



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2**  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

**Année : 2013**

**THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Prise en charge de la douleur des patients en soins palliatifs lors d'une prise en charge en unité de soins palliatifs par rapport à une autre structure (service hospitalier ou domicile).

**Présentée et soutenue publiquement le 13 septembre**

**Par Nouara Benbellout**

**Jury**

**Président : Monsieur le Professeur Serge Blond**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Jacques Bonneterre**

**Monsieur le Docteur Sébastien Leruste**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Didier De Broucker**

## Sommaire

Remerciements.....	4
Définitions.....	10
Abréviations.....	12
Introduction.....	13
Matériel et Méthode.....	15
1. Critères d'inclusion des patients et population étudiée.....	15
2. Critères d'exclusion.....	15
3. L'étude réalisée.....	16
a. Questionnaire établi.....	16
b. Mise en place de l'étude et le recueil des données.....	16
4. Validation des questionnaires.....	17
a. Caractéristique démographique et épidémiologique.....	17
b. Les motifs d'hospitalisation.....	18
c. L'évaluation de la douleur.....	18
d. La modification thérapeutique.....	19
e. Soulagement à J4.....	19
5. Analyse des données.....	20
Résultats.....	21
1. Caractéristiques de la population :.....	21
a. La provenance des patients.....	21
b. Le sexe des patients.....	22
c. Le statut de conscience (« comateux »).....	22
d. L'âge des patients.....	22
2. La douleur est-elle un motif d'hospitalisation ?.....	22

3. La douleur est-elle évaluée, au moins une fois dans les 48 heures avant et après l'hospitalisation en USP ?.....	23
4. Lorsque que la douleur a été évaluée, y a-t-il eu une modification thérapeutique à visée antalgique dans le délai maximum de 48 heures précédent et suivant l'hospitalisation en USP ?.....	23
5. Le patient est-il soulagé à J4 suivant l'hospitalisation dans l'USP ?.....	25
6. Parmi les patients, non soulagés dans le délai de 4 jours, combien ont présenté une douleur difficile à contrôler tout au long du séjour dans l'USP ?.....	26
Discussion.....	28
Conclusion.....	40
Bibliographie.....	41
Annexe.....	44

## Définitions

- Douleur :

Selon l'IASP 1976, la douleur est :

**« Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ».**

Proposition de Pain éditée par l'IASP proposée par Anand et Craig en 2000 :

« La perception de la douleur (associée ou non à un dommage tissulaire) est une qualité inhérente à la vie, présente chez tous les organismes vivants et viables... Les altérations comportementales dues à la douleur représentent des équivalents précoces d'expression verbale, et ils ne doivent pas être sous-estimés ».

- Equipes mobiles de soins palliatifs :

Selon la SFAP :

« Les équipes mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, une écoute active, des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie dans d'autres services. La mission des EMSP concerne : la prise en charge globale du patient et de son entourage familial, la prise en charge de la douleur et des autres symptômes, l'accompagnement psychologique et psychosocial, le rapprochement, le retour et le maintien à domicile, la sensibilisation aux soins palliatifs et à la réflexion éthique. »

- Soins palliatifs :

Selon l'OMS (2002) :

« Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil, peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge. »

- Unité de soins palliatifs :

Selon la SFAP :

« Les Unités de Soins Palliatifs sont des structures d'hospitalisation d'environ 10 lits accueillant pour une durée limitée les patients en soins palliatifs. Les USP sont constituées de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elles réservent leur capacité d'admission aux situations les plus complexes et/ou les plus difficiles. Elles assurent ainsi une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. »

## **Abréviations**

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre hospitalier Régional Universitaire

DN4 : questionnaire diagnostique de la douleur de type neuropathique

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

ESAS : Edmonton Symptom Assessment System

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EVS : Echelle Verbale Simple

HAD : Hospitalisation A Domicile.

HAS : Haute Autorité de Santé.

IASP : International Association for the Study of Pain

IC : Intervalle de Confiance

IV : Intra-veineuse

J4 : 4 ème jour

NSP : Ne Sait Pas

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCA : Patient Controlled Analgesia (Analgésie contrôlée par le Patient)

SAP : Seringue Auto-Pulsée

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

USP : Unité de Soins Palliatifs

## Introduction

Les patients en phase palliative présentent des profils douloureux différents et complexes de part l'étiologie de la pathologie chronique, les traitements spécifiques reçus et surtout l'évolutivité et les complications secondaires.

Le symptôme douleur fait l'objet d'une préoccupation particulière depuis le fondement des soins palliatifs, dans les années 60 avec Cicely Saunders, sous le concept de « Total Pain », incluant la souffrance physique et morale.

La problématique de la douleur garde une place fondamentale en soins palliatifs, elle reste une entité particulière dans le cortège des symptômes que peuvent présenter les patients (cf. définition des soins palliatifs). La culture des soins palliatifs et ses acteurs l'intègrent dans la préoccupation de garantie de qualité de vie.

Plus récemment, le plan cancer 2003-2007 (22 avril 2005) (1) et la loi Léonetti (2) ont permis des avancées dans les possibilités thérapeutiques et la sensibilisation de l'ensemble des acteurs de santé.

Outre les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur est devenue un enjeu de santé publique. Il existe une volonté de sensibiliser les professionnels de santé à ce symptôme.

Depuis 2006, la Haute Autorité de Santé (HAS) lance un programme afin de promouvoir et d'améliorer des domaines de soins, en instaurant les Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) (3),(4). La douleur fait partie de ces IPAQSS, sous la forme d'un indicateur de : « traçabilité de l'évaluation de la douleur ». Cette traçabilité de l'évaluation de la douleur a pour objectif la continuité et l'amélioration de la qualité des soins.

La dernière campagne de recueil généralisé de 2011 montre que la douleur est moins souvent évaluée chez les personnes âgées de plus de 75 ans et les mineurs (5).

Devant ces données, la question est de savoir qu'en est-il de la prise en charge de la douleur des patients en phase palliative ?

Existe-t-il une différence de prise en charge de la douleur pour ces patients en fonction de la structure dans laquelle ils sont admis ? Une unité de soins palliatifs avec la culture des soins palliatifs versus une autre forme de structure (service hospitalier ou domicile).

L'objectif principal de cette étude est de comparer la proportion d'évaluation de la douleur des patients en phase palliative entre une prise en charge en unité de soins palliatifs et une autre structure de prise en charge (service hospitalier ou domicile).

Les objectifs secondaires sont :

- la comparaison de la proportion des patients ayant bénéficié d'une modification de thérapeutique à visée antalgique,
- l'analyse de l'obtention d'un soulagement précoce lors de la prise en charge dans l'USP.

## Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude mono-centrique, observationnelle, descriptive, prospective, réalisée dans l'unité de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Saint Vincent de Paul de Lille.

### 1. Critères d'inclusion des patients et population étudiée

L'inclusion s'est faite de manière exhaustive.

Ont été inclus dans l'étude les adultes de 18 ans et plus, ayant bénéficié d'une hospitalisation en USP de l'Hôpital Saint Vincent de Paul, à Lille.

Elle a été réalisée entre novembre 2012 et mars 2013, en incluant plus de 100 patients.

Les patients provenaient :

-d'un service médico-chirurgical de l'hôpital Saint Vincent de Paul ou d'un autre établissement.

-du domicile avec ou sans HAD : où le médecin traitant est le prescripteur.

### 2. Critères d'exclusion

Il existe deux critères d'exclusion :

-un patient n'est inclus qu'une fois dans l'étude afin de limiter le biais de sélection et d'évaluation. En effet certains patients rentrent au domicile ou peuvent être transférés dans d'autre unité avec des compétences nécessaires pour la prise en charge du patient. Après une première inclusion (et donc d'une première hospitalisation en USP), les hospitalisations successives du même patient ne sont pas analysées.

-les patients pour lesquels les dossiers n'ont pas pu être récupérés dans le délai de l'étude.

### 3. L'étude réalisée

#### a. Questionnaire établi (Annexe 1)

Il devait comporter les aspects de la douleur que sont l'évaluation, le traitement et la réévaluation après initiation d'un traitement.

Il a été établi pour observer ces différents aspects de la douleur des variables binaires en mettant en parallèle les données avant et après leur admission dans l'USP.

Les modifications thérapeutiques sont repérées par des variables qualitatives, déterminées en fonction des données recueillies dans les dossiers médicaux.

#### b. Mise en place de l'étude et le recueil de données.

La thèse est réalisée sous la direction du Professeur De Broucker, qui est le seul médecin à avoir eu connaissance des libellés exacts du questionnaire.

Les autres membres des soignants (médecins comprenant les internes, les infirmières et aides soignants) n'ont pas eu accès aux éléments évalués lors de cette étude.

J'ai été seul opérateur pour le relevé d'information.

Toutes les données ont été recueillies dans le dossier médical du patient aussi bien pour les données avant l'admission en USP qu'après celle-ci, en respect du principe de traçabilité des données.

Selon la provenance du patient, les données concernant la douleur ont été recueillies de la manière suivante :

-service hospitalier : observation médicale et transmissions ciblées des infirmières, et prescriptions.

-domicile : courrier du médecin traitant ou transmissions infirmières (HAD), et ordonnances de ville.

La validité des informations repose sur le principe de la traçabilité des données médicales. En l'absence de l'existence de document écrit pouvant renseigner la réalisation d'une évaluation ou d'une prescription, la mention NSP (ne sait pas) est cotée.

Pour exemple : l'absence de courrier du médecin traitant ou l'absence des dernières prescriptions.

#### 4. Validation des questionnaires.

##### a. Caractéristique démographique et épidémiologique :

###### Provenance du patient :

Il est considéré que le patient vient de son domicile dans 2 cas :

-admission directe depuis son lieu de domicile (comprenant les institutions spécialisées),

-admission via les urgences d'où le patient est transféré en USP, avec un séjour inférieur à 48 heures.

Il est considéré que le patient ne provient pas de son domicile, dans le cas :

-d'un transfert depuis un service hospitalier ou clinique,

-d'un transfert d'un service d'urgence ou le patient a séjourné plus de 48 heures.

###### L'état de conscience :

Nous allons définir le caractère « coma » de cette étude, en nous calquant sur la grille du score de Glasgow.

Le patient est considéré dans le coma lorsqu'il n'y a pas :

-d'ouverture des yeux spontanée et à la demande,

-de mouvements spontanés ou expressions corporelles à la stimulation par la mobilisation passive des membres.

-absence totale d'éveil.

## b. Les motifs d'hospitalisation

La douleur est considérée comme l'un des motifs d'hospitalisation quand elle fait partie des objectifs du transfert en USP et qu'elle est décrite comme symptôme présent.

Parmi les patients présentant comme motif d'hospitalisation la douleur, nous avons décidé d'identifier ceux dont la douleur est le motif principal d'hospitalisation. Pour être considéré comme motif principal d'hospitalisation, il faut qu'il soit expressément mentionné dans le courrier de transfert.

## c. L'évaluation de la douleur.

L'évaluation de la douleur a été considérée comme un paramètre essentiellement clinique.

Il a été considéré que la douleur a été évaluée si les éléments suivants apparaissent dans le dossier :

- une auto-évaluation par une quantification de la douleur : l'EVA (Annexe 2), EN, EVS ou une autre échelle.

- ou une hétéro-évaluation par des éléments évoquant un statut douloureux. Ces éléments sont recueillis par l'observation de la posture, du faciès, des gémissements, de l'attitude antalgique, la limitation des mouvements ou l'usage d'une échelle Doloplus® (Annexe 3) ou Algoplus® (Annexe 4).

Les patients sont cotés NSP (ne sait pas), lorsqu'il n'existe pas de trace écrite dans le dossier médical d'évaluation de la douleur ou de trace de prescription.

Cela n'exclut pas de pouvoir être coté oui, non ou NSP à la question sur la modification du traitement antalgique 48 heures avant l'admission en USP (cf. infra : la modification thérapeutique).

De plus, l'influence de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) sur l'évaluation de la douleur avant l'admission en USP a été analysée.

Cette évaluation est considérée comme influencée si avant le passage de l'EMSP, il n'y a pas d'évaluation et que celle de l'EMSP apparaît comme la première des 48 heures avant l'admission dans l'USP.

#### d. La modification thérapeutique

Le support évaluant la modification thérapeutique correspond aux prescriptions médicales.

Il est considéré comme constituant une modification thérapeutique :

- la majoration d'un traitement antalgique existant,
- l' introduction d'un nouveau traitement ou d'une molécule à visée antalgique,
- l'ajout d'un co-antalgique : kétamine, antidépresseurs tricycliques, anti-convulsivants, corticothérapie...

Les antalgiques doivent être en respect avec les paliers de l'OMS (Annexe 5) ou à visée neuropathique (Annexe 6).

L'influence de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) sur la modification du traitement antalgique avant l'admission en USP a été analysée.

L'influence de l'EMSP a été considérée comme effective si les prescriptions consécutives à leur passage suivent les propositions faites.

Une analyse selon le test du chi-2 a été réalisée afin de chercher une différence entre la proportion des patients ayant un traitement antalgique après leurs hospitalisations dans l'USP en fonction qu'ils aient eu ou non un traitement antalgique avant.

Cette analyse a pour but de savoir si les patients traités après leur admission en USP auraient du être traité avant et auraient été insuffisamment traité avant.

#### e. Soulagement à J4.

Une réévaluation douloureuse est réalisée au 4<sup>ème</sup> jour suivant l'admission dans l'USP. Nous qualifierons de « précoce » cette période.

N'étaient pas concernés par cette question, les patients:

- ne présentant pas de douleur lors de l'admission,
- décédés avant la réévaluation à J4 sans avoir présenté de soulagement antérieur à leur décès,
- non douloureux à l'admission et dont le décès est survenu avant le 4<sup>ème</sup> jour sans présenter de soulagement.
- la sortie du service avant le délai de 4 jours.

Le soulagement est considéré comme présent à J4, lorsque :

- la quantification de la douleur correspond à une EVA inférieure ou égale à 3/10,
- les données comportementales amenant à la prescription d'antalgiques ne sont plus présents.

La dernière partie du questionnaire propose une lecture :

- des changements de protocoles ayant permis un soulagement « précoce » : mode du type d'administration de la molécule ou ajout d'un co-antalgique.
- et d'identifier le nombre de sujets ayant présenté des douleurs difficiles à contrôler lors de l'hospitalisation en USP.

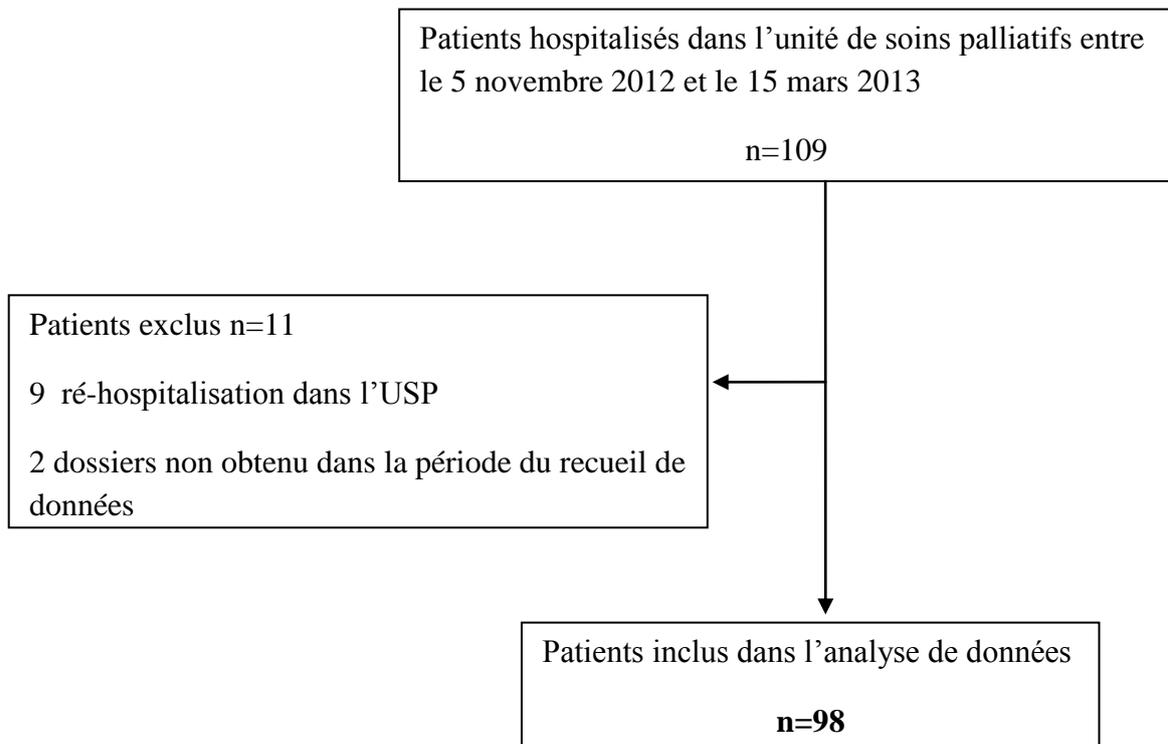
## 5. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée par les membres de la Plateforme d'Aide Méthodologique, Service d'information et des Archives médicales, de la Clinique de Santé Publique du CHRU de Lille.

Le logiciel R. R version 3.1.0 a été utilisé.

## Résultats

Diagramme de flux des patients.



Entre novembre 2012 et le 15 mars 2013, 98 patients ont été inclus dans l'analyse.

Les résultats statistiques sont présents en Annexe 7.

### 1. Caractéristiques de la population étudiée

#### a. La provenance des patients

29% de la population étudiée provenait du domicile, IC à 95% [20.12-38.73], soit 28 patients.

71% de la population étudiée provient d'un service hospitalier suite à une demande de celui-ci, IC à 95% [61.27-79.88], soit 70 patients.

### b. Le sexe des patients

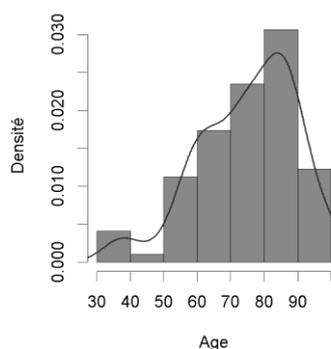
44% de la population est de sexe masculin, IC à 95% [33.99-54.25], soit 43 patients.

### c. Le statut de conscience (« comateux »)

24% des patients étaient dans le coma lors de leur hospitalisation dans l'USP, IC à 95% [16.61-34.41] ; soit 24 patients.

### d. L'âge des patients

L'âge moyen de la population est de 75 ans, identique à la médiane d'âge. Les 2 premiers quartiles (soit 50 % de l'échantillon) s'étendent entre 35 ans et 75 ans ; les 2 derniers quartiles s'étendent entre 75 ans et 100 ans.



## 2. La douleur est-elle un motif d'hospitalisation ?

La douleur est identifiée comme l'un des motifs d'hospitalisation dans 23% des cas, IC à 95% [15.75-33.31]; cela concerne 23 des patients hospitalisés au sein de l'unité de soins palliatifs.

Lorsque le symptôme douleur fait partie des motifs d'hospitalisation, il a été le motif principal d'hospitalisation chez 4 patients, soit 19% des patients identifié comme douloureux, avec IC à 95% [5.45-41.91].

3. La douleur est –elle évaluée, au moins une fois dans les 48 heures avant et après l’hospitalisation en USP?

**58% des patients (soit 42 patients) ont eu une évaluation de la douleur dans les 48 heures précédant leur transfert dans l’unité, IC à 95% [45.43-68.84].**

**100% des patients ont bénéficié d’une évaluation de la douleur, IC à 95% [96.31-100], dans les 48 heures suivant leur transfert dans l’USP.**

La totalité des patients devrait avoir une évaluation de la douleur dans les 48h précédant l’hospitalisation. On constate que l’intervalle de confiance, des patients évalués avant l’admission en USP, ne comprend pas cette norme de 100%. Par conséquent, la douleur est sous évaluée avant l’hospitalisation en USP.

Parmi ces 42 patients évalués:

-31 patients ont eu une **évaluation de la douleur suite au passage de l’EMSP ; soit 74% des patients évalués** avant l’admission en USP, le sont du fait de l’influence de l’équipe mobile de soins palliatifs, IC à 95% [57.68-85.61].

-**11 patients étaient évalués de manière autonome** par les professionnels du service hospitalier ou le médecin traitant, ce qui correspond à 26% des patients ayant eu une évaluation de la douleur avant l’admission dans l’USP, IC à 95% [14.39-42.32].

4. Lorsque que la douleur a été évaluée, y a-t-il eu une modification thérapeutique à visée antalgique dans le délai maximum de 48 heures précédant et suivant l’hospitalisation en USP ?
  - a. Dans les 48 heures avant l’hospitalisation en USP?

Lorsqu’une évaluation de la douleur a été réalisée, 49% des patients ont eu une modification thérapeutique avant leur prise en charge en USP, IC 95% [33.56-64.32], soit 21 patients.

Parmi ces 21patients :

-19 ont bénéficié de la modification thérapeutique suite aux propositions de l'EMSP, 90%, IC à 95% [69.62-98.83]

-2 ont bénéficié d'une modification de leur traitement antalgique sans influence par l'EMSP, soit 10%, IC à 95% [1.17-30.38].

b. Dans les 48 heures suivant l'hospitalisation en USP ?

**63% des patients ont bénéficié d'une modification thérapeutique dans les 48 heures suivant l'hospitalisation en USP, IC 95% [52.87-72.61].** Ce qui correspond à 62 patients sur 98.

Nous avons fait la recherche d'association entre la modification de traitement avant l'hospitalisation et la modification de traitement après l'hospitalisation.

L'association entre ces deux variables a été testée par le test du chi<sup>2</sup> de comparaison de proportions.

	Non	Oui	Total
Non	6 (27.27%)	16 (72.73%)	22
Oui	5 (23.81%)	16 (76.19%)	21
Total	11	32	43

p=0.795

Nous n'observons pas d'association statistique entre le fait d'avoir une modification de traitement avant hospitalisation et le fait d'avoir une modification de traitement après hospitalisation.

En d'autres termes, la proportion de patients avec une modification de traitement après hospitalisation ne diffère pas significativement selon le groupe (traitement avant versus pas de traitement avant).

5. Le patient est-il soulagé à J4 suivant hospitalisation dans l'USP ?

**58% des patients vont présenter un soulagement précoce** des douleurs suite à leur hospitalisation dans l'USP, IC à 95% [43.26-70.99], soit 30 patients.

42% des patients ne seront pas soulagés de leurs douleurs au bout des 4 jours d'hospitalisation dans l'unité, IC à 95% [29.01-56.74], soit 22 patients.

Statut de suivi expliquant le recueil limité concernant le soulagement « précoce » à J4.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Décès avant J4	13	28	[16.09-42.87]
Statut non douloureux	29	62	[46.38-75.12]
Association du décès avant J4 et du statut non douloureux	4	9	[2.37-20.38]
Sortie	1	2	[0.05-11.29]

a. Chez ces patients soulagés, y a-t-il eu une modification du protocole thérapeutique à visée antalgique ?

Pour 15 patients, soit 50% des patients soulagés, IC à 95% [33.15-66.85], il y a eu un changement de protocole.

Pour 15 patients, soit 50% des patients soulagés, IC à 95% [33.15-66.85], il n'y a pas eu de changement de protocole.

b. S'il y a eu une modification thérapeutique, de quel type de protocole s'agit-il ?

Sur les 15 patients dont le changement de protocole a permis un soulagement précoce, les protocoles utilisés sont :

-l'introduction d'une PCA de morphine pour 8 des patients

-la prescription initiale d'une SAP de tramadol pour 5 des patients

-la prescription initiale d'une corticothérapie par voie intraveineuse pour 1 des patients

-la prescription initiale d'un anti inflammatoire per-cutané (pommade) pour 1 des patients

6. Parmi les patients, non soulagés dans le délai de 4 jours, combien ont présenté une douleur difficile à contrôler tout au long du séjour dans l'unité de soins palliatifs ?

16 patients ont gardé une douleur difficile à contrôler, soit 38% des patients non soulagés au bout de 4 jours, IC à 95% [23.99-54.35].

26 patients sur les 42 non soulagés au bout de 4 jours, présentaient une douleur qui a pu être soulagée lors de l'hospitalisation.

Une analyse des différentes variables a été réalisée en fonction de la provenance des patients (cf. infra).

Variables analysées	Patient provenant du domicile	Patient provenant d'un service hospitalier
Sexe (%):		
-masculin		44
-féminin	43 57	56
Coma(%)	29	23
Age (années)	70.39+/-14.77	76.7+/-14.17
La douleur est elle un motif d'hospitalisation ?(%)	36	19
La douleur est le motif principal d'hospitalisation (%).	20	18
Evaluation de la douleur avant l'admission en USP (%).	44	61
Influence de l'évaluation par l'EMSP (%).	14	86
Evaluation de la douleur après l'admission en USP (%).	100	100
Modification du traitement antalgique avant l'admission en USP (%).	0	58
Influence de la modification du traitement antalgique par l'EMSP(%).	0	90
Modification du traitement antalgique après l'admission en USP (%).	64	63
Soulagement dans les 4 jours suivant admission en USP (%).	60	57
Si soulagement, combien bénéficie d'un changement de protocole thérapeutique ? (%)	56	48
-Corticothérapie IV :	20	0
-Anti-inflammatoire per cutané:	20	0
-PCA de morphine	40	60
-SAP de tramadol	20	40
Combien garde une douleur difficile à contrôler ? (%)	42	37

## Discussion

- Le modèle de l'étude :

Théoriquement l'étude aurait du être réalisée sous la forme d'une étude cas/témoins, avec deux bras de suivi :

- Les témoins auraient été constitués par les patients en phase palliative pris en charge ailleurs qu'en unité de soins palliatifs (service hospitaliers, domicile...)
- Les cas auraient été constitués par les patients hospitalisés dans l'unité de soins palliatifs.

Nous aurions réalisé deux évaluations de la douleur avant et après chaque modification thérapeutique à visée antalgique pour chaque patient. La différence entre les deux mesures aurait constitué une variable, delta.

Les variables des témoins et des cas auraient été comparées afin de savoir si :

- la différence des deux variables est différente de zéro ou
- si la variable témoin est différente et de la variable des cas.

Dans le cadre de l'étude de la prise en charge des patients en USP nous sommes amenés à étudier une population aux spécificités propres. Ces patients présentent par définition un tableau clinique symptomatique complexe et nécessite une approche pluridisciplinaire (6).

Nous rappelons que la prise en charge globale comprend les aspects médicaux, psychologiques, spirituels et l'accompagnement de la famille. En pratique clinique, la population des soins palliatifs s'est élargie aux insuffisances d'organe, aux maladies neuro-dégénératives, infectieuses et mentales (7). Les soins palliatifs ne s'intéressent pas exclusivement aux pathologies oncologiques non curables.

Dans ce contexte, des limites franches au modèle décrit précédemment, sont mises en évidence :

- la sélection des patients pour le bras cas et le bras témoin. Afin de neutraliser le biais de sélection, la comparaison des patients doit concerner des patients éligibles à une USP. La distribution des patients entre les deux bras, aurait pour conséquence directe de permettre à certains patients d'accéder à la globalité des soins d'une USP et non à d'autres. Cette sélection implique des enjeux éthiques et médicaux non négligeables.

-la difficulté à réaliser une mesure quantitative stricte de la douleur chez certains patients afin d'en déterminer des variables delta.

-le profil médical entre les patients, les rendant peu comparables. Le tableau clinique du patient résulte de la pathologie initiale, de leur stade d'évolutivité, des thérapeutiques dont le patient a bénéficié. Ces éléments causent des différences pouvant être importante entre les patients, amenant à des prises en charge individualisée. Cela soulève la difficulté à créer des bras d'étude « homogènes ».

Ainsi devant ces limites, nous avons fait le choix de suivre les mêmes patients avant et après leur admission en USP afin de mieux discuter des différences de prise en charge (évaluation, modification de traitement).

- Les choix faits dans la validation du questionnaire :

Concernant la définition du coma, nous n'avons pas évalué l'état de conscience avec le score de Glasgow car les items d'une réponse secondaire à un stimulus douloureux (l'ouverture des yeux et la réponse motrice) ne sont pas évalués et évaluables en soins palliatifs (faible intérêt pour la prise en charge).

Nous justifions ce choix du fait de la difficulté d'utilisation des échelles d'hétéro-évaluation de la douleur, devant ce tableau de conscience.

Concernant l'évaluation de la douleur, le choix a été fait de ne pas considérer qu'un moyen unique afin d'évaluer la douleur pour les patients. Ceci est aussi valable au cours du suivi (avant/ après hospitalisation en USP) d'un même patient. L'on connaît les difficultés d'application des échelles d'évaluation de la douleur. Le choix de l'échelle unique est d'autant plus difficilement applicable dans un contexte évolutif de dégradation de l'état général (asthénie, somnolence...) et d'aggravation des douleurs.

En USP, il est important de se baser sur une évaluation pluridisciplinaire de la douleur associée à une diversification des outils d'évaluation de la douleur(8). Dans notre étude nous avons respecté ces 2 derniers principes. Par conséquent, nous avons considéré que l'évaluation de la douleur a été réalisée si une note est présente dans l'observation des médecins ou dans les transmissions ciblées des infirmiers. Ainsi toutes les échelles validées en France ont été acceptées même si elles sont différentes lors du suivi du

patient.

L'intérêt étant l'adaptation de la prise en charge et de l'évaluation en fonction de l'état clinique du patient.

Le délai choisi pour l'évaluation et le traitement de la douleur est de 48 heures, permettant une réévaluation du patient en cas de doute.

Concernant la période de soulagement « précoce », il a été fixé un délai de 4 jours pour pouvoir parler de soulagement précoce. Ce choix s'est fait car il correspond à 2 fois la période attribuée à l'évaluation de la douleur laissant ainsi la possibilité d'une réévaluation et la mise en place des mesures thérapeutiques.

De plus, ce délai nous paraissait juste car il correspond à la borne basse de la T2A justifiant l'hospitalisation en USP (campagne tarifaire 2010).

Nous avons eu comme principe que cette période est suffisamment courte pour distinguer les épisodes douloureux intercurrents, de l'évolution de la maladie chronique.

- Le motif d'hospitalisation et l'évaluation de la douleur :

Concernant le motif d'hospitalisation, on observe que le symptôme douleur est l'un des motifs d'hospitalisation pour 23% des patients (soit 23 patients) admis dans l'USP. Au total 63%, soit 62 patients seront pris en charge pour la douleur puis réévalués à J4. Ainsi pour près de 40% des patients (soit 39 patients), le symptôme douleur n'est pas considéré, ni identifié comme symptôme dans les transmissions de transfert, alors qu'il fait partie des objectifs de prise en charge personnalisée du patient.

Concernant l'évaluation de la douleur, la proportion de patients évalués pour la douleur dans les 48 heures avant leur admission en USP est de 58% [45.43-68.84]. En regard de ce résultat nous pouvons dire que les patients en phase palliative sont insuffisamment évalués ou sous-évalués en dehors de l'USP.

Avec cette analyse statistique, nous faisons remarquer qu'il en est de même avec l'indicateur IPAQSS de l'Hôpital saint Vincent de Paul de Lille. Ce dernier est évalué à 76%, IC[67-85] (9); cet intervalle de confiance ne comprend pas la norme.

De plus, ce résultat rélatant la sous-évaluation de la douleur en dehors de l'USP est renforcé par l'analyse recherchant l'influence de l'EMSP. En effet, elle met en évidence qu'une grande partie des patients évalués avant leur admission en USP l'est du fait du passage de l'EMSP, soit 31 des 42 patients évalués.

On peut parler de difficulté de la part des professionnels à identifier la douleur comme axe de prise en charge du patient en soins palliatifs. Parallèlement les patients sont significativement moins évalués.

Des données peuvent être expliquées par plusieurs éléments.

La complexité des tableaux clinique des patients étudiés est à prendre en compte. Il existe un biais de sélection concernant les patients en phase palliative pris en compte dans cette étude.

Des symptômes tels que l'asthénie, les troubles de l'humeur et l'anxiété peuvent rendre l'évaluation de la douleur physique difficile (10)(11). Il faut prendre en compte ces considérations, pour garder une démarche active de dépistage du symptôme douleur.

Les évaluations voire les réévaluations du symptôme douleur nécessitent une disponibilité qui mobilise du temps de la part des professionnels.

Le temps nécessaire à cette prise en charge du patient peut limiter l'évaluation de la douleur en termes de symptôme et d'intensité (10). Ceci est d'autant plus vrai en médecine de ville où les possibilités du médecin généraliste à se libérer, à chaque sollicitation clinique et le temps de consultation, sont limitées.

L'interdisciplinarité liée à l'activité de l'EMSP prend une place prépondérante dans les services hospitaliers, son influence est ici notable dans la cadre de l'évaluation de la douleur. Leur rôle d'expertise et le soutien à la prise en charge font partie de leurs missions (11). L'existence d'une structure spécialisée en soins palliatifs au sein d'un établissement permet d'avoir une influence sur l'attitude des professionnels de santé et des médecins en apportant des conseils techniques thérapeutiques et l'aide psychologique au patient, qui sont jugés satisfaisants (12).

L'activité d'une médecine palliative n'est pas qu'une sensibilisation morale des professionnels à l'accompagnement mais aussi l'apport d'un savoir faire et d'une technicité.

Les qualités des EMSP reposent sur leur expérience clinique pluridisciplinaire et la formation des membres de l'EMSP en soins palliatifs permettant de mieux cerner les besoins médicaux et humains.

Les médecins généralistes n'ont pas eu le concours de cette EMSP pour l'identification, l'évaluation de la douleur et la modification thérapeutique, comme cela a été le cas pour les services hospitaliers lors de cette étude.

L'analyse des variables en fonction de la provenance est intéressante car elle montre que les médecins généralistes identifient bien le besoin de prise en charge : 36% des motifs d'hospitalisation contre 19% dans un service hospitalier.

Il semble que, pour l'évaluation de la douleur et la modification du traitement thérapeutique, les médecins généralistes aient plus de difficulté car les proportions observées sont respectivement de : 44% et de 0% pour les médecins généralistes contre 61% et 58% pour un service hospitalier.

Ces données de l'étude font écho avec l'étude de Fougère et al(13), dans laquelle les médecins généralistes déclarent que la prise en charge de la douleur constitue une difficulté rencontrée (36% d'entre eux). Cette difficulté est mise en lien avec les besoins qu'ils souhaitent voir se développer pour aider à leur prise en charge:

- consultations douleur et soins palliatifs 32%,
- contact avec les référents hospitaliers 63%,
- améliorer les réseaux ville-hôpital 29%
- faciliter l'inclusion en HAD 34%
- et formation 32%.

D'une part, les médecins souhaitent un travail pluridisciplinaire par le biais de consultations (et non de séjour hospitalier), et de l'amélioration des moyens favorisant le maintien des patients au domicile par l'intermédiaire de réseaux et l'HAD. Ces demandes respectent ce qui constitue par définition les soins palliatifs.

D'autre part, les médecins généralistes sont en demande de formation. Le domaine de la formation des médecins en soins palliatifs et en douleur a été étudié par l'étude Bouté et al (14) dans les courts séjours soulignant l'insuffisance de formation des professionnels hospitaliers de santé. La perception d'un défaut de formation implique des limitations et des freins dans la prise en charge. Cela peut aller jusqu'au malaise des médecins (généralistes et spécialisés) dans la prise en charge des patients en fin de vie. L'étude Ben Diane et al (15) relate par la même occasion que ce malaise est inversement proportionnel à l'opinion et

l'aisance avec les thérapeutiques morphiniques. Il est souligné à juste titre que la maîtrise des traitements (morphiniques) par les professionnels conditionne leur prise en charge et l'accompagnement des patients.

En d'autres termes, améliorer la formation et le support de soin va amener une meilleure prise en charge de la douleur des patients en soins palliatifs.

Devant ces constatations, nous pouvons proposer des outils d'aide à la prise en charge comme préambule intéressant pour l'amélioration de l'évaluation et de l'identification en terme de douleur.

Lorsque nous parlons d'évaluation de la douleur, cela renvoie facilement aux échelles d'autoévaluation de la douleur, les plus généralisées et ayant pour avantage d'être rapides d'utilisation.

Les déviations qui peuvent naître de ce genre d'évaluation sont les réalisations trop rapides avec des explications approximatives associées à une mauvaise installation du patient ne lui permettant pas de bien quantifier sa douleur. Nous soulignons l'importance d'une bonne installation du patient au lit, car cette condition permet d'améliorer la communication et ainsi la compréhension de notre demande. Les faits que nous venons de préciser montre qu'il est malheureusement facile de tomber dans la « fausse réassurance » d'avoir fait une évaluation de la douleur.

De plus, les médecins sous-estiment la douleur par rapport à une évaluation réalisée par le patient seul lorsqu'ils utilisent des échelles d'autoévaluation de type EVA(14) (16) amenant à des traitements insuffisants.

L'application des échelles d'auto-évaluation est limitée à des patients communicants et capables de les comprendre. Les facteurs tels que l'âge, les troubles cognitifs, les troubles de la concentration (17) (18) (19) ainsi que l'altération de l'état général ne permettent pas d'être dans des conditions de bonne évaluation (6). Ces facteurs sont souvent fréquents en soins palliatifs.

Il faut tout de même pouvoir privilégier la participation du patient quand cela est possible ; tout en lui offrant les conditions optimales pour une bonne évaluation (20) (21). Il faut être vigilant et ainsi garder une réserve quant à la pertinence des données apportées par les échelles d'auto-évaluations en soins palliatifs : il faudra mesurer leur place au cas par cas.

Lorsque l'application des échelles d'autoévaluation semble discutable, le recours systématique aux échelles d'hétéroévaluation doit s'inscrire dans la recherche d'un

phénomène douloureux. Elles se basent sur la clinique et les éléments qu'elles comprennent sont simples (Annexe 3 et 4).

Au-delà de l'évaluation par des échelles, la problématique de la douleur existe en amont auprès des médecins. En effet, cette étude a montré une définition insuffisante de la douleur comme axe de prise en charge alors qu'il constituait un besoin pour une grande partie des patients. La démarche palliative peut être abstraite et floue pour les médecins ayant le plus souvent une pratique clinique quotidienne curative et très spécialisée.

L'ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) (Annexe 8) est intéressante car elle a été développée par l'équipe de soins palliatifs d'Edmonton au Canada(22), comme outil de travail en réponse aux symptômes de prise en charge en soins palliatifs. Elle recueille sous forme d'items les symptômes dont la prévalence est la plus importante en phase palliative. Elle regroupe au total 9 items dont la douleur, chacun d'entre eux est coté de 0 (absence du symptôme) à 10 (le maximum de plainte de pour ce symptôme) ; reproduisant le schéma de l'EVA. C'est une échelle d'auto-évaluation. Le patient seul ou accompagné d'un soignant peut coter chaque item indiquant sa présence et son intensité. L'ESAS a été validée en 2000 (23) et permet le dépistage, le diagnostic et le suivi des symptômes. Elle encadre, entre autre, une démarche de dépistage de la douleur et la distinction des différentes plaintes pour mieux les prendre en compte en ne s'arrêtant pas à la simple description d'un tableau d'« altération de l'état général », sans autres éléments relevant de la clinique. La réalisation de l'ESAS permet un récapitulatif des symptômes actifs, de ceux à surveiller, et ainsi d'améliorer le support de transmission entre les équipes médicales. Les facteurs limitant son utilisation sont les mêmes que pour toute échelle d'autoévaluation, et elle n'est intéressante que si elle est confrontée à la clinique.

Cependant elle constitue un support intéressant afin de sensibiliser les médecins au dépistage des symptômes en organisant une démarche systématique. L'intérêt est de signifier aux médecins peu habitués aux soins palliatifs que l'absence d'issue curative n'exclut en rien des soins actifs.

Ces outils sollicitent la participation active des médecins permettant à la fois la réaffirmation de l'existence de tels soins et de mettre en confiance sur le rôle de l'ensemble des médecins dans cette prise en charge palliative. Les médecins pourront déployer les moyens qu'ils ont à leur portée.

- Le traitement de la douleur

Quant aux traitements, il n'a pas été montré de différence significative entre la proportion des patients traités avant l'admission et après l'admission en USP. Ce qui implique les patients n'ont pas été moins traité avant leur admission en USP.

Cependant, la plupart des patients traités avant l'ont été sous influence de l'EMSP, soit après leur proposition thérapeutique.

Dans les publications de la littérature, les difficultés rencontrées par les médecins concernent la gestion des morphiniques.

La création des paliers de l'OMS et la brochure qu'elle publie en 1986 avaient pour but de faciliter l'identification de l'indication aux opioïdes et leur usage. D'une manière générale, le recours au palier III est justifié par l'intensité, le mécanisme de la douleur ainsi que la pathologie chronique incurable évoluée.

Cependant l'outil « morphine » ne semble pas si aisé par les médecins, amenant à:

- un mauvais choix des formes de libération : libération prolongée, normale ou rapide (10),
- un malaise des médecins qui est associé à une mauvaise opinion des opioïdes (15),
- la crainte des effets indésirables et de leur contrôle (24),
- l'obstacle à l'augmentation à des posologies importantes lorsque cela est nécessaire, en dehors d'USP (25).

L'objectif d'une prise en charge thérapeutique n'est pas la prescription à tout prix, ni l'escalade thérapeutique. La prescription adaptée reste le challenge et l'objectif de tout médecin. Pour répondre à ce besoin, des recommandations sont disponibles : recommandations de l'usage des opioïdes en soins palliatifs, la prévention et le traitement de la constipation induite par les opioïdes (26) (27).

Il serait intéressant d'étudier l'intérêt et l'impact de ces recommandations sur la pratique des médecins autres que palliatologues.

De plus, les dispositifs d'administration des morphiniques: voie SC, PCA se sont développés dans le milieu hospitalier ; même si tout les services n'en sont pas dotés. Ces procédés tendent à sortir des établissements hospitaliers vers la ville, apportant une nouvelle technicité où le médecin généraliste devra trouver ses marques sans sensibilisation antérieure ; même si là encore des recommandations ont été établies (28) (29).

L'amélioration de l'aisance dans la prise en charge thérapeutique se fera par conséquent, par la formation et la transversalité de la prise en charge pour améliorer les

projets de soins individualisés. Les mises au point de toutes ces recommandations, ces moyens techniques doivent trouver un relais plus accessible auprès des médecins.

- Soulagement de la douleur

58% des patients douloureux admis dans l'USP vont être soulagés de manière précoce, soit dans un délai de 4 jours. La moitié d'entre eux vont garder la même molécule thérapeutique en bénéficiant uniquement d'une majoration de posologie du traitement antalgique dont ils bénéficiaient déjà à l'admission en USP.

Cela nous évoque que la prise en charge de la douleur était dans les capacités techniques de la structure avant son admission en USP.

Parmi les patients ayant bénéficié d'un changement de protocole, la majorité 53% [27.42-77.72], ont bénéficié d'une PCA de morphine. Les PCA permettent l'administration à la fois d'une posologie continue et d'interdoses prédéterminées dont le patient peut avoir recours à la demande lors d'accès douloureux. Elle est facile d'utilisation pour le patient autonome ou par son entourage quand celui-ci n'a pas la possibilité d'appuyer sur le bouton. La mise en place d'un tel dispositif impose tout de même un personnel formé tant au niveau médical que paramédical. Le plus souvent cette prescription initiale se fait en hospitalisation conventionnelle. Le retour au domicile est réalisable, tout en nécessitant une coordination de soins en réseaux ou en HAD. L'administration régulière voire continue d'opioïdes a montré son efficacité, dès le début du développement des morphiniques à libération prolongée versus l'administration à libération normale (10).

D'autres protocoles ont été utilisés comme les SAP de tramadol, une corticothérapie par voie systémique et des anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie percutanée.

Les corticoïdes ont fait l'objet d'une revue de la littérature par l'équipe de Paulsen et al (30) concernant les douleurs cancéreuses des patients relevant des soins palliatifs. Les résultats avancent que les corticoïdes peuvent avoir un effet analgésique modéré, amenant à classer la preuve de l'efficacité comme faible. Il est aussi souligné le manque d'études pertinentes à ce sujet et l'intérêt de réaliser des études concernant le pouvoir antalgique.

L'application d'un anti-inflammatoire topique va permettre le soulagement d'un patient de l'étude. Le recours à ce type de thérapeutique, pouvant sembler modeste, se justifie

par la plainte clinique et l'efficacité de ces traitements (31). Ils gardent une place dans l'arsenal thérapeutique.

16 patients présenteront des douleurs difficiles constituant des douleurs rebelles. Pourtant sur ces 16 patients, seul 7 avaient pour motifs d'hospitalisation la douleur.

Pour 14 d'entre eux, ces douleurs sont liées à des pathologies cancéreuses toutes multi-métastasées. Par ordre de fréquence, on retrouve :

Type de cancer	Nombre de patients concernés.	Causes des douleurs.
Cancer digestifs :		Douleurs liées à la compression locale par masses tumorales du primitif et de la carcinose péritonéale, le syndrome occlusif dans un contexte de carcinose péritonéale.
-colique	3	
-oesophagien	1	
-estomac	1	
Cancer pulmonaire primitif	2	Compression tumorale par la tumeur primitive, infiltration du plexus brachial, métastases osseuses.
Cancer vésico-prostatique	2	Infiltration locale des plexus pelviens. Métastases osseuses, métastases pulmonaires infiltrant le plexus brachial.
Carcinome hépatocellulaire	1	Douleur par excès nociceptif du primitif, métastases osseuses vertébrales.
Cancer de l'endomètre	1	Douleurs liées à la compression de la masse tumorale et à l'infiltration du plexus sacré.
Glioblastome	1	Douleur secondaire à la masse tumorale.
Tumeur cutanée épidermoïde	1	Douleur neuropathiques de désafférentation secondaire à une amputation.
Processus tumoral dont le primitif est inconnu	1	Métastases osseuses.

Nous pouvons constater que les cancers digestifs se distinguent tant par la fréquence dans les douleurs rebelles rencontrées que par la pluralité des mécanismes responsables des douleurs.

Sur l'ensemble de ces patients, 4 patients présentaient des douleurs neuropathiques caractérisées par une désafférentation secondaire à une infiltration tumorale de plexus nerveux ou une amputation.

Tous ces patients ont pu bénéficier de modifications thérapeutiques en fonction de la clinique : la majoration des morphiniques et de co-antalgiques comprenant la kétamine, l'amitriptyline (Laroxyl®) et des corticoïdes. Cependant malgré des périodes de contrôle de la douleur, l'évolution rapide des douleurs a nécessité des modifications thérapeutiques quasi-quotidiennes.

Parmi les recours thérapeutiques connus à ce jour (32) (Annexe 5 et 6), nombre de mesures thérapeutiques ne sont pas applicables dans ce contexte de douleur.

Tout d'abord la morphinothérapie par voie périmédullaire et intracérébroventriculaire, qui pour leur réalisation nécessite un geste chirurgical. L'indication n'a été pas retenue du fait de l'état général et l'espérance de vie des patients. Cette méthode est intéressante lorsque l'indication est posée de manière précoce dans la prise en charge palliative et que les conditions sont réunies. Ce sont tous les médecins, acteurs de la prise en charge du patient, qui doivent permettre d'identifier ces patients.

De plus, parmi les co-antalgiques décrits, les antidépresseurs tricycliques et les anticonvulsivants par voie orale n'ont pas de place dans ces prises en charge, du fait des délais d'action de plusieurs semaines (auxquels il faut ajouter la période d'introduction et d'adaptation thérapeutique).

Ainsi, dans le cadre des douleurs rebelles en USP, certains moyens thérapeutiques ne sont pas utilisables, limitant ainsi les moyens thérapeutiques.

- Perspectives

Il demeure que les soins palliatifs vont être prépondérants dans les années à suivre. D'une part devant le vieillissement des patients amenant la prise en charge de patients polyopathologiques avec des insuffisances d'organes uniques ou multiples. D'autre part avec des patients d'oncologie de plus en plus complexes, pour qui les avancées de la médecine ont permis l'allongement de l'espérance de vie dans un contexte d'évolution de la pathologie et d'effets secondaires des moyens médicaux.

Le domaine de la douleur est un enjeu particulier dans la prise en charge globale du patient. Comme le souligne le rapport du sénat 1999 (33) : « on ne peut envisager un dialogue serein avec quelqu'un qui souffre. Il faut donc au préalable traiter la question de la douleur, avant d'aborder celle de l'accompagnement d'un patient qui est au terme de sa vie ».

La douleur garde une implication prépondérante dans les troubles psychologiques voire psychiatriques qui peuvent s'ajouter en fin de vie : confusion mentale, anxiété, dépression, passage à l'acte suicidaire (34) (35) (36) (37).

Les professionnels des soins palliatifs ont pour objectif actuel de poursuivre les avancées dans la prise en charge de la douleur. La volonté de modifier les choses s'articule autour de 3 axes la formation, l'organisation et la recherche (7) (38) (39). Les données de cette étude soulèvent bien que ces 3 axes sont d'actualité. La formation s'est émancipée avec le développement de diplômes universitaires, interuniversitaires et enfin une spécialisation médicale par le diplôme d'études spécialisée complémentaires en médecine de la douleur et médecine palliative depuis 2007. Ces formations sont souvent réalisées avec les 2 versants douleur et soins palliatifs car la collaboration entre ces deux domaines distincts, reste intéressante pour la prise en charge du patient.

Tout acteur est le bienvenu car la volonté d'une promotion d'une attitude palliative plutôt qu'une médecine palliative est voulue, pour qu'elle s'intègre à une pratique soignante (38). Cependant, actuellement les médecins et soignants réalisant ces formations sont des volontaires, déjà sensibilisés par les problématiques de ces deux médecines.

A l'avenir, la sensibilisation de masse des médecins et des soignants va passer par les centres d'évaluation et de traitement de la douleur ainsi que les structures de soins palliatifs où les professionnels sont formés en douleur (40).

L'accessibilité à de telles structures et à du personnel formé représente un enjeu majeur.

## Conclusion

Les patients en soins palliatifs sont significativement sous-évalués lors d'une prise en charge autre (service hospitalier ou domicile) que celle d'une USP.

Il ne semble pas que les patients soient « sous traités ». L'analyse des modifications thérapeutiques avant et après l'hospitalisation en USP ne montre pas de différence entre le nombre de patients ayant une prescription à visée antalgique modifiée avant et après l'hospitalisation en USP.

Cependant la place et l'influence de l'EMSP dans les services hospitaliers est importante tant dans l'évaluation que les modifications thérapeutiques antalgiques.

Le soulagement des patients a été étudié en 2 volets : le soulagement précoce et le soulagement difficile secondaire à des douleurs rebelles.

On a constaté plus de 50% de soulagement précoce suite à l'admission en USP. De plus les moyens thérapeutiques étaient à la portée des structures de prise en charge initiale car elles ont consisté en la majoration des protocoles antalgiques déjà mis en place.

Près de 16% de la population étudiée présentait une douleur difficile à contrôler malgré la prise en charge en USP.

Le domaine de la douleur peut être, dans la grande majorité des cas, une discipline où tous les médecins peuvent facilement prendre place. Les douleurs rebelles en soins palliatifs sont affaire de spécialité, car les moyens requis nécessitent souvent le cadre de l'hospitalisation en USP (32).

## Bibliographie

- (1) Ministère des affaires sociales et de la sante. [en ligne]. Plan cancer <http://www.plan-cancer.gouv.fr/historique/plan-cancer-2003-2007.html>
- (2) Legifrance. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&d ateTexte=&categorieLien=id>
- (3) HAS, IPAQSS: Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins [en ligne]. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_493937/ipaqss-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqss-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins)
- (4) Ministère des affaires sociales et de la sante et haute autorité de santé. PLATINES : PLATeforme d'INformations sur les Etablissements de Santé. [en ligne]. <http://www.platines.sante.gouv.fr/index.php>
- (5) HAS. Indicateurs de qualité généralisés en médecine, chirurgie, obstétrique, campagne 2011, juin 2012, p.39
- (6) ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Recommandations pour la pratique clinique, Décembre 2002.
- (7) Le Divenah A. Nouveaux modes de coopération dans l'organisation des soins palliatifs. 11<sup>ème</sup> Congrès National, société française d'accompagnement et de soins palliatifs : l'accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement en 2005.
- (8) Barjaud Rémi. Quelle est la place des échelles d'évaluation de la douleur en Unité de Soins Palliatifs ?, thèse d'exercice de médecine, le 14 février 2012.
- (9) Ministère des affaires sociales et de la sante et haute autorité de santé. PLATINES : PLATeforme d'INformations sur les Etablissements de Santé. [en ligne]. [http://www.platines.sante.gouv.fr/fiche\\_simple.php?fiche=etbts&p=0&r\\_p=0&affiche\\_r=o&etablissement=saint%20vincent&ville=&depa=&regi=&typo=&statut=&champ=&scanner=&irm=&cam\\_scint=&tep=&salle\\_hemo=&salle\\_coro=&maternite=&mater\\_nite1=&maternite2=&maternite3=&struct\\_urgence=&reanimation=&brule=&chir\\_cardiaque=&neuro=&radio=&chimio=&dialyse=&readaptation=&fi=590797353&hcl=](http://www.platines.sante.gouv.fr/fiche_simple.php?fiche=etbts&p=0&r_p=0&affiche_r=o&etablissement=saint%20vincent&ville=&depa=&regi=&typo=&statut=&champ=&scanner=&irm=&cam_scint=&tep=&salle_hemo=&salle_coro=&maternite=&mater_nite1=&maternite2=&maternite3=&struct_urgence=&reanimation=&brule=&chir_cardiaque=&neuro=&radio=&chimio=&dialyse=&readaptation=&fi=590797353&hcl=)
- (10) Bruera E, Hui D. Palliative care research: Lessons learned by our team over the last 25 years. Palliative Medicine.2013; 1-13.
- (11) Circulaire DHOS n° 02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. Document édité par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. p.4
- (12) Vidal-trean G, Belouet-moreau C, Salommon L. Soins palliatifs dans un centre hospitalo-universitaire :opinion des médecins (1992-1996). Santé Publique. 1999 ; 11, 329-334.
- (13) Fougère B, Mytych I, Baudemont C, Gautier-Roques E, Montaz L. Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. Médecine palliative. 2012 ; 11: 90-97.

- (14) Boute C, Millot I, Ferre P, Devilliers E, Piegay C, Lemery B, Cyvoct C, Simon I, Gisselmann A. Comment estimer les besoins en soins palliatifs dans les établissements de court séjour? A propos d'une expérience en Côte d'Or, Santé Publique, 1999; 11 :29-39.
- (15) Ben Diane M.K and co. Prise en charge des malades en fin de vie en médecine générale et spécialisée. Résultat de l'enquête française « Attitudes et pratiques face aux soins palliatifs-2002 ». Presse médicale. 2003; 32:488-92.
- (16) Larue F, Colleau S, Brasseur L, et al. Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. BMJ 1995; 310: 1034-7.
- (17) Chibnall JT, Tait RC. Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. Pain 2001; 92:173–186.
- (18) Heer K, Mobily P. Comparaison of selected pain assessment tools for use with the elderly. Applied Nursing Research 1993; 6; 1: 39-46.
- (19) Closs SJ, Barr B, Briggs M, Cash K, Seers K. A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. J Pain Symptom Manage 2004;27:196–205
- (20) Jousselein C, Helsen C. Auto-évaluation de la douleur: un engagement réciproque. Douleurs, 2006 ; 7 :161.
- (21) Herr K. Pain assessment in the older adult with verbal communication skills. In: Gibson SJ, Weiner D, editors. Pain in the elderly. Seattle, WA: IASP Press, 2005. pp. 377-402.
- (22) Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliative Care 1991 ; 7 : 6-9
- (23) Chang VT, Hwang SS, Fuermann M. Validation of the Edmonton Symptom Assessment System. Cancer 2000; 88: 2164-71.
- (24) Valerz JP, Aubry R. Les croyances du médecin sur la douleur en fin de vie. European Journal Palliative Care 2000 ; 7 :178-82.
- (25) Mercadante S, Prestia G, Ranieri M, Giarratano A, Casusccio A. Opioid use and effectiveness of its prescription at discharge in an acute pain relief and palliative care unit. Support care cancer; 2012.
- (26) Laval G, Villard ML, Sang B, Mallaret M. Utilisation des nouveaux opioïdes en Soins Palliatifs. Médecine palliative 2002 ; 1:69-87.
- (27) SFAP. Recommandations pour la prévention et le traitement de la constipation induite par les opioïdes chez le patient relevant de soins palliatifs. Médecine Palliative 2009; 8 :p.1.
- (28) Morisson S, Vassal P, Rochas B, Verbog JP, Vignes Guettet P, Villard ML. Médicaments administrables par voie sous-cutanée en soins palliatifs: revue et recommandations. Médecine palliative 2012 ; 11, 39-49.
- (29) Laval G et al. Recommandations pour l'indication et l'utilisation de la PCA à l'hôpital et au domicile pour l'administration de morphine chez la patient atteint de cancer et douloureux, soins palliatifs. Médecine palliative 2007 ; 6 :114-143.

- (30) Paulsen et al. Do Corticosteroids Provide Analgesic Effects in Cancer Patients? A Systematic Literature Review. Journal of Pain and Symptom Management 2012 July.
- (31) Derry S, Moore RA, Rabbie R. Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain adult. Cochrane Pain Cochrane 2012 sep 12.
- (32) AFSSAPS. Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique, 2010.
- (33) Neuwirth L. Rapport d'information sur les soins palliatifs et l'accompagnement. Sénat. RAPPORT D'INFORMATION 207 (1998-1999) [http://www.senat.fr/rap/r98-207/r98-207\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r98-207/r98-207_mono.html).
- (34) Stiefel F. Suffering and suicide en tumor patients. Schweiz Rundsch Med Prax; 1993; 82: 260-2.
- (35) Breitbart W, Strout D. Delirium in the terminally ill. Clinics in geriatric medicine, 2000; 16:357-72.
- (36) Breitbart W. Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. Support care cancer 1995; 3:45-60.
- (37) Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. Cancer 1994; 74: 2570-8.
- (38) Rhondali W, Filbet M, Bruera E. La médecine palliative dans les dix prochaines années. Médecine palliative 2012 ; 11 :233-245.
- (39) Aubry R. Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010. Rapport avril 2011.
- (40) Aubry R. Bilan du Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie. Médecine palliative 2008; 7 :238-243.

# **Annexes**

*Annexe 1 : Le questionnaire*

1. La douleur est-elle l'un des motifs d'hospitalisation dans l'USP ? Provenance domicile :

Oui                       Non                                       Oui  Non

Si oui, est-elle le motif principal ?                                      Sexe:  M     F

Oui                       Non                       NC                      Coma:  Oui  Non

Age :

-----  
2. La douleur est-elle évaluée, au moins une fois dans les 48 heures précédant et suivant l'hospitalisation en USP?

Avant l'hospitalisation dans l'USP :  Oui                       Non                       NSP

Si oui, l'EMSP a-t-elle été à l'origine de cette évaluation ?

Oui                       Non                       NC

Après l'hospitalisation dans l'USP :  Oui                       Non

-----  
3. Lorsque que la douleur a été évaluée, y a-t-il eu une modification thérapeutique à visée antalgique dans le délai maximum de 48 heures précédent et suivant l'hospitalisation en USP ?

Avant l'hospitalisation dans l'USP :  Oui                       Non                       NSP                       NC

Si oui, l'EMSP a-t-elle été à l'origine de cette modification thérapeutique ?

Oui                       Non                       NC

Après l'hospitalisation dans l'USP :  Oui                       Non

-----  
4. Le patient est-il soulagé à J4 suivant hospitalisation dans l'USP ?

Oui                       Non                       NC

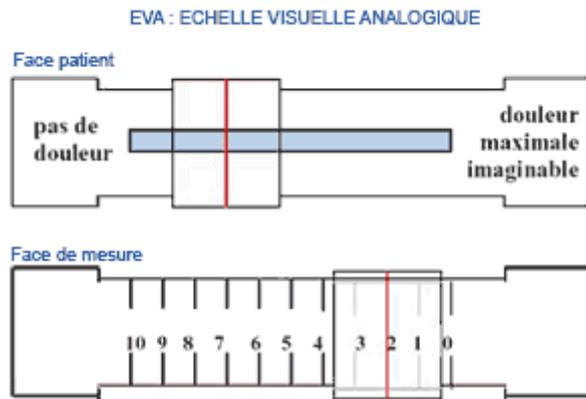
→Si oui, y a-t-il eu une modification du protocole thérapeutique à visée antalgique?

Oui    selon le protocole :.....  Non

→Si non: le patient garde t-il une douleur difficile à contrôler lors de l'hospitalisation ?

Oui                                       Non

## Annexe 2 : L'EVA



Présenter horizontalement la réglette EVA en montrant la face non chiffrée et en expliquant :  
« Ceci est une échelle pour évaluer l'intensité de votre douleur ».

Bouger le curseur sur la partie gauche de l'échelle : « Vous placez le curseur à cet endroit si vous n'avez pas de douleur ». Bouger le curseur sur la partie droite de l'échelle : « Vous placez le curseur à cet endroit si votre douleur est la plus forte que vous puissiez imaginer ».

« Je vous laisse placer le curseur au niveau qui correspond à la douleur que vous ressentez maintenant ».

Le patient bouge lui-même le curseur. Repérer la valeur chiffrée indiquée au dos de la réglette correspondant au niveau du curseur et la tracer dans le dossier du patient.

Source : SFETD

Annexe 3 :

# ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE'E

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

COPYRIGHT

Source : SFETD

Annexe 4 :



**Evaluation de la douleur**

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

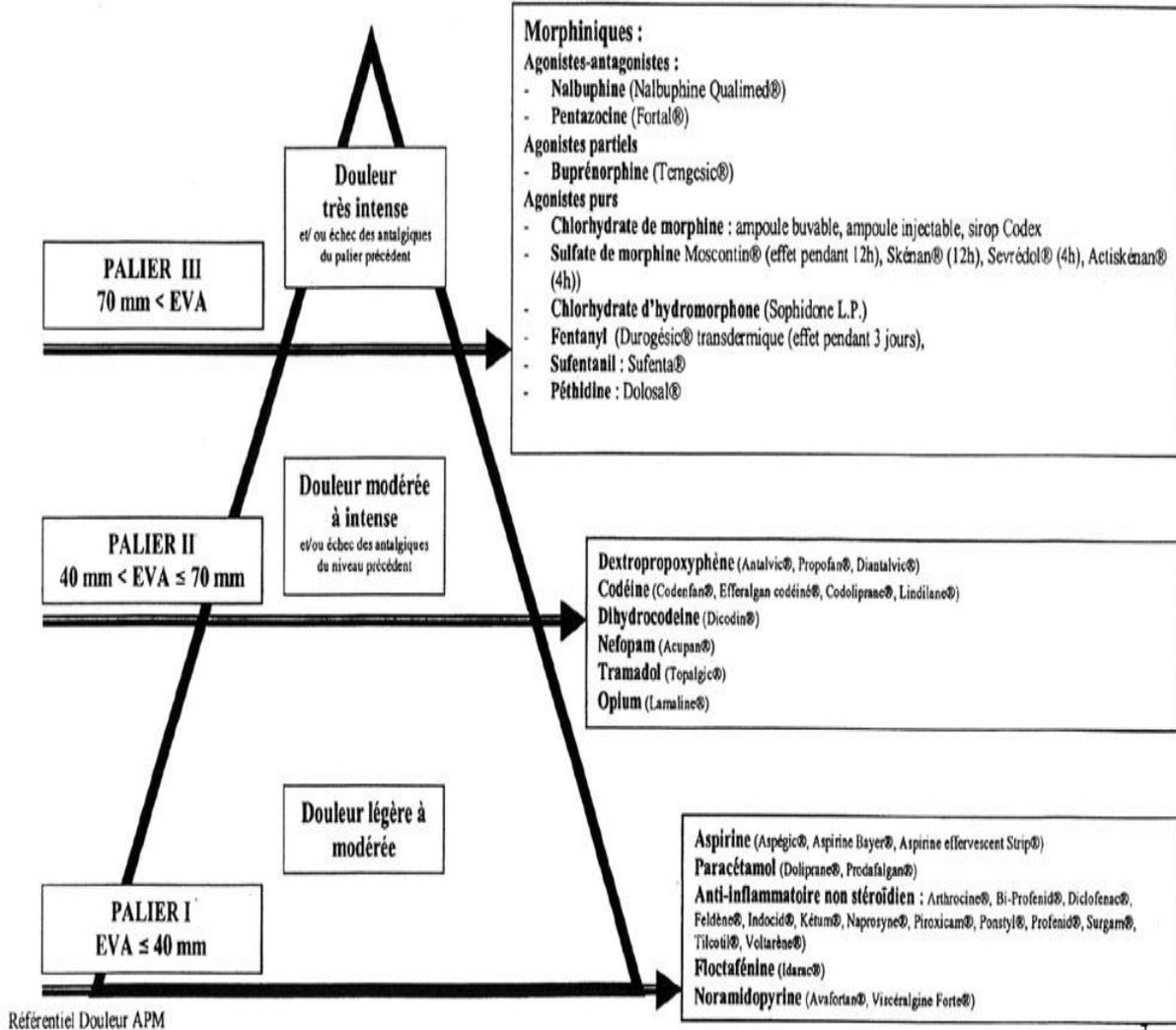
**Identification du patient**

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

Source : SFETD

Annexe 5 :

CLASSIFICATION DES ANTALGIQUES DISPONIBLES A L'APM SELON LES PALIERS DE L'OMS



## Annexe 6 :

Synthèse des traitements médicamenteux de niveau de preuve A ou B commercialisés en France pour le traitement des douleurs neuropathiques et disposant d'une AMM en analgésie (à l'exception des traitements de la névralgie du trijumeau).

Traitements	Niveau de preuve	Grade de recommandation	AMM en analgésie chez l'adulte	Recommandation
<i>Antidépresseurs tricycliques</i>				
Amitriptyline (Laroxyl <sup>®</sup> , Elavil <sup>®</sup> )	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans plusieurs étiologies)	Douleur neuropathique périphérique de l'adulte, algie rebelle	Recommandé en première intention
Imipramine (Tofranil <sup>®</sup> )	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans plusieurs étiologies)	Douleur neuropathique	Recommandé en première intention
Clomipramine (Anafranil <sup>®</sup> )	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans plusieurs étiologies)	Douleur neuropathique	Recommandé en première intention
<i>Antidépresseurs IRSNA</i>				
Duloxétine (Cymbalta <sup>®</sup> )	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans la polyneuropathie diabétique)	Douleur neuropathique diabétique périphérique chez l'adulte	Recommandé en première intention (polyneuropathie douloureuse du diabète)
<i>Antiépileptiques</i>				
Gabapentine (Neurontin <sup>®</sup> , génériques)	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans plusieurs étiologies)	Douleur neuropathique périphérique de l'adulte	Recommandé en première intention
Prégabaline (Lyrica <sup>®</sup> )	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans plusieurs étiologies)	Douleur neuropathique périphérique et centrale de l'adulte	Recommandé en première intention

### *Opiacés*

Tramadol LP (Zamudol <sup>®</sup> , Contramal <sup>®</sup> , Topalgic <sup>®</sup> , Monotramal <sup>®</sup> , etc.), association tramadol- paracétamol (Ixprim <sup>®</sup> , Zaldiar <sup>®</sup> , etc.)	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans la polyneuropathie diabétique)	Douleur modérée à sévère	Recommandé en seconde intention ou en première intention si crises douloureuses (notamment pour association avec le paracétamol) ou douleur inflammatoire associée
Sulfate de morphine LP (Moscontin <sup>®</sup> , Skénan <sup>®</sup> , etc.)	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans plusieurs étiologies)	Douleurs persistantes intenses ou rebelles aux autres antalgiques, en particulier douleur d'origine cancéreuse	Recommandé en cas d'échec des traitements précédents <sup>a</sup>
Chlorydrate d'oxycodone LP (Oxycontin <sup>®</sup> )	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans plusieurs étiologies)	Douleurs sévères qui ne peuvent être correctement traitées que par des analgésiques opioïdes forts, en particulier les douleurs d'origine cancéreuse <sup>a</sup>	Recommandé en cas d'échec des traitements précédents <sup>a</sup>

---

### *Emplâtres de lidocaïne*

Lidocaïne 5 % (Versatis <sup>®</sup> )	1	A (preuve scientifique d'efficacité dans la douleur postzostérienne)	Douleur neuropathique post-zostérienne	Recommandé en première intention dans la douleur post- zostérienne chez le sujet âgé présentant une allodynie chez qui les traitements systémiques sont déconseillés ou contre-indiqués
---	---	--	--	---

---

AMM : autorisation de mise sur le marché ; IRSNA : inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

<sup>[a]</sup> Seule l'indication dans le traitement des douleurs chroniques d'origine cancéreuse, intenses ou rebelles aux antalgiques de niveau plus faible, chez l'adulte (à partir de 18 ans), est remboursée.

Source : Attal, N. Traitement pharmacologique des douleurs neuropathiques. Neurologie  
EMC.

## *Annexe 7 : Résultats statistiques*

Provenance du domicile du patient

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>Non</b>	70	71	[61.27-79.88]
<b>Oui</b>	28	29	[20.12-38.73]
<b>Total.valides</b>	98	100	-

Sexe

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>Féminin</b>	55	56	[45.75-66.01]
<b>Masculin</b>	43	44	[33.99-54.25]
<b>Total.valides</b>	98	100	-

Etat comateux

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>Non</b>	74	76	[65.59-83.39]
<b>Oui</b>	24	24	[16.61-34.41]
<b>Total.valides</b>	98	100	-

Age (en années) :

<b>valeur</b>	
<b>Effectif</b>	98
<b>Moyenne</b>	74.898
<b>Ecart.type</b>	14.551
<b>Minimum</b>	35
<b>Quartile.1</b>	64.25
<b>Mediane</b>	75
<b>Quartile.3</b>	86.75
<b>Maximum</b>	100
<b>Manquante</b>	0

La douleur est-elle l'un des motifs d'hospitalisation dans l'USP ?

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>Non</b>	75	77	[66.69-84.25]
<b>Oui</b>	23	23	[15.75-33.31]
<b>Total.valides</b>	98	100	-

Si oui, est-elle le motif principal ?

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>Non</b>	17	81	[58.09-94.55]
<b>Oui</b>	4	19	[5.45-41.91]
<b>Total.valides</b>	21	100	-

La douleur est-elle évaluée, au moins une fois dans les 48 heures précédant et suivant l'hospitalisation en USP?

Avant l'hospitalisation dans l'USP :

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>Non</b>	31	42	[31.16-54.57]
<b>Oui</b>	42	58	[45.43-68.84]
<b>Total.valides</b>	73	100	-
<b>NCP</b>	25	-	-

Si oui, l'EMSP a-t-elle été à l'origine de cette évaluation

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>Non</b>	11	26	[14.39-42.32]
<b>Oui</b>	31	74	[57.68-85.61]
<b>Total.valides</b>	42	100	-

Après l'hospitalisation dans l'USP

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>Non</b>	0	0	[0-3.69]
<b>Oui</b>	98	100	[96.31-100]
<b>Total.valides</b>	98	100	-

Lorsque que la douleur a été évaluée, y a-t-il eu une modification thérapeutique à visée antalgique dans le délai maximum de 48 heures précédent et suivant l'hospitalisation en USP ?

Avant l'hospitalisation dans l'USP :

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>Non</b>	22	51	[35.68-66.44]
<b>Oui</b>	21	49	[33.56-64.32]
<b>Total.valides</b>	43	100	-

Si oui, l'EMSP a-t-elle été à l'origine de cette modification thérapeutique ?

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>Non</b>	2	10	[1.17-30.38]
<b>Oui</b>	19	90	[69.62-98.83]
<b>Total.valides</b>	21	100	-

Après l'hospitalisation dans l'USP :

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>Non</b>	36	37	[27.39-47.13]
<b>Oui</b>	62	63	[52.87-72.61]
<b>Total.valides</b>	98	100	-

**Recherche d'une association entre la proportion des patients ayant bénéficié d'une modification traitement après hospitalisation et avant hospitalisation.**

**Modification du traitement antalgique après :** modification traitement antalgique si la douleur a été évaluée, dans un délai de 48 heures suivant l'hospitalisation

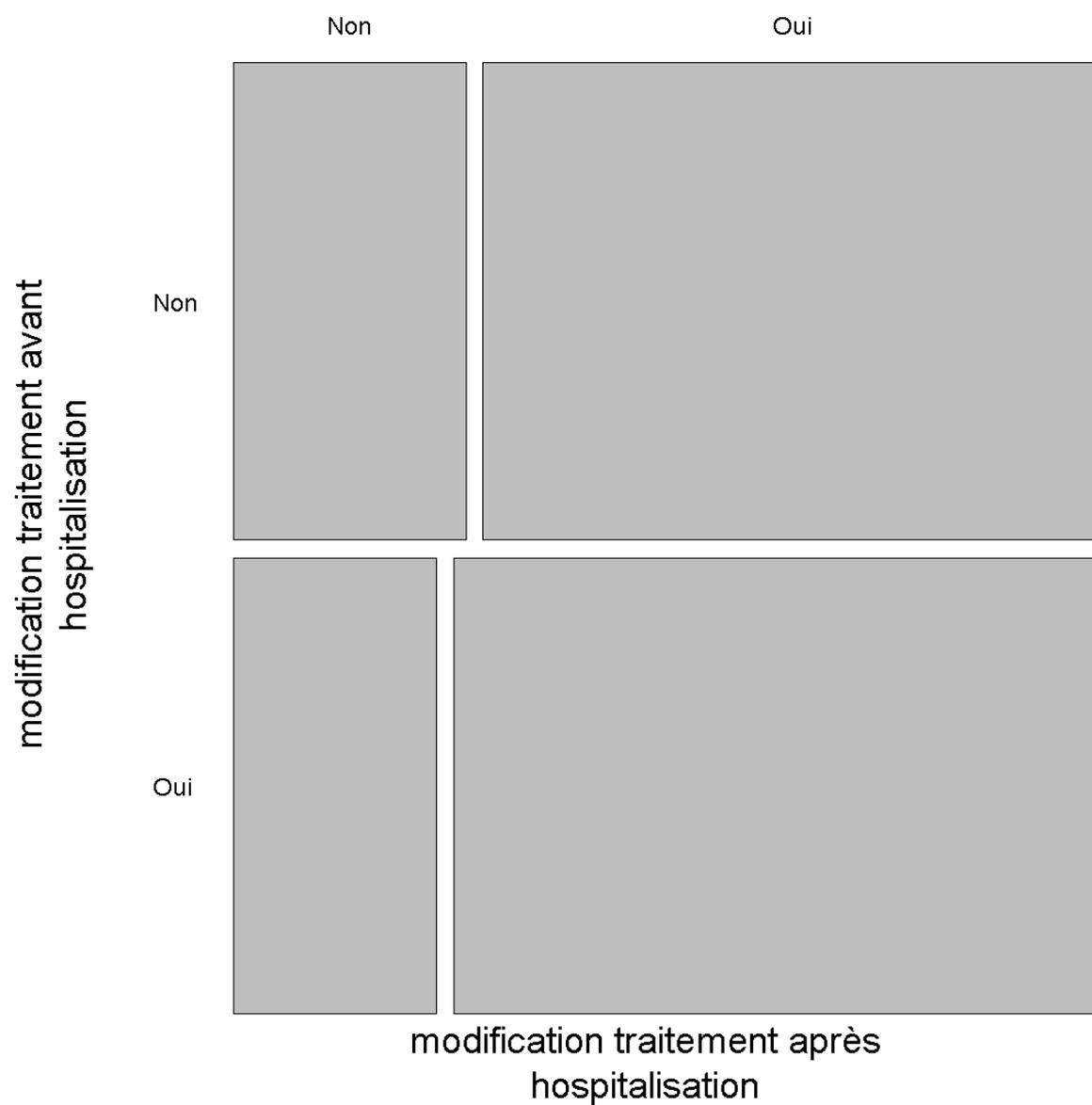
**Modification du traitement antalgique avant :** modification traitement antalgique si la douleur a été évaluée, dans un délai de 48 heures précédentes de l'hospitalisation

**Colonnes : modification traitement après hospitalisation**

**lignes : modification traitement avant hospitalisation**

	Non	Oui	Total
<b>Non</b>	6 (27.27%)	16 (72.73%)	22
<b>Oui</b>	5 (23.81%)	16 (76.19%)	21
<b>Total</b>	11	32	43

Test du chi2 : p = 0.795



Le patient est-il soulagé à J4 suivant hospitalisation dans l'USP ?

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>Non</b>	22	42	[29.01-56.74]
<b>Oui</b>	30	58	[43.26-70.99]
<b>Total.valides</b>	52	100	-

→Si oui, y a-t-il eu une modification du protocole thérapeutique à visée antalgique?

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>Non</b>	15	50	[33.15-66.85]
<b>Oui</b>	15	50	[33.15-66.85]
<b>Total.valides</b>	30	100	-

Type de modification thérapeutique :

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>corticoT IV</b>	1	7	[0.17-31.95]
<b>corticoT PC</b>	1	7	[0.17-31.95]
<b>PCA_morph</b>	8	53	[27.42-77.72]
<b>SAP_tramad</b>	5	33	[12.99-61.31]
<b>Total.valides</b>	15	100	-

→Si non: le patient garde t-il une douleur difficile à contrôler lors de l'hospitalisation ?

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>Non</b>	26	62	[45.65-76.01]
<b>Oui</b>	16	38	[23.99-54.35]
<b>Total.valides</b>	42	100	-

Annexe 8



**ESAS**  
(Edmonton Symptom Assessment System)  
Echelle d'évaluation des symptômes

Date: ..... Heure: .....

Rempli par:  patient  patient aidé par soignant  famille

Veuillez tracer sur les lignes ci-dessous un trait correspondant à l'intensité actuelle de chacun des symptômes suivants:

Pas de douleur	_____	Douleur maximale
Pas de fatigue	_____	Fatigue maximale
Pas de nausées	_____	Nausées maximales
Pas de déprime	_____	Déprime maximale
Pas d'anxiété	_____	Anxiété maximale
Pas de somnolence	_____	Somnolence maximale
Pas de manque d'appétit	_____	Manque d'appétit maximal
Aucun essoufflement	_____	Essoufflement maximal
Je me sens bien	_____	Je me sens mal

Autres symptômes (toux, bouche sèche, sudations, etc):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AUTEUR : Nom : Benbellout**

**Prénom : Nouara**

**Date de Soutenance : 2013**

**Titre de la Thèse : Prise en charge de la douleur des patients en soins palliatifs lors d'une prise en charge en unité de soins palliatifs par rapport à une autre structure (service hospitalier et domicile).**

**Thèse - Médecine - Lille 2013**

**Cadre de classement : DES de médecine générale**

**Mots-clés : douleur, soins palliatifs, unité de soins palliatifs, service hospitalier, domicile, évaluation, traitement, soulagement, protocole thérapeutique.**

**Résumé :**

**Introduction :** La sensibilisation autour des soins palliatifs et de la douleur, par plusieurs mesures de santé lors de ces dernières années, a pour objectif de promouvoir ces prises en charge à tous les champs de la médecine. Qu'en est-il de la prise en charge de la douleur des patients en soins palliatifs dans une unité de soins palliatifs (USP) comparée à celle dans une autre structure, un service hospitaliers ou domicile (SHOD). L'objectif principal est de comparer l'évaluation de la douleur entre USP et SHOD, les objectifs secondaires concerne la comparaison des modifications thérapeutiques à visée antalgique et l'existence d'un soulagement précoce de la douleur suite à l'admission dans l'USP.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude mono-centrique observationnelle, prospective, descriptive réalisée dans l'USP de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille. L'inclusion a été exhaustive, l'ensemble des patients de 18 ans et plus, ayant été hospitalisé dans l'USP entre novembre 2012 et mars 2013. Ont été exclus les patients au-delà d'une première hospitalisation et ceux pour lesquels le dossier médical antérieur à son hospitalisation en USP n'a pas été récupéré. L'analyse de la prise en charge de la douleur a été faite à l'aide d'un questionnaire se basant sur l'évaluation, le traitement de la douleur et le soulagement lors de la réévaluation.

**Résultats :** 58%, IC [45.43-68.84] des patients sont évalués en SHOD contre 100% [96.31-100] en USP, la totalité des patients aurait du être évalués en SHOD. Les patients sont ainsi significativement sous évalués en dehors de l'USP. Il n'existe pas de différence significative entre la proportion de patients ayant eu une modification en SHOD et en USP. Le rôle de l'équipe de soins palliatifs a été important dans l'influence dans l'évaluation et les mesures thérapeutiques. On note cependant l'obtention d'un soulagement précoce de plus de la moitié des patients douloureux lors d'une prise en charge par une USP. Pour la moitié des soulagements précoces, les moyens entrepris sont à la portée d'un SHOD.

**Conclusion :** Nous avons pu montrer qu'il existe encore nombres de difficultés dans la prise en charge de la douleur des patients en soins palliatifs dans un SHOD. L'amélioration de cette prise en charge se fera en fournissant des réponses aux difficultés rencontrées par les soignants.

**Composition du Jury :**

**Président :** Professeur Serge Blond

**Asseseurs :** Professeur Jacques Bonnetterre  
Docteur Sébastien Leruste

**Directeur de thèse :** Professeur Didier De Broucker