



HAL
open science

**Prise en charge thérapeutique de la douleur chez la
personne âgée hospitalisée en unité de soins de longue
durée: à propos d'une étude personnelle et revue de la
littérature**

Valérie Receveur-Helas

► **To cite this version:**

Valérie Receveur-Helas. Prise en charge thérapeutique de la douleur chez la personne âgée hospitalisée en unité de soins de longue durée: à propos d'une étude personnelle et revue de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2000. hal-01734482

HAL Id: hal-01734482

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734482>

Submitted on 14 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

135910

Double.

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2000

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 11.



THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Valérie RECEVEUR - HELAS

Le 24 Janvier 2000

**PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE
LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE
HOSPITALISEE EN UNITE DE SOINS DE
LONGUE DUREE.**

**A propos d'une étude personnelle et revue de la
littérature.**

Examineurs de la thèse :

M. F. PENIN
M. P. BEY
M. F. PAILLE
Mme M.A. MANCIAUX

Professeur		Président
Professeur	}	Juges
Professeur	}	
Docteur en médecine	}	

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D 007 162336 9

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Valérie RECEVEUR - HELAS

Le 24 Janvier 2000

**PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE
LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE
HOSPITALISÉE EN UNITE DE SOINS DE
LONGUE DUREE.**

**A propos d'une étude personnelle et revue de la
littérature.**

Examineurs de la thèse :

M. F. PENIN	Professeur	Président
M. P. BEY	Professeur	} Juges
M. F. PAILLE	Professeur	
Mme M.A. MANCIAUX	Docteur en médecine	



UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1er Cycle :

du 2ème Cycle :

du 3ème Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mme le Professeur Michèle KESSLER

Mr le Professeur Jacques POUREL

Mr le Professeur Philippe HARTEMANN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON - Professeur François STREIFF

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN - Etienne LEGAIT - Jean LOCHARD - René HERBEUVAL - Gabriel FAIVRE - Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER - Paul SADOUL - Raoul SENAULT - Pierre ARNOULD - Roger BENICHOX - Marcel RIBON

Jacques LACOSTE - Jean BEUREY - Jean SOMMELET - Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX - Michel MANCIAUX - Paul GUILLEMIN - Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN - Claude CHARDOT - Jean-Bernard DUREUX - Jean DUHEILLE - Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY - François STREIFF - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE - Robert FRISCH - Jean GROSDIDIER - Michel PIERSON - Jacques ROBERT

Gérard DEBRY - Georges GRIGNON - Pierre TRIDON - Michel WAYOFF - François CHERRIER - Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Jean PREVOT - Pierre BERNADAC - Jean FLOQUET

Alain GAUCHER - Michel LAXENAIRE - Michel BOULANGE - Michel DUC - Claude HURIET - Pierre LANDES

Alain LARCAN - Gérard VAILLANT - Max WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : SCIENCES MORPHOLOGIQUES

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Michel RENARD - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES - Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : (*Histologie, Embryologie, Cytogénétique*)

Professeur Hubert GERARD - Professeur Bernard FOLIGUET - Professeur Bruno LEHEUP

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur François PLENAT

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Eric LABOUYRIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (*Biophysique et traitement de l'image*)

Professeur Alain BERTRAND - Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Jean-Claude HOEFFEL - Professeur Luc PICARD - Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON - Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (*Biochimie et Biologie Moléculaire*)

Professeur Pierre NABET - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Francine NABET
Professeur Jean-Louis GUEANT

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre MALLIE
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur François MARCHAL - Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE ET MALADIES TRANSMISSIBLES

1ère sous-section : (*Bactériologie, Virologie-Hygiène*)

Professeur Alain LE FAOU

2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : (*Maladies infectieuses - maladies tropicales*)

Professeur Philippe CANTON - Professeur Alain GERARD - Professeur Thierry MAY

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Jean-Pierre DESCHAMPS - Professeur Philippe HARTEMANN

Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

2ème sous-section : (*Médecine du travail et des risques professionnels*)

Professeur Guy PETIET

3ème sous-section : (*Médecine légale*)

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section (*Biostatistiques et informatique médicale*)

Professeur Bernard LEGRAS - Professeur François KOHLER

47ème Section : HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, TRANSFUSION, CANCÉROLOGIE ET GÉNÉTIQUE

1ère sous-section : (*Hématologie*)

Professeur Christian JANOT - Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Pierre BORDIGONI -

Professeur Pierre LEDERLIN

(*Génie biologique et médical*)

Professeur J.François STOLTZ

2ème sous-section : (*Cancérologie*)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY

(*Radiothérapie*)

Professeur Pierre BEY

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : (*génétiq*ue)

Professeur Philippe JONVEAUX

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, PHARMACOLOGIE, RÉANIMATION ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Dan LONGROIS

2ème sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Alain LARCAN - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Nicolas DELORME

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique*)

Professeur René-Jean ROYER - Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE - Professeur Gérard GAY - Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE, PATHOLOGIE MENTALE et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Michel WEBER - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Hervé VESPIGNANI

2ème sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Henri HEPNER - Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE

3ème sous-section : (*Psychiatrie d'adultes*)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : (*Pédopsychiatrie*)

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Jacques POUREL - Professeur Isabelle VALCKENAERE

2ème sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel SCHMITT - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3ème sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4ème sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique*)

Professeur Michel MERLE - Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-PULMONAIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : (*Pneumologie*)

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : (*Cardiologie et maladies vasculaires*)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Nicolas DANCHIN - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jacques BORRELLY - Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

4ème sous-section : (*Chirurgie vasculaire*)

Professeur Gérard FIEVE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : (*Hépatologie, gastro-entérologie*)

Professeur Pierre GAUCHER - Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3ème sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER - Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4ème sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN - Professeur Jacques HUBERT

**53ème Section : MÉDECINE INTERNE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
MÉDECINE ET CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE**

1ère sous-section : (*Médecine interne*)

Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI - Professeur Pierre KAMINSKY

2ème sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Laurent BRESLER

**54ème Section : PATHOLOGIE DE L'ENFANT, OBSTÉTRIQUE, SYSTÈME ENDOCRINIEN
REPRODUCTION ET DÉVELOPPEMENT**

1ère sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Paul VERT - Professeur Danièle SOMMELET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

2ème sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Gilles DAUTEL

3ème sous-section : (*Gynécologie et obstétrique*)

Professeur Michel SCHWEITZER - Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Jacques LECLERE - Professeur Pierre DROUIN - Professeur Georges WERYHA

5ème sous-section : (*Biologie du développement et de la reproduction*)

-

55ème Section : SPÉCIALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Antoine RASPILLER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD

3ème sous-section : (*Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale*)

Professeur Michel STRICKER - Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27ème section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Hygiène et santé publique

Professeur Roland SCHULZE-ROBBECKE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : SCIENCES MORPHOLOGIQUES

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : (*Histologie, Embryologie, cytogénétique*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER - Docteur Edouard BARRAT - Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Yves GRIGNON - Docteur Béatrice MARIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (*Biophysique et traitement de l'image*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS - Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT - Docteur Jean-Marie ESCANYE - Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Marie-André GELOT - Docteur Xavier HERBEUVAL - Docteur Jean STRACZEK

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN - Dr Bernard NAMOUR

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT - Docteur Nicole LEMAU de TALANCE - Christian BEYAERT

45ème Section : MICROBIOLOGIE ET MALADIES TRANSMISSIBLES

1ère sous-section : (*Bactériologie, Virologie-Hygiène*)

Docteur Francine MORY - Docteur Michèle WEBER - Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX

2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA - Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

47ème Section : HÉMATOLOGIE, CANCÉROLOGIE, IMMUNOLOGIE ET GÉNÉTIQUE

1ère sous-section : (*Hématologie*)

Docteur Jean-Claude HUMBERT - Docteur François SCHOONEMAN

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4ème sous-section : (*Génétique*)

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, PHARMACOLOGIE, RÉANIMATION ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER - Docteur Gérard AUDIBERT

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE - Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN.

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN - Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS - Monsieur Pierre TANKOSIC - Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteur Gilbert ALIN
Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON - Professeur Claude PERRIN
Professeur Jean PREVOT - Professeur Michel MANCIAUX - Professeur Jean-Pierre GRILLIAT
Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain GAUCHER – Professeur Michel BOULANGE
Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel DUC – Professeur Michel WAYOFF

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972) <i>Université de Stanford, Californie (U.S.A)</i>	Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>
Professeur Paul MICHIELSEN (1979) <i>Université Catholique, Louvain (Belgique)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>
Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeur James STEICHEN (1997) <i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)</i>
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982) <i>Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)</i>	
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	
Professeur Harry J. BUNCKE (1989) <i>Université de Californie, San Francisco (U.S.A)</i>	
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le professeur F. PENIN

Professeur de Médecine interne

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous vous prions de trouver dans ce travail l'expression de nos remerciements et de
notre admiration.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur P. BEY

Professeur de Radiothérapie

Nous vous remercions d'avoir bien voulu participer à ce jury.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur F. PAILLE

Professeur de thérapeutique (option clinique)

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de nous juger.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre sincère gratitude.

A notre Juge

Madame le Docteur M.A. MANCIAUX

Praticien hospitalier

Vous êtes l'investigatrice de ce travail auquel vous avez activement participé.

Veillez trouver ici un témoignage de notre immense reconnaissance.

A Christophe et Pauline

A mes parents,

Qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de mes études de médecine.

Que ce travail soit le reflet de ma reconnaissance.

A mon frère et toute ma famille.

A mes amis.

A toute l'équipe du service de Long Séjour.

Au Docteur C. LEDERLIN, au Docteur A. MAHEUT pour leur précieuse collaboration.

Au Docteur F. GIRARD, pour son aide si précieuse dans la réalisation des statistiques de ce travail.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	22
I. REVUE DE LA LITTERATURE	24
1. LA DOULEUR ET L’HISTOIRE	24
1.1. DEFINITION DE LA DOULEUR	24
1.2. LA DOULEUR A TRAVERS LES EPOQUES	25
1.3. HISTORIQUE LEGISLATIF	26
2. SPECIFICITE CLINIQUE DE LA DOULEUR EN GERIATRIE	30
2.1. PARTICULARITE DE LA DOULEUR EN GERIATRIE	30
2.1.1. La personne âgée est une personne complexe.	30
2.1.2. La difficulté du diagnostic	30
2.1.3. Intrications de nombreux facteurs psycho-socioculturels	32
2.1.4. Effets de l’âge sur la douleur :	33
- Modification du seuil de perception	33
- Modification des systèmes de nociception et de contrôle de la douleur	35
- Mémoire et douleur	38
2.1.5. Les différents types de douleurs rencontrés :	40
- Deux concepts : douleur aiguë et douleur chronique	40
- Différents mécanismes (excès de nociception, neurologiques, psychogènes, sine materia)	42
2.1.6. Caractéristiques épidémiologiques : prévalence et différentes étiologies retrouvées dans la littérature	47

2.2. HETEROEVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE	61
2.2.1. Les différentes échelles d'évaluation :	61
- Les échelles de vocabulaire	62
- Les échelles numériques	63
2.2.2. L'échelle DOLOPLUS	64
2.2.3. L'échelle de l'ECPA	65
2.2.4. L'échelle E.C.S.	65
2.2.5. Echelle propre au service de long séjour du CHU de NANCY	66
3. SPECIFICITE THERAPEUTIQUE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE	68
3.1. MANIEMENT DES ANTALGIQUES EN GERIATRIE	68
3.1.1. Les principes de prescription chez la personne âgée	68
3.1.2. Les différents paliers de l'O.M.S.	70
3.1.2.1. Les antalgiques de niveau I	70
3.1.2.2. Les antalgiques de niveau II et III	72
3.1.2.3. Les antalgiques de niveau IV	76
3.1.3. Les coanalgésiques (les traitements adjuvants)	77
3.1.4. La MORPHINE en gériatrie : particularités	80
3.1.4.1. Démystification	80
3.1.4.2. Education de l'équipe soignante	81

3.1.4.3. Pharmacologie :	82
- Propriétés pharmacologiques	82
- Effets de la morphine	83
- Effets indésirables	84
- Les interactions médicamenteuses	88
3.1.4.4. Les différentes formes d'administration	88
3.1.4.5. Les différentes voies d'administration	90
3.1.4.6. Les règles d'utilisation	94
3.1.4.7. Les principales indications en gériatrie	96
3.2. IMPORTANCE DES TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX : NURSING	99
3.2.1. Le nursing	99
3.2.2. L'hydratation	99
3.2.3. Les soins de bouche	100
3.2.4. L'alimentation	100
3.2.5. La relation psychologique	100
3.2.6. L' aide aux familles	101
3.3. IMPORTANCE DU TRAVAIL D'EQUIPE	101

II. ETUDE PERSONNELLE :

ETUDE DES THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES PRESCRITES CHEZ LES PERSONNES AGEES HOSPITALISEES EN UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE	104
1. OBJECTIFS DE L'ETUDE	104
2. METHODE	105
3. RESULTATS :	108
3.1. Analyse descriptive de la population traitée	108
3.2. Comparaison entre la population traitée et la population non traitée	112
3.3. Inventaire des thérapeutiques antalgiques employées :	116
3.3.1. Motifs de prescription	116
3.3.2. Traitements initiaux	121
3.3.3. Traitements à l'équilibre	125
3.3.4. Modalité d'obtention d'équilibre pour chaque traitement	130
3.3.5. Efficacité des traitements antalgiques employés	141
3.4. Analyse de l'utilisation de la feuille de douleur du service	145
4. DISCUSSION ET COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE	150

III. PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE DU SUJET AGE DOULOUREUX : UN SUJET EN PLEIN ESSOR	159
1. CONSTAT : manque de formation du corps médical sur le sujet	159
2. NOUVELLES MESURES ET INITIATIVES	160
2.1. Formation théorique	160
2.2. Formation pratique	161
2.3. Nouvelles mesures ministérielles	161
2.4. Création d'un site internet sur la douleur	163
3. AVANCEE THERAPEUTIQUE : les nouveaux médicaments de la douleur	164
IV. CONCLUSION	166
V. BIBLIOGRAPHIE	169
VI. ANNEXES	181

Introduction



La douleur est un sujet d'actualité.

Le gouvernement, les médias, les laboratoires pharmaceutiques, s'en préoccupent beaucoup. Pourtant, si on s'intéresse quelque peu à la question, on s'aperçoit que les progrès réalisés dans ce domaine concernent toujours une même catégorie de population. Il s'agit essentiellement d'adultes entre 18 et 60 ans.

Or, aux âges extrêmes de la vie, aussi bien chez le petit enfant que chez le vieillard, la douleur est souvent mal soulagée car moins diagnostiquée et surtout sous-estimée.

Dans ce travail, nous nous sommes intéressés à la prise en charge de la douleur chez la personne âgée.

Après un historique sur la douleur et ses définitions, nous avons voulu faire part, à travers une revue de la littérature, de la spécificité de cette prise en charge, aussi bien sur le plan clinique que sur le plan thérapeutique.

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé une étude prospective sur cinq mois dans le service de long séjour du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de NANCY, visant à examiner plus particulièrement les thérapeutiques antalgiques prescrites chez la personne âgée en unité de soins de longue durée.

Nous avons ensuite comparé nos pratiques à celles des autres services, en recherchant dans la littérature des études similaires.

Enfin, nous avons tenté de montrer que ce sujet est en plein essor, et qu'il est de notre devoir de nous y intéresser pour faire progresser nos pratiques quotidiennes.

Première partie

Revue de la littérature

I. REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. LA DOULEUR ET L'HISTOIRE

1.1. DEFINITION DE LA DOULEUR

Le comité de taxonomie de l'Association Internationale de l'Étude de la Douleur (International Association of Study of Pain) a proposé une définition du mot douleur (MERSKEY) (46) :

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion. »

Cette définition intègre une dimension sensorielle (nociception) ainsi qu'une dimension affective et émotionnelle. Elle sous-entend l'existence de mécanismes générateurs qui peuvent être physiologiques et / ou psychologiques. L'ensemble de la littérature s'accorde à reconnaître l'aspect pluridimensionnel de la douleur. On distingue :

- **une composante sensoridiscriminative** qui correspond à la perception des caractéristiques de qualité, d'intensité, de durée, de localisation. Cette composante est subjective.

- **une composante affectivo-émotionnelle** qui est fonction de l'état antérieur du patient, de l'intensité, et de la durée de la douleur, allant d'un état d'angoisse ou d'anxiété à un état dépressif.

- **une composante cognitive** qui se réfère aux expériences passées, vécues ou observées : c'est la signification que donne le sujet à sa douleur.

- **une composante comportementale** qui correspond à l'ensemble des manifestations observables, physiologiques, verbales, motrices...

SIMEONE (65), pour sa part, déclare que « La douleur est à l'origine corporelle, mais seulement à son départ. Immédiatement, ce signal est élaboré, reconnu, intégré par notre personnalité, notre façon de voir et de ressentir les choses. Raisons pour lesquelles les réactions à la douleur auront autant de différences qu'il y a de différences entre les individus... La douleur aura une expression particulière selon le milieu social, la culture à laquelle on appartient, et surtout le développement psychoaffectif et donc le passé individuel... »

Il vaut mieux alors parler de « comportements douloureux » que de douleur proprement dite.

2.2 LA DOULEUR A TRAVERS LES EPOQUES

La douleur est indissociable de la condition humaine. Son vocabulaire était déjà différencié dans les récits d'HOMERE. Elle participa à la naissance de la séméiologie médicale dans les écrits d'HIPPOCRATE, et GALIEN a établi le rôle du cerveau dans sa perception.

De tout temps, les hommes, confrontés à la douleur, se sont interrogés sur sa finalité.

Pour les tragiques grecs, elle appartient au destin de l'individu qui expiait une faute dont il n'était pas responsable.

La civilisation judéo-chrétienne apporta un changement décisif : la douleur, sanction de la faute originelle et liée au péché, pouvait avoir une valeur rédemptrice quand elle était acceptée voire recherchée. Durant plus de 1000 ans, cette conception morale a imprégné la relation de l'homme à la douleur.

DESCARTES tenta de dégager la physiologie de la métaphysique. Il fallut attendre le Siècle des Lumières pour que la douleur fût étudiée scientifiquement, qu'on tentât de l'évaluer, d'en décrire les voies de transmission, de la reproduire expérimentalement, de la traiter en fonction d'une pharmacologie spécifique.

Le progrès qui se poursuivait en ordre dispersé jusque dans la première moitié de notre siècle ne répondait qu'imparfaitement à l'appel des patients.

La médecine des années 50 maîtrisait parfaitement la séméiologie de la douleur, mais la souffrance du patient ne mobilisait pas outre mesure les médecins. La douleur était souvent acceptée comme un mal nécessaire, l'usage des thérapeutiques était arbitrairement limité, l'anesthésie était mise en oeuvre pour la commodité du chirurgien autant que pour le confort du patient. Des explorations ou des interventions pénibles étaient conduites sans recours aux analgésiques.

Durant le dernier quart de siècle, la place de la douleur dans la relation médicale s'est transformée grâce à une approche pluridisciplinaire de la neurophysiologie, de la psychologie, et de la thérapeutique (5)(58).

3.3. HISTORIQUE LEGISLATIF

En France, à la différence des pays anglo-saxons, la création d'unités de soins pour la douleur comportant une prise en charge correcte et adaptée des patients douloureux n'est vraiment devenue effective qu'à la charnière des années 1970 à 1980 (52).

Les premières équipes se sont constituées en France entre les années 1975 et 1980, d'abord en province, à Montpellier et à Strasbourg respectivement sous la houlette des docteurs GESTIN et FARCOT. A Paris, le docteur DEHEN ouvrait une des premières consultations à l'hôpital BEAUJON, suivi par le docteur BOUREAU à l'hôpital Saint ANTOINE.

Les besoins et les concepts étaient nés mais le chemin était encore long pour en arriver au stade actuel. Ce changement est le fruit de la convergence d'une politique nationale, d'un effort de l'industrie pharmaceutique et du concours des médias. Ceux ci, grâce à de nombreux articles de vulgarisation ont sûrement concouru à dépassionner l'utilisation de la morphine auprès du grand public et à faire reconnaître le soulagement de la douleur comme un véritable acte de soin.

Dès 1986, paraissait la circulaire DGS/3D du 26/08/1986 relative à l'accompagnement des malades en phase terminale. Le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville publiait un petit fascicule intitulé « Soulager la souffrance, soigner et accompagner jusqu'au bout » (67), distribué à tous les médecins de France. Même s'il était incomplet, il avait cependant le mérite d'insister pour la première fois sur le problème de la douleur du cancéreux, de l'accompagnement et des aspects techniques médicamenteux reposant sur les règles de l' O.M.S.

En 1994 paraissait la circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7/01/1994 « relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douloureux chroniques ». Le Haut Comité de Santé Publique a fixé pour objectif de « diminuer de moitié le nombre de malades déclarant souffrir au cours d'un cancer et au cours d'une intervention chirurgicale , d'ici à l'an 2000 ».

Peu de temps après, la Commission des Affaires Sociales du Sénat constituait un groupe de travail dirigé par le sénateur Lucien NEUWIRTH, qui publiait un rapport à l'origine de décisions politiques importantes. (Prendre en charge la douleur, Paris, les rapports du Sénat, 1994)

La loi du 4/02/1995 rend obligatoire, dans tous les établissements hospitaliers, un plan de lutte contre la douleur. La loi hospitalière stipule désormais que « Tout établissement de santé doit se doter des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu' il accueille. Ces moyens sont définis par le projet d'établissement ».

Cet objectif est repris dans la charte du patient hospitalisé, annexée à la circulaire DGS/DH n°95-22 du 6/05/1995 : « Au cours des traitements et des soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance, doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants ».

Le nouveau code de déontologie (décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995, article 37) (13) précise « qu'en toute circonstance, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade ».

Par la circulaire DGES-DGS du 09/05/1995, les Ministres de l'Enseignement Supérieur et de la Santé ont conjointement modifié les enseignements du premier cycle et du deuxième cycle des études médicales, en mettant en place des séminaires obligatoires. Le traitement de la douleur et les soins palliatifs constituent au terme de cette circulaire, les thèmes prioritaires jusqu'à l'an 2000. L'enseignement dispensé au sujet de la douleur fait aussi désormais partie de l'enseignement obligatoire des thérapeutiques. On peut noter également que les premières questions relatives à la douleur furent posées au concours de l'internat en 1995.

Le traitement de la douleur liée au cancer fait l'objet de deux textes français de référence publiés en 1995 :

- les recommandations pour la pratique clinique (RPC) de l'Agence Nationale pour le Développement et l'Evaluation Médicale (ANDEM). Elles sont destinées aux médecins généralistes, leur diffusion passe par l'organisation de séances de formation médicale continue.

- la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer a établi et mis à jour des standards-options-recommandations (SOR) pour différents aspects de la cancérologie clinique. Le traitement de la douleur a été un des premiers thèmes abordés.

1998 est une année clé en ce qui concerne la lutte anti-douleur. Deux circulaires paraissent au journal officiel. La première est la circulaire DGS/DH n° 98-47 du 04/02/1998 (10) relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle. Elle a

pour objet « d'identifier les structures de lutte contre cette forme particulière de douleur et d'en dresser la liste. Trois types de structures sont distingués, correspondant à différents niveaux :

- les consultations pluridisciplinaires au sein des établissements de santé publics ou privés, qui représentent le maillon essentiel.
- les unités pluridisciplinaires qui mettent en oeuvre des thérapeutiques nécessitant l'accès à l'utilisation d'un plateau technique et/ou à des places ou lits d'hospitalisation.
- les centres pluridisciplinaires au sein des centres hospitalo-universitaires qui ont, en outre pour mission l'enseignement et la recherche sur le thème de la douleur ».

La deuxième circulaire est la circulaire DGS/DH n° 98/586 du 24/09/1998(11) relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés. Dans cette circulaire, Bernard KOUCHNER déclare :

« L'objectif de la présente instruction est de porter à votre connaissance les principales mesures découlant du plan triennal d'action contre la douleur que j'ai récemment arrêté. Il apparaît que l'action globale qu'il convient de conduire ne réussira qu'avec le concours conjugué des professionnels de santé, des établissements, des agences régionales de l'hospitalisation et des services déconcentrés.

Ce plan s'articule autour des axes suivants :

1. Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins
2. Le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur.
3. La prise en compte de la demande du patient et l'information du public ».

Le contenu de la circulaire sera approfondi au paragraphe III. 2.3.

Nous devons reconnaître que ces dernières années ont été riches en circulaires et lois de toutes sortes. Une volonté d'agir indéniable transparaît à travers tous ces textes. Cependant, il persiste encore un fossé entre les théories et les pratiques courantes.

Si la prise en charge de la douleur en général devient un objectif prioritaire, elle l'est d'autant plus chez la personne âgée. Celle-ci présente quelques particularités que nous allons nous efforcer de détailler.

2. SPECIFICITE CLINIQUE DE LA DOULEUR EN GERIATRIE

2.1. PARTICULARITE DE LA DOULEUR EN GERIATRIE

2.1.1. La personne âgée est une personne complexe.

La gérontologie est l'étude de la vieillesse et des phénomènes du vieillissement sous leurs divers aspects morphologiques, physiologiques, psychologiques, sociaux... (42)(50)

La gériatrie est la médecine dédiée aux personnes âgées. Il apparaît une différence fondamentale entre la gériatrie et la médecine de l'enfant ou de l'adulte. En effet, la personne âgée a fait un long parcours où se sont accumulés plusieurs diagnostics au fur et à mesure des agressions, des crises et accidents de tous ordres. Nous ne sommes plus en présence d'un diagnostic unique. Or le raisonnement uniciste est pratiquement le seul enseigné dans les facultés de médecine, alors que la polyopathie est pratiquement systématique chez la personne âgée (4 à 6 maladies en moyenne chez la personne âgée hospitalisée). Plus on vieillit, plus on a de risques d'être malade ou d'avoir été marqué par la maladie. Ce constat expose à des situations sémiologiques intriquées. La démarche interniste classique qui vise à regrouper un faisceau de signes ou de symptômes sous un diagnostic unique n'est plus adaptée. Par ailleurs, les signes fonctionnels à valeur d'orientation sont souvent mal exprimés ou banalisés car attribués au vieillissement.

Ainsi, le médecin ne doit pas s'arrêter à la découverte d'un diagnostic unique. Toute la difficulté, mais aussi toute la richesse et l'intérêt de la gériatrie résident dans cette approche globale.

2.1.2. La difficulté du diagnostic

Toutes les publications récentes sur la douleur des personnes âgées insistent sur deux points (72)(54) : le désintérêt et la sous-estimation de ce symptôme dont le corollaire est évidemment le sous-traitement, avec les conséquences physiques, psychiques, sociales, existentielles et spirituelles qui en découlent.

Les préjugés sur la réalité douloureuse sont encore très forts d'une manière générale, mais encore d'avantage avec certaines populations de malades comme le jeune enfant, le malade atteint du sida, le malade psychiatrique ou le vieillard. La douleur du vieillard est encore plus négligée s'il présente des troubles cognitifs ou des troubles de la communication.

(71)

L'attitude des professionnels de santé, du public, des malades eux mêmes vis à vis de la douleur peut empêcher des soins appropriés. Nombreux sont ceux qui considèrent que la douleur chronique fait normalement partie du vieillissement. On entend souvent des phrases telles que « La douleur éduque, la douleur fait partie du vieillissement normal, la douleur rédemptrice, la douleur est un signe de faiblesse... ». Tout est fait pour que la personne âgée n'exprime pas sa douleur, comme tout est fait pour que les médecins s'y intéressent peu.

L'expression douloureuse du sujet âgé est pauvre, souvent non verbalisée. Plusieurs explications sont attachées à cette constatation (9) :

- **P'aspect culturel** : il s'agit de patients nés au début du siècle, ils vivent la douleur de façon fataliste, stoïque. Ces personnes ne demandent pas d'antalgique de peur de déranger le médecin ou les soignants, et aussi par méconnaissance des possibilités qui existent pour les soigner.

- la verbalisation est souvent impossible du fait de :

- troubles du langage : aphasie, dysarthrie, bredouillement du parkinsonien et du lacunaire, appauvrissement sémantique des déments.

- troubles neuropsychiques : asomatognosie et autres atteintes du schéma corporel, effets iatrogènes des psychotropes.

- handicaps sensoriels gênant la communication : surdité, baisse de l'acuité visuelle.

- troubles de la mémoire qui gênent la fixation et la chronologie.

- états confusionnels et états démentiels.

- pathologies psychiatriques qui compliquent l'expression, dépression, perte du désir de s'exprimer qui aboutit parfois à un mutisme.

La douleur dans ce contexte n'apparaît pas comme un symptôme précis, bien défini. C'est une douleur non spécifique, « un bruit de fond » qui revêt des traductions multiples et atypiques. (6)

La personne âgée a également souvent une raréfaction de ses mouvements. On serait tenté de dire qu'elle a moins de possibilité d'expression puisque la composante sensorielle se trouve diminuée. Or, au contraire, nous observons une foule d'émotions qui se traduisent dans le regard, par les attitudes, des évitements et des messages très complexes. Tous les gériatres connaissent la discrétion relative voire même le caractère trompeur de nombreux tableaux pathologiques du vieillard. La douleur n'échappe pas à cette règle (64).

2.1.3. Intrication de nombreux facteurs psycho-socio-culturels

La douleur est donc en partie subjective. Elle se réfère à l'histoire du sujet, à sa sensibilité propre, à la nature des lésions, à l'examineur. On comprend alors pourquoi les expressions de la douleur varient de manière massive d'un sujet à l'autre et d'un jour à l'autre. Le rôle du psychisme est certain et constant dans la plainte douloureuse.

D'après le professeur Jean Pierre KAHN (31), toute douleur pour être surmontée doit d'abord être reconnue. Qu'est ce que reconnaître une douleur ? Il s'agit en premier lieu de se plaindre à soi même, avant de se plaindre aux autres. Cette énonciation que se fait le sujet à lui même, procède de différents facteurs, conscients et inconscients, affectifs et socioculturels. La perception de la douleur, son acceptation et sa tolérance par le sujet dépendent étroitement de son histoire et de ses expériences passées.

La relation à la douleur débute très tôt dans l'enfance, elle est fortement dépendante d'apprentissages et de conditionnements affectifs, relationnels et culturels. Ces différents facteurs vont contribuer à façonner la personnalité du sujet et son rapport narcissique à son corps.

La reconnaissance de la douleur dépend aussi de la réponse qui lui est faite. Or, la façon dont l'expression de la douleur est autorisée, reçue et acceptée ou refusée, est évidemment essentielle dans la façon dont l'individu va se situer vis à vis de cette douleur et de douleurs ultérieures.

Selon l'époque, le contexte social, culturel ou religieux, l'expression de la douleur pourra être acceptée et amplifiée, voire sollicitée et glorifiée par le contexte, comme à l'époque romantique. Elle pourra au contraire être proscrite et condamnée comme un aveu de faiblesse. L'évolution des attitudes du corps médical est significative et ne fait que traduire l'évolution des valeurs de la société. La lutte contre la douleur actuelle est tout aussi importante que la sous-estimation et la négligence qui ont si longtemps prévalu et qui sont maintenant dénoncées.

Si de nombreux facteurs peuvent donc influencer la douleur, on peut se demander aussi quels effets l'âge peut avoir sur celle ci.

2.1.4. Les effets de l'âge sur la douleur

- Modification du seuil de perception ?

C.H.RAPIN, (55) constate que, selon les rares études publiées sur le sujet, le seuil de perception de la douleur est :

- soit augmenté,
- soit diminué,
- ou n'est pas modifié par l'âge.

Les résultats sont discordants. Les différentes études sont résumées dans le tableau n°1.

Tableau 1 : Résumé des travaux de laboratoires concernant l'effet de l'âge sur les indices psychophysiques de sensibilité algique. (Dans ROY, 1994 (59); adapté de HARKINS et WARNER, 1980 (29); modifié de HARKINS et PRICE, 1992 (28))

Stimulus	Origine	Objectifs psychophysiques et données
THERMIQUE		
Chaleur radiante	Schumacher et coll 1940	seuil sensitif pas d'effet de l'âge
	Hardy et coll. 1943	seuil sensitif pas d'effet de l'âge
	Chapman 1944	seuil sensitif plus élevé chez le sujet âgé seuil de réaction plus élevé chez le sujet âgé
	Birren et coll. 1950	seuil sensitif de douleur pas d'effet de l'âge
	Sherman et Robillard. 1960, 1964	seuil sensitif plus élevé chez le sujet âgé seuil de réaction plus élevé chez le sujet âgé
	Procacci et coll. 1970	seuil sensitif plus élevé chez le sujet âgé
	Clark et Mehl. 1971	seuil sensitif plus élevé chez les sujets de 55 ans par rapport à des sujets jeunes.
Chaleur de contact	Kenshalo. 1986	seuil sensitif pas d'effet de l'âge
	Harkins, Price et Martelli 1986	importance de la réaction effets modéré avec l'âge
CHOC ELECTRIQUE		
Cutané	Collins, Stone 1966	seuil sensitif plus bas chez le sujet âgé tolérance plus bas chez le sujet âgé
	Neri, Agazzani 1984	seuil sensitif et de douleur augmente avec l'âge
	Tucker, Andrew, Ogle et coll. 1989	seuil sensitif plus élevé chez le sujet âgé
Dentaire	Mumford 1965	seuil sensitif pas d'effet de l'âge
	Mumford 1968	seuil sensitif pas d'effet de l'âge
	Harkins, Chapman 1976	seuil sensitif pas d'effet de l'âge capacité à discriminer plus faible chez le sujet âgé
PRESSION Tendon d'Achille	Woodrow et coll. 1972	tolérance plus faible chez le sujet âgé
APPLICATION DE FROID	Walsh et coll 1989	tolérance hommes: plus bas avec augmentation de l'âge femmes : augmentation minime avec augmentation de l'âge

Le tableau offre une synthèse d'un certain nombre d'études de douleurs aiguës induites expérimentalement. Il est important de noter que ces études diffèrent considérablement sur le plan des résultats, des méthodes d'investigation et des points d'arrivées psychophysiologiques. Les données expérimentales sont hétérogènes.

Il n'existe aucune étude longitudinale de l'évolution de la douleur avec l'âge. A notre connaissance, aucune étude n'a établi de relation entre les résultats expérimentaux et les états cliniques de douleur chez les sujets âgés.

Une autre façon d'aborder la spécificité douloureuse du sujet âgé est de comparer les doses d'analgésiques auxquelles il faut recourir en fonction de l'âge en sachant toutefois que d'autres facteurs que la seule obtention de l'analgésie interviennent.

MOOR et coll (1990) (48), en procédant ainsi pour des doses de morphine épidurales en chirurgie abdominale, ont montré que globalement les posologies employées sont assez proches quelles que soient les voies d'administration.

Quant à READY et coll (1987) (57), après avoir étudié les doses de morphine employées après hystérectomie chez 66 femmes dont l'âge s'échelonne de 22 à 84 ans, ils ont conclu qu'il existait une corrélation inverse entre la dose quotidienne et l'âge.

Les doses efficaces sont plus faibles chez les femmes âgées sans que l'on sache si cette même activité antalgique pour des posologies inférieures est liée à une absorption épidurale différente, à une élimination plus lente du produit, ou encore à une résistance à la douleur supérieure.

On peut également se demander si l'âge n'entraîne pas une modification des systèmes de nociception et de contrôle de la douleur.

- Modification des systèmes de nociception et de contrôle de la douleur

Le vieillissement des systèmes nociceptifs est pour l'essentiel inconnu à la différence d'autres systèmes très étudiés comme le cognitif par exemple (35).

Un des arguments cliniques pour une moindre efficacité des contrôles de la douleur chez le sujet âgé est la plus grande fréquence de certaines douleurs lors de processus pathologiques qui existent aussi chez le jeune. Les algies post-zostériennes durables n'existent pratiquement que chez le sujet âgé. La névralgie faciale liée à un conflit anatomo-vasculo-nerveux constitutionnel n'apparaît qu'après 60 ans. Mais on peut aussitôt avancer des arguments pour

contredire cette hypothèse : les lésions ganglionnaires du zona sont plus fréquentes et importantes à cet âge, les névralgies faciales par conflit vasculo-nerveux peuvent apparaître dès 30 ans et avec le vieillissement, les artères sont plus agressives sur la racine du V.

La baisse de la densité des nocicepteurs, des afférences primaires nociceptives et des voies spinothalamiques et corticales pourrait contribuer à réduire la perception de la douleur avec l'âge. Ceci pourrait s'accompagner : d'une élévation du seuil et de la tolérance à la douleur (46), d'une baisse de la sensibilité aux entrées d'informations nociceptives parmi une variété importante de stimuli (3), ou d'une baisse de la capacité à discriminer entre les stimuli douloureux chez la personne âgée (73).

Alors que l'expérience clinique nous laisse penser que les adultes plus âgés sont moins sensibles à la douleur que les plus jeunes, les données empiriques sur des études expérimentales concernant la presbyalgie sont pour le moins ambiguës. Cette ambiguïté soulève la question de la pertinence clinique de l'étude expérimentale de la douleur chez les sujets âgés, compte tenu des résultats contradictoires entre études cliniques et expérimentales.

On retrouve quelques exemples d'études dans la littérature.

LE VASSEUR et coll (37) ont étudié les nocicepteurs périphériques chez des sujets âgés souffrant de trois types de douleurs chroniques : lombalgies, douleurs post-herpétiques et douleurs de type anorganique du tronc avec dépression ou névrose. Ils ont étudié le réflexe d'axone grâce à une application de capsaïcine et les réactions obtenues ont été comparées à celles de témoins exempts de douleurs.

Des modifications du réflexe d'axone n'étaient relevées que dans les deux premiers groupes, et uniquement dans la zone douloureuse. Ces derniers résultats prouvent que les mécanismes d'hyperalgésie périphérique sont opérants chez le sujet âgé et qu'ils permettent de différencier les douleurs anorganiques qui n'en comportent pas.

Peu d'auteurs se sont intéressés à la conduction centrale lors de la sénescence. KAKIGI et SHIBASAKA (32) ont cependant procédé à une telle exploration avec des potentiels évoqués laser CO₂ (fibres de la douleur A β et le faisceau spinothalamique) : la vitesse du spinothalamique a été estimée à 8-10 m/s chez la sujet jeune et un ralentissement de cette vitesse de 10 % a été noté après 60 ans.

Le point le plus important concerne toutefois les systèmes de contrôle de la douleur, qui sans doute se modifient avec l'âge. En théorie la quasi-permanence de la douleur chez le sujet âgé devrait modifier la sensibilité algique par le biais d'un phénomène de contre-irritation (contrôle inhibiteur diffus).

Pourtant ce phénomène est peu abordé dans la littérature algologique et il paraît difficile à appréhender. Tous les éléments en faveur d'une modification centrale des fibres de la douleur restent du domaine de la déduction : existe-t-il une moindre efficacité du système de la porte du fait de la perte des fibres sensibles de gros calibre ? Les filtres chimiques en particulier peptidiques et monaminergiques de la corne postérieure sont-ils identiques chez les sujets jeunes et les sujets âgés ? Autant de questions condamnées à rester longtemps sans réponse.

Une autre question peut être aussi soulevée : y a-t-il une relation entre la douleur et la mémoire ?

La plupart des travaux prospectifs concernent des enfants ou des adultes jeunes qui ont été confrontés à des douleurs intenses. L'hypothèse serait :

- soit qu'ils soient ensuite plus enclins aux douleurs chroniques par le biais de douleurs mémoire, c'est-à-dire de résurgences de douleurs passées,
- soit au contraire que ces douleurs aiguës passées élèvent ensuite durablement le seuil à la douleur.

HAPIDOU et DE CATANZARO (1992), (26) ont analysé les réponses aux douleurs de femmes en fonction de leur âge et de leur nombre d'accouchements douloureux. Un effet net d'élévation des seuils douloureux au froid apparaît chez les femmes multipares de 35 ans par rapport à celles de 25 ans nullipares. Il est difficile de savoir si la référence douloureuse de l'accouchement modifie simplement la façon de coter l'échelle visuelle ou si la perception douloureuse est différente du fait de cette expérience passée de douleur extrême.

GRUNEAU et coll (1994) (25), ont suivi de façon prospective 36 enfants après réanimation néonatale intensive comparés à 36 enfants nés à terme normalement. A 4 ans et demi, les anciens prématurés ont des scores de somatisations supérieurs avec des plaintes récurrentes sans cause médicale.

Enfin, TREMBLEY et coll (69) ont étudié le comportement nociceptif en fonction du passé douloureux de sujets de plus de 70 ans sans pouvoir mettre en évidence d'effets de douleurs passées sur le comportement nociceptif actuel.

Toutes ces données, parfois contradictoires, rendent difficile l'intégration de l'effet du vieillissement nociceptif dans l'analyse des douleurs des sujets âgés. A l'inverse des autres systèmes sensoriels, le sujet a été peu abordé, alors que des moyens nouveaux permettraient de le faire (ex : pet scann). Il existe beaucoup de thèmes de recherche possibles.

Aucun argument expérimental n'autorise à penser que les sujets âgés auraient une plus grande résistance à la douleur par perte des capacités perceptives élémentaires. Les réponses

médicamenteuses sont proches des sujets jeunes, avec plutôt une meilleure sensibilité à la morphine, ce qui autorise des doses moindres.

L'histoire personnelle et le passé douloureux ne modifient pas nettement les réponses à une douleur aiguë expérimentale.

Les douleurs chroniques, à l'inverse, ne peuvent se comprendre qu'en référence au passé qui intervient autant par les expériences affectives que nociceptives.

Les principales modifications du système d'intégration nociceptive paraissent liées aux événements traumatiques de la période périnatale qui peuvent laisser des traces définitives. Les traumatismes affectifs et physiques de l'enfance sont des pourvoyeurs démontrés de douleurs chroniques ou de névroses traumatiques à l'âge adulte.

Après avoir analysé les différents facteurs qui rendent difficile le diagnostic de douleur en gériatrie, on peut alors essayer de classer les différentes douleurs rencontrées en fonction de leur durée en précisant leur caractère aigu ou chronique, et en fonction de leurs mécanismes. En effet, on distingue des douleurs provoquées par des excès de nociception, des douleurs neuropathiques ou neurogènes, des douleurs psychogènes et des douleurs idiopathiques ou *sine materia*.

2.1.5. Les différents types de douleurs rencontrés

Deux concepts différents peuvent être distingués : douleur aiguë et douleur chronique.(4)

La douleur aiguë est une douleur d'installation récente, qui alerte le patient sur l'existence d'un traumatisme, d'une lésion ou d'une pathologie en cours d'installation. C'est donc un symptôme utile, qui amène le sujet à préserver son intégrité physique en l'incitant à se soustraire à un stimulus nociceptif externe ou interne et à rechercher un traitement adapté à la pathologie qu'il présente.

La douleur chronique caractérise des douleurs persistant depuis au moins 3 à 6 mois. Elle peut être en relation avec :

- une maladie évolutive difficilement curable (cancer, artériopathie, polyarthrite, arthrite évolutive)
- des séquelles d'une maladie ou d'un traumatisme (névralgie après zona, après lésion nerveuse ou chirurgicale, amputation)
- une pathologie fonctionnelle bénigne mais persistante (céphalées de tension, colite, fibromyalgies)
- une pathologie psychiatrique ignorée, une dépression masquée ou difficilement traitée par psychotropes (hystérie, hypochondrie)
- une maladie ou un traumatisme apparemment guéris et n'ayant laissé aucune séquelle clinique ou paraclinique objectivable.

Même si pour certaines pathologies (cancer, artériopathies, polyarthrite) la douleur continue de se révéler un symptôme, voire un critère d'évolutivité de l'affection en cours, cette douleur induit peu à peu chez de nombreux patients un retentissement sur les capacités physiques et l'équilibre psychologique et social du patient. Ce retentissement apparaît souvent après 3 à 6 mois d'évolution de la douleur surtout si celle ci est restée intense durant toute cette période. Face à ces douloureux chroniques, il sera important pour les médecins sur les plans diagnostique et thérapeutique, de savoir distinguer dans la plainte algique, ce qui relève de la douleur symptôme de l'affection initiale et de la douleur maladie correspondant à toutes les perturbations physiques, psychologiques et sociales induites par la persistance de la douleur.

On peut dégager quelques caractéristiques cliniques du patient douloureux chronique.

Sur le plan physique, on note souvent une plainte riche et polymorphe par rapport à celle du douloureux aigu. Les caractéristiques initiales de la douleur ont souvent évolué avec des localisations plus diverses, plus diffuses, avec des horaires et des circonstances de survenue moins évocateurs de la pathologie initiale.

Le patient présente un retentissement fonctionnel important avec souvent une diminution des capacités physiques, une asthénie (repos répétés et plus ou moins prolongés), des troubles du sommeil et de l'appétit.

Sur le plan psychologique, on note souvent une anxiété plus importante et durable. Le patient se pose des questions sur l'évolution de la maladie. Il peut exister aussi des problèmes relationnels avec l'entourage (irritabilité).

Peu à peu, par incapacité à faire face à la douleur, la dépression peut s'installer. Selon la pathologie, l'intensité de la douleur et son ancienneté, on constate dans différentes études, un taux de 15 à 60 % de déprimés chez les douloureux chroniques.

Sur le plan comportemental, l'asthénie physique, les effets des anxiodepressifs, les attitudes d'évitement conduisent souvent à un repli sur soi. Le patient porte alors une plus grande attention sur son corps et la perception de la douleur est accrue. Le comportement « naturel » du sujet âgé peut alors le conduire vers un syndrome de glissement.

Parmi les différents types de douleurs rencontrées, on retrouve **différents mécanismes**.

- Les douleurs par excès de nociception :

- **physiopathologie : (8)** Des processus lésionnels, inflammatoires, ischémiques, ou mécaniques intenses entraînent une activation du système de transmission des messages nociceptifs. Les nocicepteurs sont principalement de deux types : les fibres peu myélinisées A δ et les fibres amyéliniques C. Ils sont présents au niveau cutané, articulaire et musculaire. Les nocicepteurs C sont dits polymodaux, car ils répondent à des stimulations mécaniques, thermiques et chimiques. Ils présentent un accroissement de sensibilité quand la stimulation se répète : c'est l'hyperalgésie primaire. L'augmentation de l'excitabilité des nocicepteurs peut être induite par différentes substances chimiques issues de cellules lésées ou d'une symptomatologie locale. Ce sont les substances algogènes telles que l'histamine, la sérotonine, les quinines et les prostaglandines. Leur chronologie de sécrétion explique la différence d'efficacité des antalgiques dans le temps.

Un autre phénomène important pour expliquer la diffusion de la douleur est le réflexe d'axone. Les corps neuronaux des fibres nociceptives situées dans le ganglion rachidien postérieur synthétisent de la substance P et de la neurokinine A, qui se dirigent soit vers la moelle, soit vers la périphérie.

Dans toute situation inflammatoire ou de douleur chronique, la libération de ces peptides en périphérie provoque une vasodilatation, une extravasation, une dégranulation mastocytaire et la libération de substances algogènes. Il y a alors extension de la douleur à des régions adjacentes saines : c'est l'hyperalgésie secondaire.

Ces douleurs répondent en général bien aux antalgiques.

- **Description des douleurs par excès de nociception : (30)** les voies de la douleur sont activées à partir des récepteurs périphériques par une stimulation nociceptive (lésion tissulaire). Le système nerveux reste intact. Elles correspondent à un excès de stimulation des terminaisons libres ou des récepteurs. Elles sont localisées dans une région viscérale ou tissulaire bien définie, souvent constantes, avec des variations d'intensité (21). Elles sont à type de compression, de sensation d'étau, de pesanteur extrême, et n'occupent en général pas de topographie neurologique radiculaire.

- **Exemples** : il peut s'agir :

- de destructions articulaires et d'arthrose (fractures, lésions osseuses)
- de compression de viscères (estomac, foie, rein)
- de douleurs vasculaires (angor, artérite)
- de métastases osseuses (rachis, bassin, crâne, os longs)
- d'hypertension intracrânienne
- d'inflammation aiguë
- de brûlures, de douleurs postopératoires.

- Les douleurs neurogènes : (43)(30)(21)(8)

- **physiopathologie** : Les douleurs neurogènes sont dues à une hyperactivité spontanée ou provoquée des voies de la douleur consécutive à une lésion des voies de la sensibilité que ce soit au niveau périphérique ou central. La lésion entraîne des perturbations complexes des neurones nociceptifs : hypersensibilité, perte de spécificité, décharges spontanées, perte des contrôles inhibiteurs, hyperactivité du sympathique. Il n'y a pas de lésion tissulaire périphérique excitant les récepteurs. Les médicaments antalgiques sont donc très peu efficaces.

Les mécanismes physiopathologiques qui interviennent sont encore mal connus . Les différentes hypothèses actuelles concernent :

- une recrudescence des influx dans les fibres nerveuses lésées. Ceci a été décrit dans le nevrôme expérimental, mais on connaît la faible proportion de patients soulagés par les interventions neurochirurgicales.

- l'hyperactivité neuronale centrale dont différents mécanismes seraient à l'origine :

- * la formation de connections et de nouvelles synapses anormales après dénervation.

- * l'utilisation de synapses initialement inactivées

- * la mise en jeu de branches d'axones nouvellement poussées

- * la rupture de l'équilibre entre les influences excitatrices et inhibitrices.

- **Description des douleurs neurogènes** :

Elles ont des signes cliniques caractéristiques.

Lorsque les patients décrivent leur douleur, ils parlent de brûlures, de picotements, de décharges électriques, de sensation de broiement, de sensation de chaud et froid.

Trois termes sont caractéristiques des douleurs neurogènes. On parle :

- **d'hyperalgésie** : il s'agit d'une réponse anormalement intense à une stimulation douloureuse. (Cela peut se rencontrer aussi dans les douleurs nociceptives.)

- **d'allodynie** : il s'agit d'une réponse douloureuse à une stimulation normalement indolore (tact léger, température modérée, mouvement...). L'allodynie est très spécifique des douleurs neurogènes.

- **d'hyperpathie** : il s'agit d'une réponse douloureuse extrêmement intense, qui se prolonge après l'arrêt du stimulus, et qui implique un territoire débordant largement la zone stimulée. Elle se rencontre surtout dans les lésions centrales (syndrome thalamique).

La topographie de la douleur respecte un territoire bien défini, correspondant à une lésion neurologique.

Il existe souvent un intervalle libre : les douleurs peuvent être retardées de plusieurs semaines, voire plusieurs mois par rapport à la lésion.

Il existe souvent un dysfonctionnement sympathique : troubles vasomoteurs, dépilation, troubles des phanères.

Ces douleurs sont habituellement résistantes aux antalgiques, même morphiniques. Même lors d'une utilisation rationnelle des traitements adaptés, les résultats sont incomplets. Seulement 50 à 75 % des patients répondent aux traitements selon les pathologies, et on parle plutôt d'atténuation de la sensation douloureuse que de disparition totale. (43)

• Exemples et étiologies :

- Traumatiques : avulsion du plexus brachial (accident de moto)
plaie de nerf (accident, coupure, autolyse).

- Douleurs sur cicatrices ou voies d'abord : le névrôme vrai est rare. Le plus souvent, il s'agit de lésions de rameaux sensitifs qui peuvent être source d'erreurs diagnostiques, conduisant à des réinterventions itératives si la nature neurogène de la douleur n'est pas repérée. On rencontre ce genre de douleur après des thoracotomies, dans certaines douleurs dentaires ou faciales après extraction. On retrouve quelquefois des douleurs du nerf crural après abord du scarpa.

- Sciaticque chronique après cure de hernie discale : douleurs neurogènes sur des lésions irréversibles de la racine.

- Douleur fantôme : il est important d'obtenir une analgésie efficace avant l'amputation.

- Douleur post-herpétique : on en rencontre de 25 à 30 % entre 50 et 59 ans, et 50 % après 80 ans.

- Syndromes canaux : ce sont les seules douleurs neurogènes à ne pas être réversibles et pour lesquelles un traitement par infiltration ou chirurgie est recommandé après exploration électromyographique. En dehors du classique canal carpien, il faut connaître les syndromes plus rares que sont la meralgie paresthésique et l'atteinte du nerf honteux.

- Lésions du système nerveux central :

- on distingue les atteintes médullaires au niveau sous-lésionnel avec souvent un niveau lésionnel hyperesthésique ou allodymique. Elles sont associées à des douleurs mécaniques par troubles de la statique, des douleurs à composante musculaire et une spasticité.

- les lésions cérébrales : elles s'accompagnent souvent d'une hyperpathie (séquelles d'accidents vasculaires cérébraux, tumeurs, sclérose en plaque...).

Concernant les modalités thérapeutiques de ces douleurs, trois ont une efficacité reconnue :

- les antidépresseurs tricycliques : ils ont une action antalgique pure, indépendante de l'effet sur l'humeur.

- les anticonvulsivants (Tégretol®, Rivotril®).

- la neurostimulation transcutanée.

Par contre, certains traitements sont inutiles et à éviter :

- les vitamines, les neuroleptiques et les tranquillisants.

- tous les gestes non spécifiques des voies nerveuses (neurotomies, cordotomies) qui risquent d'aggraver la situation.

- toutes les réinterventions chirurgicales à la recherche d'une compression persistante (sciatalgies séquellaires multi-opérées).

- les douleurs psychogènes (30) :

Elles sont en rapport avec une problématique psychologique (suite de deuils) ou psychopathologique (angoisse) caractérisée qui s'exprime au travers du corps et dont le diagnostic repose avant tout sur les signes suivants : éléments du discours, personnalité pathologique entrant dans le cadre d'une névrose hystérique, d'une hypochondrie...

En aucun cas, il ne s'agit d'un diagnostic lié à l'absence de cause organique décelable, comme cela est encore trop formulé. Le malade « n'invente pas », « n'exagère » pas ses symptômes. Sa douleur doit être prise en compte et soulagée.

- les douleurs idiopathiques ou "sine materia" (30) :

Elles sont évoquées devant la négativité de toutes les explorations. C'est l'absence d'argument en faveur d'une origine organique ou psychogène qui fait retenir le diagnostic. La description permet de déterminer un cadre nosologique : fibromyalgies, céphalées de tension, glossodynie...

Nous avons évoqué la complexité du diagnostic de douleur chez la personne âgée et les différents types de douleurs susceptibles d'être rencontrés. On peut maintenant s'intéresser aux caractéristiques épidémiologiques. La prévalence de la douleur, les différentes étiologies sont envisagées à travers différentes études retrouvées dans la littérature.

2.1.6. Caractéristiques épidémiologiques : prévalence et différentes étiologies retrouvées dans la littérature

La pratique gériatrique permet de distinguer plusieurs types de population (45) :

- la population valide où les douleurs sont le plus souvent articulaires ou rachidiennes, parfois viscérales.

- la population grabataire pose des problèmes algiques d'une autre nature, il s'agit plutôt de douleurs musculaires (spontanées ou provoquées par la mobilisation) et de douleurs ostéoarticulaires. Ces douleurs sont un véritable handicap au moment des toilettes. Les tableaux algiques les plus pénibles sont liés aux rétractions tendineuses et aux arthropathies dégénératives. Les douleurs d'escarres concernent surtout les petites escarres. Ce sont celles qui agressent le plus le grabataire algique, les grosses escarres étant moins ou peu douloureuses.

Différentes études internationales étudiant la prévalence et les étiologies des douleurs sont succinctement résumées dans le **tableau n°2**.

Tableau 2 : Récapitulatif des différentes études s'intéressant à la prévalence et aux différentes étiologies des douleurs.

Origine	Caractéristiques de l'échantillon	Résultats
Crook, Ridéout & Browne (1984) (15)	500 résidents de Burlington (Canada) tirés au hasard : 372 réponses. Enquête de la prévalence de toutes les douleurs par téléphone. La douleur qui persiste correspond à une douleur pénible survenant fréquemment et présente dans les deux semaines précédentes. La douleur temporaire correspond à une douleur existant au cours des deux dernières semaines mais "de temps en temps".	Taux de douleur en fonction de l'âge pour 1000 individus. années "qui persiste" temporaire 18-30 76 49 31-40 105 41-50 129 52 51-60 199 61-70 250 71-80 290 47 81 et + 400
Ferrel, Ferrel, Osterweil (1990) (20)	Interrogatoire de 97 malades en hôpital de jour. 71% ont des douleurs. La douleur n'est pas en rapport avec une dépression, l'état mental, ou des activités de la vie de tous les jours. Seulement 15% des malades douloureux reçoivent des antalgiques pendant les 24 heures de l'enquête.	douleur continue 34% douleur intermittente 66% lombalgies 40% arthrose 24% siège d'anciennes fractures 14% neuropathies 11%
Andersson et coll (1993) (1)	Etude épidémiologique sur la douleur chronique dans un échantillon de population de 1806 personnes âgées de 25 à 74 ans dans le sud de la Suède. Un questionnaire a été rempli pour chaque personne précisant la localisation, la durée, l'intensité de la douleur.	55 % de la population s'est plainte de douleurs datant de plus de 3 mois et 49 % de plus de 6 mois. Parmi les individus souffrant de douleurs chroniques, 90 % souffrent de douleurs musculosquelettiques. La prévalence croit avec l'âge jusqu'à 60 ans dans les deux sexes puis décroît modérément. Les douleurs du cou et de l'épaule sont les plus fréquentes (30,2 %), suivies des lombalgies (23,2%).

Tableau n° 2 bis : Récapitulatif des différentes études s'intéressant à la prévalence et aux différentes étiologies des douleurs.

Origine	Caractéristiques de l'échantillon	Résultats
Sternbach (1986) (68)	groupe de 1254 personnes, de 18 ans et plus, vivant aux Etats-Unis. Interview par téléphone de 20 minutes. Fréquence de l'occurrence de la douleur au cours de l'année écoulée (céphalées, lombalgies, myalgies, arthralgies, gastralgies, douleurs menstruelles et pré-menstruelles et douleurs dentaires).	Fréquence dans le groupe d'âge en pourcentages 18/24 64 et + Céphalées 85 50 Lombalgies 63 49 Myalgies 62 42 Arthralgies 41 71 Gastralgies 62 31 Algies dentaires 36 14
Roy et Thomas (1986) (60)	Pensionnaires d'une maison de repos et personnes âgées fréquentant un hôpital de jour (n=132, âge=65 ans et plus).	83 % disent avoir un problème quotidien de douleur, essentiellement des lombalgies, des arthralgies, et des myalgies. 50 % rapportent des scores modérés à élevés de douleurs sur des E.V.A. Le niveau de douleur est corrélé à la dépression.
Valkenburg (1988) (70)	Etude sur 10000 pensionnaires d'origine hollandaise. Taux de réponse de 78%. Echantillon d'âge allant de 18 à plus de 75 ans.	Approximativement 30% d'hommes et 53% de femmes de plus de 55 ans avaient une atteinte articulaire périphérique. Une douleur du cou et des lombes était retrouvée chez 25 % des hommes et 40% des femmes d'âge supérieur à 55 ans.
Harkins et Coll (1994) (28)	Etude de suivi NHANES. Population de pensionnaires aux Etats-Unis. Prévalence de douleurs sélectionnées chez les plus jeunes (âge moyen = 39,6 n=2796) et chez les sujets plus âgés (âge moyen 74,7 n=2863) . Douleurs durant au moins depuis un mois et présentes au cours de la semaine précédant l'interrogatoire. L'intensité de la douleur a été précisée par une EVA.	Prévalence de la douleur en pourcentages groupe d'âge + jeunes + âgés cou 8,6 9,7 dos 19,2 21,3 hanche 9,3 15 genou 10,3 21,3 autres articulations 11,5 13,7 articulations ankylosées 14,5 26,1

Quelques études francophones ont retenu notre attention plus particulièrement. Leur analyse permettra une comparaison avec la nôtre.

■ Etude de la douleur en unité de soins de longue durée au centre Félix MARECHAL (METZ -THIONVILLE) (Etude n°1) (7)

L'étude a porté sur un service de 120 lits. Le recueil des données s'est effectué sur 3 semaines à partir d'un questionnaire proposé pour chaque pensionnaire. Cent onze sujets ont été évalués.

La moyenne d'âge est de 84,7 ans, avec des extrêmes allant de 68 à 99 ans. Le sexe ratio est de 21 hommes (18,9%) pour 90 femmes (81,1%). La durée moyenne de présence dans l'unité de soins de longue durée est de plus d'une année pour 59 sujets (53,2%), d'une année au moins pour 52 sujets (46,8 %). 66,7 % des personnes âgées présentent une altération des fonctions intellectuelles.

Des douleurs ont été remarquées chez 35 personnes (31,5%), 62 sujets (55,8%) ne semblent pas souffrir.

Les douleurs traitées concernent 30 sujets : 10 présentent des douleurs récentes et 20 présentent des douleurs chroniques. On diagnostique trois fois plus de douleurs chez les patients avec lesquels on peut communiquer :

- 28 (43,75%) présentent des douleurs parmi les 64 sujets s'exprimant correctement,
- 2 (11,8%) présentent des douleurs parmi les 17 ayant des difficultés,
- 5 (16,7%) présentent des douleurs parmi les 30 ne communiquant pas verbalement.

Dans cette étude 28/35 personnes (80%) sont reconnues souffrantes et 36/62 personnes (58,1%) « sans douleur » sont interrogeables.

On retrouve différentes localisations de douleurs traitées. Celles ci sont répertoriées dans le tableau n°3.

Tableau n°3 : Différentes localisations des douleurs traitées.

Localisations	Etiologies
Appareil locomoteur	8 douleurs post-traumatiques (4 fractures) 2 arthrites 5 arthroses 1 douleur des membres inférieurs 2 tassements vertébraux 3 rétractions musculotendineuses
Viscères abdominopelviens	1 cancer du pancréas 1 pyélonéphrite 4 colopathies fonctionnelles 1 reflux gastro-oesophagien 1 calcul vésical
Système nerveux	3 membres fantômes après amputation pour artérite 3 hémiplésies séquellaires d'accidents vasculaires cérébraux. 1 céphalée
Système cutané	1 escarre 1 infection cutanée
Système vasculaire	2 artérites des membres inférieurs
Cavité buccale	1 gingivite 1 stomatodynie
Autres	2

Dans cette étude 27 sujets reçoivent un médicament appartenant à la classe des antalgiques.

Tableau n°4 : Médicaments antalgiques prescrits.

Paliers	Thérapeutiques	nombre de cas
palier I	Paracétamol	5
palier II	Dextropropoxyphène - paracétamol	15
	Noramidopyrine	1
palier III	Morphine buvable	3
	Morphine retard	3
Coantalgiques	geste orthopédique vasodilatateurs artériels antibiotiques pansements gastriques antispasmodiques viscéraux	3

Dans cette étude, 59,5 % des patients évalués reçoivent des psychotropes. Les prescriptions de neuroleptiques ont été relevées 40 fois, d' hypnotiques 32 fois, d' anxiolytiques 16 fois, d' antidépresseurs 6 fois, et d' anticonvulsivants 5 fois. On peut remarquer que le palier II est très employé par rapport aux autres thérapeutiques.

■ Etude de C.GROSSHANS, P.SALTER... au centre hospitalier de MULHOUSE.**(Etude n°2) (23)**

Cette étude s'intéresse à la fréquence de la douleur rencontrée dans le service de gériatrie, aux types de douleur, et à la façon d'y répondre.

Il s'agit d'une étude prospective avec questionnaire préétabli, ayant duré 15 jours et concernant 262 personnes.

Le questionnaire était rempli pour chaque personne présentant un symptôme douloureux. Parmi les 262 personnes concernées par l'enquête, 40 patients ont présenté un syndrome douloureux, soit une prévalence de 15 %.

Les patients ont en moyenne 79 ans, avec des extrêmes allant de 63 à 100 ans.

On compte 35 femmes et 5 hommes, 10 personnes seulement ont une altération des fonctions supérieures.

Trois personnes ont présenté des douleurs aiguës et 38 personnes des douleurs chroniques (un cas comportait deux localisations douloureuses).

On retrouve là encore différentes étiologies.

Tableau n°5 : Etiologies des douleurs.

Types de douleurs	Etiologies	Nombre de cas	Nombre de cas sur 40 patients en %
Douleurs ostéoarticulaires	ostéoporose	7	57
	arthrose	7	
	inflammation	4	
	métastases	3	
	traumatisme	2	
Douleurs viscérales	angine de poitrine	1	20
	douleur pleuropulmonaire	2	
	infection urinaire	1	
	abdomen	4	
Douleurs neurologiques	hémiplégie et séquelles	3	15
	compressions néoplasiques	2	
	zona, lombosciatique...	1	
Douleurs artérielles		3	7,5
Douleurs cutanées		3	7,5
Douleurs multiples		7	17,5

■ **Etude de F.LAMOTTE et J.M. VETEL au centre du MANS. (Etude n° 3) (34)**

L'étude a été réalisée sur 6 mois dans une unité de long séjour de 100 lits pour tester l'utilisation d'un guide d'observation comportementale du vieillard sans parole. 30 personnes âgées (23 femmes et 7 hommes), avec une moyenne d'âge de 83 ans (± 16 ans) présentaient une douleur aiguë ou chronique et se trouvaient dans l'incapacité de verbaliser leurs souffrances. Seuls les patients conscients ont été concernés par l'étude.

Vingt-trois des trente patients observés ont manifesté une douleur aiguë (durée < à 6 mois).

Sept patients sur trente ont manifesté une douleur chronique (durée > à 6 mois).

On relève différentes pathologies à l'origine des douleurs.

Tableau n°6 : Etiologie des douleurs.

Etiologies	Nombre de cas / 30	%
Pathologies ostéoarticulaires	11	50
Pathologies traumatiques	4	
Escarres	4	13,3
Pathologies cardiovasculaires	3	10
Autres	8	26,7

Parmi les thérapeutiques employées, on note que la morphine a été utilisée dans 6 cas sur 30 (soit sans 20% des cas), et les antidépresseurs tricycliques dans 3 cas sur 30.

■ Etude de H.P CORNU et coll : une enquête de prévalence de la douleur a été mise en place à l'hôpital Emile ROUX (LIMEIL-BREVANNES) chez des patients hospitalisés en rééducation, en soins de suite et de longue durée. (Etude n° 4)(14)

L'enquête a été réalisée sur une journée et a concerné 716 patients. Une question simple était posée au malade : « En ce moment précis, avez vous mal quelque part ? ». La réponse était oui ou non. Si oui, l'enquêteur devait demander : « où ? » et faire indiquer par le sujet lui même l'intensité de la douleur. Si les patients étaient incapables de s'exprimer, l'échelle Doloplus était utilisée (enquêteur et soignant référent du patient).

Parmi les patients capables de répondre, 217 personnes ont dit ressentir une douleur (prévalence = 43,4%).

Parmi les patients incapables de répondre, 85 personnes sur 205 ont été comptabilisées comme douloureuses, soit 41 %.

Au total, le jour de l'enquête, il y avait 302 patients douloureux dans l'hôpital, soit une prévalence de 42,2 %.

La localisation douloureuse la plus souvent citée est le membre inférieur (34,6 % avec genou, jambe), viennent ensuite par ordre décroissant le rachis (17,1%), le membre supérieur (16,1%), l'abdomen et le tube digestif (10,6%).

Sur le plan thérapeutique, les consommations ont été estimées le jour de l'enquête. Les antalgiques sont exprimés en « unité de prise », soit :

- pour le palier I : 500 mg de paracétamol ou 500 mg d'acide acétylsalicylique
- pour le palier II : 1 gélule d'association paracétamol-dextropropoxyphène ou 1 comprimé d'association paracétamol-codéine.
- pour le palier III : il est exprimé en mg de morphine ou en glossettes de buprénorphine.

Le jour de l'enquête, il a été utilisé :

- 416 unités de palier I (40,3 % des antalgiques)
- **549 unités de palier II (53,2% des antalgiques)**
- 615 mg de morphine et 5 glossettes de buprénorphine (6,5 % des antalgiques)

Pour les substances utilisées dans les douleurs de désafférentation (antidépresseurs et anticonvulsivants), la différenciation entre traitements antalgiques et psychiatriques est impossible.

■ **Evaluation de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée en long séjour (Thèse A.M. DUMOUT) (Etude n° 5) (18)**

L'étude porte sur 243 patients : 68 hommes (27,9%) et 175 femmes (72,1%). L'âge moyen des patients se situe aux alentours de 86,2 ans, avec des extrêmes allant de 70 à 101 ans. Dans cette étude les patients ont été séparés en deux groupes selon l'existence ou non de troubles du jugement et des possibilités physiques de communication. Ainsi, 177 patients sont « non interrogeables » et donc évalués, 66 personnes ont été interrogées. Les différents types de douleurs ont été répertoriés et figurent dans le tableau n° 7.

Tableau n°7 : Récapitulatif des différents types de douleurs.

	Personnes interrogées	Personnes non interrogées
Douleurs osseuses et articulaires	56,6 %	46,3 %
douleurs viscérales	28,8 %	15,8 %
douleurs neurologiques périphériques	19,7 %	5,1 %
douleurs neurologiques centrales	9,1 %	3,4 %
douleurs psychogènes	9,1 %	2,9 %
douleurs vasculaires	9,1 %	11,3 %
douleurs musculaires	7,6 %	21,5 %
douleurs cutanées	6,1 %	10,2 %

Dans les douleurs cutanées, on retient des escarres, des durillons, l'érysipèle.

Dans les douleurs osseuses, il s'agit le plus souvent de coxarthrose, d'arthrose cervicale, dorsale, lombaire ou de douleurs après mise en place de matériel pour des fractures du col fémoral.

Les douleurs neurologiques périphériques comprennent les neuropathies diabétiques, les polynévrites éthyliques, des syndromes post-amputation, des douleurs post-zostériennes. Les douleurs neurologiques centrales sont en rapport avec des syndromes thalamiques chez des patients hémiplésiques.

Les douleurs psychogènes regroupent les hypochondries, les hystéries de conversion, les psychoses maniaco-dépressives.

Dans cette étude, les traitements utilisés sont mentionnés : on remarque que chez les personnes interrogées, 78,8 % ont une thérapeutique, alors que 63,3% seulement ont un traitement chez les personnes non interrogées.

Tableau n° 8 : Répartition des traitements antalgiques chez les personnes interrogées et non interrogées.

Thérapeutiques	Personnes interrogées (%)	Personnes non interrogées (%)
Benzodiazépines	45,4	18
Antidépresseurs	25,7	12,9
Neuroleptiques	19,7	32,7
Dextropropoxyphène	9,1	3,9
Paracétamol	7,5	8,5
Corticoides	4,5	2,8
Morphine et dérivés	3	1,1
Carbamazépine	3	6,2
Aïns	1,5	1,1
Codéine	1,5	
Placebo	9	2,8

On peut remarquer que le paracétamol arrive après le dextropropoxyphène chez les personnes interrogées et avant chez les personnes non interrogées. Les morphiniques sont très peu employés, par contre on note une prépondérance de psychotropes sur les antalgiques purs.

■ **Etude de GROUX - FREHNER et C.H. RAPIN. (Etude n°6) (24)**

Il s'agit d'une étude dans un établissement médico-social pour personnes âgées (maison de Vessy) en Suisse.

L'étude porte sur 182 cas. Cent quinze patients présentent des douleurs soit 63 %. L'objectif de l'étude était d'établir une photographie à un moment donné et de déterminer les patients qui présentent des douleurs et leurs étiologies. L'enquête a été faite au moyen d'un questionnaire portant sur la douleur, son intensité, sa durée, sa localisation. On retrouve dans l'ensemble les types de douleurs suivants :

Tableau n°9 : Etiologies des douleurs.

Types de douleurs	Nombre de cas	Nombre de cas sur 115 patients en %
Douleurs ostéoarticulaires	90	78,3
Douleurs neurologiques	14	12,2
Douleurs vasculaires	3	2,6
Douleurs viscérales	2	1,7
Douleurs cutanées	2	1,7
Douleurs variables et multiples	4	3,5

Les différents résultats des études citées sont résumés dans le tableau n°10.

Tableau n°10 : Résumé des différentes études.

	Etudes	1	2	3	4	5	6
Population	âge moyen (ans)	84,7	79,7	83		86,2	
	extrêmes (ans)	68-99	63-100	60-95		70-101	
	sexes ratio hommes (%)	18,9	12,5	23,4		27,9	
	femmes (%)	81,1	87,5	76,6		72,1	
	douleurs récentes (%)	36,4	7,5	76,6			
	douleurs chroniques (%)	63,6	92,5	23,4			
	prévalence de la douleur	31,5	15	30	42,2		63
Etiologies	appareil locomoteur (douleurs ostéoarticulaires)	70	57	50	34,6	56,6 46,3	78,3
	douleurs viscérales (abdominopelviennes)	26	20		10,6	28,8 15,8	1,7
	douleurs neurologiques	23	15			28,8 8,5	12,2
	douleurs cutanées	6	7,5	13		6,1 10,2	1,7
	appareil vasculaire (artérite)	6	7,5	10		9,1 11,3	2,6

Dans la littérature internationale, la prévalence de la douleur retrouvée par les différents auteurs varie de 49 à 83 %. Ce sont les douleurs ostéoarticulaires, en particulier les arthralgies et les lombalgies, qui occupent la première place dans le classement des étiologies des douleurs chez les personnes âgées.

Les différentes études de la littérature française retrouvent une prévalence de la douleur variant de 15 à 63 %. Là encore, les douleurs ostéoarticulaires prédominent (entre 34,6 et 78,3 %), viennent ensuite les douleurs viscérales (de 1,7 à 28 %), les douleurs neurologiques (de 8 à 28 %), les douleurs cutanées (de 1,7 à 13 %) et les douleurs vasculaires (de 2,6 à 11,3 %).

2.2 HETEROEVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

Nous avons soulevé à plusieurs reprises le problème de l'évaluation de la douleur chez la personne âgée. Lorsque celle-ci se trouve dans l'incapacité de communiquer ou d'exprimer sa douleur, il est nécessaire d'avoir recours à une hétéroévaluation.

Devant le manque d'élément pour objectiver l'intensité de la douleur, on se demande parfois si le soignant au cours d'un soin difficile n'exprime pas plutôt sa souffrance. Le soignant réagit individuellement aux perceptions de la douleur de l'autre, et une multitude de facteurs imprègnent son comportement. (6) Il réagit en fonction de sa propre histoire, de ses origines, de sa classe sociale, de la philosophie à laquelle il adhère. Tout cela peut influencer sa sensibilité, son émotivité, d'où la complexité de l'évaluation de la douleur. Il est donc nécessaire d'avoir recours à des « outils » d'évaluation. Ce sont ces outils que nous allons étudier.

2.2.1. Les différentes échelles d'évaluation de la douleur

On reconnaît aujourd'hui trois approches différentes par rapport à l'évaluation de ce symptôme : l'estimation, l'autoévaluation, et l'hétéroévaluation.

Lorsqu'on parle d'estimation, ce sont les équipes médicales qui apprécient le nombre de patients douloureux dans leur service. Ainsi, l'équipe de GROSSHANS C. (23) retrouve 15 % de patients douloureux, alors que CORNU H.P. (14) en retrouve 43 %. Ces auteurs travaillent dans des services comparables, une simple estimation de la douleur révèle souvent des discordances, on retrouve ainsi des « sur ou sous » estimations. Pour éviter l'approximation, il est donc judicieux d'utiliser des échelles.

L'autoévaluation n'est réalisable que si les patients peuvent participer activement, et ne présentent aucun trouble de communication. Cela est rarement le cas en gériatrie, d'où l'intérêt des échelles d'hétéroévaluation.

(40)(72) Parmi les échelles d'autoévaluation, nous citerons :

■ **les échelles de vocabulaire**

- l'échelle verbale simple : E.V.S : le patient doit chiffrer l'intensité de sa douleur, le principal avantage de cette échelle réside dans sa simplicité de compréhension.

5 = douleur atroce

4 = douleur terrible

3 = douleur pénible

2 = douleur gênante

1 = douleur légère

0 = pas de douleur

- l'échelle verbale relative : E.V.R : dans ce cas, le patient décrit sa douleur par rapport à une douleur de référence.

- j'ai plus mal
- j'ai beaucoup plus mal
- j'ai aussi mal
- j'ai moins mal
- j'ai beaucoup moins mal

- le « MAC GILL Pain Questionnaire » (44) élaboré par MELZAC.R (1975) permet une évaluation pluridimensionnelle quantitative et qualitative à partir de 62 adjectifs traduits de l'américain (annexe 1). Cet instrument s'avère valide, fiable et sensible. Nous avons un équivalent français :

- le « questionnaire douleur de Saint ANTOINE (QDSA) » où le malade coche les cases correspondant à ce qu'il ressent (annexe 2). La détermination de scores dans chaque dimension de la douleur chronique est possible. Le Q.D.S.A , échelle purement verbale, présente les mêmes limites que les échelles d'autoévaluation auprès des personnes incapables de verbaliser suffisamment leurs souffrances.

■ Les échelles numériques

- L'échelle numérique verbale : le patient autoévalue sa douleur entre 0 (absence de douleur) et 100 (douleur maximale que le patient peut envisager).

- L'échelle visuelle analogique E.V.A : c'est la plus simple et la plus facile à comprendre et à utiliser. Elle peut être présentée comme « un thermomètre de la douleur ».

Il s'agit d'une ligne horizontale de 10 cm de longueur en général, allant d'une extrémité gauche reflétant l'absence de douleur à une extrémité droite signifiant une douleur maximale. Le patient se situe sur cette échelle, qui au dos est graduée en mm, et permet ainsi à l'observateur de quantifier exactement la douleur d'une évaluation à l'autre et d'en suivre l'évolution (annexe 3).

RAT. P (1996) (56) estime à 25% maximum le pourcentage de patients âgés pouvant communiquer, car coopérants et n'ayant pas de trouble des fonctions intellectuelles. Ainsi, le quart seulement des personnes âgées suspectes de douleurs peuvent s'autoévaluer. On voit donc bien la nécessité d'utilisation d'échelles d'hétéroévaluation, même si celles-ci ne sont pas encore toutes validées.

En 1996, MICHEL M., MICHEL Q., GAUQUELIN F., (47) comparaient les qualités des trois échelles comportementales d'évaluation de la douleur chez la personne âgée alors publiées. Il s'agissait de l'Echelle Douleur Enfant Gustave ROUSSY (validée seulement chez l'enfant mais applicable à la personne âgée dans la majorité de ses items), de la grille d'évaluation de la douleur de l'USP du Val d'Azergue et de l'échelle Doloplus.

Nous développerons ici les nouvelles échelles validées ou en cours de validation :

- l'échelle DOLOPLUS (coordinateur B.WARY CHR de METZ-THIONVILLE)

- l'échelle de l'E.C.P.A : échelle de comportement douloureux de la personne âgée (Equipe de BERARD, MORELLO, JEAN du CHU de CAEN et de l'hôpital LA ROCHEFOUCAULD de PARIS)

- l'E.C.S : échelle comportementale simplifiée (Equipe de LE QUINTREC, MAGA-BAULON de l'hôpital SAINTE PERINE à PARIS).

2.2.2. L'échelle DOLOPLUS (72)

Créée en 1992, publiée pour la première fois en 1993, cette échelle d'évaluation qualitative comportementale de la douleur chez le sujet âgé avait pour objectif initial de sensibiliser les soignants, et en particulier les médecins, à prendre en compte le symptôme douleur.

Après 3 ans d'utilisation, un groupe de travail nommé « collectif DOLOPLUS » a été créé début 1995. Quinze gérontopalliatologues se rencontraient ainsi tous les deux mois, et après un long travail, l'échelle initiale a été remodelée (annexe 4).

Pour cette échelle, il existe 10 conseils d'utilisation :

- 1) l'utilisation nécessite un apprentissage,
- 2) il faut coter en équipe pluridisciplinaire (au minimum médecin et soignant) pendant la visite ou en réunion d'équipe,
- 3) il faut intégrer l'échelle dans le « dossier soin » du patient,
- 4) il faut coter 0 en cas d'item inadapté,
- 5) en cas de doute, ne pas hésiter à faire un test thérapeutique antalgique adapté,
- 6) il ne faut pas comparer les scores de patients différents,
- 7) il faut une réévaluation biquotidienne jusqu'à sédation des douleurs,
- 8) la réévaluation quotidienne est systématique ensuite,
- 9) l'échelle cote la douleur, et non pas la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives,
- 10) il ne faut pas recourir systématiquement à Doloplus, il faut utiliser cette échelle seulement si l'autoévaluation est exclue ou en cas de doute.

C'est un outil simple, efficace, largement diffusé. Cette échelle rend déjà bien des services, y compris aux équipes sensibilisées au démasquage de la douleur. Doloplus a publié sa validation à Genève en septembre 1999.

2.2.3. L'échelle de l'E.C.P.A : échelle de comportement douloureux de la personne âgée (49)

Selon les auteurs : « l'objectif est de construire une échelle validée d'hétéroévaluation de la douleur, issue de la pratique soignante en long séjour, afin d'identifier et de quantifier la douleur, d'améliorer le soin aux malades et la communication au sein de l'équipe médicale et soignante ».

Au départ, a été élaborée pour la personne très âgée en long séjour, une échelle d'hétéroévaluation comparable à l'échelle D.E.G.R (douleur de l'enfant Gustave ROUSSY) qui est une référence en matière d'échelle d'observation comportementale. Depuis 1992, différentes versions se sont succédé suite aux résultats des analyses métrologiques et de validité d'une part, à une somme d'informations recueillies de façon exhaustive dans un cadre multicentrique d'autre part (13 centres au total, dont le CHU de CAEN, les hôpitaux de l'assistance publique de PARIS, le CHU de BREST...).

Actuellement à sa quatrième version, l'échelle comporte 3 domaines de définition du phénomène douloureux chez le vieillard :

1. observation en dehors des soins
2. observation pendant les soins
3. répercussion sur l'activité (annexe 5).

L'E.C.P.A est une échelle en langue française qui débuta selon une méthodologie scientifique et qui arrive au stade ultime de sa validation. La traduction en d'autres langues imposera les mêmes étapes.

2.2.4. L'échelle comportementale simplifiée : E.C.S (36)

A partir de l'expérience des soignants du service de gérontologie I de l'hôpital Sainte PERINE (PARIS), l'équipe a voulu élaborer puis valider une échelle comportementale simplifiée, pour dépister et évaluer la souffrance physique des sujets âgés en long séjour. L'E.C.S est une échelle quantitative qui se présente sous la forme d'un questionnaire à 10 items, cotés de 0 à 1 ou de 0 à 2. Le nombre maximum de points est de 14. Le score final, exprimé initialement sous forme d'une fraction, est ensuite converti en un nombre décimal compris entre 0 et 1. Afin de faciliter l'emploi du questionnaire, celui-ci est accompagné d'un lexique séméiologique détaillé et d'un mode d'emploi établi pour les soignants. Afin d'éviter une « harmonisation » à posteriori de l'évaluation et de l'opinion globale, le score final n'est

pas calculé par les soignants. Son mode de calcul a été volontairement passé sous silence (annexe 6).

A ce jour, l' E.C.S. se distingue des échelles existantes par sa validation sur un grand nombre de patients et par son indépendance vis à vis des antécédents douloureux connus et de la verbalisation d'une douleur par le patient. Elle reste cependant partiellement dépendante du Mini Mental Score. L'E.C.S. pourrait devenir un outil simple de dépistage et de suivi de la douleur physique chez le sujet âgé ayant une détérioration mentale.

2.2.5. Echelle propre au long séjour du centre hospitalier et universitaire de NANCY

Le service de long séjour de l'hôpital Saint Julien disposait d'une feuille d'évaluation réalisée dans les années 1990. Celle-ci était incorrectement remplie et n'était pas d'une aide précieuse pour la prise en charge médicale.

Un groupe de travail constitué par un médecin du service (Dr C.LEDERLIN), une infirmière et un interne en santé publique s'est penché sur le problème, après avoir étudié la bibliographie existante. Ils ont mis au point une feuille expérimentale qui se devait d'être :

- facile et rapide à remplir,
- qui devait solliciter les trois équipes (matin, après midi et nuit),
- sans score.

Cette feuille a été utilisée à titre expérimental pendant neuf mois de janvier à septembre 1996. Au terme de cette période, un questionnaire a été distribué aux utilisateurs (toute l'équipe médicale, y compris les médecins). A la lumière des résultats de ce questionnaire, la feuille a été modifiée. C'est cette nouvelle version, accompagnée d'un protocole d'utilisation court (annexe 7), qui est maintenant un « outil de travail » dans le service. Cette feuille a été utilisée dans notre étude pour quantifier la douleur et surtout l'antalgie lorsqu'un traitement est mis en route.

Par rapport aux échelles DOLOPLUS ou ECPA, elle a l'avantage d'être plus simple à utiliser. Elle donne un aperçu global sur la journée, confrontant ainsi les avis des différentes équipes. Il est bien sûr nécessaire que toute l'équipe l'utilise correctement. Les nouveaux internes de chaque « promotion » sont sensibilisés au début de leur stage pour l'utiliser au mieux.

Il est néanmoins intéressant de faire part des remarques émises par le personnel soignant lors du remplissage du questionnaire.

Questions	Réponses des aides-soignantes	Réponses des infirmières
La grille vous permet-elle de donner votre avis lorsque vous suspectez une douleur ?	OUI : 94 %	OUI : 100 %
Votre avis est-il pris en compte ?	OUI : 68 %	OUI : 92 %
La grille permet-elle une meilleure communication avec le médecin ?	OUI : 82 %	OUI : 78 %
Quels sont les principaux inconvénients de la grille ?	<ul style="list-style-type: none"> •Les transmissions ne sont plus faites : on compte sur la grille. •Manque de précisions pour chaque patient. •Variation de cotation de la douleur intra et inter - observateur. •Nécessité d'être entièrement remplie pour être lue. •Le médecin se fie à la grille plutôt que de dialoguer avec l'équipe. 	
Quels sont les principaux avantages ?	<ul style="list-style-type: none"> •Facile à remplir, lisible, claire, se lit vite, très parlante. •N'a pas de verso. •Permet le suivi des patients. •Bon reflet de la douleur du patient qui ne peut pas s'exprimer. •Laisse une trace écrite. 	
Permet-elle une meilleure prise en charge de la douleur ?	<p>OUI : 85 %</p> <p>La grille ne saurait se substituer aux transmissions orales, plus précises, efficaces, et pertinentes car adaptées à chacun.</p>	<p>OUI : 85 %</p> <p>Elle ne s'adapte pas à tous les patients : la grille induit un risque de mauvaise interprétation de la douleur qui, cotée à un stade de gravité, peut être ressentie différemment par deux patients.</p>
Souhaitez vous une information sur la prise en charge de la douleur chez la personne âgée ?	OUI : 75 %	OUI : 90 %

A la lueur de ces réponses, nous devons rester modestes. Une échelle est un outil d'évaluation quantitatif. La prise en charge de la douleur chez le vieillard est un problème bien plus vaste, notamment sur le plan thérapeutique. C'est ce que nous allons nous efforcer de démontrer dans la partie suivante.

3. SPECIFICITE THERAPEUTIQUE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

3.1. MANIEMENT DES ANTALGIQUES EN GERIATRIE

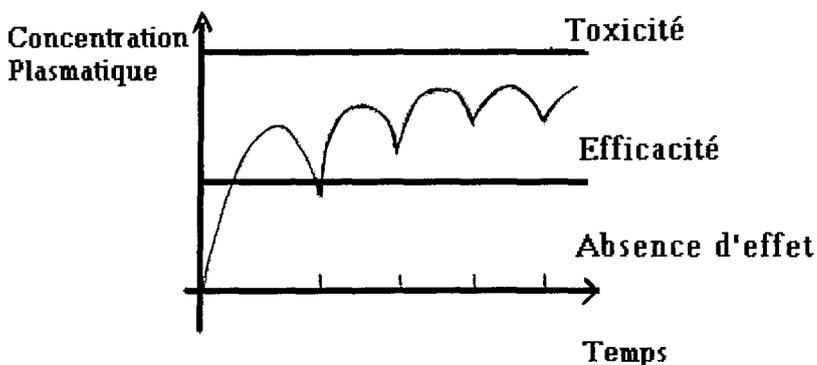
3.1.1. Les principes de prescription chez la personne âgée (39)(61)

Il s'agit tout d'abord de faire un diagnostic précis et d'évaluer la douleur avec toutes les difficultés que cela peut représenter.

Il ne s'agit pas d'utiliser les antalgiques à tort et à travers. La recherche d'une étiologie précise permet déjà d'orienter les classes thérapeutiques, ou de découvrir des causes évidentes qui ne nécessitent pas forcément un arsenal thérapeutique important.

Il faut se renseigner sur les traitements déjà prescrits et leur efficacité pour ne pas perdre de temps en prescrivant un produit similaire.

Il faut respecter une hiérarchie dans la prescription des antalgiques en choisissant en première intention le moins toxique. On ne prescrit pas « à la demande ». Dans le cas de douleurs chroniques, beaucoup de personnes âgées ont tendance à minimiser leurs douleurs et à oublier de les rapporter. Il faut traiter une douleur préventivement pour rester sous la concentration toxique et dans la zone d'efficacité. Si les patients sont traités à la demande, il y a des périodes où ils souffrent (zone infrathérapeutique) et des périodes avec des effets secondaires (zone suprathérapeutique). Si les patients sont traités systématiquement, ils restent dans une zone thérapeutique non toxique. L'anxiété créée par la crainte de la réapparition de la douleur disparaît. (19)



Ingestion ou absorption toutes les 4 heures

En général, il faut une absorption ou une ingestion régulièrement répartie sur la journée (par exemple toutes les quatre heures), à heures fixes.

Il faut réévaluer régulièrement l'efficacité du traitement prescrit et éventuellement adapter les posologies, d'où la nécessité d'avoir recours à des outils d'évaluation.

Les posologies utilisées devront tenir compte des modifications du métabolisme et du volume de distribution des médicaments. Il existe fréquemment chez la personne âgée une altération de la fonction rénale, une diminution des protéines sanguines et du tissu musculaire au profit du tissu adipeux. Il ne faut pas oublier que la créatinine sanguine est un mauvais reflet de la fonction rénale du sujet âgé. Elle pourra plutôt être évaluée par le calcul de la clairance de la créatinine selon la formule de COCKCROFT (en ml/mn) qui

chez l'homme est :

$$C = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids (kg)}}{\text{créatininémie} \times 0,8 (\mu\text{mol/l})}$$

chez la femme :

$$C = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids (kg)} \times 0,85}{\text{créatininémie} \times 0,8 (\mu\text{mol/l})}$$

Il faut connaître les différentes interactions médicamenteuses que peuvent favoriser la polymédication habituelle du grand âge.

Les difficultés possibles d'administration des thérapeutiques (troubles de déglutition, troubles dentaires, anorexie...) nous obligent à connaître et à exploiter les différentes formes galéniques à notre disposition.

Enfin, il faut toujours privilégier la voie orale quand cela est possible, car elle reste une source de plaisir qui ne doit pas être supprimée. Si celle-ci est impossible, on utilise alors la voie parentérale, ou sous cutanée.

La voie IV est réservée aux cas les plus sérieux. On utilise ces voies lorsqu'il existe des vomissements itératifs, des troubles de la conscience.

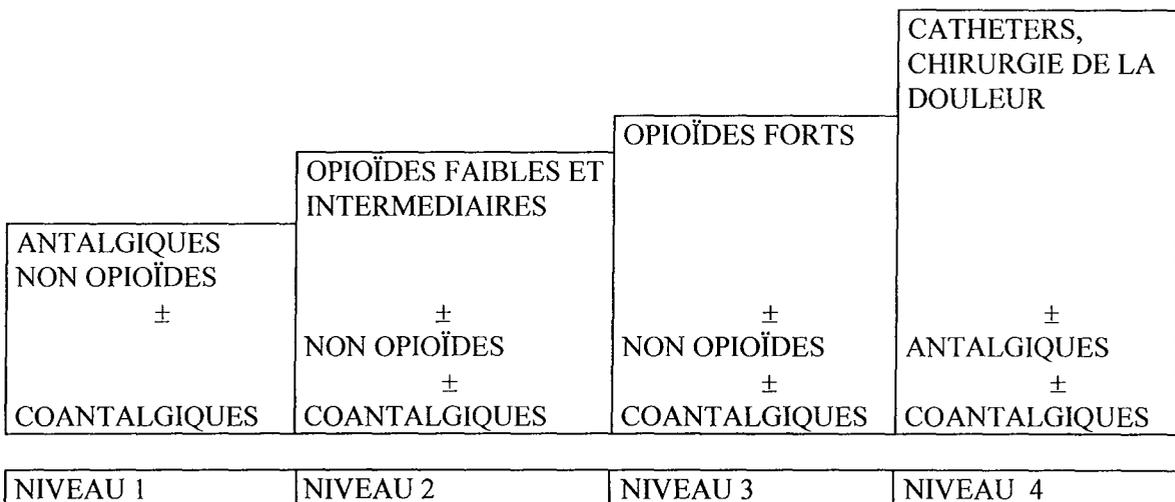
3.1.2. Les différents paliers de l'O.M.S (30)

Les antalgiques sont classés selon deux critères principaux : la puissance et le mécanisme d'action.

La puissance d'action est schématisée par l'échelle des antalgiques de l'organisation mondiale de la santé (O.M.S).

Le mécanisme d'action distingue les antalgiques non opioïdes, des antalgiques opioïdes.

L'échelle antalgique publiée par l'O.M.S en 1986 pour la douleur du cancer est applicable pour toutes les douleurs nociceptives. Elle est toujours d'actualité, même si certains médecins « spécialistes » considèrent qu'il faut envisager au moins 4 échelons au lieu des trois définis initialement.



3.1.2.1 Les antalgiques de niveau 1 (62)

LE PARACETAMOL

C'est un des métabolites actifs de la phénacétine appartenant à la famille chimique des para-aminophénols. C'est un antalgique antipyrétique dénué de propriétés anti-inflammatoires aux doses thérapeutiques. Il est prescrit généralement à la dose de 3 g/j en 3 ou 4 prises espacées au minimum de 4 heures.

Il existe une prodrogue du paracétamol : le proparacétamol (Prodafalgan®) qui, hydrolysé dans l'organisme en paracétamol, est utilisable par voie parentérale.

Le paracétamol est utilisé préférentiellement car il présente l'avantage de ne pas avoir de toxicité gastrique ou rénale. Son action est centrale, il pénètre facilement dans le système nerveux central où il inhibe la synthèse des prostaglandines.

Globalement, il est bien toléré. Ses effets indésirables aux doses usuelles sont rares (principalement hépatiques), le légitimant comme antalgique de première intention.

L'ACIDE ACETYLSALICYLIQUE (ASPIRINE)

Il inhibe de façon irréversible les cyclo-oxygénases périphériques et centrales. Il existe sous de nombreuses formes galéniques qui font varier sa rapidité et sa durée d'action. A visée antalgique, il est utilisé à la dose de 2 à 3 g/j (500 mg toutes les 4 heures) chez l'adulte, dose au-delà de laquelle l'action anti-inflammatoire de l'aspirine s'exprime. A des doses très faibles (75 à 300 mg/j), l'aspirine a un effet anti-agrégant plaquettaire utilisé dans les pathologies cardio-vasculaires.

L'aspirine présente plus d'effets indésirables que le paracétamol :

- accidents gastro-intestinaux
- accidents rénaux : insuffisance rénale fonctionnelle
- asthme et bronchospasme (prudence en cas d'antécédents asthmatiques)
- réactions cutanées
- réactions hématologiques (thrombopénies, leucopénies)
- réactions hépatiques
- syndrome de Reye (exceptionnel).

Pour toutes ces raisons, le paracétamol est plus souvent employé que l'aspirine chez la personne âgée.

LES ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROIDIENS (AINS)

Ils ont des effets périphériques et centraux. L'effet de dose est croissant. Ce sont des antalgiques antipyrétiques puis anti-inflammatoires. Ils agissent par inhibition des cyclo-oxygénases responsables de la transformation de l'acide arachidonique en prostaglandines (PGE2). Ils diminuent donc l'effet sensibilisant des prostaglandines sur les nocicepteurs. Ils augmentent la production des leucotriènes, médiateurs des réactions allergiques. Le risque digestif impose l'éviction des sujets prédisposés, l'administration pendant un repas. Le risque rénal fera réduire les doses chez le sujet âgé.

Les indications préférentielles des salicylés et AINS sont les douleurs d'origine inflammatoire, les pathologies articulaires, les métastases osseuses, les douleurs post-traumatiques, postopératoires, viscérales, ou les dysménorrhées.

LES ANTALGIQUES PURS

Nous nous contenterons de citer la floctafénine (IDARAC ®) et le nefopam (ACUPAN ®) utilisable par voie parentérale uniquement.

3.1.2.2 Les antalgiques de niveau 2 et 3

Les antalgiques opioïdes sont efficaces surtout sur des douleurs par excès de nociception rebelles aux antalgiques non opioïdes. On peut les classer en fonction de leur origine, de leur mode d'action, ou de leur puissance.

Classification selon leur origine :

- les alcaloïdes naturels de l'opium : la morphine, la codéine
- les composées semi-synthétiques : buprénorphine (TEMGESIC®) et nalbuphine (NUBAIN ®)
- les composés synthétiques : dérivés de la méthadone
 - dextropropoxyphène (ANTALVIC ®)
 - dextromoramide (PALFIUM®)
- dérivés de la piperidine
 - pethidine DOLOSAL® ou FENTANYL® (utilisé en anesthésiologie).

Classification en fonction de l'action sur les récepteurs : (30)

Les opioïdes exercent leurs effets en agissant sur trois types de récepteurs spécifiques mis en évidence en 1971. Ces récepteurs sont de trois types : μ , κ , δ et de structures très voisines.

A chaque type de récepteurs correspond une famille d'opioïdes endogènes ou endomorphines. Les opioïdes ont une structure stéréochimique qui s'adapte à ces récepteurs. L'action prédominante des opioïdes se situe au niveau des membranes des fibres nociceptives où ils modifient les courants ioniques transmembranaires. Ils agissent ainsi directement sur la libération des neurotransmetteurs et inhibent la transmission synaptique.

On distingue :

- les agonistes purs

Ils ont un effet plafond tardif, ils ne réduisent pas les effets d'autres agonistes donnés simultanément. La morphine en est le chef de file, d'autres sont nettement moins puissants (dextropropoxyphène, codéine ...).

- les agonistes partiels-antagonistes

La buprénorphine (TEMGESIC®) est actuellement le seul agoniste partiel μ et antagoniste κ . Il possède une forte affinité pour les récepteurs, ce qui explique la lente dissociation de ceux-ci, son action prolongée et la difficulté à antagoniser ses effets.

Pour les mêmes raisons, on ne doit pas l'associer aux agonistes purs, faibles ou forts. L'analgésie obtenue n'est pas totalement dose-dépendante et conduit à un effet plafond qui en limite l'intérêt (à partir d'un seuil, l'analgésie n'augmente plus avec l'augmentation des doses).

- les agonistes-antagonistes

La nalbuphine (NUBAIN®) est un agoniste κ , antagoniste μ . Elle possède un effet plafond aussi et ne doit pas non plus être associée aux agonistes purs.

- les antagonistes

En présence d'un agoniste, la naloxone (NARCAN ®) dispute la liaison aux récepteurs et renverse son effet. Il s'agit d'un antidote des agonistes, efficace en quelques dizaines de secondes.

Classification en puissance :**- les opioïdes faibles (niveau 2)*****Codéine et dihydrocodéine**

La codéine est un alcaloïde de l'opium. Elle a un effet antalgique 5 à 10 fois plus faible que celui de la morphine, sa durée d'action est de 5 heures. Elle s'utilise le plus souvent en association avec le paracétamol. L'association se fait aux doses respectives de 350 à 1000 mg de paracétamol et 30 à 60 mg de codéine (ALGISEDAL®, CODOLIPRANE®, EFFERALGAN CODEINE®...).

La codéine existe aussi sous forme de dihydrocodéine retard ou DICODIN LP ® 60 mg (posologie habituelle : 2 fois 60 mg /24 heures).

***Dextropropoxyphène**

C'est un analgésique opiacé dérivant de la méthadone ayant un effet analgésique inférieur à celui de la codéine. C'est une alternative à la codéine. On conseille une prise toutes les 4 à 6 heures. La forme isolée est l'ANTALVIC®, la forme associée au paracétamol est le DIANTALVIC®. L'association existe aussi sous forme de suppositoires pour un traitement en général limité à 10 jours en raison du risque d'ano-rectite grave. Les effets indésirables sont le plus souvent digestifs. Certaines manifestations imposent l'arrêt immédiat du traitement : réactions cutanées allergiques, hypoglycémies, hépatites choléstatiques, confusion ...

- les opioïdes forts (niveau 3)

AGONISTES PURS COMPLETS	LA MORPHINE	Alcaloïde de l'opium, elle est la substance de référence du groupe des antalgiques morphiniques.
	pethidine : DOLOSAL®	A un effet antalgique un peu moins puissant que celui de la morphine et sa durée d'action est plus courte. C'est le seul morphinique qui possède des propriétés spasmolytiques.
	dextromoramide : PALFIUM®	A un effet plus puissant que celui de la morphine, mais sa courte durée d'action (2 heures) ne permet pas son utilisation dans les douleurs chroniques. Il est par contre potentiellement intéressant pour soulager un acte momentanément douloureux (pansements, escarres).
	FENTANYL®	Morphinomimétique très puissant. Il permet une analgésie chirurgicale 50 à 100 fois supérieure à celle de la morphine. Utilisé récemment en dispositif transdermique.
AGONISTES PARTIELS	buprénorphine : TEMGESIC®	Plus puissant que la morphine, mais son efficacité théorique est moindre en raison du caractère partiel de l'agonisme μ .
AGONISTES ANTAGONISTES	pentazocine : FORTAL® et nalbuphine NUBAIN®	Agonistes des récepteurs κ et antagonistes des récepteurs μ . Les propriétés pharmacologiques imposent de respecter un intervalle libre entre l'administration de ces produits et celle des agonistes complets afin d'éviter tout phénomène de compétition. L'association avec des agonistes complets est illogique et à proscrire. Ces produits agissent rapidement et ont une durée d'action trop courte pour être utilisés dans les douleurs chroniques.
ANTAGONISTES PURS	naloxone : NARCAN®	L'indication préférentielle est le traitement des intoxications aiguës par des opiacés.

3.1.2.3 Les antalgiques « de niveau 4 » (30)

On peut en effet parler d'un quatrième niveau, avec :

- les techniques anesthésiologiques

Ce sont essentiellement les blocs nerveux, utilisés largement dans les douleurs aiguës par excès de nociception (douleurs postopératoires, douleurs post-traumatiques), utilisés également en douleurs chroniques. Le principe consiste à réaliser un bloc de conduction des fibres sympathiques et sensibles au niveau d'un tronc nerveux ou d'une racine par un anesthésique local seul ou associé à des adjuvants : morphine, codéine... Il s'agit d'un effet stabilisant de membrane qui interrompt la transmission de l'influx nociceptif et pourrait prévenir les phénomènes de sensibilisation et le développement de douleurs persistantes.

- les techniques chirurgicales

On peut citer la neurochirurgie fonctionnelle. Ce sont des méthodes d'exception en cancérologie après échec d'un traitement médicamenteux bien conduit. Ce sont des méthodes d'interruption des voies de la douleur. Nous nous contenterons de les citer :

- la radicellotomie postérieure sélective
- la cordotomie spinothalamique
- la tractotomie pédonculaire stéréotaxique.

- le traitement chirurgical symptomatique

Il existe des interventions curatives dans un contexte aigu comme la cure de hernie discale pour sciatique hyperalgique, la cure d'une crise d'appendicite. On peut aussi intervenir dans un but purement symptomatique (consolidations osseuses primitives ou secondaires par enclouages, prothèses, ostéosynthèses ; dérivations digestives, prothèses oesophagiennes...)

3.1.3. Les coanalgésiques (traitements adjuvants) (61) (45)

De nombreux médicaments peuvent aussi avoir de l'intérêt comme adjuvants aux traitements antalgiques. Il s'agit :

- des antidépresseurs

Les antidépresseurs stimulants trouvent leurs indications dans les syndromes douloureux chroniques avec dépression à forte composante asthénique.

Les antidépresseurs sédatifs s'adressent plus particulièrement aux douleurs chroniques de désafférentation associées à un état dépressif où domine l'anxiété.

Quel que soit le choix de l'antidépresseur, sa prescription chez un malade âgé oblige à une surveillance des effets indésirables. Le métabolisme des antidépresseurs est d'autant plus lent que le malade est âgé. Il faut 2 à 3 semaines chez le sujet âgé pour que les taux plasmatiques atteignent leur équilibre (5 à 10 jours à un âge moyen).

Les antidépresseurs tricycliques possèdent une action antalgique pure, indépendante de l'effet sur l'humeur. (43)

Cet effet est démontré par de nombreux essais cliniques contrôlés, mais reste insuffisamment connu ou mentionné dans les notices. La principale indication est la composante permanente de la douleur neurogène. Il existe plusieurs spécialités :

- Amitriptyline : LAROXYL ® (1 mg/goutte)
- Clomipramine : ANAFRANYL ®.

Le délai d'action est retardé, il est de 3 à 4 semaines. Il faut utiliser des doses progressivement croissantes, certaines présentations en gouttes permettent un ajustement précis. Les posologies efficaces varient de 25 à 200 mg/j en moyenne chez l'adulte. Chez la personne âgée, on ne dépasse pas 100 mg/j (en raison de l'effet cardiotoxique). Il existe bien sûr de nombreux effets secondaires : sédation, constipation, prise de poids, tremblements, bouche sèche, hypotension orthostatique, troubles sexuels, troubles du rythme. Il faut donc bien prévenir le patient quand celui-ci est capable de comprendre.

- les anticonvulsivants (antiépileptiques) (43)(45)

Il s'agit de carbamazépine TEGRETOL®, clonazépan RIVOTRIL®.

Ils sont intéressants pour des douleurs à composante fulgurante (décharges électriques) ou certaines hyperesthésies (exemples : on utilise le TEGRETOL® dans la névralgie faciale, le RIVOTRIL® dans les douleurs de désafférentation). Ils ont une action plus rapide que les antidépresseurs. En pratique, il faut commencer le traitement à petites doses, si possible en gouttes pour mieux moduler les posologies (1 goutte = 0,1 mg).

Le traitement débute à 5 ou 6 gouttes, une fois/jour (au coucher) avec ascension progressive jusqu'à une limite de 15 à 20 gouttes. On peut associer le RIVOTRIL® à l'ANAFRANIL®. Le contrôle des taux sanguins n'a pas d'intérêt pour l'efficacité antalgique, par contre, c'est un bon reflet de l'observance thérapeutique.

- les neuroleptiques

Ils sont parfois prescrits pour calmer la « turbulence » et les troubles du comportement. Des posologies faibles sont nécessaires, au risque de voir apparaître des effets secondaires.

- les anxiolytiques

Les benzodiazépines permettent de rompre le cercle vicieux anxiété-dépression-douleur et augmentent le seuil de tolérance à la douleur. L'oxazépan (SERESTA®) est utilisé pour l'état anxieux et le diazépam (VALIUM®) est le traitement de choix des spasmes musculaires.

- les myorelaxants

Les benzodiazépines sont utilisées dans cette optique : VALIUM®, MYOLASTAN®.

- les corticoïdes

Ils sont utilisés à faibles doses comme stimulants de l'appétit et à fortes doses pour leurs effets antalgiques liés à leur action anti-oedème pérítumoral (dans les compressions neurologiques, l'hypertension intracrânienne).

- les anti-inflammatoires non stéroïdiens

Ils sont particulièrement indiqués dans les douleurs de métastases osseuses, en complément des antalgiques périphériques ou centraux.

- les techniques physiques (45)

Ces méthodes qui agissent sur le corps sont regroupées dans cette rubrique, mais il est certain qu'elles agissent sur l'image du corps et le schéma corporel dans sa globalité.

On peut citer parmi ces techniques :

- la kinésithérapie, les massages, les techniques de physiothérapie.

- la neurostimulation transcutanée (43) : il s'agit d'une application pratique de la théorie du « Gate Control » qui stipule que la stimulation des fibres myélinisées bloque la transmission de l'influx des fibres amyéliniques au niveau de la corne postérieure de la moelle. Un petit appareil miniature porté en permanence et contrôlé par le patient procure des paresthésies qui se superposent et masquent la douleur spontanée. Pour que ce soit efficace, il faut qu'il s'agisse de douleurs neurogènes principalement, d'intensité modérée. Il faut surtout une compréhension de la technique qui nécessite la participation du patient. Les principaux obstacles rencontrés sont les manipulations, les câbles, l'allergie aux électrodes, l'épuisement d'effet avec le temps et le coût ! (de 1000 à 1500 F à l'achat, de 100 à 150 F par mois en location). Le port de pacemaker est une contre-indication.

- les méthodes de relaxation

Ces méthodes ne peuvent pas être utilisées chez des sujets âgés ayant des perturbations des fonctions intellectuelles dues à la sénescence car elles demandent une adhésion et une participation active du patient.

- les thérapies

Les nouvelles thérapies corporelles et groupales dûment pratiquées, recensées et répertoriées aux Etats-Unis étaient au nombre de 250 en 1980. Chez le sujet du troisième âge, le choix d'une thérapie psycho-corporelle peut se concevoir, mais l'évaluation et le suivi thérapeutique nécessitent une connaissance poussée des techniques employées. L'induction de toute thérapie doit se faire dans un souci de logique, d'éthique et de professionnalisme.

3.1.4. La morphine en gériatrie : particularités

3.1.4.1 démystification (55)

Classiquement, sur le plan clinique et juridique, la question du soulagement de la douleur a été surtout abordée dans ses rapports avec la fin de vie et avec l'euthanasie.

En effet, a été principalement évoquée la possibilité que le soulagement de la douleur d'un patient, au moyen de l'administration de morphine notamment, puisse hâter sa mort et constituer, par voie de conséquence, un acte criminel susceptible d'entraîner la responsabilité juridique du médecin traitant.

De plus, on sait que les notions d'euthanasie et de douleurs sont très voisines puisque la demande d'euthanasie que fait un malade semblerait le plus souvent liée, soit à la douleur qu'il ressent effectivement, ou encore à celle qu'il appréhende.

Une enquête européenne a permis de révéler que selon la région et le type de service, jusqu'à 100 % des malades qui demandent l'euthanasie le font parce qu'ils ressentent des douleurs importantes ou intolérables, et que 64,9 % le font parce qu'ils craignent que les douleurs apparaissent, ou pire qu'elles augmentent.

Or, il a été clairement démontré que, même de très fortes doses de morphine données adéquatement à but thérapeutique, n'abrègent pas la vie des malades. D'autres médicaments psychotropes, mais non antalgiques administrés à de fortes doses, sont à la différence de la morphine, potentiellement mortels et pourtant leur utilisation ne semble pas remise en question !

De plus, parmi les mythes entourant les analgésiques narcotiques, le risque de dépendance psychologique est celui qui effraie le plus les professionnels de la santé. Le travail de J.PORTER et H.JICK (53) démontre qu'il n'en est rien. Dans une série de 39 946 patients hospitalisés, parmi lesquels 11 882 ont reçu au moins une préparation narcotique pendant leur séjour, seuls quatre patients ont ensuite présenté une dépendance documentée, soit 0,03 %.

Il convient donc de modifier les comportements des professionnels et leurs attitudes thérapeutiques. (21)

En effet, le principal obstacle à la mise sous morphine est la résistance du corps médical. La justification de la morphine devient difficile pour le patient et sa famille car ils vont sentir confusément (ou inconsciemment) notre propre peur du médicament. Un médecin qui a peur au fond de lui, communiquera son angoisse à tous sans même s'en rendre compte.

Il faut dire et redire que la morphine n'a rien à voir avec l'usage qu'on en faisait jusqu'à une date récente. C'est un produit maniable, non toxique par voie orale, efficace, qui ne se donne pas forcément seulement en fin de vie et que l'on peut arrêter lorsque la douleur a disparu.

3.1.4.2 Education de l'équipe soignante

Si les médecins doivent être sensibilisés car ils sont les prescripteurs, il est également important « d'éduquer » l'équipe soignante en entier. En effet, les soignants ont un rôle essentiel lors d'un traitement morphinique. Ils doivent évaluer la douleur, prévenir et évaluer les effets secondaires, soutenir les patients psychologiquement, pouvoir répondre aux diverses questions posées aussi bien par les patients que par les familles.

Leur proximité relationnelle les place dans une position privilégiée pour l'évaluation des symptômes par rapport aux médecins.

3.1.4.3 Pharmacologie

Le maniement de la morphine en gériatrie procède souvent d'extrapolations des pratiques relatives aux adultes jeunes et aux cancéreux. Or ce médicament a des propriétés pharmacologiques et des indications spécifiques chez les personnes âgées (22).

Propriétés pharmacologiques :

Chez le sujet âgé, l'administration orale ou intraveineuse s'accompagne d'une réduction du volume apparent de distribution et de la clairance totale d'élimination par rapport aux sujets jeunes. Cela entraîne une augmentation des aires sous la courbe, des concentrations maximales (C_{max}) plus hautes, et une élévation de la biodisponibilité de la morphine et de ses métabolites. La morphine est rapidement résorbée par diffusion passive de la forme non ionisée au niveau de l'intestin grêle. La biodisponibilité des différentes présentations est relativement faible (généralement < à 25 %) suite à un effet de premier passage hépatique important. Elle est cependant supérieure pour des solutions de chlorhydrate de morphine à libération immédiate par rapport aux formes à libération prolongée. Le pic de concentration après une prise unique varie avec la voie d'administration utilisée :

- 20 minutes après une injection intraveineuse,
- 30 à 60 minutes après une injection intramusculaire,
- 45 à 90 minutes après une injection sous-cutanée,
- de 1 heure à 1 heure 15 par voie orale (avec les solutions),
- de 2 heures à 2 heures 30 par voie orale (avec les formes retard).

Au niveau du foie, la morphine se transforme partiellement en deux métabolites par glucuronisation en position 3 et 6. La morphine-6-glucuronide (M6G) est un métabolite actif qui a une forte activité analgésique lors d'un traitement chronique. La morphine-3-glucuronide est inactive.

Dans le cadre du vieillissement du foie ou d'une cirrhose, malgré la réduction du débit sanguin et du volume hépatique, il existe une conjugaison extra-hépatique qui maintient stable la clairance de la morphine, en dépit de la réduction de l'effet de premier passage.

Une liaison plus faible de la morphine aux protéines plasmatiques avec une augmentation de la fraction libre disponible au niveau des récepteurs intra-cérébraux est une cause potentielle de sensibilité excessive, mais la sensibilité aux opiacés des vieillards est due aussi à une réduction du volume de distribution secondaire à la baisse du débit cardiaque.

Les effets de la morphine (22)(30)

La morphine est un antalgique à effet central. A chaque étage du système nerveux, il existe des macromolécules spécifiques, appelées récepteurs, activées par des agonistes endogènes et naturels : le récepteur μ sur les structures supra spinales, le récepteur κ au niveau de la moelle et le récepteur δ au niveau limbique.

La morphine se fixe surtout sur les récepteurs μ et κ et prend la place des enképhalines au niveau des récepteurs morphiniques pré-synaptiques. L'activation des récepteurs opioïdiques qui se trouvent notamment sur les fibres C afférentes dans la corne postérieure de la moelle, a pour effet de diminuer la libération de neuromédiateurs tels que les tachykinines (substance P, acides aminés excitateurs : glutamate, aspartate). La morphine agit également au niveau post-synaptique sur les neurones des faisceaux ascendants en diminuant leur activité.

Au niveau supra médullaire, la morphine se lie aux récepteurs spécifiques du tronc cérébral (substance grise péri-aqueducale) et du bulbe (noyau raphé magnus). Une action inhibitrice s'exerce alors en filtrant le message douloureux transmis par les faisceaux médullaires afférents. La morphine agirait également directement au niveau du thalamus et du cortex. L'analgésie obtenue est sélective et se traduit par une élévation du seuil de perception à la douleur, une dénaturation du message douloureux. La durée et l'intensité de l'action analgésique sont fonction de la voie d'administration et de la dose.

La morphine est un agoniste pur complet qui crée une interaction ligand-récepteur de manière dose-dépendante jusqu'à produire l'effet pharmacodynamique maximal. L'action périphérique de la morphine au niveau des effets nociceptifs des substances algogènes est peu intense par rapport à l'action centrale exercée au niveau médullaire ou cérébral.

Les effets indésirables

Tous les effets secondaires classiquement décrits sont bien réels, mais leur exacte connaissance, au lieu d'inciter à réduire ou à proscrire l'usage de la morphine doit permettre au contraire un bon usage. Il serait en effet dommageable et regrettable pour les patients d'être privés d'une antalgie efficace pour un risque généralement parfaitement maîtrisable.

Action psychodysleptique	La morphine induit un état d'euphorie suivi parfois de dysphorie avec anxiété, frayeur... A doses plus importantes, la morphine peut entraîner un état d'excitation motrice avec délires et hallucinations, cauchemars dans le cadre d'un syndrome confusionnel. Ceci étant exceptionnel, il faut toujours rechercher une autre cause.
La somnolence	Souvent présente en début de traitement (20 à 30 % des cas), ou lors d'une majoration importante de posologie, elle disparaît en 36 à 48 heures. C'est une somnolence de récupération, qui sous surveillance, peut être respectée. Par contre, il importe d'exclure du traitement tout autre sédatif durant cette période.
Les effets digestifs	<p>Les opioïdes provoquent une augmentation du tonus des fibres circulaires des sphincters, une réduction des contractions des fibres longitudinales intestinales. La prise de morphine provoque donc un retard de la vidange gastrique, un ralentissement du transit intestinal par ailleurs favorisé par la réduction des sécrétions digestives et une inhibition du réflexe de défécation aboutissant à la constipation (dans 95 % des cas). Elle est facilement contrôlée par l'emploi de laxatifs osmotiques ou huileux, associés à des accélérateurs du transit.</p> <p>La morphine stimule à faible dose les récepteurs qui commandent le centre du vomissement. Ils surviennent dans 30 % des cas chez l'adulte, mais paraissent moins fréquents chez les personnes âgées. Ils disparaissent en une semaine à 10 jours et sont facilement contrôlés par de faibles doses de neuroleptiques d'action essentiellement centrale.</p> <p>L'effet spastique sur le sphincter d'Oddi peut provoquer une augmentation de la pression intra-biliaire avec une crise de colique hépatique.</p>

Action sur l'appareil respiratoire	<p>La morphine provoque une dépression dose-dépendante de la fréquence ventilatoire et du volume courant. Elle est due à une action sur les récepteurs μ et δ qui entraînent une diminution de la sensibilité des chémorécepteurs à l'hypoxie et à la PaCO_2.</p> <p>La consommation simultanée d'autres psychotropes, l'existence d'une affection pulmonaire évolutive, risquent de décompenser un insuffisant respiratoire chronique. Inversement, la douleur joue un rôle protecteur puisque les influx nociceptifs stimulent la respiration.</p> <p>Ces épisodes de dépression respiratoire surviennent surtout lors de changements brutaux de posologies ou de modes d'administration, lors de doses trop importantes, ou lors de thérapeutiques associées sédatives comme les neuroleptiques.</p> <p>La dépression respiratoire cède quasi-instantanément avec un antagoniste : la naloxone ou NARCAN®.</p> <p>La diminution de la fréquence respiratoire explique l'utilisation de faibles doses de morphine dans le traitement des dyspnées.</p> <p>Il faut savoir que la morphine exerce aussi une action antitussive utilisée en thérapeutique. Elle peut favoriser l'encombrement bronchique chez les obstructifs car elle a une action bronchoconstrictive par son effet histamino-libérateur.</p>
Action sur l'appareil cardio-vasculaire	<p>Les effets cardio-vasculaires sont expliqués par une vasodilatation artériolaire et veineuse secondaire à une inhibition du tonus sympathique, à une libération d'histamine avec libération du tonus vagal, ce qui induit une réduction du travail cardiaque et de la consommation d'O_2.</p> <p>Ces propriétés pharmacologiques ont longtemps été utilisées comme thérapeutique d'appoint dans l'infarctus du myocarde avec tension conservée. Une hypotension orthostatique est possible car la fonctionnalité des barorécepteurs est réduite sous l'action de la morphine.</p>

Action sur l'appareil urinaire	<p>La morphine réduit l'activité contractile du détrusor et augmente l'hypertonie du sphincter externe de la vessie. Il existe un risque important de rétention urinaire chez le sujet âgé alité et/ou sur des terrains prédisposés (adénome prostatique, sténose urétrale, neuropathie diabétique...)</p> <p>Il est parfois préférable de mettre une sonde urinaire chez les patients âgés sous forte posologie de morphine.</p>
--------------------------------	---

Autres effets	<p>La sécheresse de bouche nécessite souvent des soins de bouche avec des pulvérisations d'eau.</p> <p>La vasodilatation histamino-dépendante favorise des sueurs qui peuvent être profuses la nuit et en cas d'hyperthermie.</p> <p>La libération d'histamine peut être responsable d'un flush, d'un prurit au point d'injection.</p> <p>La morphine a un effet myotique par stimulation centrale du noyau parasympathique du III. La tension intra-oculaire est peu modifiée à doses thérapeutiques. Le myosis persiste lors d'un traitement chronique par la morphine.</p>
---------------	---

<p>Risque de toxicomanie</p>	<p>L'état de dépendance physique, c'est-à-dire l'envie irrésistible de se procurer de la drogue, est surestimé chez les sujets algiques. Chez les patients insuffisamment traités, il peut apparaître une dépendance physique lors d'un arrêt brutal ou d'une prescription irrégulière à la demande. Des horaires de prescriptions réguliers évitent l'état de manque qui se manifeste par des douleurs avec contractions musculaires, arthralgies, anxiété, sueurs, frissons, larmoiements, rhinorrhées et troubles digestifs. Au delà de 20 à 30 jours de traitement, un syndrome de sevrage est à craindre à l'arrêt brutal du médicament. Pour éviter l'état de dépendance physique, il suffit de réduire les doses progressivement.</p> <p>L'arrêt d'un traitement devenu non indispensable peut toujours être effectué sans risque car on ne note pas de dépendance psychique ou addiction (à partir du moment où un autre traitement antalgique est réalisé).</p> <p>L'état de tolérance ou d'accoutumance se dépeint par la nécessité d'administrer des doses plus fortes pour reproduire l'effet antérieurement obtenu. En gériatrie, l'aggravation de la maladie est la principale cause d'augmentation des doses.</p> <p>En résumé les mêmes doses peuvent être maintenues longtemps voire diminuées, si la part de « douleur mémoire » était importante ou si l'état du malade s'améliore. Si le symptôme algique augmente, on peut et on doit légitimement augmenter les doses de morphine.</p>
------------------------------	--

Les interactions médicamenteuses

La prescription de morphine avec un autre médicament dépresseur du système nerveux central mérite une vigilance particulière parce qu'elle majore le risque de confusion et de dépression respiratoire. Tel est le cas des benzodiazépines, des barbituriques, des neuroleptiques, des antihistaminiques H1. Les associations entre morphiniques ne sont pas justifiées, antitussifs y compris. Il est préférable alors de prescrire des coantalgiques.

3.1.4.4 Les différentes formes d'administration

On peut présenter les principaux morphiniques selon :

- leur présentation galénique
- leur voie d'administration.

On distingue des formes à demi-vie courte et des formes à libération prolongée.

Les formes à demi-vie courte sont à base de chlorhydrate de morphine ou de sulfate de morphine. L'administration se fait toutes les 4 heures per os ou injectable.

Les formes à libération prolongée visent à prolonger la libération de morphine pour maintenir des concentrations actives durant 8 à 12 heures. Cela permet une réduction du nombre de prises et assure une couverture des heures nocturnes. Selon leur structures, on distingue des formes solides monolithiques où du sulfate de morphine est inclus dans des grains constituant une matrice hydrophile (MOSCONTIN®), des formes solides multiparticulaires où le principe actif est réparti en un grand nombre de microgranules (SKENAN®). Il existe également une autre spécialité de sulfate de morphine à libération prolongée sur 24 heures, le KAPANOL LP® . Cette forme permet une administration orale en une prise quotidienne. La vitesse d'absorption de cette présentation de morphine est plus lente que celle des autres comprimés à libération prolongée ($T_{max} = 8,5$ heures), ce qui se traduit à posologie identique, par une concentration maximale (C_{max}) plus faible et une concentration minimale (C_{min}) plus élevée.

Concernant la galénique, il ne faut jamais casser les comprimés de MOSCONTIN® , sinon l'effet retard disparaît. Les gélules de Skénan contiennent des microgranules, elles peuvent s'ouvrir et le contenu peut être mélangé à l'alimentation semi-liquide ou pâteuse si le patient a

du mal à avaler. Si le contenu est mélangé à un liquide très fluide, on veillera au fait que ces microgranules collent au fond du verre et restent ensuite collés dans la dentition. Il faut savoir que le contenu peut être administré dans une sonde (nasogastrique ou de gastrostomie) si le diamètre de celle-ci est supérieur à 16 mm avec extrémité distale ouverte à pores latéraux, et si l'on prend bien soin de rincer la sonde ensuite avec un composé suffisamment sirupeux.

Par rapport aux formes orales à demi-vie courte, l'étude de la pharmacocinétique des formes à libération prolongée montre une demi-vie d'absorption plus lente avec un Tmax plus tardif et une Cmax moins élevée.

Les différentes formes orales de Morphine :

<p>Solutions chloroformées</p>	<p>•Ampoules buvables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - chlorhydrate de morphine à 5, 10, 20 mg + - eau chloroformée 0,5 % qsp 10 ml <p>soit { 10 ml = 5 mg de morphine { 10 ml = 10 mg de morphine</p> <p>•Solution préparée en pharmacie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - chlorhydrate de morphine supérieur à 20 mg + - eau chloroformée 0,5 % qsp 10 ml
<p>Sirop de morphine officinal (du codex)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - chlorhydrate de morphine 0,5 g - eau distillée 9,5 g - sirop simple 930 g <p>10 ml = 6 mg de morphine</p> <p>Goût très sucré : contre-indiqué chez le diabétique, dégoût au long cours.</p>

Elixir type BROMPTON ou SAINT CHRISTOPHER	<ul style="list-style-type: none"> - chlorhydrate de morphine = 420 mg - chlorhydrate de cocaïne = 420 mg - Ethanol 95 ° = 50 ml - Sirop aromatisé = 100 ml - Eau distillée qsp 420 ml <p style="text-align: center;">10 ml = 10 mg de morphine</p>
Formes solides	<p>MOSCONTIN® : cps à 10, 30, 60, 100, 200 mg</p> <p>SKENAN LP® : gel à 10, 30, 60, 100, 200 mg</p> <p>KAPANOL® : gel à 20, 50, 100 mg.</p>

3.1.4.5 Les différentes voies d'administration (22)

La voie orale :

Malgré une faible biodisponibilité, la morphine orale est le traitement de choix des douleurs chroniques intenses.

La voie sublinguale :

Elle peut être utile si la déglutition est difficile. Pour obtenir une concentration correcte sous un faible volume, on peut utiliser les ampoules injectables de chlorhydrate de morphine (1 ml = 10 mg) et à l'aide d'une seringue ou d'un compte-gouttes, déposer sous la langue la quantité nécessaire. A la longue, si les doses sont importantes, il peut apparaître une certaine irritation locale.

La voie rectale :

Peu utilisée en France, elle a la même cinétique que la voie orale. On peut faire préparer des suppositoires de morphine en prescription magistrale.

La voie sous-cutanée :

C'est la voie parentérale la plus utilisée, surtout en postopératoire et en fin de vie. Elle est deux fois plus efficace que la voie orale. Lorsqu'on passe de la voie orale à une voie parentérale, la dose de morphine doit être réduite de moitié, voire des 2/3 chez des sujets très âgés et très fatigués (61). Il existe plusieurs modalités de prescription :

- par administration discontinue en faisant des injections répétées toutes les quatre heures,
- par administration continue grâce à une épicroânienne reliée à un pousse seringue électrique.

La voie veineuse :

La supériorité de son efficacité par rapport à la voie sous-cutanée n'est pas montrée et elle occasionne plus d'effets secondaires. Le passage de la voie orale à la voie veineuse nécessite une division par 3 des posologies.

L'administration à travers une chambre implantable est un recours possible. Lors de périodes postopératoires, l'auto-administration de bolus de morphine intraveineux est employée chez des patients ayant des fonctions intellectuelles conservées (Méthode PCA : Analgésie Contrôlée par le Patient). Ceci est difficilement applicable en gériatrie.

La voie médullaire (péridurale ou intrathécale) :

Elle est réservée à des indications très précises. Elle apporte une antalgie plus puissante pour des posologies inférieures.

L'administration par voie orale de morphine conduit, comme la voie intraveineuse ou sous-cutanée, à des fluctuations importantes des concentrations circulantes en raison du profil pharmacocinétique lié à ces types d'administration. On note l'existence de pics et de vallées se traduisant cliniquement par des épisodes de surdosages et surtout de sous-dosages.

Il existe maintenant une nouvelle voie d'administration :

la voie transcutanée :

Il s'agit d'un dispositif transdermique, commercialisé sous le nom de DUROGESIC®. Il possède une efficacité équivalente à celle de la morphine LP, une meilleure tolérance et une cinétique mieux prédictible dépourvue de « pics » et de « vallées ». Le principe actif est le fentanyl, opioïde agoniste pur, à haute affinité sélective pour le récepteur μ . Il permettrait d'obtenir :

- une libération continue du principe actif sur trois jours,
- une efficacité équivalente à la morphine,
- une meilleure tolérance.

Il se prescrit à raison d'un patch tous les trois jours. Il fait partie de la liste des stupéfiants, il est soumis à la règle des 28 jours. Il existe en patch de 10, 20, 30, et 40 cm² qui délivrent 25, 50, 75, et 100 μ g de fentanyl par heure.

Ce produit n'était pas encore disponible lors de l'étude réalisée dans le service de long séjour. Nous ne pouvons donc pas apprécier son efficacité par rapport aux autres voies.

Par contre, dans un article datant de mai 1999, Renée SEBAG LANOE et Sophie LEFEBVRE CHAPIRO nous font part de leur expérience : (41)

« DUROGESIC® peut être utilisé quand il existe des troubles de déglutition ou une mauvaise tolérance de la morphine. Mais il est difficile de déterminer la dose initiale nécessaire notamment pour convertir la morphine en fentanyl. De plus, le patch le plus faiblement dosé (25 μ g/h) risque d'être trop puissant pour une personne âgée n'ayant jamais reçu d'opiacés ou recevant de très faibles doses de morphine. Nous ne conseillons donc le recours au fentanyl que si le malade reçoit déjà au moins 60 mg de morphine par jour per os. Le patch est alors efficace pendant 72 heures, mais il faut savoir que la fièvre augmente la résorption du produit, donc le risque de toxicité ».

Pour illustrer notre propos, le tableau n° 11 recense les voies alternatives d'administration des opioïdes. (33)

Tableau n°11 : Voies alternatives d'administration des opioïdes.

Situations cliniques	voies					
	Transcutanée	Rectale	Sublinguale	Orale	Sous cutanée	intra veineuse
Vomissements	++	++	++	0	++	++
Occlusion	++	±	++	±	++	++
Dysphagie	++	++	++	±	++	++
Troubles du comportement	++	±	0	0	±	±
Diarrhées	++	0	++		++	++
Colostomie	++	0	++	++	++	++
Hémorroïdes fissure anale	++	0	++	++	++	++
Coagulopathie	++	++	++	++	0	+
Oedèmes diffus	0	++	++	++	±	++

0 : voie impraticable

± : voie peu praticable

+ : voie possible

++: voie recommandable.

3.1.4.6 Les règles d'utilisation (22)

Quel que soit l'âge du patient, deux règles d'utilisation sont essentielles lors de la prescription de morphine.

- Elle doit être administrée à intervalles dictés par la pharmacocinétique, sans attendre une recrudescence de la douleur.

- L'effet antalgique est proportionnel à la dose. Il existe néanmoins des doses efficaces maximales au delà desquelles seuls les effets indésirables sont majorés.

Chez la personne âgée, il existe des précautions supplémentaires à observer.

- La titration de la posologie doit se faire prioritairement par voie orale avec du chlorhydrate de morphine administré toutes les 4 heures et en commençant par de faibles doses :

- 2,5 mg/ prise chez les sujets très âgés

- 5 mg/ prise chez des sujets moins fragiles.

- L'adaptation posologique doit être plus progressive par rapport à l'adulte jeune. L'augmentation doit se faire par paliers successifs en fonction du résultat clinique (2,5; 5; 10; 15; 20; 30; 40 mg/prise).

Le poids du malade n'est pas un facteur à retenir dans l'adaptation et ne joue qu'un rôle mineur.

- Lors de la prescription au long cours, des posologies d'entretien doivent être plus faibles chez les personnes très âgées ou porteuses d'une insuffisance rénale chronique, car il existe une activité antalgique croissante due à l'accumulation de la morphine-glucuronide (M6G).

- En fin de vie, des posologies très faibles, en moyenne < à 20 mg/j per os, ou 10 mg en sous cutané, sont susceptibles d'apporter une antalgie suffisante chez des vieillards atteints d'escarres, de contractions douloureuses avec rétractions articulaires, de douleurs abdominales ou de cancers.

- L'effet antalgique est apprécié après 2 prises. Il n'est pas nécessaire d'attendre 24 heures pour augmenter la posologie, et on doit pouvoir ajuster la dose idéale en 24 à 48 heures. (61)

- Les prises nocturnes sont nécessaires pour équilibrer le traitement, mais elles peuvent être discutées en fonction du confort du patient. Il est préférable de réveiller le patient pour lui

donner sa dose de morphine plutôt que celui-ci soit réveillé quelques heures plus tard par la douleur.

- Si dans la journée, un moment se révèle être plus douloureux (pansement, soins d'escarres, mobilisation...), il est possible d'augmenter la dose précédant l'acte douloureux et cela jusqu'au double de la dose standard d'une prise.

Exemple : malade soumis chaque jour à un pansement douloureux.

0 H = 10 mg

4 H = 10 mg

8 H = 15 mg voire 20 mg

Pansement entre 9 H et 11 H

12 H = 10 mg

16 H = 10 mg

20 H = 10 mg.

Quand le sujet est bien équilibré sous 60 mg de solution orale de chlorhydrate de morphine, la dose quotidienne peut être remplacée par du SKENAN® 30 mg deux fois par jour (8 H-20 H). Pour des moments très douloureux, on peut ajouter de la même façon une dose supplémentaire de morphine en solution.

- Pour un traitement par morphine orale, deux effets secondaires seulement méritent vraiment de l'attention chez les personnes âgées : la constipation et la sécheresse buccale. La constipation est constante dans 95 % des cas, donc il ne faut pas hésiter à utiliser tout l'arsenal des thérapeutiques laxatives. La sécheresse buccale est, elle aussi, quasi-constante : on la maîtrise à l'aide de soins de bouche. En cas de nausées, il faut penser à donner des antiémétiques tels que le PRIMPERAN® ou l'HALDOL®, mais on ne les utilise pas systématiquement en raison des risques d'interactions (confusion, somnolence).

3.1.4.7 Les principales indications en gériatrie (22)

La morphine s'adresse aux douleurs chroniques ou aiguës de forte intensité et rebelles aux antalgiques de niveau I ou II d'après la stratégie préconisée par l'O.M.S dans le traitement des douleurs chroniques cancéreuses.

Les cancers :

La morphine est le traitement de choix pour le traitement des douleurs les plus sévères dues à un excès de stimulations nociceptives. La prescription s'effectue aux différents stades de la maladie, c'est à dire à la phase initiale ou au stade de récurrence pour une longue durée, éventuellement en ambulatoire.

En phase terminale, le traitement per os doit être maintenu le plus longtemps possible, les doses se situent le plus souvent entre 30 et 180 mg/j.

Les plaies aux points de pression :

L'immobilisation, l'état septique, l'insuffisance circulatoire et la dénutrition sont des éléments favorisant pour augmenter les foyers de nécrose cutanée. Lors des pansements ou des immobilisations, une dose supplémentaire (10 mg en SC) , une demi-heure avant les soins est susceptible de décapiter les crises hyperalgiques.

Les pathologies vasculaires :

L'ischémie critique des membres inférieurs est une indication de choix en raison du caractère permanent des douleurs et de leur intensité.

Autres indications :

Les douleurs de fin de vie et les états grabataires sont d'excellentes indications.

Pour illustrer cette partie « théorique » des pratiques de prescription de la morphine, nous nous servirons de l'étude multicentrique prospective réalisée dans 7 centres de gériatrie (38) afin d'évaluer les habitudes de prescription de morphine des gériatres français.

Dans cette étude, 247 patients faisant l'objet d'une prise en charge palliative ont été inclus pendant un an. Les doses de morphine, les voies d'administration, les effets secondaires ont été étudiés.

Résultats :

- 73 % des personnes décédées ont fait l'objet d'une prise en charge gériatrique.
- 72 % ont eu un traitement par morphine.
- Les patients déments ont eu moins de morphine.
- La voie orale est privilégiée et dominante au début du traitement (60%), au moment du décès, elle n'est plus employée que dans 15 % des cas.
- La dose initiale moyenne est de 28 mg / 24 H, les posologies habituellement recommandées sont de 30 mg / j.
- La posologie initiale est de 2,5 mg / 24 H lorsque la clairance est < à 30 ml / min.

Parmi les effets secondaires, on a retrouvé :

- une somnolence dans 24 % des cas, (coprescription de psychotropes)
- une constipation dans 14,6 % des cas,
- une confusion dans 12 % des cas,
- des nausées, des vomissements dans 10 % des cas,
- des pauses respiratoires dans 1 cas.

Cette étude montre qu'il serait utile d'établir des recommandations précises de l'utilisation de la morphine dans le grand âge, afin d'éviter les effets indésirables et / ou l'arrêt injustifié du traitement.

Une autre étude (16) menée auprès des gériatres de la Société de Gériatrie de l'Ouest et du Centre avait pour but de décrire nos habitudes de prescription concernant la morphine dans des douleurs chroniques d'origine non cancéreuses chez le sujet âgé.

La morphine est utilisée pour soulager des douleurs non cancéreuses par 94 % des prescripteurs. Les indications principales sont :

- les escarres,
- l'artérite,
- les fractures,
- les arthropathies,
- le zona,
- les stades terminaux douloureux.

Dix pour cent des prescripteurs s'imposent une limite supérieure, 35 % utilisent une échelle d'évaluation de la douleur.

La morphine est efficace dans 97 % des cas, le plus souvent par voie orale. Dans l'étude, la morphine retard est la plus prescrite (38 cas), suivie par la morphine en sous cutané (21 cas) et par l'élixir de morphine (3 cas). On obtient une suppression complète des douleurs dans 35 % des cas. Elle est bonne mais incomplète dans 50 % des cas, elle est insuffisante dans 12 % des cas, elle est nulle dans 2 % des cas.

La posologie moyenne employée est de 40 mg / j, la posologie maximale employée est de 140 mg / j. Aucun cas de dépendance n'a été observé à l'arrêt du traitement, relayé dans 18 cas par des antalgiques non opioïdes. Un effet positif sur l'autonomie a été observé dans 26 cas.

3.2 IMPORTANCE DU TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX (61)

Tous les éléments de l'environnement du patient doivent être pris en compte dans le cadre de la prise en charge de la douleur, qui ne saurait se résumer à une administration d'antalgiques, la plus judicieuse soit-elle.

3.2.1 Le nursing

C'est un temps capital pour le confort du malade. Un nursing attentif, soigneux, méticuleux, avec effleurages des zones exposées, évite l'apparition d'escarres, nouvelles sources de douleurs. La mise au fauteuil est effectuée aussi longtemps qu'elle est confortable. On doit être attentif à l'aspect du malade : toilette, rasage, épilation, coiffure, soin des ongles, soin du vêtement : autant de détails qui ont psychologiquement leur importance. A ce propos, on peut citer Renée SEBAG LANOE dans « Mourir accompagné » (63) :

«Il faut faire revivre le corps à travers une politique de mouvement incessante visant à éviter l'alitement et à stimuler la marche... Le rôle du kinésithérapeute est ici essentiel auprès des soignés et auprès des soignants, qu'il doit sans cesse sensibiliser et motiver sur ces problèmes. Le soin du vêtement et de la coiffure permettent également d'obtenir une récupération narcissique dont le rôle est déterminant. »

Ce nursing est effectué par les aides soignantes, les infirmières, le kinésithérapeute. La participation des familles peut être aussi active dans certains cas. C'est un temps capital de relation avec le malade.

3.2.2 L'hydratation (63)

Chez la personne âgée, la sensation de soif disparaît, mais la dessiccation des muqueuses est toujours péniblement ressentie. L'apport hydrique doit être oral chaque fois que cela est possible. Ceci reste souvent réalisable si on utilise des instruments tels que le canard, la pipette, une grosse seringue... On utilise aussi des pulvérisations d'eau minérale à la face interne des joues. Ce geste peut être assuré par tout soignant et par toutes les familles. Il établit généralement un mode de communication calme et gratifiant entre la personne âgée en fin de vie et ceux qui l'entourent. De cette façon, l'accompagnement reste alors naturel et la situation se trouve démedicalisée.

Mais il ne faut pas en faire un dogme. Le recours à la perfusion sous-cutanée, moins agressive que la voie intraveineuse classique, peut être nécessaire pour éviter au malade la sensation de soif trop pénible. En général, on perfuse 1 litre par 24 heures d'une solution isotonique ou hypotonique selon les cas.

3.2.3 Les soins de bouche

Réalisés plusieurs fois par jour, ils présentent de multiples intérêts pour le confort du malade. Ils permettent d'éviter les mycoses qui induisent les bouches douloureuses. Avec une bouche bien hydratée et bien propre, la parole et la déglutition sont plus faciles, l'alimentation reste possible. Au centre Alexis VAUTRIN et au service de Long Séjour, on utilise des soins de bouche particuliers nommés les « bains de bouche CHU » dont la composition est la suivante :

- 10 ml de Fungyzone® en suspension }
- 1 flacon de Cernevit ® } dans 250 ml de Chlorure de sodium à 0.9 ‰
- 40 ml de Bicarbonate à 1,4 % }

3.2.4 L'alimentation

L'alimentation doit rester un moment de plaisir et ne doit pas tourner à l'acharnement. Il est important de connaître les goûts du malade. Il ne faut pas hésiter à alimenter le patient en petites quantités (8 à 10 fois par jour). On peut utiliser des crèmes et des boissons enrichies en protéines et aux saveurs variées.

3.2.5 La relation psychologique (61)

On ne peut laisser le patient calmé de sa douleur, seul, face à ses angoisses. Il est nécessaire de soutenir avec lui une relation d'échanges. En institution, les équipes soignantes connaissent l'histoire de la vie de leur patient, cela permet de communiquer plus facilement. En gériatrie, la relation verbale cède souvent le pas aux autres voies de communication : toucher, regard, expression du visage. La relation psychologique avec le vieillard s'étend également à sa famille et à son entourage.

3.2.6 L'aide aux familles

Au domicile ou en institution, la place de la famille est auprès du mourant. Il faut leur faire une place à l'hôpital. Il faut les informer du déroulement de la maladie, du traitement. Lorsque les familles sont bien informées et soutenues par les équipes soignantes, leur travail de deuil a toutes les chances de réussir.

Ce travail d'accompagnement, souvent difficile et angoissant, enrichit les équipes soignantes. C'est un bon exemple de la dimension globale des soins, indispensable en gériatrie.

3.3 IMPORTANCE DU TRAVAIL D'EQUIPE

Comme nous l'avons mentionné auparavant, il est essentiel pour une prise en charge adéquate de la douleur de travailler en équipe. Dans les structures de long séjour, le médecin ne peut être constamment au chevet de tous les patients, beaucoup trop nombreux. Souvent, on lui « rapporte » des symptômes ou des plaintes de patients. Il est donc essentiel que toute l'équipe se sente concernée, et surtout que tout le monde puisse échanger ses impressions par rapport aux différents patients.

Là encore, on peut s'inspirer de l'expérience de Renée SEBAG LANOE qui déclare (63) : « Pour l'immense majorité des patients, la mort est devenue une compagne familière qui peut être là à toutes heures. Ils le savent, ils le disent si on accepte de l'entendre. La majorité des vieillards n'ont pas peur de la mort elle même, dont ils ont peu à peu accepté tout au long de leur vieillissement le caractère inéluctable, mais bien plutôt de la souffrance qu'il faut leur épargner. »

Par contre, l'angoisse du soignant est bien réelle et les deuils répétés qui émaillent la vie des institutions gériatriques, rendent impératif le soutien des équipes soignantes par un personnel qualifié (psychologue ou psychiatre).

A ce propos, on peut mentionner la création du groupe « Liborel » crée à l'hôpital Paul BROUSSE à Paris, dans le service du Dr R. SEBAG LANOE. L'équipe du groupe Liborel est constituée de quelques éléments du service et se réunit une fois par mois autour d'un psychanalyste.

Dans le service de Long Séjour de Nancy, une réunion hebdomadaire est prévue à cet effet. Toute l'équipe y participe et l'on aborde les problèmes soulevés par les uns et les

autres. On y parle de thérapeutiques, mais surtout de problèmes quotidiens : nursing, comportements difficiles de certains patients, etc ... On pourrait peut être regretter l'absence de la psychologue du service à cette réunion. Sa présence serait quelquefois utile pour répondre aux interrogations du personnel, concernant leurs difficultés quotidiennes envers les personnes âgées.

Cette réunion trouve aussi sa justification lorsque l'équipe doit mener des soins palliatifs chez des patients en fin de vie. Elle donne l'occasion aux médecins d'expliquer les choix thérapeutiques et permet d'échanger les différentes impressions afin de soulager au mieux les patients et les familles, car souvent ce sont celles qui souffrent le plus.

En échangeant les informations médicales et paramédicales, cela permet de ne plus mettre de barrière entre les médecins et la famille. L'équipe peut répondre aux interrogations des familles, et celles-ci ont alors l'impression d'une attitude cohérente, concertée, qui souvent est plus facile à accepter qu'un simple discours purement médical.

Deuxième partie

Etude personnelle

II. ETUDE PERSONNELLE

ETUDE DES THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES PRESCRITES CHEZ LES PERSONNES AGEES EN UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE.

I. OBJECTIFS

L'objectif principal de ce travail est d'étudier les traitements antalgiques des personnes âgées douloureuses hospitalisées dans le service de long séjour du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de NANCY.

Quels sont les motifs de prescription de traitements antalgiques ?

Quelles sont les thérapeutiques employées et de quelles manières sont elles utilisées ?

Quelle est l'efficacité thérapeutique de ces prescriptions ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous nous sommes intéressés aux prescriptions d'antalgiques concernant les personnes âgées présentant une douleur traitée. Ces personnes âgées ont fait l'objet d'une analyse descriptive et d'une comparaison avec les personnes âgées ne recevant pas de traitement antalgique.

Cette étude a permis également d'évaluer l'apport de la feuille de douleur utilisée dans le service dans la prise en charge thérapeutique des patients.

Les résultats de cette étude ont été comparés à d'autres semblables retrouvés dans la littérature.

2. METHODE

Ce travail a été effectué dans les unités de soins de longue durée du Centre Hospitalier de Nancy. Ces unités sont réparties sur 2 sites et 3 bâtiments :

- l'Hôpital Saint Julien comprenant le long séjour A (62 lits)
le long séjour B (32 lits)
- le Centre Saint Stanislas (84 lits)

Le service est dirigé par le Docteur Marie-Agnès MANCIAUX. La prise en charge médicale est assurée par 3 médecins, aidés chacun d'un résident en médecine générale. L'étude a été réalisée sur 5 mois du 1er janvier 1998 au 31 mai 1998 au Centre Saint Stanislas et long séjour B pour des raisons de commodités. Il s'agit d'une enquête prospective portant sur 138 personnes. (114 personnes étaient présentes au 1er janvier 1998, 24 sont entrées en long séjour pendant la période d'étude).

CRITERES D'INCLUSION :

Les prescriptions dans le service de long séjour bénéficient d'une organisation particulière. Chaque semaine, les ordonnances de chaque patient sont réécrites si des modifications thérapeutiques sont nécessaires. Un double est systématiquement gardé dans le dossier de soins. Le repérage des traitements antalgiques (instaurés ou modifiés) a été facilité par cette organisation.

A partir du 1er janvier 1998, une relecture hebdomadaire systématique des ordonnances a permis de détecter les patients bénéficiant de nouvelles prescriptions d'antalgiques (introduction ou modification). Ces patients sont au nombre de 77 et constituent l'échantillon retenu pour ce travail.

Chaque fois qu'un traitement antalgique a été modifié ou instauré, un « dossier patient » a été ouvert. Pour faciliter l'analyse des données, les traitements de chaque patient n'ont été suivis que pendant une période précise. L'ouverture du dossier correspond à la

modification ou à l'introduction d'un traitement. La clôture correspond à l'atteinte de l'équilibre antalgique recherché. L'équilibre a été défini arbitrairement en fonction de l'observation clinique du patient, permettant de déterminer l'absence de douleur pendant 2 jours consécutifs. Les dossiers n'ont pas été rouverts lors de modifications ultérieures.

LES DONNEES

Le dossier patient comporte une partie « médicale » et une partie consacrée à la « douleur ».

Le questionnaire médical (annexe 8) renseigne sur l'âge du patient, sur sa durée de séjour dans le service, sur sa situation familiale (conjoint, enfants, petits-enfants), sur sa catégorie sociale.

Il s'intéresse ensuite à la pathologie principale motivant une hospitalisation en long séjour, aux établissements fréquentés avant l'arrivée. L'aptitude à communiquer, les éventuels troubles des fonctions intellectuelles sont recherchés avec le mini-mental score de Folstein (annexe 9). Lorsqu'il existe un syndrome démentiel, celui-ci est classé en dégénératif, vasculaire ou mixte. La présence d'une pathologie psychiatrique associée est systématiquement recherchée et identifiée.

La partie « douleur » s'est attachée à rechercher l'étiologie de la douleur ainsi que sa durée (aiguë ou chronique), à reconnaître son type (nociceptive, neurogène, psychogène) et à décrire sa nature (rhumatismale, viscérale, cutanée, artérielle, neurologique ou autre).

Chaque utilisation de la feuille de douleur a fait l'objet d'une fiche. Cette fiche recherchait qui était à l'origine de sa réalisation (aides-soignantes, infirmières, résidents, médecins...). Elle précisait le motif pour lequel elle était réalisée (servait-elle à une introduction de traitement, à une adaptation de traitement, ou à l'évaluation d'un traitement jugé efficace ?). Enfin, elle révélait si les douleurs mises en évidence étaient plutôt des douleurs de repos, des douleurs à la mobilisation ou des douleurs continues.

L'échantillon de population a été décrit statistiquement de la manière suivante :

Les **variables qualitatives** sont représentées en fréquence. Elles ont été comparées par le test du Chi 2.

Les **variables quantitatives** sont décrites avec moyennes et écarts-types. Elles ont été comparées par le test de Mann Whitney. Nous avons choisi un seuil de signification de 5%.

La saisie et le traitement des données ont été réalisés avec le **logiciel EPI-INFO**.

3. RESULTATS

Parmi les 138 personnes concernées par cette étude, 77 personnes âgées ont donc présenté un tableau douloureux traité. La prévalence de la douleur traitée dans le service est de 77/138 soit 55.7%.

Vingt-quatre personnes âgées sont décédées pendant cette période. Dix-sept d'entre elles présentaient un tableau douloureux.

Vingt-quatre nouvelles personnes sont entrées dans le service de long séjour pendant cette période. Une personne est sortie de l'établissement (retour à domicile).

3.1. ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION TRAITEE

Les patients présentant un tableau douloureux traité ont en moyenne 85,2 ans ($\pm 8,0$). L'âge varie de 62 à 100 ans. On compte 47 femmes (61%) et 30 hommes (39%).

Leur situation familiale est représentée dans le tableau n°1.

Tableau 12 : Situation familiale des patients traités hospitalisés en long séjour.

Situation familiale	Nombre de cas	%
Célibataires	9	11,7
Mariés	31	40,3
Veufs	35	45,4
Situation non précisée	2	2,6

Les patients ont en moyenne 3 enfants et 4 petits enfants.

La durée moyenne de séjour dans le service des patients entrés avant le 1er janvier 1998 est de 27,79 mois, soit environ deux ans et demi. La présence dans le service varie d'un mois à treize ans.

Pendant la période d'étude, 17 patients sont décédés parmi les 77 traités, soit 22 %.

Les professions exercées par les patients étaient les suivantes : (tableau 13)

Tableau 13 : Professions exercées jadis par les patients traités appartenant à l'étude.

Professions	%
Ouvriers	28,8
Employés	26,0
Femmes au foyer	13,7
Cadres	9,6
Artisans	6,8
Fonctionnaires	2,7
Agriculteurs	1,4
Professions libérales	1,4
Autres	9,6

Les patients ont souvent fréquenté d'autres établissements avant leur entrée en long séjour : (tableau n°14)

Tableau 14 : Origine des patients traités avant leur entrée en long séjour.

Origine des patients	%
Maison de retraite	25,7
Centre Spillmann (Lay Saint Christophe)	18,9
Service de Médecine B (Brabois)	14,9
Service de moyen séjour (Bainville)	14,9
Domicile	6,8
Service de médecine H (Central)	5,4
Autres	13,4

Les pathologies principales ayant motivé une admission en long séjour sont :

Tableau 15 : Pathologies principales ayant motivé l'admission en long séjour.

Pathologies principales des 77 patients appartenant à la population douloureuse traitée	Nombre de cas	%
Syndrome démentiel (sauf maladie d'Alzheimer)	18	23,4
Séquelles d'accident vasculaire cérébral	17	22
Maladie d'Alzheimer	9	11,7
Maladie de Parkinson	5	6,5
Altération de l'état général	5	6,5
Syndrome démentiel et maladie de Parkinson associée	4	5,2
Syndrome dépressif sévère	3	3,9
Perte d'autonomie dans le cadre d'une arthrose sévère	3	3,9
Séquelles de fracture du col fémoral	3	3,9
Perte d'autonomie après hématomes sous-duraux	3	3,9
Perte d'autonomie après amputation dans le cadre d'une artérite	2	2,6
Sclérose latérale amyotrophique	1	1,3
Myopathie des ceintures	1	1,3
Perte d'autonomie due à une hémiplégie dans le cadre d'une méningiome	1	1,3
Débilité mentale post-encéphalopathie dans l'enfance	1	1,3
Trisomie 21	1	1,3

Cinquante-six patients peuvent communiquer (72,7%), vingt-et-un ne le peuvent pas (27,3%).

Soixante patients ont des troubles des fonctions intellectuelles (77,9%).

Le mini mental score a été réalisé pour 61% des patients. Dans 23,4 % des cas, il n'a pas été possible de le réaliser (manque de compréhension, troubles du langage...). Dans 15,6 % des cas il n'a pas été réalisé (informations médicales manquantes). Le score moyen retrouvé est 13,49 ($\pm 7,47$).

Il existe un syndrome démentiel dans 53 cas (68,8%) avec :

- 28 démences dégénératives (52,8%)
- 12 démences vasculaires (22,6%)
- 13 démences mixtes (24,5%).

Des pathologies psychiatriques associées sont présentes chez 55 patients (71,4%) avec :

- 52 dépressions (souvent réactionnelles à l'institutionnalisation) (72%)
- 6 psychoses (délirantes, persécution, délire érotomaniaque, délire de préjudice) (7,7%)
- 6 névroses (hypochondriaques, hystériques, obsessionnelles) (7,7%)
- 4 pathologies anxieuses (5,2%)
- 4 troubles du comportement avec opposition (5,2%)
- 1 trisomie 21 (1,3%).

La somme des pourcentages dépasse 100 % car certaines personnes présentent plusieurs pathologies psychiatriques.

3.2. COMPARAISON ENTRE LA POPULATION TRAITEE ET LA POPULATION NON TRAITEE

Une comparaison entre la population traitée et la population non traitée a été effectuée. Cette comparaison a porté sur l'âge des patients, leur sexe, leur devenir pendant la période d'étude, et sur le diagnostic à l'entrée.

Tableau 16 : sexe des patients.

Sexe	Patients traités	patients non traités
Masculin	30	15
Féminin	47	46
Total	77	61

Parmi la population traitée, on retrouve 47 femmes (61%) et 30 hommes (39%).

Parmi la population non traitée, on retrouve 46 femmes (75,4%) et 15 hommes (24,6%).

La différence n'est pas significative, ($p = 0,073$). Le sexe n'influence apparemment pas la prescription de traitements antalgiques.

Tableau 17 : moyenne d'âge des patients.

	Moyenne d'âge	âge minimum	âge maximum
Traités	85,2 (\pm 8,0)	62	100
Non traités	87,9 (\pm 8,1)	60	101

Les patients de la population traitée ont 85,2 ans et les patients de la population non traitée ont 87,9 ans. La différence n'est pas significative ($p = 0,98$). L'âge n'influence apparemment pas la prescription d'antalgiques.

Tableau 18 : devenir des patients pendant la période d'étude.

	Décédés	Non décédés
Traités	17	60
Non traités	7	54

Dix-sept personnes (22,1%) sont décédées pendant la période d'étude parmi la population traitée.

Sept personnes (9,1%) sont décédées pendant la période d'étude dans la population non traitée.

La différence n'est pas significative ($p = 0,23$). L'existence ou non d'un traitement antalgique n'influence pas la survenue d'un décès.

On peut analyser les causes de décès dans les deux populations : (tableau 9 et 10).

Tableau 19 : Causes de décès dans la population traitée.

Causes des décès	Nombre de cas
Fin de vie : douleurs ostéoarticulaires, rétractions...	5
Escarres, douleurs artéritiques	3
Embolie pulmonaire après phlébite	2
Décès brutal au décours d'un syndrome grippal	1
Syndrome de glissement au décours d'une infection bronchique	1
Oedème aigu du poumon	1
Altération de l'état général avec déshydratation et dénutrition	1
Septicémie après une infection urinaire	1
Accident vasculaire cérébral massif	1
Insuffisance rénale aiguë	1

Tableau 20 : Causes de décès dans la population non traitée.

Causes de décès	Nombre de cas
Accident vasculaire cérébral massif sur troubles du rythme cardiaque	1
Altération de l'état général après un syndrome grippal	1
Encombrement respiratoire en fin de vie	1
Décès dans le cadre d'une pneumopathie	3
Septicémie après une pyélonéphrite	1

Tableau 21 : Répartition selon la pathologie principale motivant une entrée en long séjour.

	Traités	Non traités
Perte d'autonomie après un accident vasculaire cérébral	21 (27 %)	5 (8,2 %)
Perte d'autonomie dans le cadre d'un syndrome démentiel	18 (23 %)	34 (55,7%)
Perte d'autonomie dans le cadre d'une maladie de Parkinson	9 (12 %)	4 (6,6%)
Perte d'autonomie dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer	9 (11%)	10 (16,4%)
Autres	20 (26%)	8 (13,1%)

Il existe une différence significative entre les deux répartitions ($p = 0,001$). On constate que les patients entrés pour perte d'autonomie après un accident vasculaire cérébral ou pour une maladie de Parkinson ont plus de risques de présenter des douleurs dépistées et traitées.

Les patients entrés pour perte d'autonomie dans le cadre d'un syndrome démentiel ou d'une maladie d'Alzheimer reçoivent moins de traitements antalgiques.

Cette constatation soulève quelques interrogations. Les patients parkinsoniens ou hémiplésiques sont peut-être plus sujets à un tableau douloureux que les déments. Mais les patients déments peuvent peut-être aussi moins se plaindre. On peut donc s'interroger sur notre capacité à soigner les déments. Le problème de l'évaluation de la douleur est ici de nouveau soulevé.

Cette comparaison n'apporte pas de différence significative entre les deux populations en ce qui concerne l'âge, le sexe, et le devenir des patients pendant la période étudiée. L'âge et le sexe des patients n'influencent pas les prescriptions d'antalgiques et le traitement de la douleur n'est heureusement pas un facteur de pronostic péjoratif chez les patients hospitalisés dans le service de long séjour !

Par contre, le motif d'entrée dans un service de long séjour peut être un facteur prédictif de douleurs traitées. Les patients entrant pour perte d'autonomie après un accident vasculaire cérébral ou dans le cadre d'une maladie de Parkinson sont plus susceptibles de présenter un tableau douloureux dépisté et traité.

Après avoir décrit statistiquement l'échantillon de population sur lequel porte notre étude, après l'avoir comparé à la population non traitée, nous nous sommes intéressés aux motifs de prescription des traitements antalgiques, aux thérapeutiques employées et à la façon de les utiliser.

3.3. INVENTAIRE DES THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES EMPLOYEES

3.3.1. Les motifs de prescription

Les motifs de prescription des traitements antalgiques des 77 patients de l'étude ont été répertoriés. Ils sont cités dans les tableaux n° 22 A et B.

La **nature** des douleurs motivant l'introduction d'un traitement antalgique est la suivante :

- 36,4 % de douleurs ostéoarticulaires,
- 28,5 % de douleurs neurologiques,
- 14,3 % de douleurs viscérales,
- 13,0 % de douleurs cutanées,
- 7,8 % de douleurs vasculaires.

Tableau 22 A: Motifs de prescription des traitements antalgiques des 77 patients inclus dans l'étude.

Nature des douleurs		Etiologies	Nombre de cas	%	% par nature
Ostéoarticulaires		Arthrose diffuse	8	10,4	36,4
		Gonalgies	5	6,5	
		Lombalgies	3	3,9	
		Cervicalgies	2	2,6	
		Rachialgies	1	1,3	
		Coxarthrose	1	1,3	
		Chondrocalcinose	1	1,3	
		Arthrodèse	2	2,6	
	Traumatiques	Fracture du col fémoral	3	3,9	
		Fracture du bassin	1	1,3	
	Fracture de la malléole externe	1	1,3		
Neurologiques	Séquelles d'AVC	Rétractions tendineuses	7	9,0	28,5
		Hémiplégie douloureuse	4	5,2	
		Hyperpathie	3	3,9	
		Douleur fantôme	1	1,3	
	Complications de maladie de Parkinson	Rigidité plastique ou spastique	4	5,2	
		Contractures	2	2,6	
		Dyskinésies	1	1,3	

Tableau n° 22 B : Motifs de prescription des traitements antalgiques des 77 patients inclus dans l'étude.

Nature des douleurs		Etiologies	Nombre de cas	%	% par nature
Viscérales	Digestives	Douleurs abdominales chroniques	3	3,9	14,3
		Pyrosis et reflux gastro-oesophagien	2	2,6	
		Fissure anale	1	1,3	
	Génito-urinaire	Infection urinaire	1	1,3	
	Appareil respiratoire	Insuffisance respiratoire aiguë	1	1,3	
	ORL	Fausse route	1	1,3	
		Douleur dentaire	1	1,3	
Cholestéatome		1	1,3		
Cutanées		Escarres talonnières, malléolaires, sacrées	6	7,8	13,0
		Zona cutané	2	2,6	
		Erysipèle	1	1,3	
		Cicatrice de biopsie au niveau d'un sein	1	1,3	
Vasculaires		Phlébite	3	3,9	7,8
		Artérite des membres inférieurs	1	1,3	
		Hémorroïdes	1	1,3	
		Céphalées	1	1,3	

Parmi les types de douleurs rencontrées, on trouve :

- 71,4 % de douleurs nociceptives,
- 1,3 % de douleurs purement neurogènes,
- 14,3 % de douleurs où la distinction entre nociceptive et neurogène est impossible, car elles coexistent,
- 5,2 % de douleurs nociceptives et psychogènes,
- 7,8 % de douleurs à la fois nociceptives, neurogènes et psychogènes.

On retrouve 34,2 % de douleurs chroniques (évoluant depuis plus de 6 mois), et 65,8 % de douleurs récentes (évoluant depuis moins de 6 mois). Rappelons que les patients ayant fait l'objet d'une modification thérapeutique ont été inclus ; un traitement antalgique antérieurement équilibré s'est donc secondairement révélé insuffisant, ce qui explique la durée du tableau douloureux ainsi relevé.

Nous nous sommes intéressés aux différents types de thérapeutiques utilisés dans le service. Nous avons répertorié les traitements initialement prescrits lors de la découverte d'une douleur et les traitements à l'équilibre (lorsque le patient n'est plus algique). Pour chaque produit (à l'équilibre), nous avons recherché :

- quelles étaient les posologies,
- les types de douleurs pour lesquels ils étaient utilisés,
- les modalités d'obtention de cet équilibre, en particulier :
 - le nombre de jours pour atteindre l'antalgie,
 - le nombre moyen de modifications thérapeutiques nécessaires,
 - le nombre de patients soulagés pendant une durée d'au moins 15 jours,
- et les éventuels effets indésirables rencontrés.

Certains patients bénéficiaient déjà de traitements antalgiques au 1er janvier 1998, et ceux ci avaient déjà pu être modifiés. Pour ces patients, nous avons choisi arbitrairement d'ignorer le traitement initial car il s'agit d'une étude prospective. Nous nous sommes donc seulement intéressés aux traitements à l'équilibre. Par contre, pour les patients chez qui un nouveau traitement est instauré (46 patients), on peut connaître le traitement initial et le traitement à l'équilibre. Les conditions d'obtention de cet équilibre peuvent être alors analysées.

3.3.2. TRAITEMENTS INITIAUX (46 cas)

PALIER I

Les thérapeutiques du palier I ont été utilisées dans **31 cas**.

Paracétamol : utilisé dans 31 cas sur 46 soit dans 67,4 % des cas.

Tableau 23 : Répartition des posologies employées pour le paracétamol :

Formes	Posologies	Nombre de cas
Orales : comprimés, gélules ou sachets de 500 mg	2/j	3
	3/j	11
	4/j	11
	5/j	1
	6/j	3
Formes rectales : suppositoires de 600 mg	1/j	1
	2/j	1

Lorsqu'on initie un traitement antalgique, il s'agit souvent de paracétamol (67,4 % des cas). On constate que les doses les plus fréquemment employées sont : 3 fois 500 mg et 4 fois 500 mg/j. En théorie, le schéma classique est de 6 fois 500 mg /j. Or, dans l'étude, les prescriptions directement à cette posologie ne sont pas les plus importantes. Les doses maximales sont prescrites d'emblée dans le cadre d'une fracture malléolaire, de cervicalgies rebelles et d'arthrose diffuse. Dans ces cas là, le paracétamol est prescrit seul. Lorsque le traitement est initié avec de faibles posologies (2/j ou 3/j), il s'agit souvent de traitements associés. Le paracétamol est associé au calcium, au Diantalvic® (zona, rachialgies).

PALIER II

Les thérapeutiques du palier II ont été utilisées dans **15 cas/ 46** soit dans **32,6%** des cas.

Association dextropropoxyphène-paracétamol (Diantalvic ®) : utilisé dans 11 cas sur 46, soit dans 24 % des cas.

Tableau 24 : Répartition des posologies employées pour Diantalvic ® :

Formes	Posologies	Nombre de cas
Forme orale : Gélules associant 400 mg de paracétamol et 30 mg de dextropropoxyphène	1/j	1
	2/j	2
	3/j	3
	4/j	4
	6/j	1

L'association dextropropoxyphène-paracétamol est utilisée dans 24 % des cas. Le schéma thérapeutique classique est de 5 ou 6 gélules/j. Dans l'étude, la posologie la plus fréquemment employée est de 4 gélules /j mais Diantalvic® est rarement employé seul. Cette posologie est employée pour des douleurs conséquentes comme celles du zona, d'escarres ou d'arthrodèse. Par contre, à 6/j, Diantalvic® est employé seul pour tenter de soulager une fracture du col.

Dextropropoxyphène seul (Antalvic®) : comprimés contenant 65 mg de dextropropoxyphène.

Utilisé dans 1 cas sur 46, soit dans 2,2 %.

Posologie : **6/j**.

Paracétamol codéiné (Efferalgan codéiné® et Dafalgan codéiné®) : comprimés associant 500 mg de paracétamol et 30 mg de phosphate de codéine.

Utilisé dans 2 cas sur 46, soit dans 4,3 % des cas.

Posologie : **2/j.**

Chlorhydrate de tramadol (Topalgic ®) : comprimés dosés à 50 mg.

Utilisé dans 1 cas sur 46, soit dans 2,2 % des cas.

Posologie : **1/j.**

PALIER III

Aucune thérapeutique du palier III n'a été utilisée lors de la mise en place du traitement.

THERAPEUTIQUES UTILISEES COMME « COANTALGIQUES »

Tableau 25 :

Thérapeutiques	Posologies	Nombre de cas
Titanoréine® pommade	2*/j	1
Rectoquotane® pommade	2*/j	1
Lactulose®	3/j	1
Niflugel®	2*/j	4
Cacit D3®	1/j	3
Prepulsid®	3/j	1
Gaviscon®	3/j	2
Spasfon lyoc®	2/j	1
Debridat®	3/j	1
Fonzylane 300®	2/j	1

Les thérapeutiques telles que Lactulose®, Prepulsid® ou Gaviscon® ne sont pas à proprement parler des antalgiques, mais ils peuvent être nommés « coantalgiques » car ils participent au soulagement de la douleur incriminée.

Cette étude permet donc de constater que lorsqu'un nouveau traitement antalgique est introduit, il s'agit souvent de paracétamol (67,4% des cas). Les posologies les plus utilisées sont 3 fois 500 mg/j et 4 fois 500 mg/j.

L'association dextropropoxyphène-paracétamol est utilisée dans 24 % des cas, la posologie la plus fréquente étant 4 gélules par jour.

Les traitements sont donc débutés avec des thérapeutiques appartenant aux paliers I et II. On peut remarquer que l'on n'utilise pas le palier III lors d'une introduction de traitement. Les recommandations de l'O.M.S sont donc respectées.

3.3.3. TRAITEMENTS A L'EQUILIBRE

Voici répertoriés les traitements à l'équilibre des patients chez lesquels on a introduit un nouveau traitement, ou chez lesquels on a modifié un traitement existant.

PALIER I

Les thérapeutiques du palier I ont été utilisées dans 44 cas sur 77, soit dans 57,1 % des cas.

Tableau 26 : répartition des posologies employées pour le paracétamol.

Formes	Posologies	Nombre de cas
Orales : comprimés, gélules ou sachets de 500 mg	2/j	4
	3/j	7
	4/j	10
	5/j	4
	6/j	13
Formes rectales : suppositoires de 600 mg	1/j	1
	4/j	3
	5/j	2

A l'équilibre le paracétamol est largement utilisé (57,1 %), mais avec une posologie plus importante. La posologie la plus fréquente est 6 fois 500 mg (13 cas) ou 4 fois 500 mg (10 cas). On se rapproche donc des doses théoriques. A noter que 4 fois 500 mg sont souvent suffisants chez la personne âgée car la cinétique est modifiée (cf paragraphe II. 3.1.4.3.). On peut toutefois s'interroger sur les cas où 2 fois 500 mg ou 3 fois 500 mg sont suffisants. Dans ces cas là, le paracétamol n'est pas employé seul, il est associé au Diantalvic®, au Valium®, à des antibiotiques... Les formes rectales sont utilisées en association avec la morphine en SC, lorsque la voie orale n'est plus possible. Comme il s'agit d'associations, les posologies sont moindres.

PALIER II

Les thérapeutiques du palier II ont été utilisées dans **28 cas**.

Association dextropropoxyphène-paracétamol (Diantalvic®) : utilisé dans 26 cas sur 77, soit dans 33,7 % des cas.

Tableau 27 : Répartition des posologies employées pour le Diantalvic® :

Formes	Posologies	Nombre de cas
Forme orale : Gélules associant 400 mg de paracétamol et 30 mg de dextropropoxyphène	1/j	2
	2/j	3
	3/j	9
	4/j	5
	5/j	4
	6/j	2
Forme rectale : suppositoires associant 800 mg de paracétamol et 60 mg de dextropropoxyphène.	4/j	1

Diantalvic® est plus utilisé que pour les traitements initiaux (33,7%). La posologie la plus fréquente est 3/j, souvent il s'agit de traitements associés. Lorsque des posologies plus faibles sont employées (1/j ou 2/j), c'est en association avec le paracétamol pour des douleurs d'intensité modérée (rachialgies, érysipèle). Par contre, 6 Diantalvic® sont nécessaires pour vaincre seuls des douleurs d'intensité plus fortes (fracture du col du fémur). On peut s'interroger par contre sur l'intérêt d'instaurer 6 Diantalvic® /j (associés au Laroxyl®) pour tenter de soulager des douleurs fantômes. L'augmentation de posologie n'entraîne à priori pas de soulagement supplémentaire car ces douleurs sont habituellement peu sensibles au palier II.

Dextropropoxyphène seul (Antalvic®) : comprimés contenant 65 mg de dextropropoxyphène.

Utilisé dans 1 cas sur 77, soit dans 1,3 % des cas.

Posologie: **3/j.**

Paracétamol codéiné (Efferalgan codéiné ®) : comprimés associant 500 mg de paracétamol et 30 mg de phosphate de codéine.

Utilisé dans 1 cas sur 77, soit dans 1,3 % des cas.

Posologie : **3/j.**

Le paracétamol codéiné est peu employé par rapport au Diantalvic®. Y a-t-il plus d'effets secondaires (constipation, somnolence...) ? Où s'agit-il simplement d'habitudes de prescriptions ? Les éléments de l'enquête sont insuffisants pour répondre à cette question.

PALIER III

Les thérapeutiques du palier III (morphine et dérivés) ont été utilisées dans **20 cas**.

La morphine a été utilisée dans 15 cas sur 77, soit dans 19,5 % des cas.

Tableau 28 : Répartition des posologies employées pour la morphine.

Formes	Posologies	Nombre de cas
Chlorhydrate de morphine buvable	6* 20 mg/j	2
	6*2,5 mg/j	1
Chlorhydrate de morphine en sous-cutané	10 mg/j	1
	20 mg/j	2
	30 mg/j	1
	40 mg/j	1
	60 mg/j	1
	120 mg/j	1
Skénan LP®	2*10 mg/j	1
	2*20 mg/j	3
	2*30 mg/j	1

Palfium® : gélule de 10 mg de dextromoramide.

Utilisé dans 5 cas sur 77, soit dans 6,5% des cas.

Posologie : 1/j dans 2 cas

2/j dans 3 cas.

On peut s'apercevoir qu'il n'y a pas de règle thérapeutique pour la morphine. Toutes les posologies et toutes les formes sont employées. Cela prouve que chaque patient est différent et qu'il faut ajuster le traitement en fonction de l'intensité des douleurs présentées.

Les autres thérapeutiques employées à visée antalgique (à l'équilibre) ont également été répertoriées.

Tableau 29 : Thérapeutiques employées à visée antalgique.

Traitements		Nombre de cas (sur 77 patients)	pourcentage
Benzodiazépines	Valium®	9	11,7 %
	Myolastan®		
	Seresta®		
	Rivotril®		
Antidépresseurs	Laroxyl®, Anafranil®	2	2,6 %
	Athymil®	3	10,3 %
	Prozac®	3	
	Zoloft®	2	
Neuroleptiques		2	2,6 %
Antiparkinsoniens		4	5,2 %
Pommades AINS		8	10,3 %
Corticoïdes	Cortancyl®	2	2,6 %
	Solumedrol®		
Vasodilatateurs		6	7,8 %
Héparines de bas poids moléculaires	Préventif	5	11,7%
	Curatif	4	
Spasmolytiques digestifs		4	5,2 %
Thérapeutiques digestives diverses		5	6,5%
Pommades anti-hémorroïdes		2	2,6 %

3.3.4. MODALITE D'OBTENTION D'EQUILIBRE POUR CHAQUE TRAITEMENT

Nous nous sommes ensuite intéressés à chaque produit, utilisé seul puis en association. Pour chacun nous avons recherché les doses à l'équilibre, le type de douleurs pour lesquels ils sont prescrits et les modalités d'obtention de l'équilibre (pour les nouveaux traitements uniquement).

PARACETAMOL SEUL : utilisé dans 7 cas sur 77.

Doses à l'équilibre :

- 2/j : 1

- 3/j : 1

- 4/j : 2

- 5/j : 2

- 6/j : 1

Type de douleurs :

- douleurs ostéoarticulaires (4 cas sur 7).
- douleurs dentaires (1 cas sur 7).
- douleurs neurologiques (2 cas sur 7).

Moyenne d'obtention de l'équilibre :

- il faut en moyenne 1 modification thérapeutique.
- il faut environ 5 jours pour atteindre une antalgie correcte.
- l'antalgie est maintenue pendant au moins 15 jours dans 2/3 des cas.

DIANTALVIC® SEUL : utilisé dans 2 cas sur 77.

Doses à l'équilibre :

- 2/j

- 3/j

Type de douleurs :

- douleurs ostéoarticulaires : chondrocalcinose (1 cas sur 2).

- douleurs cutanées : escarres (1 cas sur 2).

Moyenne d'obtention de l'équilibre :

- il faut en moyenne entre 2 et 3 modifications thérapeutiques.

- il faut environ 6 jours pour atteindre une antalgie correcte.

- l'antalgie est maintenue pendant au moins 15 jours dans 50 % des cas.

Effets indésirables :

Une patiente a présenté une hépatite cholestatique (clinique et biologique) avec une dose de 5 gélules de Diantalvic® /j.

MORPHINE SEULE : utilisée dans 4 cas sur 77.

Doses à l'équilibre : de 10 à 120 mg/j

- 10 mg
- 20 mg
- 60 mg
- 120 mg

Type de douleurs :

- douleurs cutanées (1 cas sur 4).
- douleurs neurologiques (3 cas sur 4).

Moyenne d'obtention de l'équilibre :

On ne peut répondre car il ne s'agit pas de nouveaux traitements introduits.

Effets indésirables :

Une patiente était sous **Skenan LP® 20 mg matin et soir** pour tenter de soulager des rétractions tendineuses. Elle présentait une somnolence excessive et des épisodes confusionnels. Skénan® a été interrompu au profit de Diantalvic® à la posologie de 4 cps/j.

Une patiente sous **chlorhydrate de morphine buvable à la dose de 2,5 mg toutes les 6 heures** pour des douleurs en rapport avec une fracture du bassin a présenté : des hallucinations, un globe vésical, un iléus réflexe, ainsi que des nausées. Le traitement a été interrompu au profit de 4 gélules de Diantalvic®/j.

Une patiente était sous **Skénan LP® 20 mg matin et soir** pour lutter contre des rétractions tendineuses. Elle présentait une somnolence excessive. Les doses ont été réduites à 10 mg matin et soir, puis le traitement a été interrompu au profit de Diantalvic® 3 gélules/j.

Tableau 30 : ASSOCIATIONS PALIER I - COANTALGIQUES : utilisés dans 23 cas.

Traitements associés		PARACETAMOL (500 mg)					
		1/j	2/j	3/j	4/j	5/j	6/j
Niflugel® 2*/j				*	**		
Cacit D3® 1/j (ou cacit 1000 et sterogyl®)				*	**	*	**
Fraxiparine®	0.3 ml : 1/j					*	*
	0.3 ml : 2/j						*
	0.4 ml : 2/j			*			
Debridat® 3/j				*			
Valium® buvable : 1 mg/j			*				
3 mg/j							*
Anafranil® 25 1/j							*
Athymil® 30 1/j							*
Tegretol® 600 mg/j					*		
Prozac® 20 1/j					*		
Fonzylane® 300 2/j							*
Praxilène® 200 2/j					*		
Otofa® 1 gtte/j							*
Nombre de cas		0	1	4	7	2	9

Doses à l'équilibre :

En association avec des coantalgiques, la dose de paracétamol à l'équilibre est le plus souvent 4 cps/j ou 6 cps/j.

Type de douleurs :

- douleurs ostéoarticulaires (Niflugel®, cacit D3®) : 12 cas sur 22.
- douleurs vasculaires (Fraxiparine®, Praxilène®, Fonzylane®) : 3 cas sur 22.
- douleurs neurologiques (Tegretol®, Valium®) : 3 cas sur 22.
- douleurs cutanées : 1 cas sur 22.
- douleurs viscérales : 3 cas sur 22.

Moyenne d'obtention de l'équilibre :

- il faut en moyenne entre 2 et 3 modifications thérapeutiques.
- il faut environ 18 jours pour atteindre une antalgie correcte.
- l'antalgie est maintenue pendant au moins 15 jours dans 100 % des cas.

Tableau 31 : ASSOCIATION PALIER I - PALIER II : utilisé dans 6 cas.

Traitements associés (Molécules du palier II)	PARACETAMOL (500 mg)					
	1/j	2/j	3/j	4/j	5/j	6/j
Diantalvic® 1/j		*	*			
Diantalvic® 2/j		*	*			
Diantalvic® 4/j	*					
Antalvic® 62.5 3/j				*		
Nombre de cas	1	2	2	1	0	0

Doses à l'équilibre :

En association, les doses de paracétamol varient de 2 à 3 cps/j et les doses de Diantalvic® varient de 1 à 2 gel/j.

Type de douleurs :

- douleurs ostéoarticulaires (2 cas sur 6).
- douleurs cutanées (2 cas sur 6).
- douleurs neurologiques (2 cas sur 6).

Moyenne d'obtention de l'équilibre :

- il faut en moyenne entre 2 et 3 modifications thérapeutiques.
- il faut environ 22 jours pour atteindre une antalgie correcte.
- l'antalgie est maintenue pendant au moins 15 jours dans 100 % des cas.

Tableau 32 : ASSOCIATION PALIER I ET III : utilisé dans 9 cas.

Traitements associés (Molécules du palier III)	PARACETAMOL (500 mg)					
	1/j	2/j	3/j	4/j	5/j	6/j
Elixir de morphine buvable 6*2,5 mg/j 6*20 mg/j (+ Palfium® 2/j)				*		*
Chlorhydrate de morphine en sous-cutané 20 mg/j 30 mg/j 40 mg/j 120 mg/j (+ Palfium® 2/j)				*	*	*
Skenan LP® 2*30 mg 2*20 mg/j					*	*
Nombre de cas	0	0	0	3	2	4

Doses à l'équilibre :

En association avec la morphine, le paracétamol est souvent employé à la dose de 6 cps/j.

Type de douleurs :

- douleurs ostéoarticulaires graves (fractures) : 3 cas sur 9.
- douleurs cutanées : 2 cas sur 9.
- douleurs neurologiques : 4 cas sur 9.

Moyenne d'obtention de l'équilibre :

- il faut en moyenne entre 4 et 5 modifications thérapeutiques.
- il faut environ 16 jours pour atteindre une antalgie correcte.
- l'antalgie est maintenue pendant au moins 15 jours dans 25 % des cas.

Tableau 33 : ASSOCIATION PALIER II ET PALIER III : utilisé dans 2 cas.

Traitements associés (Molécules du palier III)	DIANTALVIC					
	1/j	2/j	3/j	4/j	5/j	6/j
Palfium 10® 1/j			*			
Palfium 10® 2/j				*		
Nombre de cas	0	0	1	1	0	0

Doses à l'équilibre :

Diantalvic® est employé à la dose de 3 ou 4 gel/j en association avec Palfium®.

Type de douleurs :

On retrouve cette association dans les escarres importantes. Palfium® permet une analgésie de courte durée qui permet de faire de meilleurs soins locaux.

Moyenne d'obtention de l'équilibre :

- il faut en moyenne 3 modifications thérapeutiques.
- il faut environ 52 jours pour atteindre une antalgie correcte.
- l'antalgie est maintenue pendant au moins 15 jours dans 50 % des cas.

Effets secondaires de Palfium® :

Une patiente était sous **Palfium® 10 mg à la dose de 2 gélules /j** pour des soins d'escarres talonnières. Elle présentait une somnolence excessive, les doses ont été réduites à 1 Palfium® 10 mg avant les soins, associés à 3 Diantalvic® répartis sur la journée.

Tableau 34 : ASSOCIATION PALIER II ET COANTALGIQUES.

Traitements associés	DIANTALVIC					
	1/j	2/j	3/j	4/j	5/j	6/j
Niflugel® 2*/j			**	*	*	
Cacit D3® 1/j (ou cacit 1000® et sterogyl®)			*		*	
Fraxi ®0.3 1/j			*			*
Valium® buvable : 2 mg/j intra-rectal : 10 mg/j			*	*		
Myolastan® 3/j			*			
Laroxyl® 25 2/j						*
Prozac® 20 1/j				*		
Cortancyl® 5 mg/j			*			
Titanoreïne® pommade 2/j					*	
Rectoquotane® pommade 2/j			*			
Fluoresceïne et fucidine®			*			
Nombre de cas	0	0	9	4	3	2

Doses à l'équilibre :

Associé à des coantalgiques Diantalvic® est utilisé à la dose de 3 gel/j dans 9 cas.

Type de douleurs :

- douleurs ostéoarticulaires (8 cas sur 18).
- douleurs cutanées (2 cas sur 18).
- douleurs neurologiques (5 cas sur 18).
- douleurs vasculaires (3 cas sur 18).

Moyenne d'obtention de l'équilibre :

- il faut en moyenne 2 modifications thérapeutiques.
- il faut environ 5 jours pour atteindre une antalgie correcte.
- l'antalgie est maintenue pendant au moins 15 jours dans 92 % des cas.

Tableau 35 : Résumé de l'efficacité des traitements

Molécule	Type de douleur	Nombre moyen de modifications thérapeutiques avant l'antalgie	Nombre de jours avant l'antalgie	Maintien de l'antalgie pendant 15 jours.
Paracétamol seul	ostéoarticulaires	1	5	oui : 2/3 des cas
Diantalvic® seul	ostéoarticulaires cutanées	2 à 3	6	oui : 50 % des cas
Morphine seule	neurologiques cutanées			
Association palier I coantalgiques	ostéoarticulaires	2 à 3	18	oui : 100 % des cas
Association palier I et II	ostéoarticulaires cutanées neurologiques	2 à 3	22	oui : 100 % des cas
Association palier I et III	neurologiques ostéoarticulaires graves	4 à 5	16	oui : 25 % des cas
Association palier II et III	cutanées	3	52	oui : 50 % des cas
Association palier II et coantalgiques	ostéoarticulaires	2	5	oui : 92 % des cas

3.3.5. EFFICACITE DES TRAITEMENTS ANTALGIQUES EMPLOYES

Pour chaque motif de prescription, nous avons recherché l'efficacité des traitements antalgiques employés. Cette analyse ne concerne que les nouveaux traitements introduits (46 patients).

L'étude révèle que les **douleurs ostéoarticulaires** sont soulagées en moyenne en 17 jours. Deux à trois modifications sont nécessaires pour atteindre l'antalgie. Parmi les 19 patients présentant des douleurs ostéoarticulaires, l'antalgie a été maintenue au minimum 15 jours chez 16 d'entre eux (84,2 %). L'antalgie n'a pu être maintenue chez 3 patients car :

- 1 d'entre eux est décédé avant les 15 jours
- 2 ont présenté des effets indésirables, nécessitant l'interruption du traitement.

Les douleurs ostéoarticulaires répondent bien aux antalgiques de palier I et II.

Le paracétamol est largement employé (12 cas sur 19 : 63 %). Les doses varient de 1 à 3 g/j, réparties en 2 à 6 prises. Ces prises sont réparties régulièrement sur le nyctémère (toutes les 4 heures).

Diantalvic® est employé dans 7 cas sur 19 (36,8%). Les posologies journalières varient de 1 à 6 gélules par jour, réparties en 1 à 6 prises sur le nyctémère.

La morphine est utilisée dans 2 cas sur 19 et sous 2 formes différentes :

- sous forme de chlorhydrate de morphine buvable : 6 fois 2,5 mg/j
- sous forme de chlorhydrate de morphine en sous-cutané : 40 mg/j.

Elle est associée au paracétamol dans les 2 cas.

Enfin, il faut noter l'importance des « **coantalgiques** », utilisés dans 52,6 % des cas :

- Niflugel®, utilisé dans 4 cas sur 19 (5,3 %).
- Cacit D3®, utilisé dans 6 cas sur 19 (31,5 %).

Les douleurs d'origine neurologique semblent plus difficiles à soulager. Il faut en moyenne 21 jours avant de parler d'antalgie. Quatre à cinq modifications sont nécessaires pour atteindre cette antalgie. Elles semblent plus difficiles à maintenir durant 15 jours, on y parvient chez seulement 3 patients sur 17 (42,8 %). L'antalgie ne peut être maintenue chez 4 patients car :

- 2 d'entre eux sont décédés avant la période des 15 jours,
- 2 d'entre eux ont présenté des effets indésirables nécessitant l'interruption du traitement ou la réduction des posologies.

On constate que les douleurs d'origine neurologique réagissent très peu aux **antalgiques mineurs** (paliers 1 et 2) utilisés seuls. On note seulement 1 cas / 7 (Diantalvic® 4/j + Doliprane® suppo 1/j).

Par contre, on constate que les **associations** ont tendance à être plus efficaces. On retrouve 2 cas / 7 avec :

- Diantalvic® 4/j et Valium® 20 mg/j.
- Dafalgan®4/j et Tegretol® 600 mg/j.

Valium®, associé au paracétamol permet d'atteindre une meilleure antalgie. Il est prescrit dans un cas sous forme intra-rectale. Il est utilisé pour son effet décontracturant. Il a moins d'effets indésirables que Liorésal®, qui provoque trop de somnolence et de syndromes confusionnels.

La morphine est prescrite chez 2 patients sur 7 (28,5%). Elle est utilisée à la fois pour ses propriétés antalgiques et décontractantes. Elle est employée sous 2 formes :

- sous forme de chlorhydrate de morphine buvable : 6 fois 20 mg/j
- sous forme de chlorhydrate de morphine en sous-cutané : 30 mg/j.

Les douleurs d'origine cutanée sont soulagées en moyenne au bout de 22 jours. Elles nécessitent environ 2 modifications thérapeutiques avant d'atteindre une antalgie correcte. Parmi les 5 patients présentant des douleurs cutanées, 4 d'entre eux (80%) n'auront plus de douleurs pendant 15 jours et un des patients a présenté des effets secondaires.

Sur le plan thérapeutique, il faut faire une distinction entre les escarres douloureuses et les autres pathologies cutanées. Les escarres requièrent des antalgiques majeurs (**morphiniques**) par rapport aux autres pathologies qui sont suffisamment soulagées avec des **antalgiques de palier 1 ou 2**. On remarque également la présence de « **coantalgiques** » dans 4 cas sur 5 : héparines de bas poids moléculaires, antibiotiques, vasodilatateurs...

Palfium® a été utilisé dans 2 cas sur 5. Les doses varient de 10 à 20 mg/j. Il est donné ½ heure à 1 heure avant un soin. Il se surajoute au traitement existant.

L'association paracétamol-dextropropoxyphène est employée dans 5 cas sur 5.

Le **paracétamol** est utilisé dans un 1 cas sur 5, en association avec les autres traitements.

On peut noter que les douleurs du zona répondent ici aux antalgiques de palier I et II.

Les douleurs vasculaires sont soulagées en 15 jours en moyenne et nécessitent 2 à 3 modifications avant d'atteindre une antalgie correcte. Celle-ci est maintenue pendant 15 jours chez 100 % des patients. Dans chaque cas, on utilise des médicaments « coantalgiques ».

Les douleurs de type vasculaire répondent bien aux antalgiques de niveau 1 et 2, en association avec Fraxiparine® 2/j dans le cadre de phlébites. L'association avec les « coantalgiques » tels que Praxilène®, Fonzylane® est efficace.

Les douleurs digestives répondent bien aux **antalgiques de niveau 1 et 2**. On note l'intervention de « **coantalgiques** » tels les antispasmodiques, les anti-ulcéreux, les topiques gastro-intestinaux. Elles sont soulagées en 5 jours environ et demandent 1 à 2 modifications avant d'atteindre l'antalgie. Celle-ci est maintenue pendant 15 jours dans 100 % des cas.

Les douleurs dentaires et les douleurs du cholestéatome répondent bien au **paracétamol** en 5 jours.

Les douleurs dues à une infection urinaire sont calmées avec l'association **dextropropoxyphène-paracétamol** et une pénicilline.

Cette étude a pu être réalisée grâce à l'analyse détaillée des traitements de 77 patients. Le détail de ces traitements figure en annexe (annexe 10). Par soucis de simplification des tableaux, les traitements sont écrits sous leurs noms commerciaux.

3.4. ANALYSE DE L'UTILISATION DE LA FEUILLE DE DOULEUR UTILISEE DANS LE SERVICE

Un des autres objectifs de cette étude est d'évaluer l'apport de la feuille de douleur dans la prise en charge thérapeutique des patients douloureux.

La feuille n'est pas remplie systématiquement pour chaque patient. Pour les 77 personnes de l'étude, elle n'a été remplie que dans 66,2 % des cas. Chaque utilisation de la feuille a fait l'objet d'une fiche. Sur cette fiche sont mentionnées les personnes à l'origine de la réalisation de la feuille, le motif pour lequel elle est remplie. La fiche précise ensuite si les douleurs mises en évidence sont plutôt des douleurs de repos, des douleurs à la mobilisation, ou des douleurs continues.

L'analyse des fiches révèle que les feuilles sont remplies à la demande des résidents dans 51% des cas, des médecins dans 17,6% des cas. Dans 31,4% des cas, elles sont remplies à l'initiative des infirmières.

Ces feuilles d'évaluation de la douleur ont été réalisées :

- pour adapter un traitement dans 86,3 % des cas,
- avant d'introduire un nouveau traitement dans 5,9 % des cas,
- pour juger de l'efficacité d'un traitement afin de maintenir les mêmes posologies dans 7,8 % des cas.

Cinq feuilles sont en moyenne remplies avant d'obtenir une antalgie correcte.

Les douleurs mises en évidence grâce à ces feuilles sont des douleurs de repos dans 25,5 % des cas, des douleurs à la mobilisation dans 78,4% des cas, et des douleurs continues (ni calmées par le repos, ni aggravées par la mobilisation) dans 84,3 % des cas.

Si on analyse les circonstances de découverte de la douleur, on s'aperçoit qu'elle est diagnostiquée

- grâce aux plaintes du patient dans 68,4 % des cas,
- grâce au personnel médical dans 28,9 % des cas.

Si la douleur est mise en évidence par le personnel médical, la feuille est remplie dans 96 % des cas. Si la douleur est signalée par les patients, elle n'est remplie que dans 54 % des cas.

Un test statistique Chi 2 a été réalisé sur certains facteurs pour savoir s'ils pouvaient influencer l'utilisation de la feuille de douleur. Ces facteurs sont :

- l'âge,
- la durée de séjour,
- le sexe,
- la situation familiale,
- le service d'origine,
- la possibilité de communication verbale,
- l'altération des fonctions intellectuelles,
- l'existence d'un syndrome démentiel,
- l'existence d'une pathologie psychiatrique associée,
- le type de douleur, sa durée, sa nature,
- les circonstances de découverte,
- le vécu de la douleur (antalgie en moins de 30 jours).

Le test est significatif pour certains facteurs.

La possibilité de communication verbale est un facteur pouvant influencer l'utilisation de la feuille de douleur ($p = 0,026$). La feuille est utilisée chez 86 % des patients incapables de communiquer et chez 59 % des patients qui peuvent communiquer.

Le type de douleur (nociceptive, neurogène, psychogène) peut influencer l'utilisation de la feuille ($p = 0,0006$). Si la douleur est nociceptive, on utilise la feuille dans 54 % des cas. Par contre si elle n'est pas nociceptive, on l'utilise dans 95 % des cas.

Ceci laisse supposer que la feuille peut aider à préciser le type de douleur.

La nature de la douleur (rhumatismale, neurologique, viscérale) peut influencer l'utilisation de la feuille ($p = 0,003$). S'il s'agit de douleurs d'origine neurologique, la feuille est utilisée dans 91 % des cas. S'il s'agit de douleurs cutanées, elle est utilisée dans 83 % des cas. Dans le cas de douleurs rhumatismales, elle est utilisée dans 56 % des cas.

La feuille est donc d'une aide précieuse lorsqu'il s'agit de douleurs plus spécifiques et moins fréquentes.

La circonstance de découverte peut influencer l'utilisation de la feuille de douleur ($p = 0,0002$). Elle est remplie dans 96 % des cas lors de douleurs mises en évidence par le personnel médical. Elle ne l'est que dans 54 % des cas lors de douleurs signalées par les patients.

Le vécu de la douleur peut influencer l'utilisation de la feuille ($p = 0,0002$). La feuille est utilisée chez 79 % des patients s'ils ne sont pas soulagés au bout de 30 jours.

Cette étude permet donc de souligner l'importance de la feuille de douleur utilisée dans le service de long séjour de Nancy. Pour le personnel médical, elle est un outil d'évaluation de la douleur chez les personnes qui ne peuvent pas communiquer. Elle permet de préciser le type de douleur lorsque celui-ci n'est pas nociceptif. Elle aide à soulager des douleurs plus spécifiques et moins fréquentes (neurogènes, cutanées). Elle permet d'évaluer l'efficacité des traitements. Les adaptations thérapeutiques sont réalisées grâce à sa lecture.

On peut remarquer qu'elle n'est pas remplie systématiquement pour chaque patient douloureux. On l'utilise lorsque la douleur est suspectée par le personnel ou que les traitements existants ne sont pas efficaces. Enfin, parmi les membres du personnel médical, ce sont les médecins qui demandent sa réalisation dans 68,6 % des cas. Les infirmières ne la réalisent spontanément que dans 31,4% des cas.

Discussion

4. DISCUSSION ET COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE

Nous avons tenté d'évaluer la prise en charge thérapeutique de la douleur chez la personne âgée hospitalisée en unité de soins de longue durée en nous intéressant à 138 patients du service de long séjour de Nancy. Cette étude prospective s'est déroulée du 1er janvier au 31 mai 1998. Pendant cette période, 77 patients ont présenté un tableau douloureux traité. La prévalence de la douleur traitée dans le service est de 77/138, soit 55,7%.

Les patients douloureux traités concernés par cette étude ont en moyenne 85 ans, les femmes (61%) sont plus nombreuses que les hommes (39%). La durée moyenne de séjour dans le service est de 2 ans et demi. La majorité de ces patients étaient jadis ouvriers (28,8%) et employés (26%). Parmi les pathologies principales ayant motivé une admission en long séjour, on retrouve :

- une perte d'autonomie après un AVC dans 22,1 % des cas,
- un syndrome démentiel dans 20,7 % des cas,
- une maladie d'Alzheimer dans 10,4 % des cas,
- une maladie de Parkinson dans 6,5 % des cas.

Parmi ces patients, 72,7 % peuvent communiquer ; 77,9 % présentent des troubles des fonctions intellectuelles dont 68,8 % de syndromes démentiels.

Si on compare l'âge, le sexe, ou le devenir des patients appartenant à la population douloureuse traitée à ceux appartenant à la population non traitée, on ne trouve pas de différence significative (pour l'âge, le sexe ou le pronostic), sauf pour la pathologie principale des patients. En effet, les patients entrés pour perte d'autonomie après un AVC ou une maladie de Parkinson ont une probabilité plus grande de recevoir un traitement antalgique (douleur plus facile à diagnostiquer ou plus fréquente).

Les motifs de prescription d'antalgiques sont tout d'abord les douleurs ostéoarticulaires (36,4%). Viennent ensuite par ordre décroissant les douleurs neurologiques (28,5%), les douleurs viscérales (14,3%), les douleurs cutanées (13%) et les douleurs vasculaires (7,8%). La plupart des douleurs sont d'origine nociceptive (71,4%) et souvent récentes (évoluant depuis moins de 6 mois).

Cette étude a permis d'analyser les prescriptions concernant les thérapeutiques antalgiques employées chez la personne âgée. Lorsqu'on initie un traitement antalgique, il s'agit souvent de paracétamol (67,5 % des cas). La posologie journalière la plus fréquente varie de 1,5 à 2 g/j avec une répartition en 3 ou 4 prises sur le nycthémère. L'association paracétamol-dextropropoxyphène est utilisée dans 24% des cas avec une posologie de 4 gélules/j. La morphine et ses dérivés ne figurent pas parmi les traitements initiaux.

Lorsque l'antalgie est atteinte, les prescriptions diffèrent. A l'équilibre, le paracétamol est toujours largement utilisé (57,1 %) mais avec une posologie journalière plus importante, souvent 3 g/j répartis en 6 prises sur le nycthémère. L'association paracétamol-dextropropoxyphène est plus utilisée que dans le cadre de traitements initiaux (33,7 %) avec une posologie journalière de 3 g/j. Les thérapeutiques du palier III figurent ici en bonne place. La morphine est utilisée dans 19,5 % des cas, les posologies varient de 10 à 120 mg/j. Différentes formes sont employées : formes buvables, formes orales ou formes injectables. Palfium® est utilisé dans 6,5 % des cas à la dose de 10 ou 20 mg/j.

On peut remarquer que le paracétamol seul est surtout employé pour des douleurs d'origine ostéoarticulaire et quelques douleurs d'origine neurologique. Associé à des « coantalgiques », il est utilisé pour tous les types de douleurs. Associé à Diantalvic®, ses posologies sont moindres (3/j). Associé à la morphine, il permet de soulager des douleurs ostéoarticulaires d'intensité plus forte (fractures...) et des douleurs neurologiques.

Diantalvic® seul est rarement utilisé. Il est soit associé au palier I, soit associé au palier III (Palfium®) surtout pour les soins d'escarres. Dans ce cas, l'analgésie est meilleure et permet d'obtenir des guérisons plus rapides.

La morphine seule est utilisée pour des douleurs cutanées ou neurologiques. Là encore, elle est souvent associée au paracétamol.

Enfin concernant l'efficacité des traitements, on constate que pour les douleurs d'origine ostéoarticulaire le traitement le plus utilisé est le paracétamol.

Les douleurs d'origine neurologique répondent plutôt aux associations, au Valium® ou à la morphine, mais peu aux antalgiques mineurs.

Les douleurs cutanées répondent bien aux thérapeutiques de palier II et III (Diantalvic®, Palfium®)

Les douleurs vasculaires répondent aux thérapeutiques de niveau I et III. Les coantalgiques sont presque toujours nécessaires.

Les douleurs viscérales sont traitées par des paliers I et II et des coantalgiques.

Cette étude a également permis d'analyser l'utilisation de la feuille de douleur du service.

Cette feuille est utilisée comme un outil d'évaluation de la douleur chez la personne âgée. Elle est très employée chez les patients qui ne peuvent pas communiquer, elle sert à préciser le type de douleur lorsque celui-ci n'est pas nociceptif, elle aide à soulager des douleurs moins fréquentes et plus spécifiques (neurogènes, cutanées). Elle sert également à évaluer l'efficacité des traitements. La plupart des adaptations thérapeutiques se font grâce à sa lecture. Elle est utilisée par l'ensemble du personnel médical, même si les médecins ont tendance à y recourir plus facilement que les infirmières.

Les études retrouvées dans la littérature, ne sont pas tout à fait comparables à celle-ci. Elles ne concernent pas le même nombre de patients, elles ne sont pas réalisées dans les mêmes conditions. On retrouve cependant un certain nombre de points communs entre elles. Dans chaque étude, on retrouve une description de la population concernée (âge moyen, sexe ratio, prévalence et étiologies des principales douleurs), ce qui nous permet de faire une comparaison avec la nôtre.

Les cinq études retrouvées dans la littérature, et décrites précédemment (paragraphe II.2.1.6.) ont servi de moyen de comparaison. Les données sont résumées dans le tableau n° 36.

Etude n°1 : *Etude de la douleur au centre Félix MARECHAL (CHR METZ THIONVILLE)* (7)

Etude n°2 : *Prévalence de la douleur dans un service de gériatrie (Centre hospitalier de MULHOUSE)* (23)

Etude n° 3 : *Un guide d'observation comportementale du vieillard douloureux sans parole. Essai clinique sur 30 patients d'un service de long séjour. (Unité de gérontologie, centre hospitalier LE MANS)* (34)

Etude n° 4 : *Emile ROUX, un jour, la douleur. Enquête de prévalence dans un hôpital gériatologique. (Hôpital Emile ROUX, LIMEIL-BREVANNES)* (14)

Etude n° 5 : *Evaluation de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée en long séjour. Etude chez 243 patients. (Centre hospitalier de DIJON)* (18)

Dans cette étude, les patients ont été séparés en deux catégories :

- A : Personnes interrogeables
- B : Personnes non interrogeables et « évaluées ».

Dans plusieurs études la somme des pourcentages des étiologies de douleurs dépasse 100 % car certains patients présentent des douleurs multiples. Dans notre étude, seule la cause principale de douleur a été retenue.

Tableau 36 : Comparaison de plusieurs études retrouvées dans la littérature à celle réalisée au long séjour de Nancy.

	Etudes	1	2	3	4	5		Notre étude
						A	B	
Population	âge moyen (ans)	84,7	79,7	83		86,2		85,2
	extrêmes (ans)	68-99	63-100	60-95		70 - 101		62 -100
	Sexe ratio hommes (%)	18,9	12,5	23,4		27,9		39
	femmes (%)	81,1	87,5	76,6		72,1		61
	douleurs récentes (%)	36,4	7,5	76,6				65,8
	douleurs chroniques (%)	63,6	92,5	23,4				34,2
	Prévalence de la douleur (%) en général, de la douleur traitée dans notre étude.	31,5	15	30	42,2			55,7
Etiologies (motifs de prescription) (%)	Appareil locomoteur (douleurs ostéoarticulaires)	70	57	50	34,6	56,6	46,3	36,4
	Douleurs viscérales (Abdominopelviennes)	26	20		10,6	28,8	15,8	14,3
	Douleurs neurologiques (hémiplégie, douleurs fantômes)	23	15	13		28,8	8,5	28,5
	Douleurs cutanées (escarres)	6	7,5	10		6,1	10,2	13
	Appareil vasculaire (artérite)	6	7,5			9,1	11,3	7,8

On remarque que la moyenne d'âge de la population du service de long séjour de Nancy est à peu près équivalente à celle des patients des autres études.

La prévalence de la douleur traitée se trouve dans la fourchette des pourcentages décrits dans la littérature (de 15 à 63 %), bien que l'on ne distingue pas toujours la différence entre la prévalence de la douleur traitée et la prévalence de la douleur en général.

Le sexe ratio est un peu différent : les hommes sont plus nombreux à Nancy que dans les autres études.

Les douleurs ostéoarticulaires sont la cause principale de douleurs dans toutes les études. Les douleurs d'origine neurologique et viscérale viennent ensuite en deuxième position. Les douleurs cutanées et les douleurs vasculaires sont moins fréquentes.

Dans notre étude, les rétractions tendineuses après un accident vasculaire cérébral ou dans le cadre de maladie de Parkinson ont été comptabilisées en douleurs neurologiques. Dans d'autres études (1 et 2), ces douleurs sont comptabilisées en douleurs ostéoarticulaires. Ceci explique les disparités constatées. Mais dans l'ensemble, on retrouve à peu près le même classement que celui de la littérature.

Sur le plan thérapeutique, peu d'études rapportent les pratiques courantes de prescription. On peut cependant comparer nos prescriptions à celles des différentes études déjà citées.

Tableau 37 : Récapitulatif des prescriptions.

Thérapeutiques (%)	Etude au long séjour de Nancy	Etude au long séjour de Dijon		Etude au centre Félix Maréchal	Etude au centre du Mans	Etude à l'hôpital Emile Roux
		A	B			
Paracétamol	57,1	7,5	8,5	16,6		40,3
Paracétamol et codéine	1,3					
Paracétamol-Dextropropoxyphène	33,7	9,1	3,9	50		53,2
Morphine	19,5	3	1,1	20	20	6,5
Dérives de la morphine	6,5					
Benzodiazépines	11,7	45,4	18			
Antidépresseurs						
Tricycliques	2,6	25,7	12,9		10	
Autres	10,3					
Neuroleptiques	2,6	19,7		32,7		
Antiparkinsoniens	5,2					
AINS	10,3	1,5		1,1		
Corticoïdes	2,6	4,5		2,8		

Là encore, bien que les résultats ne soient pas complètement comparables, on peut remarquer que :

- le paracétamol est très employé à Nancy par rapport aux autres,
- Diantalvic® est moins employé que dans les autres études,
- la morphine est beaucoup plus employée,
- les pourcentages sont équivalents pour les antidépresseurs et les corticoïdes,
- par contre les neuroleptiques sont nettement moins employés.

Ceci s'explique par le fait que dans les autres études, tous les traitements antalgiques ont été répertoriés , même si quelquefois l'indication était un peu floue. Tous les traitements neuroleptiques n'étaient pas forcément prescrits dans un but antalgique. Dans notre étude, au contraire, nous nous sommes efforcés de ne retenir que les traitements donnés à visée antalgique.

Troisième partie

Un sujet en plein essor

III. PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE DU SUJET AGE DOULOUREUX : UN SUJET EN PLEIN ESSOR

1. CONSTAT : MANQUE DE FORMATION DU CORPS MEDICAL SUR LE SUJET

CHARRU.P (9) déclare en 1995 : « Il existe un paradoxe évident entre la fréquence de la douleur chez les personnes âgées et l'intérêt restreint qu'on lui accorde. Moins de 1 % des 4000 articles publiés sur la douleur dans la presse internationale de 1992 concernent les sujets âgés. Dans la même période, seules 18 pages sur les 5000 de huit revues de gériatrie abordent ce sujet ».

On peut, hélas, remarquer que les huit années d'études de médecine ne consacrent que quelques heures au traitement de la douleur.

BEYELER.Y (2) en 1996, cite une enquête où figurent quelques chiffres inquiétants. Environ 90 % des 600 généralistes et 300 oncologues interrogés disent être performants dans le soulagement des douleurs de leurs patients cancéreux. Hélas, les réponses aux questionnaires révèlent d'énormes déficits dans la connaissance des règles élémentaires du traitement de la douleur, surtout en ce qui concerne la morphine.

R. SEBAG LANOE exprime également très bien ce manque de formation des professionnels de santé (63). Selon elle : « Ceci signifie que les formateurs éventuels se trouvent dans la double nécessité de s'autoformer eux-même, tout en formant les autres. Le travail d'une équipe quelque peu coordonnée peut être totalement remis en cause du jour au lendemain par le départ de quelques individus qui ont accepté de se former sur le terrain, alors que les remplaçants n'auront aucune formation ! L'urgence d'une formation spécifique minimale des soignants de toutes catégories apparaît donc évidente. Mais cette formation du personnel de soins ne peut atteindre la plénitude de son efficacité, que si elle s'associe conjointement à une formation théorique et pratique des médecins eux-mêmes. De ce fait, l'enseignement des étudiants en médecine tel qu'il est déjà réalisé dans le cadre de plusieurs diplômes de gérontologie clinique paraît indispensable, et mérite d'être amplifié dans le cadre de l'enseignement de la médecine générale... ».

S' il est vrai que la littérature insiste sur le manque de formation des professionnels de santé sur le sujet, d'énormes progrès sont intervenus ces dernières années, nous nous devons de les énoncer.

2. LES NOUVELLES MESURES

2.1 Formation théorique (52)

Jusqu'à un passé récent, les médecins devaient être volontaires pour acquérir une formation sur le sujet. La formation post-universitaire reconnaît les soins palliatifs et le traitement de la douleur comme thème prioritaire depuis 1993. Un diplôme inter-universitaire d'évaluation et de traitement de la douleur (enseignement de 3ème cycle, devenu depuis capacité), existait en fait depuis 1992. Il a fallu attendre la rentrée universitaire 1996 pour que l'enseignement devienne obligatoire et soit intégré dans le programme de formation médicale universitaire initiale.

Un groupe composé de membres du Collège National des Enseignants Universitaires de la Douleur (CNEUD), du Collège National des Médecins de la Douleur (CNMD) et de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) a élaboré le canevas du séminaire commun « Douleur et Soins Palliatifs » proposé aux étudiants du 2ème cycle (52).

Nous pouvons également citer les efforts réalisés à la faculté de médecine de Nancy. En effet, tous les médecins, résidents, internes ont reçu au cours de l'année 1998, un « cahier pédagogique » (30) sur la douleur. Il est issu d'une action conjointe du Centre Hospitalier Universitaire, du centre Alexis Vautrin, et de la faculté de médecine. Il préfigure d'autres initiatives telle que la conception d'un « algoguide » en cours d'élaboration et la constitution d'un groupe régional autour de la douleur (ALGOLOR).

2.2 Formation pratique

Sur le plan pratique, nous disposons à NANCY d'une consultation spécialisée de la douleur. Les médecins appartenant à cette consultation prennent en charge les patients présentant des douleurs atypiques ou rebelles aux traitements habituels. Les patients viennent aussi bien du secteur hospitalier que du secteur libéral.

Dans la région, nous pouvons également mentionner l'équipe du Dr Bernard WARY, au centre hospitalier régional de METZ-THIONVILLE. Il s'agit d'un service de gériatrie formé aux soins palliatifs, mais il dispose d'une équipe « mobile », qui se déplace dans les différents services hospitaliers, afin de prendre en charge les patients douloureux, les patients cancéreux ou en fin de vie, sans avoir à les regrouper dans un même service.

J'ai eu la chance de rencontrer le Dr WARY au cours d'un de mes stages de résidanat, dans le service d'hépatogastro-entérologie du centre hospitalier régional BONSECOURS de METZ. Ses précieux conseils et ses visites auprès de nos patients nous ont appris à mieux manier les antalgiques et surtout, nous ont « sensibilisés » aux problèmes douloureux rencontrés quotidiennement. Ce type de soins est très enrichissant pour l'équipe médicale qui ne se contente plus, désormais, de confier le patient à un « spécialiste », mais essaie de participer à l'élaboration d'un programme de soins cohérent.

2.3 Nouvelles mesures ministérielles

Nous développerons ici le contenu de la dernière circulaire de B. KOUCHNER (11), concernant le plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés. Les principaux points sont :

▶ le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux.

- Un guide méthodologique doit être diffusé permettant d'appréhender la prise en charge de la douleur sous différents aspects.
- L'évaluation de la douleur au quotidien est un impératif. Il est nécessaire d'utiliser l'échelle d'évaluation analogique (diffusion d'un million de réglettes d'évaluation).
- La suppression du carnet à souche doit permettre de simplifier la prescription des stupéfiants. Les prescriptions sont faites maintenant sur des ordonnances sécurisées.

- Une circulaire précisant les conditions de réalisation de protocoles de soins en faveur de la douleur sera adressée aux établissements.

▸ formation et information des personnels de santé

- La douleur appartient aux enseignements obligatoires du deuxième cycle. La formation à la prise en charge de la douleur est renforcée dans le cadre de la réforme du troisième cycle.

- C'est un thème prioritaire de formation médicale continue.

▸ prise en compte de la demande des patients

- Création d'un « carnet douleur », remis à tout patient hospitalisé. Une information générale sur la douleur, son évaluation, sa prise en compte par le médecin et l'équipe soignante est fournie dans le carnet qui doit être remis avec le livret d'accueil à tout patient hospitalisé. Il explique les modalités d'utilisation des échelles d'E.V.A. Il incite surtout le patient à communiquer sur sa douleur et l'assure d'une écoute active de la part de l'équipe soignante.

- Mesure de satisfaction des patients avec un questionnaire de sortie.

- Diffusion de la liste régionale des consultations, unités, et centres de lutte contre la douleur. La liste nationale est diffusée sur Minitel, code 3614 MISASOL.

- Campagne d'information en trois volets :

- auprès de la presse spécialisée,

- campagne de communication en direction du grand public (affiches),

- semaine de sensibilisation et d'information au sein des établissements

de santé.

Plus récemment, une autre circulaire (N° DGS/DH/DAS/SQ2/99/84 du 11 février 1999) (12) a été publiée. Elle est « relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales ».

Nous proposons son résumé :

« L'amélioration de la prise en charge de la douleur aiguë des personnes malades concerne l'ensemble des services hospitaliers, notamment les services d'urgences, ainsi que les

institutions médico-légales. Cette démarche repose sur un travail d'équipe formée et sachant utiliser les outils d'évaluation de la douleur. Dans ce cadre, les personnels médicaux et les infirmiers doivent agir sur protocoles de soins. La mise en oeuvre de ceux-ci peut, dans des conditions prédéterminées, être déclenchée à l'initiative de l'infirmier ».

2.4 Création d'un site internet sur la douleur (66)

Ce site est ouvert depuis le 14 décembre 1998 (www.santé.gouv.fr). Son objectif, élaboré sous l'égide de la direction régionale de la santé, est de faciliter la communication entre les personnes souffrantes, les associations de malades, les établissements de soins et les professions de santé.

Il regroupe différentes rubriques :

- « **En pratique** » : qui doit motiver les patients à dialoguer avec leurs médecins et donne des conseils pour améliorer la prise en charge.
- « **Adresses et acteurs** » : diffuse les coordonnées des structures de soins.
- « **Réglementation** » : qui rappelle les textes administratifs et déontologiques.
- « **Plan de lutte contre la douleur** » : qui expose l'action gouvernementale.
- « **Pour en savoir plus** » : propose une sélection de nombreux documents (livres, rapports, articles médicaux, films).
- « **Une sélection d'autres sites** » consacrés à la douleur, souvent réalisés par des associations de malades.

Ce site devrait être enrichi par des informations scientifiques destinées aux professionnels de santé.

Il faut reconnaître que si des nouvelles mesures ont été prises, les laboratoires pharmaceutiques ont aussi contribué à l'avancée en matière de prise en charge douloureuse en apportant de nouvelles spécialités.

3. AVANCEE THERAPEUTIQUE.

CODENFAN® (phosphate de codéine) a été mis sur le marché en octobre 1998. C'est le premier antalgique de niveau 2 pour l'enfant à partir de 1 an.

CODOLIPRANE® a obtenu son AMM pour le traitement des enfants à partir de 6 ans.

NUBAIN®, morphinique indiqué chez l'enfant de 18 mois et plus, sortirait de la réserve hospitalière et devrait permettre son utilisation par les praticiens de ville.

L'analgésie-anesthésie des actes douloureux de courte durée se développe :

- utilisation d'une association lidocaïne/prilocaine chez le nouveau-né de 0 à 3 mois (**EMLA® crème 5%**) et sous forme de patch (**EMLA® patch**).

Les dossiers d'AMM sont déposés pour un sulfate de morphine retard pédiatrique.

Le mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène (**MEOPA®**) a obtenu une autorisation temporaire d'utilisation. Il est largement utilisé dans les hôpitaux pédiatriques pour réaliser des actes douloureux : ponctions diverses, actes de sutures aux urgences...

Le **fentanyl (DUROGESIC®)** en dispositif transdermique est une innovation thérapeutique dont nous avons déjà parlé.

Les triptans sont également très à la mode, comme le naratriptan (**NARAMIG®**) ou le zolmitriptan (**ZOMIG® 2.5 mg**) qui a été élu médicament de l'année 1999 (prix MEDEC) dans le traitement de la migraine.

Toutes ces avancées à la fois ministérielles, thérapeutiques et comportementales nous prouvent que d'énormes efforts ont été réalisés ces dernières années et qu'il ne faut plus se contenter de dire que nous ne savons pas traiter la douleur. Il faut simplement s'y intéresser et accepter de remettre sans cesse nos compétences en question.

Conclusion

La douleur, autrefois simple symptôme relevant de diverses branches de la médecine, est devenue l'objet d'une spécialité propre qui constitue actuellement un des domaines les plus stimulants de la médecine.

Au cours de ces dernières années, des progrès considérables ont été réalisés. L'action gouvernementale a incontestablement joué un rôle primordial grâce aux nombreuses lois et circulaires parues récemment.

Malgré tout, il reste tout de même de gros efforts à fournir dans ce domaine, notamment auprès des personnes âgées. Même si elles ne représentent pas aujourd'hui une fraction importante de la population, elles risquent de le devenir avec l'augmentation de l'espérance de vie.

Comme nous l'avons montré, le diagnostic de douleur dans cette catégorie de population est relativement complexe et requiert des connaissances spécifiques. La prévalence de la douleur chez les personnes âgées varie de 49 à 83 % selon les études, et les douleurs ostéoarticulaires représentent 34 à 78 % de toutes les douleurs rencontrées.

Devant la difficulté d'évaluation de la douleur chez la personne âgée, de nombreuses équipes médicales tentent de mettre au point des échelles d'hétéroévaluation de la douleur. Plusieurs sont en cours de validation. Mais toutes ces échelles ne sont que des outils qui doivent permettre de manier les antalgiques de façon plus adéquate.

Sur le plan thérapeutique, on constate également de réels progrès. Le recours à la morphine devient plus naturel et de nouvelles molécules, réservées jadis à l'anesthésie comme le Fentanyl, servent aujourd'hui à soulager des douleurs invalidantes rencontrées quotidiennement dans les services de soins de longue durée.

Dans les différentes études relatées dans ce travail, et plus particulièrement dans le service de long séjour du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nancy, le paracétamol reste la molécule la plus employée comme thérapeutique antalgique, suivie de près par l'association paracétamol-dextropropoxyphène.

Par contre la morphine et ses dérivés (Palfium®) semblent d'utilisation plus courante ces dernières années. A Nancy, le service de long séjour les utilise dans 26 % des cas.

Ce résultat encourageant semble prouver que la morphine n'est pas seulement utilisée dans le cadre de soins palliatifs, mais aussi pour soulager des souffrances quotidiennes qui empoisonnent l'existence des personnes âgées.

Il existe maintenant un besoin urgent d'éducation, les autorités gouvernementales l'ont bien compris. Mais malgré l'évident progrès de nos connaissances, il reste encore trop de personnes âgées insuffisamment traitées.

Si l'éducation des patients est primordiale, celle des médecins l'est encore plus. Nous espérons que ce travail aura tenté de le souligner et d'y participer.

Bibliographie

V. BIBLIOGRAPHIE

1. ANDERSSON H.I., EJLERTSSON G., LEDEN I., ROSENBERG C.

Chronic pain in a geographically Defined General Population : Studies of differences in age, gender, social class, and pain localization.

Clin. J. Pain, 1993, 9, 3 : 174-82.

2. BEYERLER Y.

Soulagement de la douleur : retrouvons nos manches !

Infokara, 1996, 41: 3-5.

3. BONICA J.J.

The management of Pain (2ème édition).

Philadelphia, Lea & Febiger, 1990.

4. BRUXELLE J.B.

La douleur chronique : particularités cliniques et thérapeutiques.

Impact med. Prat. P.P.P. (2e ex.), 1993, 200 : 4-6.

5. CAMBIER J.

Pour une médecine de la douleur. Avant propos.

Rev. Prat.(3e ex.), 1994, 44: 1864.

6. CAMUS N.

Spécificité de la douleur au cours des soins chez les sujets très âgés en unité de soins palliatifs gériatriques.

Rev. Geriatr., 1998, 23, 3 : 257-258.

7. CERVANTES C., RETTEL S., MAYOT M., METAIS P.

Etude de la douleur en unité de soins de longue durée : l'expérience du centre gériatrique Félix Maréchal (CHR Metz-Thionville).

Rev. Geriatr., 1996, 21, 8 : 527-534.

8.CERVANTES-DEGRAEVE N., RIBEMONT-GOBY A.C., BELHAMRA D.

Les différentes douleurs rencontrées en hôpital gériatrique.

Geriatrics-Praticiens et 3 ème âge, 1998 : 54-58.

9.CHARRU P., ELIES D., LIDY C.

Douleur et sujet âgé

Gérontologie pratique, 1995, 64 : 2-4.

10.Circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.

Direction Régionale de la Santé.

Journal officiel. SP 4 43 517.

11.Circulaire DGS/DH du 24 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

Direction Générale de la Santé.

Journal officiel. SP 4 43 2644.

12.Circulaire DGS/DH/DAS/SQ2/99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aigue par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.

Journal Officiel. SP 4 43.

13.CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995, article 37.

Ordre National Des Médecins, Conseil National de l'Ordre.

14.CORNU H.P., CHAH-WAKILIAN A., LAMBERT C.

Emile Roux, un jour, la douleur. Enquête de prévalence dans un hôpital gérontologique.

Rev. Geriatr., 1997, 22, 3 : 155-162.

15.CROOK J., RIDEOUT E., BROWNE G.

The prevalence of pain complaints in a general population.

Pain, 1984, 18 : 299-314.

16.DARDAINE V., PUEYO J.B., GIBOTTEAU A., CHAVANNE D., DOURTHE C.,
FRIOCOURT P., HOVASSE E., POUPET J.Y., CONSTANS T.

Congrès International Francophone de Gériatrie (VI ème), 1998, Genève.

Traitement par la morphine des douleurs non cancéreuses du sujet âgé. Enquête sur les pratiques thérapeutiques des gériatres membres de la société de Gériatrie de l'ouest et du centre.

17.DELORME J.

La lutte contre la douleur.

Concours med., 13-02-1999- 121-06 : 443-445.

18.DUMOUT A.M.

Evaluation de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée en long séjour. Etude chez 243 patients.

Th. : Med : Dijon : 1990.

19.FAGHERAZZI-PAGEL H.

Mourir en long séjour.

Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1993.

(Collection Espace social)

20.FERREL B.A., FERREL B.R , OSTERWEIL D.,

Pain in the nursing home.

J.Am.Geriatrics. Soc., 1990, 38, 4 : 409-414.

21.GOMAS J.M.

Douleur chronique : évaluation et prise en charge.

Soins gériatrie, 1996, 5 : 7-16.

22.GONTHIER R.

La morphine en gériatrie.

Rev. Geriatr., 1997, 22, 8 : 543-549.

23.GROSSHANS C., SALTER P., PETER B.

Prévalence de la douleur dans un service de gériatrie.

Rev. Geriatr., 1988, 13, 7 : 325-331.

24.GROUX-FREHNER D., RAPIN CH.

Les douleurs chroniques dans un home de personnes âgées.

Infokara, 1996, 41 : 16-25.

25.GRUNAU R.V., WHITFIELD M.F., PETRIE J.M., FRYER E.L.

Early pain experience, child and family factors, as precursors of somatization : a prospective study of extremely premature and fullterm children.

Pain, 1994, 56, 3 : 353-359.

26.HAPIDOU E.G., DE CATANZARO D.

Responsiveness to laboratory pain in women as a function of age and childbirth pain experience.

Pain, 1992, 48, 2 : 177-81.

27.HARKINS S.W., PRICE D.D.

Assessment of pain in the elderly.

In : Turk D, Melzack T (eds.), Handbook of pain measurement and assessment.

New York, Guilford Press, 1992 : 315-351.

28.HARKINS S.W., PRICE D.D., BUSH F.M., SMALL R.

Geriatric pain. In : Roy R (ed, chronic pain in old age)

Toronto, University of Toronto Press, 1994.

29.HARKINS S.W., WARNER M.H.

Age and pain. In Eisdorfer C. ed. Annual Review of Gerontology and Geriatrics (vol 1).

New York, Springer Publishing Company, 1980 : 121-131.

30. JEANDEL C., CORNET CL., GERMAIN M., GRILLOT M., KRAKOWSKI I.,
LONCHAMP P., VERRA DE REN M., DALHAB F., DEMANGEON B.

Cahier pédagogique : Douleur de l'adulte.

Fascicule réalisé par la Faculté de Médecine de Nancy, le Centre Alexis Vautrin et le Centre Hospitalier et Universitaire de Nancy.

31. KAHN J.P.

La place du psychiatre dans le traitement des douleurs chroniques.

Dans : Journée d'automne consacrée à la douleur.

Formation Médicale Continue des Hôpitaux Privée de Lorraine, 24 octobre 1998.

32. KAKIGI R., SHIBASAKI H.

Estimation of conduction velocity of the spinothalamic tract in man.

Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol., 1991, 80, 39-45.

33. KRAKOWSKI I., GESTIN Y., LAKDJA F., MEYNADIER J., POULAIN P., POZZO DI
BORGO C., REBATTU P., SCHACH R., GOLBERG J., BOUREAU F., FALCOFF H.,
GUILLAIN H., LARUE F., MAGNET M., SALAMAGNE M., SERRIE A., TRECHOT P.,
VERDIE J.C., et Al.

Recommandations pour une bonne pratique dans la prise en charge de la douleur du cancer
chez l'adulte et l'enfant.

Bull Cancer, 1996, 83 : 1s-84s.

34. LAMOTTE F., VETTEL J.M.

Un guide d'observation comportementale du vieillard douloureux sans parole. Essai clinique
sur 30 patients d'un service de long séjour.

Rev. Geriatr., 1991, 16, 7 : 303-308.

35. LAURENT B., NAYME P., RICHARD A.

Douleur et vieillissement.

Gériatrie (suppl.), 1997, 22, 6 : 57-61.

36.LE QUINTREC J.L., MAGA M., BAULON A.

L'échelle comportementale simplifiée E.C.S. Un nouvel outil d'évaluation de la douleur en long séjour gériatrique.

Rev. Geriatr., 1995, 20, 6 : 363-368.

37.LE VASSEUR S.A., GIBSON S.J., HELME R.D.

The measurement of capsaicin sensitive sensory nerve fiber function in elderly patients with pain.

Pain, 1990 , 41,1 : 19-25.

38.LEFEBVRE-CHAPIRO S., ABADIE A., ALIX M., EL AZOUZI A., FILBET M.,

SICARD N., MAUGOURD-BIZIEN M.F., PATERNOSTRE B., REVILLON L., SACHET A., SEBAG-LANOE R.

Congrès International Francophone de Gérontologie (VI ème), 1998, Genève.

Morphine et grand âge.

39.LEFEBVRE-CHAPIRO S.

Le maniement des antalgiques en gériatrie.

Rev.Geriatr., 1998, 23, 3 : 259-260.

40.LEFEBVRE-CHAPIRO S., SEBAG-LANOE R.

Le traitement des douleurs chez les vieillards.

Concours Med., 13-10-1996 : 118-02.

41.LEFEBVRE-CHAPIRO S., SEBAG-LANOE R.

Soins palliatifs chez les personnes âgées.

Rev. Prat., 1999, 49: 1077-1080.

42.LEROUX R.

L'évaluation gérontologique. De la théorie à la pratique.

Géronte.

Rennes : Editions ENSP., 1994.

43.LONCHAMP P.

Les douleurs neurogènes.

Dans : Journée d'automne consacrée à la douleur.

Formation Médicale Continue des Hôpitaux Privée de Lorraine, 24 octobre 1998.

44.MELZACK R.

The Mac Gill Pain Questionnaire. Major properties and scoring methods.

Pain, 1975, 1 : 277-299.

45.MEMRAN-POURCHER, PRAS.P., CAPRIZ BUVAT.F.

La douleur du sujet âgé.

Rev. Geriatr., 1992, 17, 7 : 397-406.

46.MERSKEY H.

Classification of chronic pain : Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy.

Pain Suppl., 1986, 3 : S 1-226.

47.MICHEL M., MICHEL O., GAUQUELIN F.

Les outils d'évaluation de la douleur chez la personne âgée.

Infokara, 1996, 41 : 7-15.

48.MOORE A.K. and coll.

Differences in epidural morphine requirements between elderly and young patients after abdominal surgery.

Anesth. Analg., 1990, 70, 3 : 316-20.

49.MORELLO R., JEAN A., FERMANIAN J., ALIX M.

Congrès International Francophone de Gériologie (VI ème), 1998, Genève.

L'E.C.P.A. : une échelle comportementale d'évaluation de la douleur pour la personne âgée.

Construction et validation.

50.PFITZENMEYER P.

Le vieillard malade : particularités physiologiques, sémiologiques et psychologiques.

Rev.Geriatr.,1998, 23, 5 : 415-422.

51.PICHARD-LEANDRI E.

Douleurs-Législation.

Thérapeutiques, 1998, 37 : 15-16.

52.PICHARD-LEANDRI E., LARUE F.

10 ans d'initiatives et de législations en faveur de la prise en charge de la douleur en France.

Houde Magazine médical, numéro spécial, mars 1998, 70-71.

53.PORTER J., JICK H.

Addiction rare in patients treated with narcotics.

N. Engl. J. Med., 1980, 302 : 123.

54.POULAIN P.

Existe-t-il une spécificité de l'antalgie chez le grand vieillard ?

Rev. Geriatr., 1998, 23, 3 : 251-252.

55.RAPIN C.H.

Maniement des antalgiques chez la personne âgée.

Gériatrie (Suppl), 1997, 22, 6 : 25-28.

56.RAT P., BONIN GUILLAUME S.

Proposition d'une échelle d'hétéroévaluation de la douleur.

Gérontologie pratique, 1996, 82 : 7.

57.READY L.B., CHADWICK H.S., ROSS B.

Age predicts effective epidural morphine dose after abdominal hysterectomy.

Anesth. Analg., 1987, 66 ,12 :1215-8.

58.REY ROSELYNE

Histoire de la douleur.

Paris, Editions La Découverte, 1993.

59.ROY R.

Chronic pain in old age.

Toronto, University of Toronto Press, 1994.

60.ROY R., THOMAS M.

A survey of chronic pain in a elderly population.

Can. J. Fam. Pract., 1986 : 516.

61.SACHET A., SEBAG-LANOE R., SALAMAGNE M.

Les soins palliatifs - Le traitement de la douleur, la prise en charge des autres symptômes d'inconfort.

Dans : MAUGOURD M.F., Gériologie fondamentale, clinique, sociale. Tome 2.

Montpellier : Bernard Duportet : Sauramps Médical, 1992 : 618-626.

62.SCHUCK S., ALLAIN H.

La douleur : Moyens et stratégies thérapeutiques.

Rev. Prat., 1997, 47, 6 : 555-569.

63.SEBAG-LANOE R.

Mourir accompagné.

6ème édition revue et augmentée

Lonrai, Desclée de Brouwer, 1996.

64.SEBAG-LANOE R., LEGRAIN S., LEFEBVRE-CHAPIRO S.

Spécificité gériatrique des soins palliatifs.

Rev. Geriatr., 1998, 23, 2 : 147-152.

65.SIMEONE I., RAPIN CH.H.

La douleur en gériatrie. I- Aspects psychologiques. II- Le traitement de la douleur chronique.
Notre expérience en gériatrie.

Sem. Hôp. Paris, 1985, 61, 31 : 2281-2287.

66.Site Internet sur la douleur

[www.santé.gouv.fr / douleur](http://www.santé.gouv.fr/douleur).

67.« Soulager la souffrance, soigner et accompagner jusqu'au bout ».

Fascicule spécial n° 86-32 bis du Bulletin Officiel, 1986.

Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville.

68.STERNBACH R.A.

Survey of pain in the United States : the nuprin pain report.

Clin. J.Pain, 1986, 2 : 49-53.

69.TREMBLEY N., ALLARD N., VEILLETTE Y.

Effect of age on pain perception. Preliminary results.

IASP Absract., 1993

70.VALKENBURG H.A.

Epidemiologic considerations of the geriatric population.

Gerontology, 1988, 34 : 2-10.

71.WARY B. et Coll,

Doloplus échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée : de la sensibilisation à la validation.

Gériatrie (suppl.), 1997, 22, 6 : 22-25.

72.WARY B., collectif DOLOPLUS.

7ème Congrès Annuel SOFRED

« Plaidoyer pour l'évaluation de la douleur chez les sujets âgés. »

SOFRED - Société Francophone d'Etude de la Douleur, Mise au Point 1997, 89-100.

73. YANG K.S., PORTNOY R.K.

Pain management in the geriatric surgical patient.

In : Katlic M.R. (ed.) Geriatric surgery : Comprehensive care of the elderly patient.

Baltimore, Urban & Schwarzenberg Inc, 1990 : 329-347.

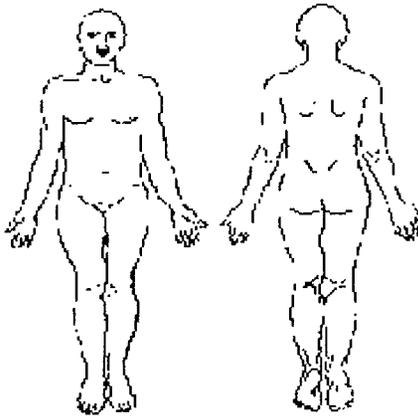
Annexes

ANNEXE N° 1**Mc Gill-Melzac****PAIN QUESTIONNAIRE**

Mc Gill-Melzac	Part 2. <u>What does your pain feel like ?</u>			
<u>PAIN QUESTIONNAIRE</u>	Some of the words below describe your present pain. Circle ONLY those words that best describe it. Leave out any category that is not suitable. Use only a single word in each appropriate category, the one that applies best.			
Patient's name _____ Age _____	1	2	3	4
File n° _____ Date _____	flickering	jumping	pricking	sharp
Clinical category (eg, cardiac, neurological, etc...) : _____	quivering	flashing	boring	cutting
Diagnosis : _____	pulsing	shooting	drilling	lacerating
_____	throbbing		stabbing	
_____	beating		lancinating	
Analgasic (if already administered) :	pounding			
1. Type _____	5	6	7	8
2. Dosage _____	pinching	tugging	hot	tingling
3. Time given in relation ti this test _____	pressing	pulling	burning	itchy
Patient's intelligence : circle number that represents best estimate	gnawing	wrenching	scalding	smarting
1 (low) 2 3 4 5 (high)	cramping		searing	stinging
This questionnaire has been designed to tell us more about your pain. Four	9	10	11	12
major questions we ask are :	dull	tender	tiring	sickering
1. Where is your pain?	sore	taut	exhausting	suffocating
2. What does it feel like ?	hurting	rasping		
3. Haw does it change with time ?	aching	splitting		
4. Haw strong is it ?	heavy			
It is important that you tell us your pain feels naw. Please follow the	13	14	15	16
instructions at the beginning of each part.	fearful	punishing	wretched	annoying
_____	frightful	gruelling	blinding	troublesome
_____	terrifying	cruel		miserable
_____		vicious		intense
_____		killing		unbearable
_____	17	18	19	20
_____	spreading	tight	cool	nagging
_____	radiating	numb	cold	nauseating
_____	penetrating	drawing	freezing	agonizing
_____	piercing	squeezing		dreadful
_____		tearing		torturing

ANNEXE N° 1 SUITE**Part 1** Where is your pain ?

Please mark, on the drawings below, the areas where you feel pain. Put E if external, or I if internal, near the areas which you mark. Put EI if both external and internal.

**Part 3.** How does your pain change with time ?

1. Which word or words would you use to describe the pattern of your pain ?

1	2	3
continuous	rhythmic	brief
steady	periodic	momentary
constant	intermittent	transient

2. What kind of things relieve your pain ?

3. What kind of things increase your pain ?

Part 4. How strong is your pain ?

People agree that the following 5 words represent pain of increasing intensity. They are :

1	2	3	4	5
mild	discomforting	distressing	horrible	excruciating

To answer each question below, write the number of the most appropriate word in the space beside the question.

1. Which word describes your pain right now ? _____
2. Which word describes it at its worst ? _____
3. Which word describes it when it is least ? _____
4. Which word describes the worst toothache you ever had ? _____
5. Which word describes the worst headache you ever had ? _____
6. Which word describes the worst stomach-ache you ever had ? _____

ANNEXE N° 2**PRESENTATION DU Q.D.S.A. (questionnaire douleur de Saint Antoine) : liste de 58 qualificatifs.**

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE : _____

A	BATTEMENTS PULSIONS ELANCEMENTS EN ECLAIRS DECHARGES ELECTRIQUES COUPS DE MARTEAU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	H	PICOTEMENTS FOURMILLEMENTS DEMANGEAISONS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B	RAYONNANTE IRRADIANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	I	ENGOURDISSEMENT LOURDEUR SOURDE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C	PIQURE COUPURE PENETRANTE TRANSPERCANTE COUP DE POIGNARD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	J	FATIGUANTE EPUISANTE EREINTRANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D	PINCEMENT SERREMENT COMPRESSION ECRASEMENT EN ETAU BROIEMENT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	K	NAUSEEUSE SUFFOCANTE SYNCOPALE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E	TIRAILLEMENT ETIREMENT DISTENSION DECHIRURE TORSION ARRACHEMENT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	L	INQUIETANTE OPPRESSANTE ANGOISSANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F	CHALEUR BRULURE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	M	HARCELANTE OBSEDANTE CRUELLE TORTURANTE SUPPLICANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G	FROID GLACE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	N	GENANTE DESAGREABLE PENIBLE INSUPPORTABLE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			O	ENERVANTE EXASPERANTE HORRIPILANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			P	DEPRIMANTE SUICIDAIRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

NOTATION DOULEUR A L'INSTANT PRESENT EN GENERAL

0 : ABSENT

1 : FAIBLE

2 : MODERE

3 : FORT

4 : EXTREMEMENT

PAS DU TOUT

UN PEU

MOYENNEMENT

BEAUCOUP

FORT.

ANNEXE N° 2 (SUITE)**EXPLICATION STANDARD DU MODE D'UTILISATION DU Q.D.S.A.**

**I. LISEZ ATTENTIVEMENT CHAQUE MOT SANS EN OUBLIER AUCUN.
CHAQUE MOT DOIT ETRE CONSIDERE INDEPENDAMMENT.
INDIQUEZ PAR UNE CROIX DANS LA PREMIERE CASE LES MOTS QUI CORRESPONDENT A VOTRE DOULEUR ET QUE
VOUS COMPRENEZ BIEN.**

EXEMPLE : -----

**II. LORSQUE DANS UN GROUPE DE MOTS, PLUSIEURS MOTS ONT ETE COCHES, INDIQUEZ PAR UNE SECONDE CROIX
DANS LA DEUXIEME CASE, LE MOT LE PLUS EXACT POUR EXPRIMER VOTRE DOULEUR AU MOMENT PRESENT OU
VOUS REMPLISSEZ LE QUESTIONNAIRE.**

EXEMPLE : -----

**III. AFIN DE PRECISER VOTRE DOULEUR AU MOMENT PRESENT OU VOUS REMPLISSEZ LE QUESTIONNAIRE,
DONNEZ UNE NOTE DANS LA TROISIEME CASE A CHAQUE MOT EN UTILISANT LE CODE SUIVANT :**

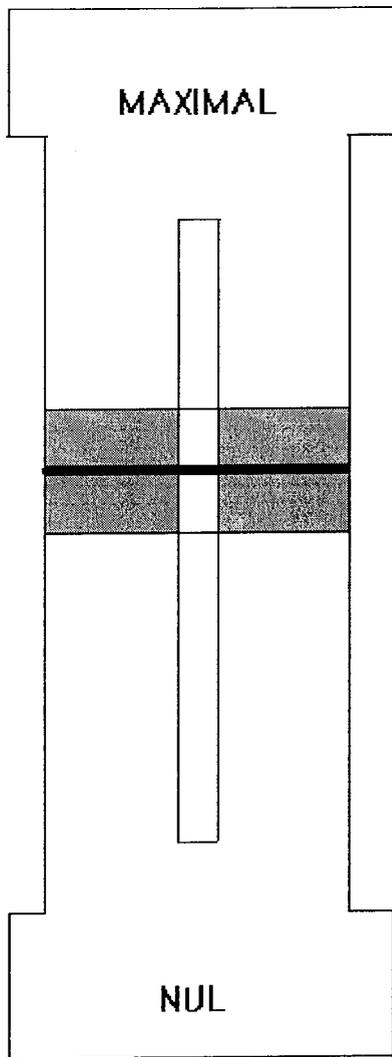
0 : ABSENT	1 : FAIBLE	2: MODERE	3 : FORT	4 : EXTREMEMENT
PAS DU TOUT	UN PEU	MOYENNEMENT	BEAUCOUP	FORT.

EXEMPLE : -----

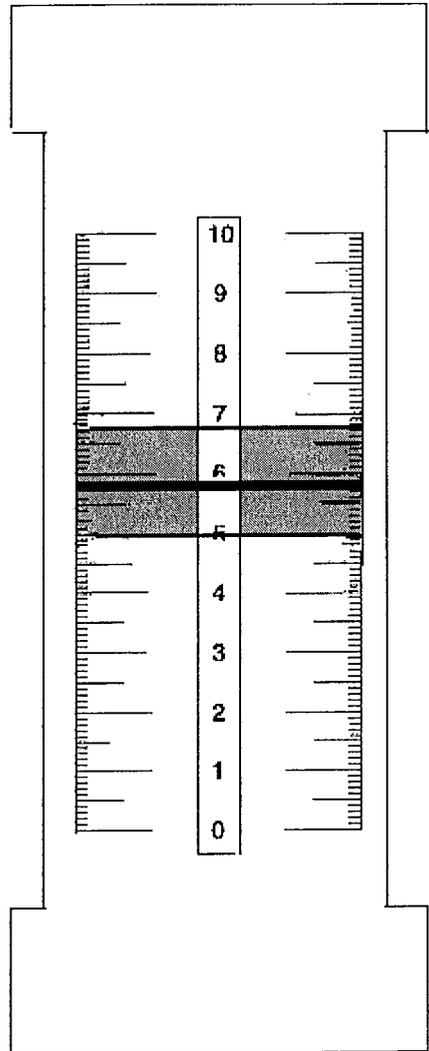
 ----- 1

ANNEXE N3

ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



COTE PATIENT



COTE MEDECIN

ANNEXE N° 4

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR
Echelle DOLOPLUS

NOM :
 PRENOM :
 Service :

A- RETENTISSEMENT SOMATIQUE

- 1 - Position antalgique au repos
- 2 - Plaintes somatiques spontanément exprimées
- 3 - Mimiques au repos
- 4 - Protections de zones douloureuses
- 5 - Plaintes réveillées par l'examen clinique

**B- RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR
durant les actes de la vie courante**

- 1- Soins
- 2- Toilette et habillage
- 3 - Marche et transferts
- 4- Repas et/ou appétit
- 5- Exonération

<u>Observation comportementale</u>	date
a. pas de position antalgique au repos	0
b. position antalgique partiellement efficace	1
c. position antalgique inefficace	2
a. pas de plainte spontanée	0
b. plaintes spontanées minimales et/ou occasionnelles	1
c. plaintes spontanées continues et/ou exprimées avec force	2
a. visage normalement détendu	0
b. pauvreté d'expression	1
c. traits tirés, visage grimaçant	2
a. pas de protection des zones douloureuses	0
b. protection de zones douloureuses à la sollicitation	1
c. protection de zones douloureuses au repos	2
a. aucune plainte	0
b. douleur n'entravant pas l'examen clinique	1
c. douleur provoquant une opposition à l'examen	2
a. soins non entravés	0
b. soins limités	1
c. soins empêchés	2
a. toilette et habillage non entravés	0
b. toilette et habillage limités	1
c. toilette et habillage empêchés	2
a. marche et transferts non entravés	0
b. marche et transferts limités	1
c. grabatisation	2
a. repas et/ou appétit normaux	0
b. repas et/ou appétit peu entravés	1
c. repas et/ou appétit très entravés	2
a. Exonération non entravée	0
b. Exonération peu perturbée	1
c. Exonération très perturbée	2

ANNEXE N° 4 (SUITE)**C- RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL**

1- Participation à la vie quotidienne (Fêtes, loisirs, animation, etc...)	a. participation non entravée b. participation peu entravée c. aucune participation	0 1 2
2- Communication avec l'entourage	a. communication inchangée b. diminution des relations c. mutisme	0 1 2
3- Troubles psychocomportementaux	a. aucun trouble psychocomportemental b. peu gênant pour la vie sociale c. gênant fortement la vie sociale	0 1 2
4- Sommeil	a. normal b. peu perturbé c. très perturbé	0 1 2
5- Signes de régression	a. aucun b. dénarcissisation (défaut d'hygiène, désintérêt, etc.) c. régression majeure (incontinence, prostration, idées de mort, etc.)	0 1 2
	SCORE	/30

HISTOIRE CLINIQUE

ANNEXE N° 5**E.C.P.A.****I. OBSERVATION DU PATIENT EN DEHORS DES SOINS**

1°) PLAINTES exprimées EN DEHORS du soin (ITEM 1)

- 0 : Le sujet ne se plaint pas
- 1 : Le sujet se plaint si on s'adresse à lui
- 2 : Le sujet se plaint en présence de quelqu'un
- 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée
- 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée

2°) L'expression du visage : REGARD et MIMIQUE (ITEM 2)

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

3°) POSITION SPONTANEE au repos (ITEM 3)

- 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

II. OBSERVATION PENDANT LES SOINS

4°) Anticipation ANXIEUSE aux soins (ITEM 4)

- 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

5°) Réaction pendant la MOBILISATION (ITEM 5)

- 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y attarder une attention particulière
- 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins
- 2 : Le sujet retient 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

6°) Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES (ITEM 6)

- 0 : aucune réaction pendant les soins
- 1 : réactions pendant les soins sans plus
- 2 : réactions au toucher des zones douloureuses
- 3 : réactions à l'effleurement des zones douloureuses
- 4 : L'approche des zones est impossible

7°) PLAINTES exprimées PENDANT le soin (ITEM 7)

- 0 : Le sujet ne se plaint pas
- 1 : Le sujet se plaint si on s'adresse à lui
- 2 : Le sujet se plaint en présence de quelqu'un
- 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée
- 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée

ANNEXE N° 5 (SUITE)**III. REPERCUSSIONS SUR L'ACTIVITE**

8°) sur l'APPETIT (ITEM 8)

- 0 : Pas de modification de l'appétit
- 1 : appétit légèrement réduit : ne mange qu'une partie de sa nourriture
- 2 : A besoin de sollicitations pour manger une partie de sa nourriture
- 3 : Malgré les sollicitations ne mange que quelques bouchées
- 4 : Refuse toute nourriture

9°) sur le SOMMEIL (ITEM 9)

- 0 : Bon sommeil, au réveil le sujet est reposé
- 1 : Difficultés d'endormissement OU réveil matinal précoce
- 2 : Difficultés d'endormissement ET réveil matinal précoce
- 3 : Réveils nocturnes en plus des signes précédents
- 4 : Sommeil rare ou absent

10°) sur les MOUVEMENTS (ITEM 10)

- 0 : Le sujet se mobilise comme d'habitude
- 1 : Le sujet bouge comme d'habitude mais évite certains mouvements
- 2 : Lenteur, rareté des mouvements
- 3 : Immobilité
- 4 : Prostration ou agitation

11°) sur la COMMUNICATION (ITEM 11)

- 0 : Contact habituel
- 1 : Contact difficile à établir
- 2 : Evite la relation
- 3 : Absence de tout contact
- 4 : Indifférence totale

ANNEXE N° 6**E.C.S. Sainte Perine Questionnaire.****Référence = état habituel du patient.**

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Pour chaque question, entourer le score correspondant ou barrer le score « maximum ».

	Score	Maximum
1) Comportement spontané		
- comme d'habitude	0	
- modifié	1	
- impossible à évaluer		1
2) Sommeil		
- comme d'habitude	0	
- modifié	1	
- impossible à évaluer		1
3) Mimique douloureuse spontanée		
- absente	0	
- présente	1	
- impossible à évaluer		1
4) Intérêt pour l'environnement		
- comme d'habitude	0	
- diminué	1	
- impossible à évaluer		1
5) Regard spontané		
- comme d'habitude	0	
- modifié sans pleurs	1	
- pleurs	2	
- impossible à évaluer		2
6) Posture spontanée		
- comme d'habitude	0	
- modifiée	1	
- impossible à évaluer		1
7) Contact verbal		
- comme d'habitude	0	
- mutisme inhabituel	1	
- cris, gémissements intermittents inhabituels	1	
- cris, gémissements permanents inhabituels	2	
- impossible à évaluer		2
8) Alimentation		
- comme d'habitude	0	
- modifiée	1	
- impossible à évaluer		1
9) Réactions aux soins		
- nulles	0	
- faibles	1	
- fortes	2	
- impossibles à évaluer		2
10) Réactions à la mobilisation		
- nulles	0	
- faibles	1	
- fortes	2	
- impossibles à évaluer		2

ANNEXE N° 6 (SUITE)**E.C.S. Sainte Perine****Répertoire des signes non verbaux de la douleur****(Groupe de travail soignants, SP 1, Février 1994)**

- 1) **Comportement spontané** : calme, agitation, prostration
- 2) **Troubles du sommeil** : agitation nocturne, réveils, somnolence dans la journée
- 3) **Mimique douloureuse spontanée** : rictus douloureux permanent
- 4) **Intérêt pour l'environnement** :
 - reconnaissance des proches et des soignants
 - réactions aux bruits, à la lumière, à l'entrée de quelqu'un dans la chambre
 - disparition d'une activité quotidienne
- 5) **Regard spontané**
 - yeux fermés
 - regard fuyant ou fixe
 - regard apeuré, inquiet
 - regard agressif
 - regard « accrocheur, demandeur »
 - pleurs
- 6) **Posture spontanée**
 - recroquevillée
 - raide
 - position antalgique
- 7) **Contact verbal**
 - mutisme
 - cris, gémissements
- 8) **Troubles de l'alimentation**
 - refus volontaire
 - nausées et dégoût de l'alimentation
- 9), 10) **Réactions aux soins et à la mobilisation**
 - raidissement, crispation, tremblement
 - réaction de retrait
 - agressivité
 - pâleur, rougeur, sueurs, bradycardie, tachycardie
 - grimaces, pleurs
 - cris, gémissements

ANNEXE N° 6 (SUITE)**Echelle comportementale simplifiée Sainte Périne****Fiche d'évaluation de la douleur physique chez le patient en institution gériatrique.****Recommandations :**

- Cette fiche se veut un outil de travail pour les soignants. Son but est de les aider à mieux identifier la douleur physique des patients à travers des signes non verbaux.
- La fiche doit être remplie par l'aide soignant et/ou l'infirmière qui s'occupe habituellement du patient (depuis au moins deux mois). Les patients ne peuvent donc pas être évalués s'ils sont dans le service depuis moins de deux mois.
- La fiche doit être remplie par une seule équipe (de préférence celle du matin), à l'occasion des activités quotidiennes normales (toilettes, mobilisations, repas).
- Seules les modifications par rapport à l'état habituel du patient doivent être prises en compte.
- Les items sont cotés à partir du « répertoire des signes non verbaux de la douleur ». Vous le trouverez en annexe, n'hésitez pas à vous y reporter.
- Lorsqu'un item n'est pas appréciable chez un patient, barrez d'une croix le chiffre « maximum », afin de neutraliser la question.

ANNEXE N° 7

PROTCOLE « GRILLE D'EVALUATION DE LA DOULEUR »

INDICATION DE LA GRILLE DE DOULEUR

Quand ?

- Pour toute personne se plaignant d'avoir mal.
- Dès qu'on suspecte une douleur (ex. en cas d'escarres).
- Devant une douleur continue ou survenant de façon répétée dans certaines circonstances (ex. aux mobilisations).
- Pour tout résidant ayant un traitement antalgique au long cours (évaluation périodique du traitement).
- Pour les personnes en fin de vie.

Comment ?

- Noter la suspicion de douleur dans le cahier de soins.
- Prévenir l'I.D.E qui mettra en route une grille de douleur, la notera dans le cahier de soins et en informera le médecin.

REPLISSAGE DE LA GRILLE

- La grille se remplit verticalement en entourant un chiffre par case.
- Lorsqu'il y a plusieurs prises en charge au cours d'une demi journée, noter toujours la plus douloureuse.

RANGEMENT DES GRILLES

1) Grilles en cours : les laisser dans la salle de soins pendant les 24 heures de remplissage, de façon visible et accessible.

2) Grilles remplies : A ranger dans le dossier médical après lecture et signature du médecin.

ANNEXE N° 7 (SUITE)**GRILLE D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR**

OBSERVATIONS	MATIN			APRES MIDI		NUIT	
	Repos	Prise en charge (toilette, habillage, transfert, mobilisation)	Pansement ou soin technique	Repos	Prise en charge (change, transfert, mobilisation)	Repos	Prise en charge (change, mobilisation)
EXPRESSION DU VISAGE							
0 = habituelle	0	0	0	0	0	0	0
1 = un peu altérée (ex. visage figé)	1	1	1	1	1	1	1
2 = très altérée (ex. grimaces ou traits tirés)	2	2	2	2	2	2	2
POSTURE DU CORPS							
0 = habituelle	0	0	0	0	0	0	0
1 = un peu modifiée (ex: position antalgique)	1	1	1	1	1	1	1
2 = très modifiée (ex. raideur oppositionnelle ou position foetale)	2	2	2	2	2	2	2
COMMUNICATION							
0 = inchangée	0	0	0	0	0	0	0
1 = un peu altérée (ex. plaintes ou gémissements ou agitation)	1	1	1	1	1	1	1
2 = très altérée (cris ou pleurs ou mutisme ou refus de soins)	2	2	2	2	2	2	2

RETENTISSEMENT	MATIN		APRES MIDI		NUIT
	petit déjeuner	déjeuner	goûter	dîner	collation (si proposée)
SUR L'ALIMENTATION					
0 = alimentation correcte	0	0	0	0	0
1 = besoin de stimulation	1	1	1	1	1
2 = refus alimentaire	2	2	2	2	2
SUR LE SOMMEIL					
0 = sommeil normal	0	0	0	0	0
1 = sommeil un peu perturbé (ex. réveils fréquents)	1	1	1	1	1
2 = sommeil très perturbé	2	2	2	2	2

REMARQUES PARTICULIERES	MATIN	APRES MIDI	NUIT

ANNEXE N° 8DOSSIER PATIENT

DATE : _____

NOM : _____

PRENOM : _____

SEXE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

DUREE DE SEJOUR DANS LE SERVICE : _____

SITUATION FAMILIALE :

 Célibataire Veuf (ve) Marié (e) Enfants Petits enfants

CATEGORIE SOCIALE :

 Ouvrier Artisan Cadre Profession libérale Fonctionnaire Agriculteur Au foyer

PROFESSION : _____

MOTIF D'ADMISSION EN LONG SEJOUR : _____

ANNEXE N° 8 (SUITE)

SERVICE OU STRUCTURE AVANT LE LONG SEJOUR : _____

CRITERES POUVANT INFLUER SUR L'EXPRESSION OU LE VECU DOULOUREUX :

Possibilité de communication verbale : oui : non : **Troubles des fonctions intellectuelles :** oui : non : Faible MMS \geq 10 Moyen $0 \leq$ MMS \leq 10 Majeur MMS = 0**Existence d'un syndrome démentiel :** oui : non : si oui : dégénératif vasculaire **Pathologies psychiatriques :** non oui dépression anxiété délire autres

ANNEXE N° 8 (SUITE)

LA DOULEUR

DIAGNOSTIC DE LA PATHOLOGIE A L'ORIGINE DE LA DOULEUR : _____

TYPE DE DOULEUR :

- Excès de nociception
- Douleur de désafférentation
- Psychogène
- autres

DOULEUR RECENTE: < 6 moisDOULEUR CHRONIQUE > 6 mois

LOCALISATION : _____

- NATURE :
- Rhumatismale
 - Viscérale
 - Neurologique
 - Artérielle
 - Cutanée
 - Autres

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE :

- plainte du malade
- par le personnel
- par le médecin
- grâce à la feuille de douleur
- autres

ANNEXE N° 8 (SUITE)**UTILISATION DE LA FEUILLE DE DOULEUR :****Feuille réalisée à la demande de :**

- l'équipe AS
 IDE
 Autres
 du médecin
 du résident en médecine générale

Motif de réalisation de la feuille :

- Avant de débiter un traitement
 Pour suivre l'efficacité d'un traitement (adaptation ou maintien de traitements)

Douleurs révélées par la feuille :

- Douleurs de repos
 Douleur à la mobilisation
 Douleur continue sur le nyctémère

ANALYSE**DUREE D'OBTENTION DE L'EQUILIBRE THERAPEUTIQUE :**

Nombre de jours pour obtention d'une antalgie correcte : _____

Maintien d'une antalgie correcte pendant 15 jours sans modification thérapeutique : oui non

Nombre de modifications thérapeutiques avant l'équilibre : _____

Traitements à l'équilibre : _____

ANNEXE N° 9**MINI - MENTAL TEST DE FOLSTEIN**

Test (score de 0 à 30)

ORIENTATION

1. Quel jour de la semaine sommes nous ?
2. Quelle est la date aujourd'hui ?
3. En quel mois sommes nous ?
4. En quelle année sommes nous ?
6. Où sommes nous ici ?
7. A quel étage sommes nous ?
8. Dans quelle ville sommes nous ?
9. Dans quel département sommes nous ?
10. Dans quel pays sommes nous ?

ENREGISTREMENT DE DONNEES

11. Répétez les mots suivants : « citron, clé, ballon ».
12. (L'examineur doit prononcer ces mots au rythme de un par seconde).
13. Chaque réponse correcte = 1. En cas de difficultés, recommencez jusqu'à 5 fois.

ATTENTION ET CALCUL MENTAL

- 14.
15. Soustraire 7 de 100 et aisi de suite.
16. (chaque soustraction juste = 1).
17. Maximum 5 réponses correctes.
- 18.

MEMOIRE

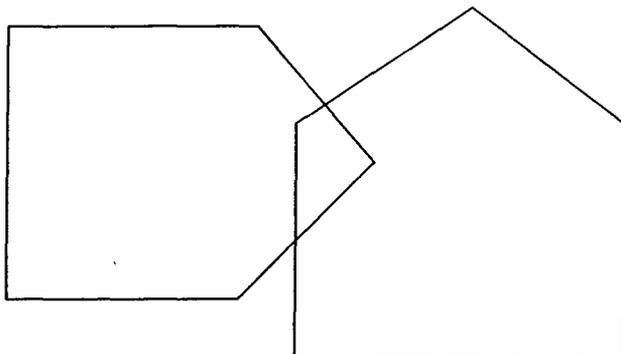
- 19.
20. Vous souvenez vous des trois mots que vous avez répétés tout à l'heure ?
- 21.

LANGAGE

22. Qu'est ce que c'est que cela ? (montrer un crayon)
23. Qu'est ce que c'est que cela ? (montrer une montre)
24. Répétez « Pas de si ni de mais ». (chaque réponse correcte = 1)
25. Faire exécuter au sujet les 3 ordres successifs suivants :
26. « Prenez cette feuille de papier, pliez la par le milieu, et posez la par terre ».
27. (maximum 3 points)
28. Lisez et faites ce qu'il y a sur cette feuille de papier (« Fermez vos yeux »).
29. Ecrivez une phrase de votre choix sur cette feuille.

ACTIVITE MOTRICE

30. Copiez ce dessin sur cette feuille.



ANNEXE N°10**LISTE DETAILLEE DES TRAITEMENTS DES 77 PATIENTS INCLUS DANS L'ETUDE POUR CHAQUE MOTIF DE PRESCRIPTION.**

Par soucis de simplification des tableaux, les différents traitements sont écrits sous leurs noms commerciaux, le symbole ® a été délibérément supprimé.

Patients recevant un traitement antalgique pour une douleur d'origine ostéoarticulaire

Patients	Etiologies	Traitement initial	Traitement à l'équilibre	Nombre de modifications	durée pour atteindre l'antalgie (jours)	maintien de l'antalgie
1	gonalgies	Doliprane 500 4/j	Doliprane 500 4/j	1	5	oui
2	gonalgies	Doliprane 500 3/j Niflugel 2/j	Doliprane 500 3/j Niflugel 2/j	1	2	oui
3	gonalgies	Dafalgan 500 3/j Cacit D3 1/J	Dafalgan 500 6/j Cacit D3 1/j	2	3	oui
4	gonalgies	Diantalvic 2/j Nolvadex 10 2/j	Diantalvic 5/j Hemoclar 2/j Niflugel 2/j Nolvadex 10 2/j	1	3	oui
5	gonalgies	Doliprane 500 3/j Cacit D3 1/J	Doliprane 500 5/j Cacit D3 1/j Palfium 10 1/j Fonzylane 150 2/j Fraxi 0.3 1/j	7	60	oui
6	Cervicalgies	Diantalvic 3/j Niflugel 2/j	Diantalvic 3/j Niflugel 2/j	1	2	oui
7	Cervicalgies	Dafalgan 6/j Niflugel 2/j Athymil 40 2/j	Diantalvic 3/j Niflugel 2/j Athymil 40 1/j	1	4	oui

Patients	Etiologies	Traitement initial	Traitement à l'équilibre	Nombre de modifications	durée pour atteindre l'antalgie (jours)	maintien de l'antalgie
8	Rachialgies	Modopar 62.5 3/j Diantalvic 1/j Doliprane 500 3/j	Modopar 62.5 3/j Diantalvic 1/j Doliprane 500 3/j	1	15	oui
9	Rachialgies	Doliprane 500 4/j Niflugel 2/j	Doliprane 500 4/j Niflugel 2/j	1	4	oui
10	Rachialgies	Doliprane 500 2/j	Doliprane 500 6/j Cacit 1000 1/j Sterogyl 3 gttes/j	2	3	oui
11	Rachialgies	Doliprane 500 3/j	Doliprane 500 4/j Cacit 1000 1/j Sterogyl 3 gttes/j	3	15	oui
12	Arthrose diffuse	Doliprane 4/j	Diantalvic 3/j Cacit D3 1/j Cibacalcine 0.25 1/j	2	5	oui
13	Arthrose diffuse	Doliprane 500 6/j	Dafalgan suppo 4/j	3	5	non Décès
14	Arthrose diffuse	Dafalgan 500 2/j	Dafalgan 500 2/j	1		oui
15	Arthrose diffuse	Efferalgan codéine 2/j	Doliprane 500 4/j Antalvic 62.5 3/j Tiapridal IM 1/j	3	60	oui

Patients	Etiologies	Traitement initial	Traitement à l'équilibre	Nombre de modifications	durée pour atteindre l'antalgie (jours)	maintien de l'antalgie
16	Arthrose diffuse	Doliprane 500 2/j	Doliprane 500 4/j Niflugel 2/j	2	2	oui
17	Arthrose diffuse	Diantalvic 3/j Cacit D3 1/j	Diantalvic 5/j Cacit D3 1/j	2	2	oui
18	Arthrose diffuse	Diantalvic 6/j (2.2.2)	Diantalvic 4/j Prozac 20 1/j	2	15	oui
19	Arthrose diffuse	Dafalgan 3/j Athymil 30 1/j	Efferalgan 500 6/j Athymil 30 1/j Modopar 62.5 2/j Seresta 10 1/j	5	90	oui
20	Arthrose diffuse	Doliprane 3/j Cacit 1000 3/j sterogyl 3/j	Doliprane 3/j Cacit 100 1/j Sterogyl 3 gttes/j	1	15	oui
21	Fracture du col fémoral	Anafranil 25 2/j Femara 2.5 1/j Skenan 10 2/j Dafalgan 500 4/j	Anafranil 25 1/j Femara 2.5 1/j Skenan 20 2/j Dafalgan 500 6/j Ostéosynthèse	3	15	non Décès
22	Fracture du col fémoral	Diantalvic 6/j	Diantalvic 6/j Fraxi 0.3 1/j Ostéosynthèse	2	8	oui
23	Fracture du col fémoral	Doliprane 500 4/j	Diantalvic 3/j Fraxi 0.3 1/j Ostéosynthèse	2	6	oui

Patient	Etiologies	Traitement initial	Traitement à l'équilibre	Nombre de modifications	durée pour atteindre l'antalgie (jours)	maintien de l'antalgie
24	Fracture du bassin	Dafalgan 4/j Cacit D3 1/j Cortancyl 5 mg/j Athymil 10 1/j	Chlorhydrate de morphine buvable 2.5 mg * 6/j Doliprane 500 6/j	5	10	non Effets secondaires de la morphine
25	Fracture malléolaire	Modopar 125 3/j	Modopar 125 3/j Doliprane 500 6/j Fraxi 0.3 1/j Attelle	1	1	oui
26	Arthrodèse de hanche douloureuse	Diantalvic 4/j	Chlorhydrate de morphine en SC 40m g/J Dafalgan suppo 4/j Ringer 500 cc/j	8	15	non Décès
27	Arthrodèse de hanche douloureuse	Praxilène 200 3/j Prozac 10 1/j	Doliprane 500 4/j Equanil 250 1/j Prozac 20 1/j	3	15	oui
28	Chondro-calcinose du genou	Antalvic 6/j Colchicine 1/j Attelle	Diantalvic 5/j	3	10	non Effets secondaires du Diantalvic

Patients recevant un traitement pour une douleur d'origine neurologique

Patient	Etiologies	Traitement initial	Traitement à l'équilibre	Nombre de modifications	Durée pour atteindre l'antalgie (jours)	Maintien de l'antalgie
29	rétractions tendineuses	Elixir de morphine buvable 5 mg * 6/j Doliprane 500 6/j Scopolamine 0.5 mg SC 6/j Gardéнал 150 mg/j	Chlorhydrate de morphine SC : 120 mg/j Doliprane 500 6/j Palfium 10 mg : 2 avant pansement	5	30	non Décès
30	rétractions tendineuses	Doliprane 500 6/j	Elixir de morphine en SC : 30 mg/j Dafalgan 600 suppo : 5/j	4	30	non Décès
31	rétractions tendineuses	Diantalvic 4/j Chlorhydrate de morphine buvable: 20 mg/j	Chlorhydrate de morphine buvable: 6 * 20 mg/j et 10 mg en plus 1 H avant les soins.	5		non Décès
32	rétractions tendineuses	Efferalgan codéine: 4/j Diantalvic suppo: 1/j Lioresal 10 mg :1/j	Diantalvic 4/j Valium 2 mg/j (gouttes)	4	150	non Effets indésirables
33	rétractions tendineuses	Doliprane 500: 4/j	Diantalvic suppo: 4/j Valium IR 2 10 mg/J	8		non Décès
34	rétractions tendineuses	Laroxyl 25 3/j Diantalvic 4/j Melleril 4% :30 gttes/j	Doliprane 500 : 5/j Skenan 20 : 2 20 mg/j Melleril: 30 gttes/j	6	30	non Effets indésirables du Skéнан
35	rétractions tendineuses	Doliprane 500 : 3/j	Diantalvic : 4/j Niflugel : 2/j Zoloft : 1/j	2	10	oui

Patients	Etiologies	Traitement initial	Traitement à l'équilibre	Nombre de modifications	durée pour atteindre l'antalgie (jours)	maintien de l'antalgie
36	Hémiplégie douloureuse	Dafalgan 500 4/j	Dafalgan 500 4/j Tegretol 600 mg/j	1	30	oui
37	Hémiplégie douloureuse	Dafalgan 500 3/j	Skenan 20 mg: 2 * 20 mg /j Cacit D3 1/j Prozac 10 1/j	10	60	non Effets secondaires du skénan
38	Hémiplégie douloureuse	Athymil 30 1/j	Athymil 30 1/j Rivotril : 3 * 4 gttes/j	1	20	non Insuffisamment soulagé
39	Hémiplégie douloureuse	Prozac 20 1/j Cacit D3 1/J Lysanxia : 25 mg/j	Diantalvic : 1/j Doliprane 2/j	4	30	oui
40	Hyperpathie	Diantalvic 6/j	Chlorhydrate de morphine SC 20 mg/j. Zoloft 1/j Ringer 500 cc/j	2	10	non Décès
41	Hyperpathie	Dafalgan suppo 4/j	Chlorhydrate de morphine SC 10 mg/j Ringer 500 cc/j	2	5	non Décès
42	Hyperpathie	Diantalvic 2/j	Diantalvic 4/j Dafalgan suppo 1/j	3	1	oui
43	Douleur fantôme	Diantalvic 6/j	Laroxyl 25 2/j Diantalvic 6/j Niflugel 2/j	1	60	non Effets indésirables
44	Contractures (Parkinson)	Lioresal 10: 3/j	Valium 3 mg/j (gttes) Dafalgan 500:6/j Ringer 500 cc/j	6	120	non Effets indésirables
45	Contractures (Parkinson)	Diantalvic 3/j Valium 5 mg/j	Skenan LP 10:2/j	4	120	non Effets indésirables

Patients	Etiologies	Traitement initial	Traitement à l'équilibre	Nombre de modifications	durée pour atteindre l'antalgie (jours)	maintien de l'antalgie
46	Rigidité (Parkinson)	Doliprane 500 4/j	Diantalvic 3/j Valium 2 mg /j (gttes)	2	15	oui
47	Rigidité (Parkinson)	Dafalgan 500 6/j (2.2.2)	Dafalgan 500 6/j	1	8	oui
48	Rigidité (Parkinson)	Skenan LP: 80 mg/j	Skenan: 2 * 30 mg/j Dafalgan 500 6/j	2	10	oui
49	Rigidité (Parkinson)	Fonzylane 300 2/j Seresta 10 1/j	Fonzylane 300 2/j Valium : 1 mg/j (gttes) Dafalgan 500 :2/j	3		non Décès
50	Dyskinésies	Doliprane 500 6/j	Dafalgan suppo 600 mg: 5/j	2	8	oui

Patients recevant un traitement pour une douleur d'origine cutanée

51	Escarres	Dafalgan suppo 1/j Diantalvic suppo 1/j Diantalvic gélule 3/j	Chlorhydrate de morphine SC 60 mg/j Scopolamine 0.5 mg SC 3/j	6	120	non (décès)
52	Escarres	Doliprane 4/j	Diantalvic 2 gel avant les soins	2	2	oui
53	Escarres	Doliprane 500 4/j Diantalvic 2/j	Elixir de morphine 6 20 mg/j Palfium 10 : 2 gel avant les soins Doliprane 500 4/j Scopolamine 0.5 mg en SC 6/J	4	30	non (décès)
54	Escarres	Diantalvic 4 gel/j	Diantalvic 3/j Palfium 10 : 1 gel avant les soins Fonzylane 300 2/j	4	90	non (effets indésirables)

Patient	Etiologies	Traitement initial	Traitement à l'équilibre	Nombre de modifications	Durée pour atteindre l'antalgie (jours)	Maintien de l'antalgie
55	Escarres	Palfium 1 gel/j Diantalvic 3/j Dafalgan suppo 1/j	Chlorhydrate de morphine SC 20 mg/ 24 heures Dafalgan suppos 4/j	4	8	non (décès)
56	Escarres	Fonzylane 300 2/j Diantalvic 4/j	Diantalvic 4/j Palfium 10 : 2/j Fonzylane 300 2/j	2	15	oui
57	Erysipèle	Fonzylane 300 2/j Doliprane 500 4/j Aspegic 250 1/j	Doliprane 500 2/j Diantalvic 2/j Oracilline 1M 3/j Fucidine crème 2/j Fraxi 0.3 1/j	3	5	oui
58	Zona cutané	Dafalgan 500 3/j Diantalvic 1/j	Dafalgan 500 3/j Diantalvic 2/j Zelitrex 500 2.0.2 Fluoresceïne 2/j Fucidine crème.	1	5	oui
59	Zona cutané	Dafalgan suppo 1/j Diantalvic gel 4/j	Diantalvic 3/j Fluoresceïne 2/j Fucidine 2/j	1	2	oui
60	Douleur cutanée après biopsie du sein	Modopar 125 3/j Femara 2/j	Modopar 125 3/j Femara 2/j Cortancyl 5 mg/j Diantalvic 3/j	2	120	oui

Patient recevant un traitement pour une douleur d'origine vasculaire

Patient	Etiologies	Traitement initial	Traitement à l'équilibre	Nombre de modifications	Durée pour atteindre l'antalgie (jours)	Maintien de l'antalgie
61	Phlébite	Doliprane 500 3/j Cacit D3 1/j Athymil 10 2/j	Fraxi 0.4 2/j Doliprane 500 3/j	1	6	oui
62	Phlébite	Dafalgan codéiné 2/j Topalgic 1/j Fraxi 0.5 2/j	Fraxi 0.5 2/j Efferalgan codéiné 3/j	2	3	oui
63	Phlébite	Fonzylane 300 2/j Dafalgan 500 4/j	Fraxi 0.3 2/j Fonzylane 300 2/j Dafalgan 500 6/j	3	3	oui
64	Artérite des membres inférieurs	Dafalgan 500 4/j Cacit D3 1/j	Dafalgan 500 4/j Cacit D 3 1/j Praxilene 200 2/j	2	30	oui
65	Hémorroïdes	Titanoréine pommade	Diantalvic 5/j Titanoréine pommade 2/j	3	5	oui
66	Céphalées	Doliprane 2/j	Doliprane 6/j Amlor 5 2/j	2	60	oui

Patients recevant un traitement pour une douleur d'origine viscérale

Patient	Etiologies	Traitement initial	Traitement à l'équilibre	Nombre de modifications	Durée pour atteindre l'antalgie (jours)	Maintien de l'antalgie
67	Douleurs abdominales chroniques		Duspatalin 100 3/j Spasfon Iyoc 2/j Seresta 10 1/j Lactulose 1/j	2	5	oui
68	Douleurs abdominales chroniques		Debridat 3/j Doliprane 500 3/j	1	1	oui
69	Douleurs abdominales chroniques	Diantalvic 3/j	Gaviscon 3/j Debridat 3/j Dafalgan 4/j	2	15	oui
70	Douleurs abdominales chroniques	Doliprane 3/j	Doliprane 3/j	1	3	non Décès

71	Pyrosis et RGO	Gaviscon 4/j	Gaviscon 4/j Mopral 20 1/j	2	5	oui
72	Pyrosis et RGO	Gaviscon 3/j Prepulsid 3/j	Gaviscon 3/j Prepulsid 3/j	1	2	oui

73	Fissure anale	Rectoquotane 2/j Diantalvic 3/j Lactulose 3/j	Rectoquotane pommade 2/j Diantalvic 3/j Lactulose 3/j	1	2	oui
----	---------------	---	---	---	---	-----

74	Infection urinaire	Diantalvic 3/j	Diantalvic 3/j Myolastan 3/j Clamoxyl 500 3/j	1	2	oui
----	--------------------	----------------	---	---	---	-----

Patient	Etiologies	Traitement initial	Traitement à l'équilibre	Nombre de modifications	Durée pour atteindre l'antalgie (jours)	Maintien de l'antalgie
75	insuffisance respiratoire aiguë dans le cadre d'une embolie pulmonaire	Effergal codéine 3/j Diantalvic suppo 3/j	Fraxi 0.3 2/j Solumedrol 40 mg/J en IV Bricanyl SC 1 A/j Augmentin 500 3/j Flagyl 500 3/j	2		non (décès)
76	Douleurs dentaires	Dafalgan 500 5/j	Dafalgan 500 5/j	1	5	oui
77	Cholécystéatome	Dafalgan 600 suppo 2/j	Dafalgan 500 6/j Otofa 1/j (goutte)	2	5	oui





VU

NANCY, le **14 DÉCEMBRE 1999**

Le Président de Thèse

Professeur **F. PENIN**

NANCY, le **16 DÉCEMBRE 1999**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **J. ROLAND**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **20 DÉCEMBRE 1999**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur **C. BURLET**

RÉSUMÉ DE LA THESE

La douleur de la personne âgée est encore trop souvent sous-estimée car mal évaluée et par conséquent insuffisamment soulagée.

A travers une revue de la littérature, l'auteur tente de mettre en évidence la spécificité à la fois clinique et thérapeutique de la prise en charge de la douleur de la personne âgée. Il présente une étude prospective portant sur cent-trente-huit personnes hospitalisées dans un service de long séjour. Les prescriptions d'analgiques ont été examinées durant cinq mois. L'analyse des résultats montre que le paracétamol et les molécules appartenant au palier II occupent une large place dans l'arsenal thérapeutique et que la morphine et ses dérivés, jadis sous-employés, font partie aujourd'hui des traitements quotidiens. Les résultats ont été comparés à d'autres semblables retrouvés dans la littérature.

Enfin, l'auteur fait part des nouvelles mesures et initiatives concernant ce sujet d'avenir, ainsi que des avancées thérapeutiques de ces dernières années.

TITRE EN ANGLAIS

PAIN THERAPEUTIC MANAGEMENT OF THE ELDERLY IN LONG - CARE UNITS.
About personal study and literature's review.

THESE : MEDECINE GENERALE - ANNEE 2000

MOTS CLEFS : DOULEUR -- THERAPEUTIQUE

SUJET AGE

HOPITAL LONG SEJOUR

EVALUATION DOULEUR

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de Haye
54505 - VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
