

UNIVERSITE DE LILLE

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG** Année

2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Épidémiologie des douleurs chroniques chez la personne  
âgée de 75 ans et plus consultant au Centre d'Étude et de  
Traitement de la Douleur de l'hôpital Claude Huriez de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 2 octobre 2024 à  
16h00 au pôle formation

**Par Axel MUSOLES**

---

**JURY**

**Président :**

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART **Asseseurs**

:

Madame le Docteur Florence BEAUCAMP

Madame le Docteur Yaohua CHEN

**Directeur de thèse :**

Monsieur le Docteur Jean Michel WATTIER

---

# Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

# Sigles

<b>ADN</b>	Acide Désoxyribonucléique
<b>CETD</b>	Centre d'Étude et de Traitement de la Douleur
<b>CIM-10</b>	10 <sup>ème</sup> Classification Internationale des Maladies
<b>CIM-11</b>	11 <sup>ème</sup> Classification Internationale des Maladies
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IASP</b>	International Association for the Study of Pain
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
<b>SDRC</b>	Syndrome Dououreux Régional Complexe

# Sommaire

Sigles .....	1
Sommaire .....	13
Introduction.....	15
1 La population âgée .....	15
2 Le vieillissement .....	15
2.1 Mécanismes génétiques du vieillissement.....	16
2.2 Mécanismes environnementaux du vieillissement.....	17
2.3 Prise en compte du vieillissement dans le raisonnement médical.....	17
3 Les syndromes gériatriques.....	18
4 Les douleurs chroniques chez les personnes âgées .....	19
4.1 Prévalence de la douleur chronique chez les personnes âgées.....	19
4.2 Facteurs associés aux douleurs chroniques chez les personnes âgées .....	20
5 Les douleurs chroniques.....	20
5.1 Définitions générales concernant la douleur.....	20
5.2 Prévalence de la douleur chronique en population générale.....	20
5.3 Complexité de la douleur chronique .....	21
5.4 Les grands types de douleur .....	21
5.5 Classification internationale des douleurs chroniques.....	22
5.5.1 Les douleurs chroniques primaires.....	23
5.5.2 Les douleurs chroniques secondaires .....	25

6 Objectifs de l'étude .....	26
Matériel et méthodes.....	27
1 Design et paramètres .....	27
2 Population.....	27
3 Variables.....	28
4 Analyses statistiques .....	29
Résultats .....	31
1 Population incluse.....	31
2 Statistiques concernant les médecins adresseurs .....	32
3 Statistiques concernant la répartition des douleurs chroniques dans la population 37 .....	34
4 Score DN4 dans la population .....	34
Discussion.....	36
1 Caractéristiques de la population.....	36
2 Résumé des résultats importants .....	36
2.1 Concernant les médecins adresseurs .....	36
2.2 Concernant la répartition des douleurs dans la population.....	37
3 Concernant l'utilisation de la CIM-11 .....	39
4 Limites de l'étude.....	40
Conclusion.....	42
Bibliographie.....	43

# Introduction

Cette thèse va aborder les thèmes très intriqués de la gériatrie et de la douleur chronique. Nous allons détailler les bases de ces deux thèmes ainsi que la façon dont ils sont fortement liés l'un à l'autre.

## 1 La population âgée

La Haute Autorité de Santé a défini, en 2015, la catégorie de la population qui sont les personnes âgées, comme les individus de plus de 75 ans[1].

La population française compte au 1<sup>er</sup> janvier 2024 un peu plus de 68,3 millions d'individus.

Les personnes âgées sont, elles, comptabilisées à 7 106 175 individus au total soit 10.39% de la population totale. On y trouve 4 248 287 femmes et 2 857 888 hommes, ce qui représente 1,49 femme pour 1 homme.

La population des personnes âgées est une catégorie à part en termes de prise en charge médicale[2]. Cette particularité résulte notamment de l'évolution physiologique de l'organisme, que l'on appelle vieillissement.

## 2 Le vieillissement

Le vieillissement se définit par « l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr », il résulte des effets intriqués de plusieurs facteurs génétiques, environnementaux, et aléatoires (ou stochastiques).

Il a été démontré chez des jumeaux que les facteurs génétiques pouvaient être responsables de 35% de la longévité[3]. Si cette étude a eu un résultat positif, les multiples autres études ont à contrario eu des résultats très disparates ce qui peut mener à penser que ces facteurs génétiques sont encore très peu compris.

Les études animales ont permis des avancées sur le sujet, comme chez *Caenorhabditis elegans*, *Drosophila melanogaster* ou la souris, où la mutation de certains gènes comme les gènes *daf-2*, qui code une protéine homologue ancestrale des récepteurs de l'insuline et de l'IGF-1 (insuline growth factor 1), et *clk-1*, permettent un allongement de la vie[4].

## 2.1 Mécanismes génétiques du vieillissement

Chez l'homme les mécanismes génétiques de vieillissement sont le sujet de plusieurs théories dont voici une liste non exhaustive. ○ D'abord il y aurait une instabilité du génome par accumulation dans le temps de lésions de l'ADN. Cette théorie a le défaut de ne pas expliquer une relative prédictibilité de l'espérance de vie d'une espèce car cette accumulation de lésions serait aléatoire.

- On sait également que les cellules somatiques ont un nombre de divisions limité. Une des causes retrouvées est un raccourcissement des télomères influencé par le nombre de division cellulaire, mais également le stress et l'inflammation[5].

La longueur des télomères peut également être modifiée par certaines maladies comme la progéria[6].

- Une autre cause de vieillissement cellulaire tient dans les lésions oxydatives, et plus largement le stress oxydant, liées aux agressions oxydantes des radicaux libres (espèces réactives de l'oxygène ou ERO) provenant du métabolisme de l'oxygène au sein des mitochondries[7].

Certains éléments comme les vitamines C ou E peuvent interagir avec les radicaux libres et éviter leur accumulation, mais n'empêchent toutefois pas l'augmentation des conséquences de ce métabolisme avec l'âge[8].

- D'autres métabolismes de base causent des lésions qui s'accumulent avec l'âge, comme le métabolisme du glucose qui participe à la glycation des protéines et des acides nucléiques, ce qui modifie leurs propriétés[9]. Les produits terminaux de glycation (ou produits de Maillard) s'accumulent donc avec l'âge et participent au développement de plusieurs maladies. La glycation des protéines de la matrice extracellulaires, par exemple, empêchent leur renouvellement.

- Une accumulation cellulaire de la protéine 2A, qui participe initialement au processus de dégradation autophagique des lysosomes, serait en lien avec la décroissance de leur fonction, menant à l'accumulation de déchets intracellulaire puis à l'apoptose avec activation de la caspase-3.

## **2.2 Mécanismes environnementaux du vieillissement**

Les éléments environnementaux de vieillissement sont multiples et touchent tous les secteurs de la vie.

- Au niveau de l'alimentation d'abord, il a été montré qu'une restriction calorique permet de ralentir le vieillissement chez les rats[10]. Et bien que cette restriction calorique soit retrouvée dans les zones bleues, qui correspondent à des zones sur Terre avec une concentration élevée de centenaires, ce mécanisme n'a pas encore été prouvé chez l'Homme.

Un régime hypercalorique a cependant des effets délétères prouvés et accélère le vieillissement.

- L'inactivité physique entraîne une diminution des capacités cardiorespiratoires et musculaires du sujet âgé. ○ Enfin de façon évidente, la survenue de maladies accélère le vieillissement. Par exemple les personnes atteintes de diabète augmenteront l'accumulation de produits terminaux de glycation.

## **2.3 Prise en compte du vieillissement dans le raisonnement médical**

Ces altérations aboutissent à une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme. On note notamment une diminution de la capacité de régulation thermique, une perte osseuse, une atrophie des fibres musculaires de type 2, l'apparition d'une dégénérescence neurofibrillaire, ou de pertes neuronales et synaptiques.

Toutes ces modifications entraînent une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme. Cela ne suffit pas à expliquer des défaillances, mais de nombreuses affections sont rendues plus fréquentes du fait du vieillissement.

Cette évolution physiologique est prise en compte par le modèle « 1 + 2 + 3 » du Docteur Jean-Pierre Bouchon, qui différencie les effets du vieillissement normal (I), des maladies chroniques (II), et des affections aiguës (III) sur les défaillances d'organe.

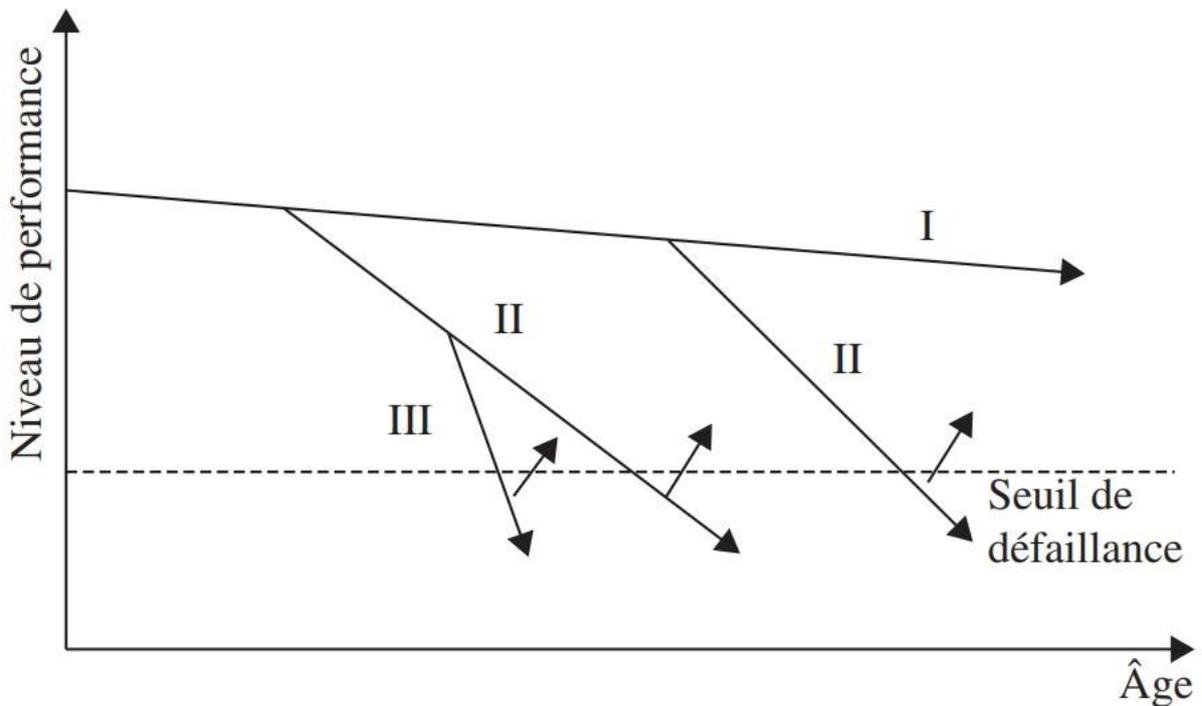


Figure 1. Modèle 1 + 2 + 3 de Bouchon

### 3 Les syndromes gériatriques

Il a été montré que certaines affections sont plus fréquemment observées chez les sujets âgés et notamment les plus fragiles d'entre eux, et ont un impact négatif sur la qualité de vie et les capacités fonctionnelles de ces personnes.

Ces affections sont nommées « syndromes gériatriques », elles résultent de facteurs de risque multiples, dont la coexistence de maladies chroniques multiples.

Il existe de nombreux syndromes gériatriques, dont en voici les principaux.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altération de l'état général</li> <li>- Amaigrissement</li> <li>- Chutes</li> <li>- Confusion</li> <li>- Dénutrition, malnutrition</li> <li>- Déshydratation et coups de chaleur</li> <li>- Douleur chronique</li> <li>- Dysphagie, troubles de déglutition, fausses routes</li> <li>- Escarres</li> <li>- Fractures</li> <li>- Fragilité</li> <li>- Hypotension orthostatique et autres troubles de la régulation tensionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontinence urinaire</li> <li>- Incontinence fécale</li> <li>- Maltraitance</li> <li>- Perte d'autonomie</li> <li>- Syndrome démentiel</li> <li>- Syndrome d'immobilisation</li> <li>- Syndromes régressifs avec glissement et désadaptation psychomotrice</li> <li>- Troubles du comportement, agitation</li> <li>- Troubles du sommeil</li> </ul>
---	---

*Figure 2. Tableau extrait du livre "Le livre de l'interne en gériatrie" du Pr. François Puisieux, éditions Lavoisier, 2012*

## 4 Les douleurs chroniques chez les personnes âgées

On remarque parmi ces syndromes gériatriques la douleur chronique. En effet 52% des personnes âgées de plus de 75 ans en France présentent une douleur chronique[11]. Cela représenterait théoriquement environ 3,7 millions de personnes en France si on calcule par rapport aux données de population de l'INSEE au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

De plus les seuils de ressenti et de tolérance de la douleur sont modifiés chez la personne âgée[12].

### 4.1 Prévalence de la douleur chronique chez les personnes âgées

La prévalence de la douleur chronique chez les personnes âgées peut selon les études aller de 40 à 60% environ, et jusqu'à plus de 80% chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs[13].

## **4.2 Facteurs associés aux douleurs chroniques chez les personnes âgées**

Au fil des études il a été montré que la douleur chronique impactait la qualité de vie des personnes âgées, elle est reliée significativement à de nombreux facteurs[14–18] détaillés ci-dessous.

La douleur chronique multiplie par trois les chances de chute notamment en altérant la qualité du sommeil[19,20]. Elle est également associée à une perte d'autonomie, une majoration des troubles neurocognitifs, une plus forte prévalence de dépression, d'arthrose, de démence[21].

# **5 Les douleurs chroniques**

## **5.1 Définitions générales concernant la douleur**

La douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée, ou ressemblant, à celle liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ».

Cette définition a été mise à jour en 2020 par l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) et remplace la définition précédente qui avait été adoptée en 1979[22].

La douleur chronique est définie par l'IASP comme « une douleur qui persiste ou se reproduit pendant plus de 3 mois ».

Il existe aussi des définitions utilisées par la HAS de douleurs aiguës (durant jusqu'à 6 semaines), et subaiguës (entre 6 semaines et 3 mois).

## **5.2 Prévalence de la douleur chronique en population générale**

La prévalence de la douleur chronique peut varier selon les études menées en Europe et aux États-Unis entre 20.5% et 43.5%, la prévalence des douleurs chroniques modérées à sévères et entraînant donc des incapacités s'élèvent elle entre 10.4% et 19.9%[11,23–25].

### 5.3 Complexité de la douleur chronique

Si la douleur aiguë est considérée comme un système d'alarme, utile à l'individu, la douleur chronique est une maladie qu'il convient d'analyser selon un modèle biopsychosocial. Trois catégories de facteurs imbriqués influencent effectivement l'évolution d'une douleur chronique [26]:

- Facteurs biologiques (biomédicaux) : patrimoine génétique, comorbidités, sensibilisation centrale, déconditionnement physique, ... ;
- Facteurs psychologiques : émotionnels et affectifs (anxiété, dépression, ...), comportementaux (éviter, hyperactivité, ...), ou cognitifs (croyances, catastrophisme, hypervigilance, ...);
- Facteurs sociaux : familiaux, culturels, professionnels, scolaires, ...

### 5.4 Les grands types de douleur

La douleur, notamment chronique, n'est donc pas une entité unique, mais multiple avec de nombreuses catégories et définitions.

Il existe tout d'abord trois grands types de douleurs :

- Les douleurs nociceptives ou par excès de nociception sont définies comme des « douleurs liées à une activation des nocicepteurs périphériques par une lésion tissulaire locale ». Elles se rencontrent majoritairement lors d'états inflammatoires et posttraumatiques. Elles sont de mécanisme périphérique.
- Les douleurs neuropathiques sont définies comme des « douleurs secondaires à une lésion ou une maladie du système somatosensoriel ». On distingue les douleurs neuropathiques périphériques liées à une lésion intéressant le tronc nerveux, le ganglion sensitif, le plexus, ou la racine nerveuse, et les douleurs neuropathiques centrales liées à une lésion située au niveau de la moelle épinière ou du cerveau[27,28]. Il a été développé en France en 2005 le questionnaire « douleur neuropathique en quatre questions et 10 items » (DN4), un questionnaire aidant le diagnostic de ces douleurs neuropathiques[29,30].
- Les douleurs nociplastiques ont été définies en 2017 comme des « douleurs résultant d'une altération de la nociception, malgré l'absence de preuve claire de lésions tissulaires réelles ou potentielles provoquant l'activation des

nocicepteurs périphériques, ou de preuve d'une maladie ou d'une lésion du système somatosensoriel provoquant la douleur »[31,32]. Une pathologie fréquemment donnée en exemple pour représenter ces douleurs est la fibromyalgie.

## **5.5 Classification internationale des douleurs chroniques**

Une classification internationale des maladies a été introduite en 1893 par le Dr. Jacques Bertillon. D'abord nommée « Classification des causes de décès », elle prend son nom actuel en 1955 lors de la publication de sa septième révision.

L'intérêt d'une telle classification est d'avoir un nom utilisé de façon internationale pour savoir reconnaître une pathologie selon un ensemble de signes et symptômes, cliniques et paracliniques. Une dénomination commune permet un langage commun, et donc des études communes, des traitements communs, et *in fine* une meilleure compréhension et prise en charge des entités nosologiques décrites.

Dernièrement, la 11<sup>ème</sup> Classification Internationale des Maladies (CIM-11) publiée le 18 juin 2018 et entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 contient pour la première fois de son histoire une catégorisation des douleurs comme des entités à part entière et classe les douleurs chroniques en deux grandes catégories[33]. Elle permet notamment de prendre en compte le modèle bio-psycho-social de la douleur chronique.

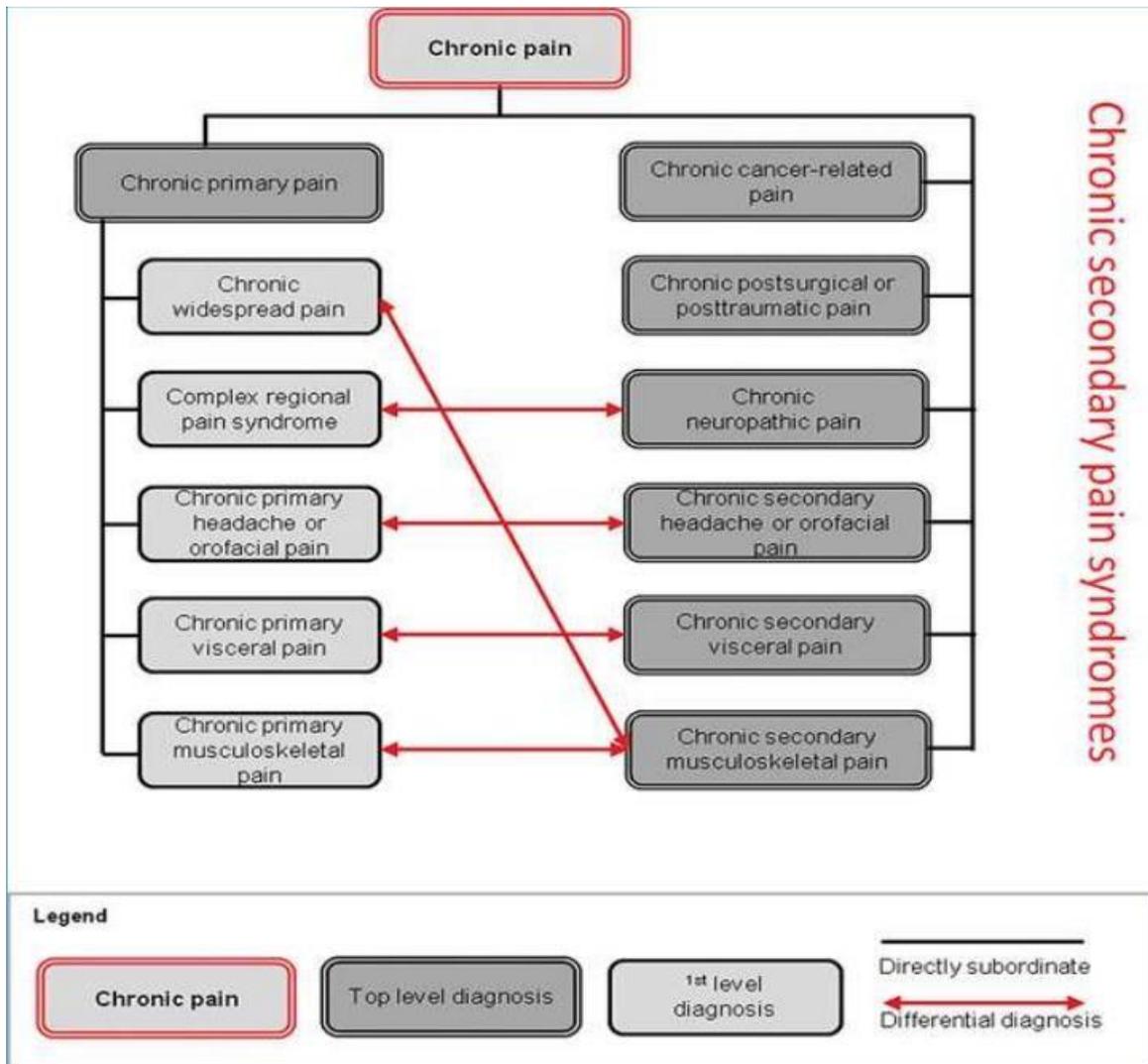


Figure 3. La classification des douleurs chroniques selon la CIM-11

On distingue donc deux groupes de douleurs chroniques : les douleurs chroniques primaires et les douleurs chroniques secondaires.

La distinction principale entre ces deux entités est l'objectivisation et le diagnostic d'une cause secondaire pouvant expliquer les douleurs.

### 5.5.1 Les douleurs chroniques primaires

Les douleurs chroniques primaires sont réparties en cinq catégories, dont la cause est décrite comme « multifactorielle : des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux contribuent au syndrome douloureux ». Nous pouvons remarquer que cette définition ne comprend pas nécessairement la présence sous-jacente d'une lésion ou maladie autre que la douleur :

- Douleurs viscérales primitives chroniques (MG30.00), qui correspond à « une douleur chronique localisée dans la région thoracique, abdominale ou pelvienne, associée à une détresse émotionnelle significative ou une incapacité fonctionnelle. Sa localisation anatomique distincte est compatible avec les modèles typiques de douleur de référence provenant d'organes internes spécifiques. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un diagnostic de douleur viscérale chronique secondaire. »
- Douleur diffuse chronique (MG30.01), définie comme « une douleur diffuse dans au moins quatre des cinq régions du corps et est associée à une détresse émotionnelle significative ou à un handicap fonctionnel. Le diagnostic est approprié lorsque la douleur n'est pas directement attribuable à un processus nociceptif dans ces régions et qu'il existe des caractéristiques compatibles avec une douleur nociplastique et des facteurs psychologiques et sociaux identifiés. »
- Douleur musculosquelettique primaire chronique (MG30.02) est « une douleur chronique dans les os, les articulations, ou les tendons qui est caractérisée par une détresse émotionnelle significative ou un handicap fonctionnel. »
- Céphalées ou douleurs orofaciales primaires chroniques (MG30.03) sont définies comme « des céphalées ou des douleurs orofaciales survenant au moins 50% des jours pendant au moins trois mois. Elle se caractérise par une détresse émotionnelle importante ou un handicap fonctionnel. La durée de la douleur est d'au moins deux heures par jour. »
- Syndrome douloureux régional complexe (MG30.04), est « une affection douloureuse dans une extrémité dont l'évolution varie au cours du temps. Il est caractérisé par une douleur régionale continue non localisée dans un territoire nerveux ou dermatome spécifique, avec habituellement une prédominance distale ou un gradient distal-proximal. Il apparaît typiquement après un traumatisme des tissus et semble d'amplitude ou de durée disproportionnée par rapport à l'évolution habituelle de la douleur après ce type de traumatisme tissulaire. Le SDRC se caractérise par des signes indiquant des changements autonomes et neuro-inflammatoires dans la zone corporelle affectée et varie d'un patient à l'autre ainsi que dans le temps. Le SDRC s'accompagne fréquemment d'une détresse émotionnelle importante ou d'un handicap fonctionnel. »

## 5.5.2 Les douleurs chroniques secondaires

Les douleurs chroniques secondaires sont, elles, séparées en six catégories, en fonction notamment de la lésion ou de la maladie sous-jacente :

- Douleur chronique due à un cancer (MG30.1), correspond à « une douleur causée par le cancer primaire lui-même ou par des métastases ou par son traitement. »
- Douleur postchirurgicale ou posttraumatique chronique (MG30.2), est « une douleur évoluant après une intervention ou un traumatisme tissulaire (y compris les brûlures) et persistant au-delà du processus de guérison, c'est-à-dire au moins trois mois après la chirurgie ou le traumatisme tissulaire. La douleur est localisée au champ opératoire ou à la région de la blessure, projetée sur le territoire d'innervation d'un nerf situé dans cette zone, ou associée à un dermatome. » Une douleur préexistante à la chirurgie est à exclure de cette définition.
- Douleurs musculosquelettiques secondaires chroniques (MG30.3), définies comme « une douleur chronique provenant d'un ou de plusieurs os, d'une ou de plusieurs articulations, d'un ou de plusieurs muscles, de la colonne vertébrale, d'un ou de plusieurs tendons ou de tissus mous connexes. Il s'agit d'un groupe hétérogène d'affections douloureuses chroniques ayant pour origine une nociception persistante dans [les localisations précédemment citées], avec des étiologies locales et systémiques, mais également liées à des lésions somatiques profondes. »
- Douleur viscérale secondaire chronique (MG30.4), décrite comme « une douleur persistante ou récurrente provenant des organes internes de la région tête/cou et des cavités thoracique, abdominale et pelvienne. »
- Douleur neuropathique chronique (MG30.5), est « une douleur chronique causée par une lésion ou une maladie du système somatosensoriel. La douleur peut être spontanée ou provoquée, comme une réponse accrue à un stimulus douloureux ou une réponse douloureuse à un stimulus normalement non douloureux. Le diagnostic de la douleur neuropathique chronique nécessite des antécédents de lésion ou de maladie du système nerveux et une distribution neuroanatomique plausible de la douleur. »

- Céphalée ou douleur orofaciale secondaire chronique (MG30.6), qui comprend « toutes les céphalées et douleurs orofaciales qui ont des causes sous-jacentes et qui surviennent au moins 50% des jours pendant au moins trois mois. La durée de la douleur par jour est d'au moins deux heures. »

## 6 Objectifs de l'étude

Les études sur l'impact de la douleur chez la personne âgée avant le premier janvier 2022 ne pouvaient pas prendre en compte cette classification des douleurs, qui permet une étude plus fine des douleurs. Elle est également plus fiable dans le classement des douleurs chroniques que l'était la 10<sup>ème</sup> Classification Internationale des Maladies (CIM-10)[34,35].

Il est aujourd'hui impossible de dire quelles douleurs peuvent présenter le plus fréquemment les personnes âgées, nous n'avons effectivement retrouvé qu'une seule étude épidémiologique cherchant à classer les douleurs chroniques telles que catégorisées dans la CIM-11, et cette étude portait sur une population générale et donc pas spécifiquement sur les personnes âgées[36].

L'objectif principal de cette étude est donc d'évaluer la répartition des différentes catégories de douleur chronique parmi la population étudiée.

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- Savoir au niveau du parcours patient par quels médecins les patients ont été adressés afin d'abord de voir l'exposition de chaque spécialité aux douleurs chroniques des personnes âgées, et également de voir à quel type de douleurs plus précisément ces spécialités sont confrontées.
- Évaluer la proportion de DN4 interview positifs chez les personnes âgées douloureuses chroniques.

# Matériel et méthodes

## 1 Conception et paramètres

Dans cette étude observationnelle épidémiologique descriptive rétrospective, nous avons relevé des données dans des dossiers papier du Centre d'Étude et de Traitement de la Douleur de l'hôpital Claude Huriez, à Lille, et en cas de donnée manquante dans les dossiers informatiques du Centre Hospitalo-Universitaire Régional de Lille.

La recherche des dossiers a été réalisée le 3 novembre 2022.

## 2 Population

Les critères d'inclusion étaient un âge de 75 ans ou plus lors de la première consultation, et la présence de douleurs au moment de cette consultation.

La recherche des patients a été faite via le logiciel « TAMALOU » qui était utilisé comme logiciel permettant de classer informatiquement les dossiers papiers selon la date de première consultation et en particulier l'année, ainsi que par ordre alphabétique des noms de famille.

Nous avons recherché dans le logiciel (maintenant plus utilisé) « TAMALOU », les dossiers créés pendant les années 2015 à 2022, jusqu'au 2 novembre 2022.

Le logiciel « TAMALOU » ne pouvant pas détecter l'âge des patients au moment de leur première consultation la recherche a été faite en deux fois afin de limiter le nombre de dossiers à exclure par la suite : nous avons d'abord recherché les dossiers créés dans les années 2018 à novembre 2022 dont l'âge du patient était de 75 ans et plus au moment de l'ouverture de dossiers, puis les dossiers créés dans les années 2015 à 2017 dont l'âge du patient était de 80 ans et plus au moment de la recherche.

### 3 Variables

Les variables relevées ont été l'âge au moment de la première consultation, le sexe, la spécialité du médecin adressant le patient, et le type de douleur que présentait le patient, classée selon la classification de la CIM-11.

Les variables d'âge et de sexe ont pu être relevées sur les étiquettes administratives présentes sur les dossiers, ou dans l'en-tête des comptes rendus de consultation.

La variable de spécialité du médecin « adresseur » a été relevée grâce aux courriers d'adressage qui étaient présents dans les dossiers papiers, ou dans les destinataires des comptes rendus de consultation s'il n'y avait pas de courrier d'adressage et un seul destinataire. À noter qu'il y a eu un cas particulier de patient s'étant rendu spontanément au CETD sans y avoir été adressé.

Nous avons classé les douleurs selon les diagnostics énoncés dans les courriers, ou bien leur description dans les comptes rendus de consultation, selon les critères des définitions de la CIM-11.

Un patient peut présenter plusieurs douleurs différentes simultanément, certaines douleurs pouvaient entrer dans plusieurs catégories à la fois, par exemple des douleurs neuropathiques chroniques post-opératoires ont été classées à la fois dans les douleurs chroniques posttraumatiques ou post-opératoires, ainsi que dans les douleurs neuropathiques chroniques.

Nous avons relevé le score du questionnaire DN4 interview qui est envoyé à chaque patient avant la première consultation en médecine de la douleur. Ce score est une variante du score DN4 que nous avons présenté plus haut, en enlevant les points basés sur la clinique afin qu'il soit réalisable en dehors d'une consultation. Ce score a déjà été utilisé et validé dans de nombreuses situations pouvant causer des douleurs neuropathiques [37–39]. Ce questionnaire est donc noté entre 0 et 7, un score supérieur ou égal à 3 notant la très probable présence de douleurs neuropathiques.

## 4 Ethique

Les données ont été anonymisées via des fiches intermédiaires avec numérotation attribuée de façon aléatoire et arbitraire à chaque patient. Aucune donnée papier ou informatique n'a été déplacée en-dehors des bureaux des médecins du CETD de Huriez.

Une note concernant l'utilisation des données des patients figurait sur chaque courrier de consultation. Cette dernière stipulait : « *Vos données médicales recueillies lors de votre consultation ou hospitalisation sont nécessaires à votre prise en charge par le CHU de Lille. Ces données peuvent également être utilisées de façon non nominative à des fins de recherche médicale. Conformément au Règlement Européen relatif à la Protection des Données du 25 mai 2018 et à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978, vous trouverez les informations relatives aux projets de recherche nécessitant la réutilisation de vos données et les modalités pour vous opposer à cette réutilisation à l'adresse suivante : <https://www.chu-lille.fr/rgpdrecherche>. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et exercer vos droits rendez-vous sur <https://www.chu-lille.fr/RGPD> ou sur <https://www.cnil.fr> ».*

## 5 Analyses statistiques

Les statistiques sont uniquement descriptives étant donné l'absence d'objectif de recherche de relation entre les différents points relevés.

Par rapport aux caractéristiques de la population :

Nous nous sommes intéressés aux statistiques de moyenne et médiane d'âge au moment de la première consultation, et avons relevé l'âge de chaque patient en année arrondie à l'année inférieure au même moment.

Le nombre de femmes et d'hommes ont été évalués ainsi que le ratio de ces deux nombres.

Par rapport à l'épidémiologie des douleurs chroniques dans cette population :

La spécialité des médecins adresseurs a été repérée et comptabilisée.

Nous avons compté le nombre d'item de chaque type CIM-11 de douleur chronique dans l'ensemble de la population, et relevé les scores du questionnaire DN4 interview.

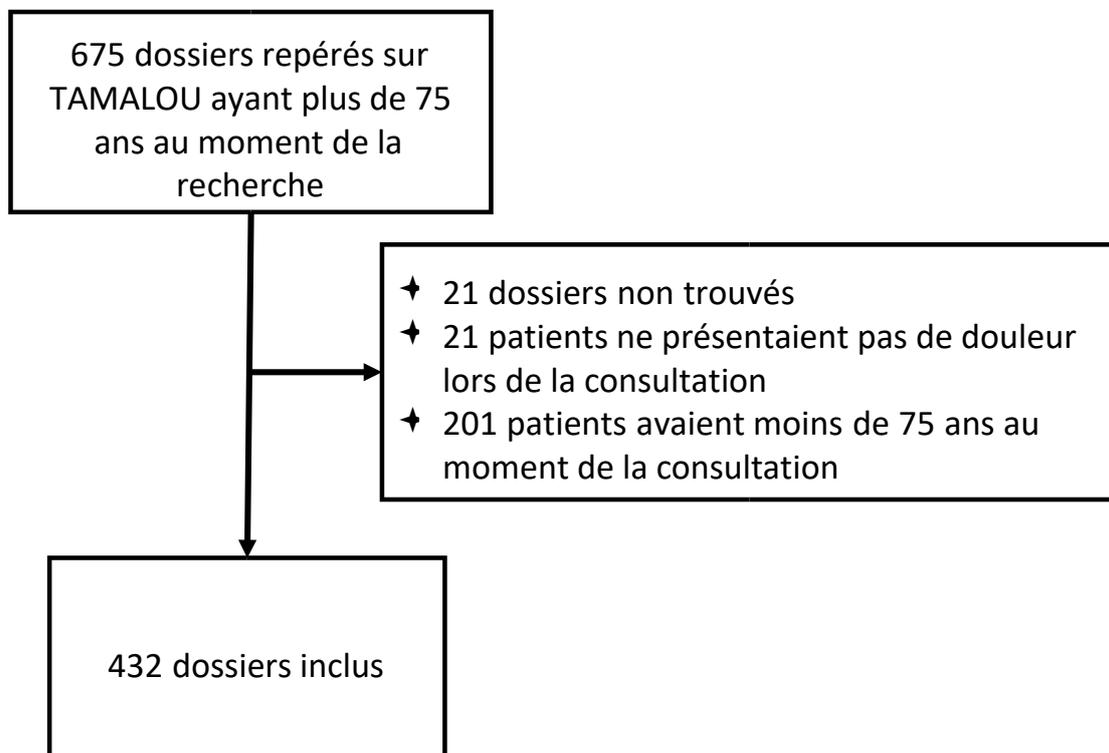
# Résultats

## 1 Population incluse

Au total, nous avons recensé initialement 675 dossiers pouvant être inclus dans l'étude.

Parmi ces 675 dossiers :

- Nous n'avons pas retrouvé de courrier de consultation pour 21 dossiers.
- 21 patients ne présentaient pas de douleur au moment de leur consultation.
- 201 patients avaient moins de 75 ans au moment de leur première consultation.



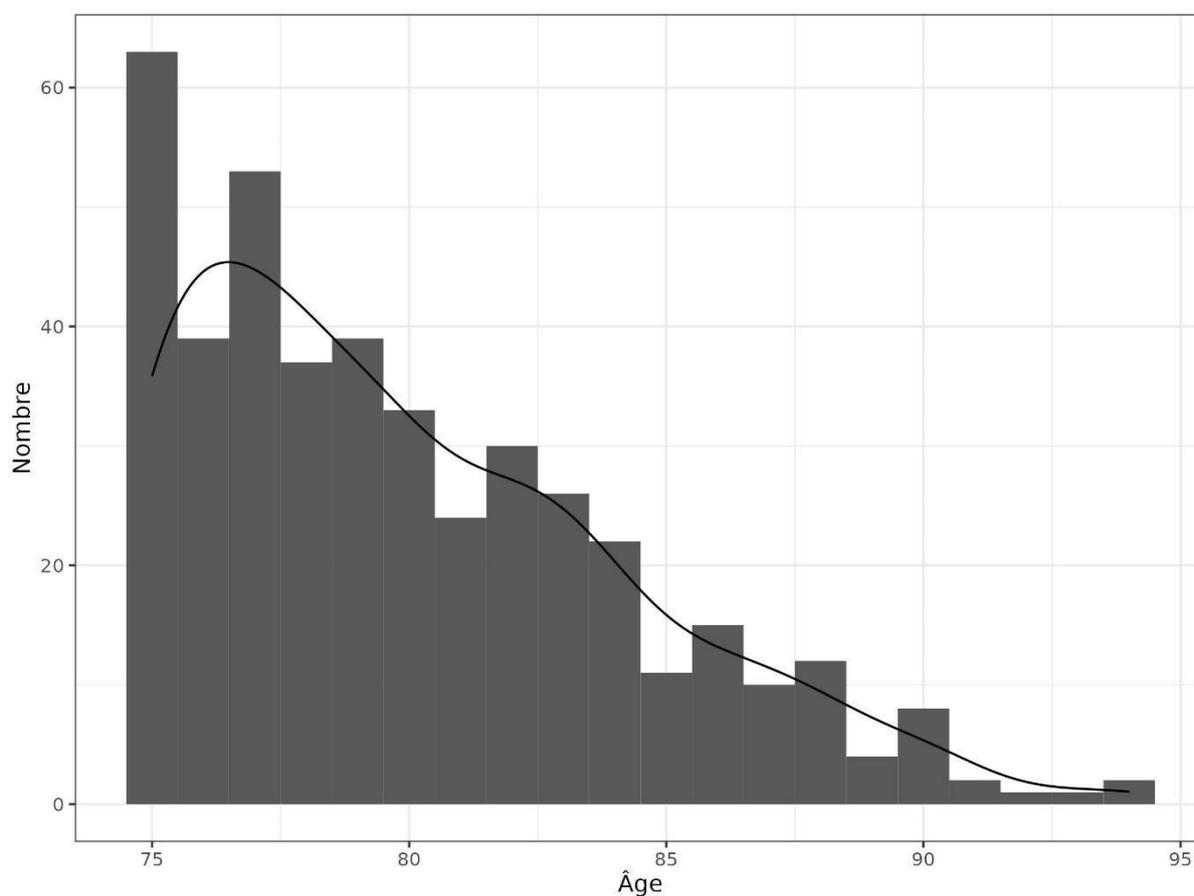
*Figure 4. Flow Chart*

Nous avons donc inclus 432 patients dans l'étude dont les caractéristiques sont résumées dans le tableau ci-dessous.

	moyenne (écart-type)	médiane [Q25-75]	min	max	n
Âge	80.0 (4.24)	79.0 [77.0; 83.0]	75.0	94.0	432

Sexe	n (%)
Hommes	136 (31%)
Femmes	296 (69%)

*Figure 5. Cractéristiques de la population*



*Figure 6. Répartition des âges*

## 2 Statistiques concernant les médecins adresseurs

Les spécialités médicales les plus représentées parmi les médecins adressant des patients en consultation de douleur chronique sont les médecins généralistes (120 patients), les chirurgiens orthopédiques (112 patients) et les chirurgiens thoraciques

(38 patients). Les gériatres ont adressé en consultation de la douleur 24 patients entre 2015 et 2022, ce qui les place en 4<sup>ème</sup> position.

La répartition des autres spécialités médicales est détaillée ci-dessous.

Spécialité du médecin adresseur	n (%)
Adressé par algologue	1 (0.23%)
Adressé par anesthésiste réanimateur	1 (0.23%)
Adressé par aucun médecin	1 (0.23%)
Adressé par cardiologue	1 (0.23%)
Adressé par chirurgien digestif	2 (0.46%)
Adressé par chirurgien orthopédique	112 (26%)
Adressé par chirurgien plastique	1 (0.23%)
Adressé par chirurgien thoracique	38 (8.8%)
Adressé par chirurgien vasculaire	17 (3.9%)
Adressé par dermatologue	4 (0.93%)
Adressé par endocrinologue	3 (0.69%)
Adressé par gastro-entérologue	7 (1.6%)
Adressé par gériatre	24 (5.6%)
Adressé par gynécologue	18 (4.2%)
Adressé par infectiologue	1 (0.23%)
Adressé par médecin interniste	12 (2.8%)
Adressé par médecin traitant	120 (28%)
Adressé par MPR	22 (5.1%)
Adressé par néphrologue	3 (0.69%)
Adressé par neurochirurgien	3 (0.69%)
Adressé par neurologue	7 (1.6%)
Adressé par oncologue	2 (0.46%)
Adressé par ophtalmologue	1 (0.23%)
Adressé par ORL	5 (1.2%)
Adressé par pneumologue	7 (1.6%)
Adressé par psychiatre	2 (0.46%)
Adressé par rhumatologue	6 (1.4%)
Adressé par urgentiste	1 (0.23%)
Adressé par urologue	10 (2.3%)

**Figure 7. Statistique des spécialités des médecins adresseurs**

### 3 Statistiques concernant la répartition des douleurs chroniques dans la population

Les douleurs chroniques les plus présentes dans la population étudiée sont les douleurs neuropathiques chroniques (présentées par 323 patients), les douleurs chroniques post-opératoires ou post-traumatiques (présentées par 217 patients), et les douleurs musculosquelettiques chroniques secondaires (présentées par 167 patients).

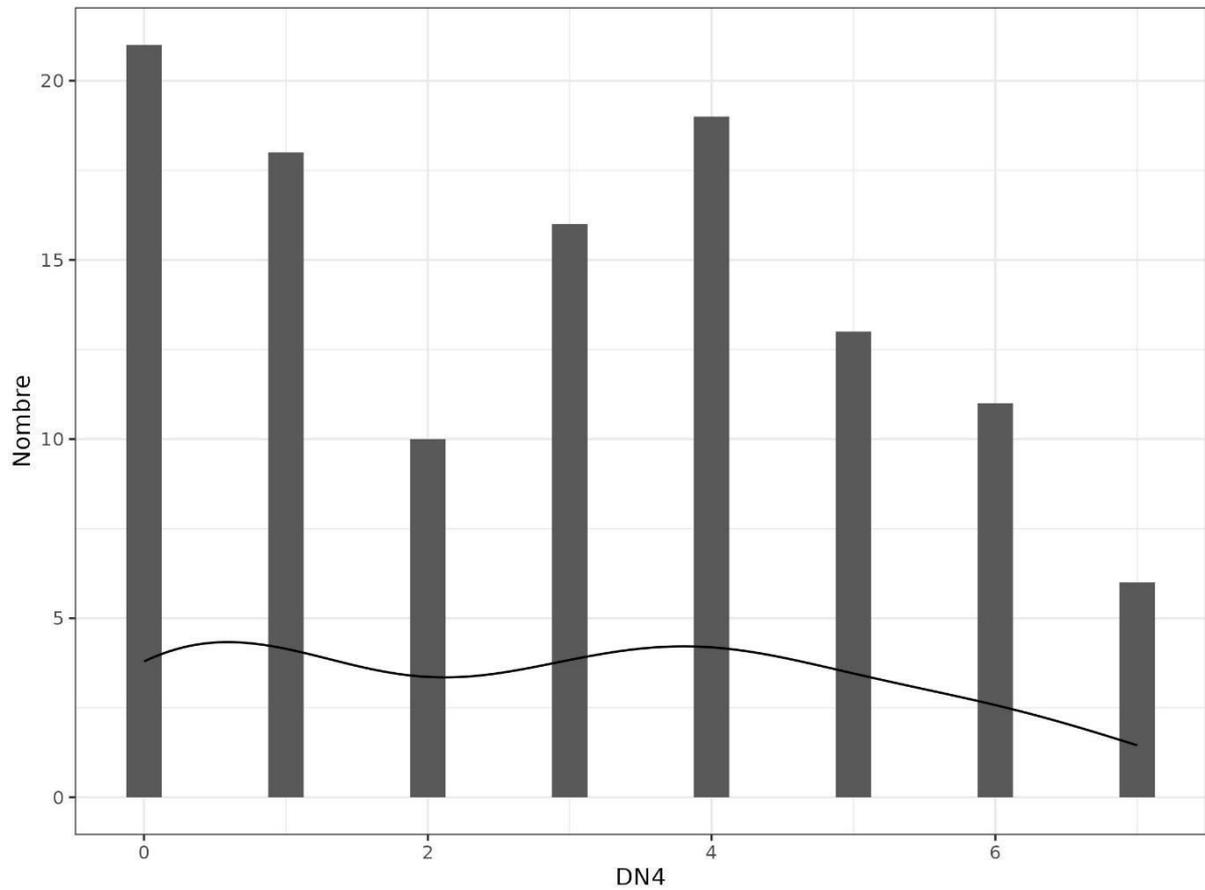
La répartition des 11 types de douleurs est détaillée dans le tableau ci-dessous.

Item de douleur chronique CIM-11	n (%)
Céphalées chroniques primaires	10 (2.3%)
Céphalées ou douleurs orofaciales chroniques	9 (2.1%)
Douleurs chroniques liées au cancer	26 (6%)
Douleurs chroniques post-op ou post-traumatique	217 (50%)
Douleurs diffuses chroniques	26 (6%)
Douleurs musculosquelettiques chroniques secondaires	167 (39%)
Douleurs musculosquelettiques primaires	15 (3.5%)
Douleurs neuropathiques chroniques	323 (75%)
Douleurs viscérales chroniques secondaires	16 (3.7%)
Douleurs viscérales primaires	9 (2.1%)
SDRC	6 (1.4%)

*Figure 8. Répartition des douleurs chroniques*

### 4 Score DN4 dans la population

Nous avons pu récupérer 114 scores DN4 interview correctement remplis sur les 432 dossiers. Il y avait effectivement 126 dossiers où le DN4 interview était mal rempli et 192 dossiers pour lesquels ce questionnaire n'a pas été retrouvé.



*Figure 9. Statistiques selon le score DN4 interview*

Sur les 114 scores DN4 interview correctement remplis il y en avait 65 dont le score était égal ou supérieur à 3, soit 57% environ des questionnaires correctement remplis.

# Discussion

## 1 Caractéristiques de la population

Nous pouvons notamment remarquer un ratio femme/homme d'environ 2.2. Rappelons tout de même que ce ratio est cohérent avec le ratio femme/homme de la population générale des personnes âgées de plus de 75 ans [1], ainsi qu'avec le ratio de la population des patients consultation dans des CETD.

Nous remarquons également et de façon prévisible qu'il y a de moins en moins de patients qui viennent en première consultation de douleur au fil de l'avancée en âge.

## 2 Résumé des résultats importants

### 2.1 Concernant les médecins adresseurs

Nous observons que les principaux adresseurs de patients en consultation de la douleur sont sans surprise les médecins généralistes qui sont la spécialité médicale la plus présente, et qui voient le plus grand panel de patients et sont amenés à recevoir de plus en plus de personnes âgées au vu des changements démographiques en cours.

Ensuite les spécialités chirurgicales sont très pourvoyeuses de patients en raison de la proximité directe et de l'étroite collaboration entre les services de douleur chronique et de chirurgie au sein du CHU, qui s'explique par la survenue fréquente de douleurs chroniques à la suite de la plupart des chirurgies, en particulier thoraciques et orthopédiques.

Nous pouvons tout de même nous poser la question du peu de patients en commun entre consultation de la douleur chronique et gériatrie, surtout au vu de la présence plus importante de douleurs chroniques au sein de la population âgée [13].

Certains éléments permettent de comprendre cette situation : les consultations de gériatrie prennent souvent en compte les douleurs chroniques, nous pouvons notamment souligner le travail du Dr. Catherine GIRES qui prend en charge les douleurs chroniques lors de consultation ou de passage de l'équipe mobile de gériatrie. La formation en gériatrie comprend également la prise en charge de la douleur, plutôt dans le cadre des soins palliatifs.

## **2.2 Concernant la répartition des douleurs chroniques dans la population**

Les douleurs chroniques secondaires sont donc largement majoritaires par rapport aux douleurs chroniques primaires dans la population étudiée.

Il n'existe pas de statistique préexistante sur la répartition des douleurs chroniques primaires et secondaires dans la population âgée, nous remarquons tout de même que les spécialités médicales ayant adressé le plus de patients en consultation étaient surtout des spécialités chirurgicales, adressant donc probablement les patients pour des douleurs post-chirurgicales qui font partie des douleurs chroniques secondaires.

La différence entre douleurs chroniques primaires et secondaires reposant également sur l'existence d'un diagnostic expliquant les douleurs, nous pouvons également nous demander si cette tendance peut s'accroître avec les progrès de la médecine, qui peuvent permettre de réduire le nombre de dossiers sans diagnostic sous-jacent retrouvé.

Il se pose alors la question des traitements possibles concernant les douleurs chroniques les plus fréquentes, qui sont les douleurs neuropathiques chroniques.

Dans la population générale âgée il a été montré en 2008 dans l'étude STOPNET que des douleurs chroniques avec caractéristiques neuropathiques étaient retrouvées chez 9% des patients[11].

Pour rappel nous n'avons retrouvé qu'une seule étude relevant la répartition des douleurs chroniques selon les items de la CIM-11[36], qui était réalisée dans une population générale comprenant 551 patients inclus dont 272 (49.4%) avaient plus de 65 ans. Cette étude retrouvait une prévalence de 54.1% pour les douleurs chroniques primaires et 14.1% pour les douleurs chroniques secondaires. Ces chiffres sont très

discordants avec ceux retrouvés ici, où les douleurs chroniques secondaires sont largement majoritaires.

Les hypothèses pour expliquer cette différence sont : en premier la différence d'âge, effectivement nous savons que les personnes âgées déclarent être atteintes de plus en plus de pathologies avec l'avancée en âge, et de nombreuses pathologies courantes comme le diabète ou l'arthrose peuvent causer des douleurs chroniques devenant de plus en plus courantes avec le temps. Également, les patients inclus dans l'étude réalisée dans la population générale n'ont été évalués que par des questionnaires, parfois complétés par un examen clinique et psychiatrique, ce qui ne permet généralement pas de classer les douleurs dans les catégories de douleurs chroniques secondaires étant donné la nécessité de diagnostic confirmé cliniquement ou paracliniquement.

Actuellement les traitements recommandés sont majoritairement des neuroleptiques et des psychotropes, souvent maniés avec beaucoup de prudence chez les personnes âgées au vu de leur fréquente fragilité cognitive[40]. Dès lors des études concernant d'autres pistes semblent nécessaires.

Nous pourrions par exemple nous poser la question du risque à ne pas traiter des douleurs chroniques, qui sont liées, pour rappel, à une augmentation de la prévalence des troubles cognitifs, en comparaison au risque cognitif des traitements notamment anti-épileptiques, par exemple la GABAPENTINE. Cette molécule a été peu étudiée dans la population âgée, une étude réalisée dans le cadre du traitement des douleurs chroniques neuropathiques n'a pas montré de profil d'effets indésirables différent par rapport à la population jeune.

Ainsi chaque molécule connue devrait être avoir une évaluation bénéfice/risque propre à la population âgée au vu des éléments précédemment cités montrant que la douleurs chronique est un problème de santé majeur dans la population âgée.

### **2.3 Concernant les résultats des questionnaires DN4 interview**

Nous retrouvons dans la population étudiée 57% de questionnaires positifs sur ceux récupérés. Pour rappel, dans l'étude STOPNET[11], dans laquelle était également

utilisé le questionnaire DN4 interview, il était retrouvé 9% de questionnaires positifs dans la catégorie des personnes âgées de plus de 75 ans.

Cette différence de résultats peut s'expliquer par plusieurs facteurs : la population étudiée dans l'étude STOPNET était une population générale alors que nous étudions une population consultant en médecine de la douleur, présentant donc des douleurs chroniques souvent handicapantes, et il est déjà connu que les douleurs neuropathiques dégradent la qualité de vie de façon plus importantes que les douleurs sans caractéristique neuropathique. La proportion de questionnaires utilisables est également bien moins élevée dans notre étude ce qui crée un biais d'information, effectivement il est possible que les patients aient eu une plus grande motivation à répondre correctement au questionnaire s'ils trouvaient une description de leur symptômes dans le DN4 interview.

### **3 Concernant l'utilisation de la CIM-11**

L'utilisation de la CIM-11 n'est pas encore démocratisée dans les hôpitaux du nord de la France alors qu'elle est entrée en vigueur en janvier 2022.

L'intérêt de la CIM-11 par rapport à la CIM-10 est une meilleure fiabilité de cette classification dans le codage des pathologies, une meilleure reconnaissance des entités nosologiques, notamment concernant les douleurs chroniques [34,35]. La fiabilité reste cependant loin de 100% (60% environ de diagnostic correctement classifié contre 40% avec la CIM-10).

La CIM-11 ne permet cependant pas le codage de toutes les douleurs que l'on voit en consultation. Par exemple les douleurs neuropathiques chroniques pelviennes qui répondent aux traitements ne rentrent pas tout à fait dans la définition de la CIM-11 dans le sens où la lésion neurologique est parfois difficile à montrer, également les syndromes polyalgiques diffus secondaires d'autres douleurs chroniques ont été classés ici dans les douleurs chroniques diffuses qui font partie des douleurs chroniques primaires, faute de catégorie adaptée.

Effectivement dans ce dernier exemple on sait que des douleurs chroniques diffuses peuvent être secondaires de processus neuro-inflammatoires causés par de trop

nombreux et trop fréquents influx nerveux dans le système somato-sensoriel. Ce sont donc théoriquement des douleurs chroniques secondaires, sans catégorie existante actuellement.

A contrario certaines catégories comme les douleurs musculosquelettiques secondaires semblent trop larges et imprécises pour être étudiées en tant que telle. Cette catégorie regroupe théoriquement l'ensemble des pathologies rhumatologiques, neuromusculaires ou autres atteintes musculaires pouvant causer des douleurs chroniques, ce qui est très large.

La catégorie des douleurs chroniques post-traumatisme ou post-opératoire est également une catégorie très large, souvent complétée par celle des douleurs neuropathiques chroniques dans cette étude étant donné l'observation de nombreuses douleurs neuropathiques post-opératoires. Le fait de devoir attribuer plusieurs codages à la même entité nosologique montre tout de même que les cadres données par la CIM-11 restent imprécis et insuffisamment spécifiques, et cela fausse également le compte exact d'entités douloureuses uniques.

La CIM-11 a donc le gros avantage de mettre en avant les douleurs chroniques en étant qu'entité à part entière, ce qui devrait permettre avec le temps de mieux différencier, mieux reconnaître, mieux étudier et mieux traiter ces différentes douleurs. Il reste des axes d'amélioration qui pourront sûrement être mis en évidence au fil des études qui seront réalisées sur la base de cette classification, ce qui permettra de nouvelles améliorations de la Classification Internationale des Maladies, et permettra de nouveau une meilleure compréhension et un meilleur traitement des douleurs chroniques.

## **4 Limites de l'étude**

Cette étude montre plusieurs limites :

- C'est une étude rétrospective, réalisée uniquement par moi-même, il peut donc y avoir un biais d'information.
- C'est une étude monocentrique, avec « seulement » 432 inclusions, dont la validité externe est donc limitée.

- Les douleurs chroniques présentes dans les courriers de consultation ne sont pas décrites selon la CIM-11, et la classification a été réalisé par une personne peu expérimentée, ce qui implique une marge d'erreur dans la classification des douleurs chroniques, en plus de celle déjà décrite dans les études.

# Conclusion

Les douleurs chroniques sont donc un problème de santé majeur, d'autant plus dans la population âgée, où leur morbidité est très importante.

Les douleurs chroniques les plus présentes dans la population âgée sont les douleurs neuropathiques, les douleurs post-opératoires ou post-traumatiques, et les douleurs musculosquelettiques secondaires. La première catégorie évoquée est particulièrement complexe à traiter chez les personnes âgées au vu des molécules disponibles actuellement, ce qui pose le problème du traitement de ces douleurs.

Les personnes âgées douloureuses chroniques sont donc naturellement de plus en plus nombreuses avec l'augmentation démographique de la population âgée, et une communication privilégiée entre services de gériatrie et services de douleur chronique pourrait être bénéfique dans la prise en charge de ces patients.

# Bibliographie

- [1] Gimbert V, Godot C. Vivre ensemble plus longtemps: enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. Paris: la Documentation française; 2010.
- [2] Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032–6. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)92884-v](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)92884-v).
- [3] McGue M, Vaupel JW, Holm N, Harvald B. Longevity is moderately heritable in a sample of Danish twins born 1870-1880. *J Gerontol* 1993;48:B237-244. <https://doi.org/10.1093/geronj/48.6.b237>.
- [4] Lakowski B, Hekimi S. Determination of life-span in *Caenorhabditis elegans* by four clock genes. *Science* 1996;272:1010–3. <https://doi.org/10.1126/science.272.5264.1010>.
- [5] Harley CB, Futcher AB, Greider CW. Telomeres shorten during ageing of human fibroblasts. *Nature* 1990;345:458–60. <https://doi.org/10.1038/345458a0>.
- [6] Secerbegovic S. A hypothesis that aging results from defects in genetically produced proteins. *Med Hypotheses* 1997;48:531–3. [https://doi.org/10.1016/s03069877\(97\)90125-0](https://doi.org/10.1016/s03069877(97)90125-0).
- [7] Shigenaga MK, Hagen TM, Ames BN. Oxidative damage and mitochondrial decay in aging. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1994;91:10771–8. <https://doi.org/10.1073/pnas.91.23.10771>.
- [8] Sohal RS, Weindruch R. Oxidative stress, caloric restriction, and aging. *Science* 1996;273:59–63. <https://doi.org/10.1126/science.273.5271.59>.
- [9] Sell DR, Lane MA, Johnson WA, Masoro EJ, Mock OB, Reiser KM, et al. Longevity and the genetic determination of collagen glycoxidation kinetics in mammalian senescence. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1996;93:485–90. <https://doi.org/10.1073/pnas.93.1.485>.
- [10] Yu BP, Masoro EJ, Murata I, Bertrand HA, Lynd FT. Life span study of SPF Fischer 344 male rats fed ad libitum or restricted diets: longevity, growth, lean body mass and disease. *J Gerontol* 1982;37:130–41. <https://doi.org/10.1093/geronj/37.2.130>.

- [11] Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain* 2008;136:380–7. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.08.013>.
- [12] Lautenbacher S. Experimental approaches in the study of pain in the elderly. *Pain Med* 2012;13 Suppl 2:S44-50. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01326.x>.
- [13] Helvik A-S, Bergh S, Tevik K. A systematic review of prevalence of pain in nursing home residents with dementia. *BMC Geriatr* 2023;23:641. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04340-z>.
- [14] Lin T, Zhao Y, Xia X, Ge N, Yue J. Association between frailty and chronic pain among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Eur Geriatr Med* 2020;11:945–59. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00382-3>.
- [15] Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth* 2019;123:e273–83. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>.
- [16] Osmancevic S, Bauer S. Pain and its associated factors in nursing home residents. *Geriatr Nurs* 2022;47:13–7. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.06.005>.
- [17] Eggermont LHP, Leveille SG, Shi L, Kiely DK, Shmerling RH, Jones RN, et al. Pain characteristics associated with the onset of disability in older adults: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the Elderly Boston Study. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:1007–16. <https://doi.org/10.1111/jgs.12848>.
- [18] Li C-Y, Lin W-C, Lu C-Y, Chung YS, Cheng Y-C. Prevalence of pain in communitydwelling older adults with hypertension in the United States. *Sci Rep* 2022;12:8387. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-12331-0>.
- [19] Honda H, Ashizawa R, Kiriya K, Take K, Hirase T, Arizono S, et al. Chronic pain in the frail elderly mediates sleep disorders and influences falls. *Arch Gerontol Geriatr* 2022;99:104582. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104582>.
- [20] Lazkani A, Delespierre T, Bauduceau B, Benattar-Zibi L, Bertin P, Berrut G, et al. Predicting falls in elderly patients with chronic pain and other chronic conditions. *Aging Clin Exp Res* 2015;27:653–61. <https://doi.org/10.1007/s40520-015-0319-2>.
- [21] Cole CS, Carpenter JS, Chen CX, Blackburn J, Hickman SE. Prevalence and Factors Associated with Pain in Nursing Home Residents: A Systematic Review of the

- Literature. *J Am Med Dir Assoc* 2022;23:1916-1925.e1.  
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.08.008>.
- [22] 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* 2020;161:1976–82.  
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>.
- [23] Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287–333.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>.
- [24] Fayaz A, Croft P, Langford RM, Donaldson LJ, Jones GT. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open* 2016;6:e010364. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010364>.
- [25] Yong RJ, Mullins PM, Bhattacharyya N. Prevalence of chronic pain among adults in the United States. *Pain* 2022;163:e328–32.  
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002291>.
- [26] Isabelle L-P. Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique 2023.
- [27] Attal N, Bouhassira D. Mechanisms of pain in peripheral neuropathy. *Acta Neurol Scand Suppl* 1999;173:12–24; discussion 48-52.  
<https://doi.org/10.1111/j.16000404.1999.tb07386.x>.
- [28] Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, Baron R, Dickenson AH, Yarnitsky D, et al. Neuropathic pain. *Nat Rev Dis Primers* 2017;3:17002.  
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.2>.
- [29] Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005;114:29–36.  
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.12.010>.
- [30] Attal N, Bouhassira D, Baron R. Diagnosis and assessment of neuropathic pain through questionnaires. *Lancet Neurol* 2018;17:456–66.  
[https://doi.org/10.1016/S14744422\(18\)30071-1](https://doi.org/10.1016/S14744422(18)30071-1).

- [31] Fitzcharles M-A, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet* 2021;397:2098–110. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5).
- [32] Aydede M, Shriver A. Recently introduced definition of “nociceptive pain” by the International Association for the Study of Pain needs better formulation. *PAIN* 2018;159:1176. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001184>.
- [33] Smith BH, Fors EA, Korwisi B, Barke A, Cameron P, Colvin L, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care. *Pain* 2019;160:83–7. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001360>.
- [34] Barke A, Korwisi B, Jakob R, Konstanjsek N, Rief W, Treede R-D. Classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): results of the 2017 international World Health Organization field testing. *Pain* 2022;163:e310–8. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002287>.
- [35] Nugraha B, Gutenbrunner C, Barke A, Karst M, Schiller J, Schäfer P, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: functioning properties of chronic pain. *Pain* 2019;160:88–94. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001433>.
- [36] Borchgrevink PC, Glette M, Woodhouse A, Butler S, Landmark T, Romundstad P, et al. A Clinical Description of Chronic Pain in a General Population Using ICD-10 and ICD-11 (The HUNT Pain Examination Study). *J Pain* 2022;23:337–48. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.08.007>.
- [37] Waldolato G, Pereira G de S, Carvalho IS, Polese JC, Leopoldino AAO. Comparison of DN4 and DN4 Interview Tests in the Identification of Neuropathic Pain after Fracture Surgery. *Rev Bras Ortop (Sao Paulo)* 2024;59:e125–9. <https://doi.org/10.1055/s-00441779686>.
- [38] Bouhassira D, Letanoux M, Hartemann A. Chronic Pain with Neuropathic Characteristics in Diabetic Patients: A French Cross-Sectional Study. *PLoS One* 2013;8:e74195. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074195>.
- [39] Woldeamanuel YW, Kamerman PR, Veliotis DGA, Phillips TJ, Asboe D, Boffito M, et al. Development, Validation, and Field-Testing of an Instrument for Clinical Assessment of HIV-Associated Neuropathy and Neuropathic Pain in Resource-Restricted and Large Population Study Settings. *PLoS One* 2016;11:e0164994. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164994>.

- [40] Moisset X, Bouhassira D, Couturier JA, Alchaar H, Conradi S, Delmotte M-H, et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. *Douleur analg* 2020;33:101–12. <https://doi.org/10.3166/dea-2020-0113>.

**AUTEUR : Nom : MUSOLES**

**Prénom : Axel**

**Date de soutenance : 02/10/2024**

**Titre de la thèse :**

**Épidémiologie des douleurs chroniques chez la personne âgée de 75 ans et plus consultant au Centre d'Étude et de Traitement de la Douleur de l'hôpital Claude Huriez de Lille**

**Thèse - Médecine - Lille - 2024**

**Cadre de classement :** *Gériatrie, Médecine de la douleur*

**DES + FST/option :** *DES Gériatrie, FST Médecine de la douleur*

**Mots-clés :** **Chronic Pain, Chronic Pain/Epidemiology, Aged, Aged 80 and over**

**Résumé :**

**Contexte :** La douleur chronique est présente chez 40% des personnes âgées soit deux fois plus que dans le reste de la population générale. La mise en place de la onzième Classification Internationale des Maladies apporte une classification des douleurs chroniques pour la première fois de son histoire et permet une étude plus fine de ces douleurs. **Objectif :** Cette thèse vise donc à utiliser cette nouvelle classification pour évaluer la répartition des différentes douleurs chroniques dans la population âgée. Un objectif secondaire est de regarder quelles spécialités médicales adressent le plus souvent des personnes âgées en consultation.

**Méthodes :** C'est une étude rétrospective sur des dossiers papiers et informatiques au sein du Centre d'Étude et de Traitement de la Douleur de l'hôpital Claude Huriez de Lille, chez les patients ayant consulté au CETD entre 2015 et 2022 qui avaient 75 ans ou plus lors de leur première consultation. Nous avons classifié le ou les types de douleurs chroniques que présentaient ces patients, avons relevé la spécialité du médecin adresseur et le résultat du questionnaire DN4 interview.

**Résultats :** Nous avons donc inclus 432 patients, dont les deux tiers sont des femmes, surtout adressés par des médecins généralistes (120 [28%]), des chirurgiens orthopédiques (112 [26%]), et des chirurgiens thoraciques (38 [8.8%]). Les patients adressés par un gériatre étaient au nombre de 24 (5.6%). Ces patients présentaient majoritairement des douleurs neuropathiques chroniques (323 [75%]), des douleurs chroniques post-opératoires ou posttraumatiques (217 [50%]) et des douleurs musculosquelettiques chroniques secondaires (167 [39%]). Le questionnaire DN4 interview était positif dans 57% (65) des questionnaires relevés. **Conclusion :** Les spécialités chirurgicales adressent ici la majorité des patients inclus. Les douleurs les plus présentes sont les douleurs neuropathiques chroniques, ce qui peut montrer un intérêt à réaliser plus d'études sur les traitements de ces douleurs chez la personne âgée. Le score DN4 interview était positif dans une majorité des questionnaires relevés.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr. Jean-Baptiste BEUSCART**

**Assesseurs : Dr. Yaohua CHEN, Dr. Florence BEAUCAMP**

**Directeur de thèse : Dr. Jean-Michel WATTIER**

