprimaient et il n'y a pas eu de vérification. Le fait d'adapter sa thérapeutique n'est pas anormal dans une situation aussi durable, le patient apprenant au fil du temps à gérer ses besoins d'antalgiques, encore que 27% trouvaient leur douleur habituelle insupportable.

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

Plusieurs pistes de travaux complémentaires ressortent de cette étude :

- La reconnaissance de la dépression par le médecin généraliste et l'acceptation du diagnostic par le patient. Dans ce travail, il n'est pas possible de savoir si les médecins ont évoqué le diagnostic de dépression pour les patients reconnus dépressif avec l'échelle HAD, et comment les patients l'ont reçu.
- Les représentations de la douleur, son utilité et ses bénéfices pour la patient, le vécu de la douleur dans l'histoire familiale, la difficulté à mettre en mot les émotions douloureuses (alexithymie). Pour ces items, une méthode différente s'impose : entretiens, focus group, groupe de parole.

Conclusion

Ce travail de recherche a permis de confirmer qu'en médecine générale la douleur chronique hors douleur cancéreuse est représentée essentiellement par les douleurs rhumatismales. L'utilisation des grilles d'autoévaluation a montré la difficulté des patients à localiser la douleur sur un schéma corporel. Cette douleur n'est pas toujours assez soulagée et elle est intriquée avec des syndromes anxiodépressifs mal pris en compte. Si 2/3 des patients se disent satisfaits, les médecins devraient pour le tiers non satisfaits, explorer le psychisme, les représentations et se faire aider par des équipes multidisciplinaires pour une meilleure qualité de vie de ces patients. Cependant, en matière de douleur chronique, l'équilibre atteint n'est jamais stable, et subit des accès aigus et des périodes calmes. C'est une des difficultés des soins primaires d'évaluer et réévaluer ces patients à chaque consultation, afin de leur donner le meilleur confort de vie.

Références

1. Hasselstrom J, Liu-Palmgren J, Rasjo-Wraak G. Prevalence of pain in general practice. *Eur J Pain* 2002;6:375-85.
2. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001;89:127-34.
3. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999;354:1248-52.
4. Huas D, Tajfel P, Gerche S. Prévalence et prise en charge de la douleur en médecine générale. *Revue Prat Med Gen* 2000;512:1837-41.
5. Jandot dit Danjou M. La douleur chronique en médecine ambulatoire et son traitement d'après le patient. Thèse Médecine Lyon, 2003 ;128
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Paris : ANAES, 1999
7. Thomsen AB, Sorensen J, Sjogren P, Eriksen J. Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *Eur J Pain* 2002; 6(5):341-52.
8. Wu LR, Parkerson GR, Doraiswamy PM. Health perception, pain and disability as correlates of anxiety and depression symptoms in primary care patients. *J Am Board Fam Pract* 2002;15:183-90.
9. Berkke M, Hjortdahl P, Kvien TK. Involvement and satisfaction: a Norwegian study of health care among 1024 patients with rheumatoid arthritis and 1509 patients with chronic non inflammatory musculoskeletal pain. *Arthritis Rheum* 2001;45:8-15.
10. Turk DC, Okifuji A, Scharff L. Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain* 1995;61:93-101.
11. Le Bot M. Observance. *Rev Prat Med Gen* 1999;13(469):1335-48.
12. Melzack R, Wall PD. Pain assessment, a new theory. *Science* 1965;150: 971-5.
13. Radat F. Souffrance et douleur (les aspects psychiques de la douleur chronique : une approche bio-psycho-sociale). *Confrontations psychiatriques Paris* 2001;42:39-49.

Remerciements aux médecins généralistes qui ont bien voulu consacrer un peu de temps à ce travail.