



Université Lille 2
Droit et Santé

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

Année 2013

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

ÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DE LA
DOULEUR EN UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS

Présentée et soutenue publiquement le 12 Novembre 2013 à 18h00
au Pôle Recherche – Salle des Thèses
Par Christophe MARTINACHE

Jury

Président : Monsieur le Professeur Serge BLOND

Assesseurs : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET
Monsieur le Professeur Gilles LEBUFFE

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur François-Xavier DEROUSSEAUX

TABLE DES MATIERES :

<u>ABREVIATIONS</u>	3
<u>RESUME</u>	4
<u>INTRODUCTION</u>	5
<u>MISE AU POINT</u>	6
A. Les Soins Palliatifs	6
1. Qu'est-ce que les Soins Palliatifs ?	6
2. Importance de la loi Léonetti ?	6
B. La douleur	7
1. Définition de la douleur	7
2. Les différents types de douleur	8
3. Evaluation de la douleur	9
4. Prise en charge de la douleur	9
4.1) <i>La thérapie médicamenteuse et la thérapie non médicamenteuse</i>	9
4.2) <i>Le traitement médicamenteux des douleurs par excès de nociception</i>	10
4.3) <i>Le traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques</i>	11
<u>METHODOLOGIE</u>	12
<u>RESULTATS</u>	13
A. Etude générale des patients inclus dans l'étude	13
1. Caractéristiques des patients admis (Annexe 3)	13
2. Caractéristiques cliniques de leur douleur (Annexe 4)	14
3. Variation de l'intensité de la douleur durant l'hospitalisation	16
4. Variation de effets indésirables et signes de surdosage liés aux antalgiques de palier III durant l'hospitalisation (Annexe 5)	16
4.1) <i>Etude à l'admission (J0)</i>	16
4.2) <i>Evolution trois jours après l'admission (J3)</i>	17
4.3) <i>Evolution une semaine après l'admission (J7)</i>	18
5. Etude des thérapeutiques antalgiques utilisées durant l'hospitalisation	19
5.1) <i>Prise en charge des douleurs nociceptives (Annexe 6)</i>	19
5.2) <i>Prise en charge des douleurs neuropathiques (Annexe 7)</i>	23
5.3) <i>Optimisation des co-antalgiques psychotropes (Annexe 8)</i>	25
5.4) <i>Optimisation des autres co-antalgiques (Annexe 8)</i>	26

B. Etude spécifique des thérapeutiques antalgiques utilisées chez les patients dont l'intensité de la douleur diminue après l'admission	28
1. Caractéristiques de ces patients	28
2. Prise en charge des douleurs nociceptives (Annexe 6 bis)	29
2.1) Etude à l'admission (J0)	29
2.2) Evolution trois jours après l'admission (J3)	30
2.3) Evolution une semaine après l'admission (J7)	31
3. Prise en charge des douleurs neuropathiques (Annexe 7 bis)	33
3.1) Etude à l'admission (J0)	33
3.2) Evolution trois jours après l'admission (J3)	33
3.3) Evolution une semaine après l'admission (J7)	34
4. Optimisation des co-antalgiques psychotropes (Annexe 8 bis)	35
3.1) Etude à l'admission (J0)	35
3.2) Evolution trois jours après l'admission (J3)	35
3.3) Evolution une semaine après l'admission (J7)	35
5. Optimisation des autres co-antalgiques (Annexe 8 bis)	36
3.1) Etude à l'admission (J0)	36
3.2) Evolution trois jours après l'admission (J3)	36
3.3) Evolution une semaine après l'admission (J7)	37
 <u>DISCUSSION</u>	38
 A. Analyse des résultats	38
1. Principales caractéristiques de la population étudiée (Annexe 2 et 3)	38
2. Principales caractéristiques de la douleur des patients admis (Annexe 4)	39
3. Analyse de l'évolution des effets indésirables et signes de surdosage, chez les patients hospitalisés bénéficiant d'un traitement antalgique par palier III (Annexe 5)	40
4. Analyse de l'évolution durant l'hospitalisation, du traitement médicamenteux des douleurs nociceptives (Annexe 6 et 6 bis)	40
5. Analyse de l'évolution durant l'hospitalisation, du traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques (Annexe 7 et 7 bis)	41
6. Analyse durant l'hospitalisation, de l'optimisation des co-antalgiques (Annexe 8 et 8 bis)	42
 B. Limites et biais de l'étude	43
1. Limites liées au cadre de l'étude	43
2. Limites liées aux caractéristiques de l'étude	43
3. Les biais de sélection	44
4. Les biais de confusion	44
 <u>CONCLUSION</u>	45
 <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	46
 <u>ANNEXES</u>	49

ABREVIATIONS :

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

SDRC : Syndrome Douloureux Régionaux Complexes.

EVA : Echelle Visuelle Analogique.

EVS : Echelle Visuelle Simple.

EN : Echelle Numérique.

ECPA : Echelle Comportementale pour Personnes Agées.

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdiens.

IRS-NA : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline.

CHRU : Centre Hospitalier Régionale Universitaire.

USP : Unité de Soins Palliatifs.

COL : Centre Oscar Lambret.

RESUME :

La prise en charge de la douleur est un problème de santé publique majeur mettant en jeu tous les médecins, elle nécessite une évaluation minutieuse afin de définir une stratégie thérapeutique adaptée à la douleur.

Afin d'étudier les compétences actuelles des médecins à soulager ce symptôme, nous avons effectué une étude prospective descriptive incluant les patients admis dans 3 Unités de Soins Palliatifs du Nord de la France durant l'année 2011. Nous avons d'abord évalué leur douleur puis analysé l'évolution des thérapeutiques antalgiques et leurs effets indésirables à l'admission, trois jours plus tard, et enfin une semaine plus tard.

L'intérêt est de mettre en évidence les lacunes actuelles des médecins à soulager les patients douloureux.

L'analyse des résultats met en évidence plusieurs éléments dont l'amélioration permettrait une meilleure prise en charge de la douleur. On remarque d'abord que les recommandations de bonne pratique concernant la stratégie thérapeutique à adopter devant une douleur ne sont pas toujours respectées. Ensuite, il semblerait que le principe de rotation des opioïdes soit insuffisamment pratiqué et que la prise en charge des accès douloureux transitoires paraît souvent négligée. Il semblerait également que les douleurs neuropathiques soient encore insuffisamment bien traitées en raison d'un éventuel déficit concernant l'évaluation de la douleur et/ou d'une méconnaissance de leur prise en charge thérapeutique. Et enfin, l'optimisation des co-antalgiques paraît trop souvent négligée.

Ceci montre donc l'intérêt de l'admission d'un patient douloureux en Unité de Soins Palliatifs, mais surtout, qu'il existe encore des efforts à fournir pour une meilleure prise en charge des douleurs par les médecins (hospitaliers et ambulatoires), notamment chez le patient en phase palliative, à l'heure où les services d'hospitalisation à domicile se développent de plus en plus.

INTRODUCTION:

La prise en charge de la douleur est un problème de santé publique majeur mettant en jeu tous les médecins, quelle que soit leur spécialité et leur mode d'activité.

Malgré les connaissances actuelles sur ce sujet, soulager un patient douloureux est beaucoup plus complexe en pratique ; elle nécessite d'abord une évaluation minutieuse et attentif du patient afin de définir le type de douleur dont il souffre ; puis de définir une stratégie thérapeutique adaptée à celle-ci; et enfin, une réévaluation régulière afin d'adapter ce traitement au patient. L'intérêt de cette étude porte sur l'évaluation de la prise en charge des patients douloureux au cours de leur hospitalisation en Unité de Soins Palliatifs où les médecins présentent souvent une formation adaptée à la prise en charge de ce symptôme, qui touche la majorité des patients admis dans ces services. Ceci afin de déterminer si le traitement antalgique prescrit auparavant était adapté au patient, dans le but de faire un point sur les compétences actuelles des médecins à soulager les différentes douleurs, à l'heure où le développement des services d'hospitalisation à domicile nécessite notamment que les médecins généralistes soient de plus en plus qualifié dans ce domaine [1].

MISE AU POINT :

A. LES SOINS PALLIATIFS

1. Qu'est-ce que les Soins Palliatifs ? [2] [3]

Les soins palliatifs sont définis par l'OMS* comme des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Pourtant la douleur est encore sous-évaluée par les professionnels de santé. Ainsi, en 2003, 80 % de patients cancéreux ont une douleur mal évaluée [4]. Au domicile, la douleur est d'autant plus complexe à évaluer par la famille ; lorsque s'additionnent des troubles de l'humeur, une mauvaise qualité de vie et un stress dans l'entourage du patient engendré par le contexte difficile de la maladie [5].

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution.

2. Importance de la loi Léonetti

Le 22 avril 2005, les députés ont voté la loi dite « loi Léonetti » qui précise les droits et organise les pratiques quand la question de la fin de vie se pose, mais dont les principes restent encore mal connus par les médecins généralistes. [6].

Les principes de cette loi qui régit l'activité en soins palliatifs sont :

- Condamnation de l'obstination déraisonnable.
- Droit au patient de refuser un traitement.
- Tous les moyens thérapeutiques doivent être mis en œuvre pour soulager la douleur.
- Chacun peut exprimer à l'avance ses souhaits concernant l'organisation de sa fin de vie (notion de « directives anticipées »).
- Si le malade est inconscient, l'arrêt ou la limitation du traitement ne peuvent être décidés que dans le cadre d'une procédure collégiale et après consultation d'un proche ou d'une "personne de confiance" préalablement désignée par le malade.

B. LA DOULEUR

1. Définition de la douleur: [7]

La douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (International Association for the Study of Pain). Elle est donc ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est.

On distingue « la douleur aiguë » et « la douleur chronique ».

La douleur aiguë est « un signal symptôme » ou « signal d'alarme » qui est utile, son origine est monofactorielle. Elle est liée à une lésion, une inflammation, ou un œdème, et nécessite une prise en charge médicale curatrice pour sa guérison.

La douleur chronique est un « syndrome douloureux chronique » évoluant depuis 3 à 6 mois, rebelle à tous les traitements symptomatiques ou étiologiques apparemment bien conduits, son origine est plurifactorielle avec un amalgame de nombreux facteurs intervenant dans l'expression de la douleur. Son étiopathogénie est très souvent complexe, et la thérapeutique sera réadaptative, nécessitant notamment une prise en charge médico-psychosociale.

2. Les différents types de douleurs:

En fonction des données anamnestiques et sémiologiques, on pourra établir des distinctions essentielles entre :

- Les douleurs par excès de stimulation nociceptive : dues à l'évolution de la lésion, et liées à une hyperactivité des fibres sensitives de petit calibre en rapport avec la production locale de substances algogènes.
- Les douleurs neuropathiques par désafférentation sensitive : liées à une destruction des structures nerveuses périphériques ou centrales, et secondaires à des perturbations des systèmes inhibiteurs physiologiques de la nociception.
- Les douleurs par dysfonctionnement sympathique (ou SDRC*) : dues le plus souvent à un traumatisme orthopédique, et liées à une réponse réflexe somatique et végétative par activation des neurones de la substance grise.
- Les douleurs psychogènes : douleurs sans lésion apparente dont la réalité est discutée.

Il existe régulièrement une association entre des douleurs par excès de nociception et par désafférentation sensitive appelées douleurs mixtes.

3. Evaluation de la douleur:

La douleur est un phénomène complexe et subjectif et donc difficile à quantifier d'autant plus que sa description subit largement l'influence de multiples facteurs (culturels, sociaux, familiaux, environnementaux, cognitifs, affectifs et émotionnels...).

Il n'existe pas d'évaluation objective de la douleur, les seuls moyens sont l'étude du langage et du comportement. L'approche diagnostique est faite par les données de l'interrogatoire (antécédents, histoire de la maladie...), par les aspects sensori-discriminatifs (siège, qualité, durée, fréquence, intensité...), puis par les données résultants d'un examen clinique attentif (avec notamment une étude de la motricité et des différentes sensibilités).

La douleur chronique est plurifactorielle, c'est un amalgame de nombreux facteurs qui interviennent dans l'expression de la douleur, d'où l'intérêt d'une consultation pluridisciplinaire.

Cependant il existe divers outils d'évaluation permettant le suivi de l'intensité d'une douleur. On distingue les échelles d'auto-évaluation (EVA*, EVS*, EN*) privilégiées tant que possible lorsque la communication verbale est possible; ainsi que les échelles d'hétéro-évaluation (DOLOPLUS et ECPA*) qui apprécie le comportement lorsque la communication verbale est difficile ou lorsque des troubles cognitifs altèrent le jugement ou la compréhension du patient.

4. Prise en charge de la douleur:

4.1. La thérapie médicamenteuse et la thérapie non médicamenteuse:

Le choix du traitement dépend de multiples facteurs. L'investigation de la douleur (son type, ses composantes, sa quantité et sa qualité) mais également l'expérience antérieure du patient doit être pris en compte.

Les antalgiques sont, par définition, une variété de médicaments permettant d'atténuer, voire de supprimer la douleur. Ils sont classiquement regroupés dans les 3 Paliers de l'OMS*.

De plus, une médication adjuvante est souvent envisagée, il s'agit des co-antalgiques, qui permettent de minimiser l'implication des facteurs associés dans l'expression de la douleur. Il peut s'agir d'antidépresseurs, d'anxiolytiques, d'anticonvulsivants, de myorelaxants, de corticoïdes, d'antispasmodiques (...).

La voie d'administration orale, moins invasive, est privilégiée dans la mesure du possible, l'horaire doit être régulier et l'on doit surveiller les effets secondaires inhérents à un traitement chronique. Bien entendu, une réévaluation du traitement en cours, voire même du diagnostic posé, doit être effectuée régulièrement et systématiquement, notamment en cas d'échec thérapeutique.

Les traitements non médicamenteux regroupent les interventions médicales et paramédicales mais également les médecines parallèles (acupuncture, massage, chiropractie, ostéopathie, réflexologie...).

4.2. Le traitement médicamenteux des douleurs par excès de nociception: [8]

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a établi une échelle d'emploi des antalgiques selon l'intensité de la douleur évaluée.

- *Le palier I*, est constitué par les antalgiques non opioïdes (Paracétamol, AINS*, Aspirine).

- *Le palier II*, est constitué par les antalgiques opioïdes faibles (surtout le Tramadol et la Codéine). Ils peuvent être utilisés seuls, ou en association avec les antalgiques de palier I.

- *Le palier III*, est représenté par les opioïdes forts (on utilise préférentiellement les agonistes purs : Sulfate ou Chlorhydrate de Morphine; Oxycodone,

Hydromorphone, Fentanyl). Ils peuvent être utilisés seuls, ou en association avec les antalgiques de palier I, mais ne doivent jamais être associés avec un palier II.

Dans certains cas, les antalgiques peuvent être associés à des médicaments dits "adjuvants" ou co-antalgiques.

4.3. Le traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques : [9]

Le choix du traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques ne dépend pas de l'intensité des douleurs comme dans les douleurs nociceptives, d'ailleurs les antalgiques usuels des paliers de l'OMS* sont classiquement peu ou pas efficaces.

Dans ce type de douleurs, on recommande la prescription :

- d'un *Antidépresseur Tricyclique* (Amitriptyline, Imipramine ou Clomipramine) ;
- ou d'un *Antidépresseur IRS-NA** (Duloxétine en 1^{er} intention, ou Venlafaxine en 2^e intention) ;
- et/ou d'un *Anti-épileptique* (Gabapentine, Prégabaline, ou Carbamazépine), qui agit plus volontiers sur la composante fulgurante des douleurs neuropathiques.

Le choix entre ces classes thérapeutiques étant fonction du contexte, des comorbidités associées, de la sécurité d'emploi et de leur coût (moindre pour les tricycliques).

METHODOLOGIE :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive incluant les patients admis dans les Unités de Soins Palliatifs de l'hôpital Cardio-Calmette (CHRU* de Lille), du Centre Oscar Lambret (CHRU* de Lille) et de l'hôpital Jean de Luxembourg (Haubourdin), sur la période s'étendant de Janvier à Décembre 2011, afin d'évaluer leurs douleurs, leur prise en charge antalgique médicamenteuse, ainsi que les effets indésirables et signes de surdosage liés à ses traitements à l'admission, trois jours plus tard (J3), et enfin une semaine plus tard (J7).

Des questionnaires anonymes comprenant diverses données médicales nécessaires à l'évaluation et à la prise en charge médicamenteuse de la douleur ont été remplis par les Médecins exerçant dans ses différentes Unités de Soins Palliatifs, au cours de l'admission de patients dans leur service respectif; alors que le personnel paramédical évaluait l'intensité de la douleur à l'aide du questionnaire ECPA* (*Annexe 1*).

L'étude a permis de recueillir 133 questionnaires, cependant 52 d'entre eux ne présentant que peu d'intérêt pour cette étude n'ont pas été inclus (soit parce que les patients ne présentaient pas de douleurs ni de traitements antalgiques à leur entrée, soit parce que leur sortie précoce du service n'a pas permis d'étudier l'évolution de leur douleur et de leur traitement antalgique durant leur hospitalisation) (*Annexe 2*).

Finalement l'étude a donc été réalisé sur 81 patients (51 de l'USP* d'Haubourdin; 17 de l'USP* du C.O.L*; 13 de l'USP* de l'hôpital Cardio-Calmette).

RESULTATS :

A. ETUDE GENERALE DES PATIENTS INCLUS DANS L'ETUDE

1. Caractéristiques de ces patients (Annexe 3) :

Le recrutement des 81 patients inclus dans cette étude regroupait :

- 51 patients issus du service d'Haubourdin (soit 62%) ;
- 17 patients issus du service du COL* (soit 22%) ;
- 13 patients issus du service de l'hôpital Cardio-Calmette (soit 16%).

L'âge moyen des patient inclus dans l'étude était de 70 ans, avec notamment un recrutement plus jeune à l'hôpital Cardio-Calmette (âge moyen de 64 ans) par rapport aux autres Services de Soins Palliatifs (âge moyen au COL* de 70 ans ; âge moyen à Haubourdin de 72 ans).

Dans les 81 patients inclus, on retrouvait 51 hommes (63 %) pour 30 femmes (37%).

L'origine des patients admis en USP* était :

- un service hospitalier pour 43 d'entre eux (soit 53%) ;
- le domicile pour 33 (soit 41%) ;
- un service d'urgence pour 5 (soit 6%).

Le motif principal d'entrée dans les différents services de Soins Palliatifs était la douleur pour 28 patients (soit 35%).

La pathologie principale justifiant leur prise en charge dans un tel service était cancéreuse pour 72 patients (soit 89%, et notamment 100% des patients inclus au COL*).

Le devenir des patients admis dans cette étude était :

- un retour à domicile pour 19 (soit 23%) ;
- une hospitalisation dans un autre service pour 8 (soit 10%) ;
- un décès pour 54 (soit 67%).

19 des patients ne faisaient plus partie d'un service de Soins Palliatifs une semaine après leur admission (soit 24%).

2. Caractéristiques cliniques de leurs douleurs (Annexe 4) :

Il y avait 48 patients inclus dans cette étude (soit 59%) qui décrivaient une plainte douloureuse à leur entrée dans le service (à noter que pour 13 patients, soit 16%, l'existence d'une telle plainte n'était pas renseignée).

L'irradiation de la douleur en cas de plainte n'était pas décrite pour 38 patients (soit 79%), elle était présente pour 10 cas (soit 21%).

Cette douleur était localisée hors d'un trajet nerveux pour 41 cas (soit 85%), elle était située en regard d'un trajet nerveux pour 7 cas (soit 15%).

Pour les patients présentant une plainte douloureuse, les types de sensation douloureuse perçue étaient :

	OUI	NON
Brulures	5 (soit 10%)	43 (soit 90%)
Paresthésies ou Dysesthésies	5 (soit 10%)	43 (soit 90%)
Décharge électrique	6 (soit 13%)	42 (soit 87%)
Broiement ou Serrement	2 (soit 4%)	46 (soit 96%)
Bête qui ronge	1 (soit 2%)	47 (soit 98%)

A savoir que 38 des patients douloureux (soit 79%) ne présentait aucun de ses types de sensations douloureuses, et dans 5 cas, ils présentaient plusieurs de ses sensations associées.

Les caractéristiques horaires de la plainte douloureuse de ces patients étaient :

- Intermittente pour 23 (soit 48%) ;
- Permanente avec accès hyperalgique pour 15 (soit 31%) ;
- Permanente pour 5 (soit 10%) ;
- Permanente + Réveil nocturne pour 2 (soit 4%) ;
- Réveil nocturne pour 1 (soit 2%) ;
- Permanente avec accès hyperalgique + Réveil nocturne pour 1 (soit 2%) ;
- Intermittente + Réveil nocturne pour 1 (soit 2%).

Il existait des facteurs aggravant la sensation douloureuse pour 16 patients (soit 33%).

Il existait des facteurs atténuant la sensation douloureuse pour 4 patients (soit 8%).

Une sensation d'engourdissement ou d'endormissement de la zone douloureuse était présente chez 3 patients (soit 6%).

On retrouvait 3 patients (soit 6%) qui réalisaient des manœuvres de contre-irritation.

Des troubles sensitifs en regard de la zone douloureuse étaient présents chez 2 patients (soit 4%).

L'influence de l'état psycho-affectif actuel du patient dans l'expression de la douleur était :

- Absente pour 16 patients (soit 33%) ;
- Minimale pour 18 patients (soit 38%) ;
- Modérée pour 13 patients (soit 27%) ;
- Intense pour 1 patient (soit 2%).

3. Variation de l'intensité de la douleur durant l'hospitalisation :

L'intensité moyenne de la douleur chez les patients admis dans l'étude calculée à l'aide de l'échelle ECPA (allant de 0 à 32) était :

- A l'admission de 6,07 ;
- A J3 de 3,83 ;
- A J7 de 3,53 (moyenne calculée sur 62 cas étant donné que 19 des patients inclus dans l'étude sont sortis de leur service de Soins Palliatifs avant J7).

4. Variation des effets indésirables et signes de surdosage liés aux antalgiques de palier III durant l'hospitalisation (Annexe 5) :

1) Etude à l'admission (J0) :

60 (soit 74%) des 81 patients inclus dans cette étude étaient traités par un antalgique de palier III ; 29 d'entre eux par de la morphine (soit 48%), 22 par du fentanyl (soit 37%), et 9 par de l'oxycodone (soit 15%).

30 (soit 50%) des patients traités par des antalgiques de palier III présentaient un/des effets indésirables et/ou signes de surdosages liés à ces traitements répartis comme ci-dessous:

Constipation	25 cas	Soit 42%
Nausées	4 cas	Soit 7%
Vomissements	1 cas	Soit 2%
Hallucinations	1 cas	Soit 2%
Cauchemars	1 cas	Soit 2%
Transpiration	0 cas	Soit 0%
Somnolence	5 cas	Soit 8%

Prurit / Démangeaisons	0 cas	Soit 0%
Myoclonies	1 cas	Soit 2%
Confusion	6 cas	Soit 10%
Dysurie / Rétention urinaire	1 cas	Soit 2%
Dépression respiratoire	1 cas (profond)	Soit 2%
Coma	1 cas (profond)	Soit 2%

- Ils étaient isolés chez 22 patients, soit dans 73% des cas (17 présentent une constipation, 4 une somnolence, et 1 une confusion).
- Ils étaient associés pour les 8 patients restant, soit 27% des cas.

2) Evolution 3 jours après l'admission (J3) :

60 (soit 74%) des 81 patients inclus dans cette étude étaient toujours traités par un antalgique de palier III trois jours après l'admission; 34 d'entre eux par de la morphine (soit 57%), 12 par du fentanyl (soit 20%), et 14 par de l'oxycodone (soit 23%).

33 (soit 55%) des patients traités par des antalgiques de palier III présentaient encore un/des effets indésirables et/ou signes de surdosages liés à ces traitements, évoluant comme ci-dessous:

	Diminués	Stables	Aggravés
Constipation	8 cas	15 cas	4 cas
Nausées	1 cas	2 cas	1 cas
Vomissements	0 cas	1 cas	1 cas
Hallucinations	1 cas	0 cas	1 cas
Cauchemars	1 cas	0 cas	0 cas
Transpiration	0 cas	0 cas	0 cas
Somnolence	3 cas	0 cas	2 cas
Prurit / Démangeaisons	0 cas	0 cas	0 cas
Myoclonies	1 cas	0 cas	0 cas

Confusion	3 cas	3 cas	3 cas
Dysurie / Rétention urinaire	1 cas	0 cas	2 cas
Dépression respiratoire	1 cas (modéré)	0 cas	0 cas
Coma	1 cas (modéré)	0 cas	1 cas (modéré)

Les symptômes liés aux effets indésirables et/ou signes de surdosage avaient tendance :

- A diminuer dans 21 cas (soit 37%) ;
- A rester stable dans 21 cas (soit 37%) ;
- A s'aggraver dans 15 cas (soit 26%).

3) Evolution une semaine après l'admission (J7) :

43 (soit 69%) des 62 patients de cette étude encore présent dans leur service de Soins Palliatifs une semaine après leur admission étaient toujours traités par un antalgique de palier III; 19 d'entre eux par de la morphine (soit 44%), 9 par du fentanyl (soit 21%), et 15 par de l'oxycodone (soit 35%).

16 (soit 37%) des patients traités par des antalgiques de palier III présentaient encore un/des effets indésirables et/ou signes de surdosage liés à ces traitements, évoluant comme ci-dessous:

	Diminués	Stables	Aggravés
Constipation	2 cas	10 cas	2 cas
Nausées	0 cas	1 cas	0 cas
Vomissements	0 cas	0 cas	0 cas
Hallucinations	1 cas	0 cas	0 cas
Cauchemars	0 cas	0 cas	1 cas
Transpiration	0 cas	0 cas	0 cas
Somnolence	1 cas	0 cas	0 cas
Prurit / Démangeaisons	0 cas	0 cas	0 cas
Myoclonies	0 cas	0 cas	0 cas

Confusion	3 cas	0 cas	0 cas
Dysurie / Rétention urinaire	1 cas	1 cas	0 cas
Dépression respiratoire	0 cas	0 cas	0 cas
Coma	0 cas	1 cas (modéré)	0 cas

Les symptômes liés aux effets indésirables et/ou signes de surdosage avaient tendance :

- A diminuer dans 8 cas (soit 33%) ;
- A rester stable dans 13 cas (soit 54%) ;
- A s'aggraver dans 3 cas (soit 13%).

5. Etude des thérapeutiques antalgiques utilisées durant l'hospitalisation :

1) Prise en charge des douleurs nociceptives (Annexe 6) :

➤ A l'admission (J0) :

▪ Etude des antalgiques de palier I et II :

41 patients (soit 51%) bénéficiaient d'un traitement par palier I ; pour 39 d'entre eux (soit 95%) il s'agissait du paracétamol, et pour 2 d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) (soit 5%).

Un traitement par palier II était utilisé chez 12 patients (soit 15%) ; pour 9 d'entre eux (soit 75%) il était prescrit en association au palier I (en mono ou bithérapie). Il s'agissait du Tramadol pour 9 patients (soit 75%), de la codéine pour 2 (soit 17%), et du dextropropoxyphène pour le patient restant (soit 8%).

▪ Etude des antalgiques de palier III :

59 des patients admis présentaient un traitement de fond par palier III (soit 73%) ; pour 28 d'entre eux il s'agissait de la morphine (soit 48%), pour 22 du fentanyl (soit 37%), et de l'oxycodone pour les 9 restants (soit 15%).

Il n'y avait donc aucun cas de traitement par hydromorphone.

Le mode d'administration de cette classe d'antalgique était :

- Per os pour 23 cas (soit 39%) ;
- Transcutanée pour 22 cas (soit 37%) ;
- Intraveineux pour 9 cas (soit 15%) ;
- Sous-cutanée pour 5 cas (soit 9%).

La posologie moyenne en antalgique de palier III utilisée à J0 était de 119,3mg de morphine per os / 24h. On a noté également une association entre un antalgique de palier II et un traitement de fond par palier III chez 3 patients inclus dans cette étude.

Des interdosés étaient utilisées pour 40 patients (soit 49%), dont le mode d'administration était per os pour 27 (soit 68%), intraveineux pour 8 (soit 20%), sous-cutanée pour 3 (soit 7%) et trans-muqueux pour 2 (soit 5%). A noter que leur utilisation n'était pas renseignée pour 6 patients.

La posologie moyenne des interdosés utilisées à J0 était de 12,6 mg de morphine per os (les interdosés administrés par voie trans-muqueux ne sont pas inclus dans cette moyenne)

Les interdosés étaient prescrites en association au traitement de fond par palier III pour 35 patients (soit 88%).

➤ Evolution trois jours après l'admission (J3) :

▪ Etude des antalgiques de palier I et II :

37 patients (soit 46%) bénéficiait d'un traitement par palier I ; pour 33 d'entre eux (soit 89%) il s'agissait du paracétamol, et pour 4 d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) (soit 11%).

Un traitement par palier II était utilisé chez 11 patients (soit 14%) ; pour 5 d'entre eux (soit 45%) il était prescrit en association au palier I (en mono ou bithérapie). Il s'agissait du

Tramadol pour 10 patients (soit 91%), et du dextropropoxyphène pour le patient restant (soit 9%).

▪ *Etude des antalgiques de palier III :*

59 des patients admis présentaient un traitement de fond par palier III (soit 73%) ; pour 33 d'entre eux il s'agissait de la morphine (soit 56%), pour 14 de l'oxycodone (soit 24%), et pour les 12 restants du fentanyl (soit 20%). On a retrouvé 2 patients (soit 3%) pour lesquels ce traitement a été initié, et 2 (soit 3%) où il a été arrêté.

Il n'y avait donc toujours aucun cas de traitement par hydromorphone.

Le mode d'administration de cette classe d'antalgique était :

- Per os pour 19 cas (soit 32%) ;
- Sous-cutanée pour 15 cas (soit 25%) ;
- Intraveineux pour 13 cas (soit 22%) ;
- Transcutanée pour 12 cas (soit 20%).

La posologie moyenne en antalgique de palier III utilisée à J3 était de 114,1mg de morphine per os / 24h ; elle a été diminuée pour 17 patients (soit 29%), et majorée pour 9 patients (soit 15%). On a noté également qu'il n'y avait plus aucune association entre un antalgique de palier II et un traitement de fond par palier III à J3.

Des interdosés étaient utilisées pour 48 patients (soit 59%), dont le mode d'administration était per os pour 23 (soit 48%), intraveineux pour 8 (soit 17%), sous-cutanée pour 11 (soit 23%) et trans-muqueux pour 6 (soit 12%).

La posologie moyenne des interdosés utilisées à J3 était de 12,6 mg de morphine per os (les interdosés administrés par voie trans-muqueux ne sont pas inclus dans cette moyenne) ; elle a été diminuée pour 9 patients (soit 19%) et majorée pour 6 (soit 13%).

Elles ont été initiées pour 17 patients et arrêtées pour 8.

Les interdosés étaient prescrites en association au traitement de fond par palier III pour 42 patients (soit 88%).

➤ Evolution une semaine après l'admission (J7) :

Nous vous rappelons que l'étude une semaine après l'admission est faite sur les 62 patients qui étaient encore présents dans les différents services.

▪ Etude des antalgiques de palier I et II :

27 patients (soit 44%) bénéficiaient d'un traitement par palier I ; pour 25 d'entre eux (soit 93%) il s'agissait du paracétamol et pour 2 (soit 7%) d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS).

Un traitement par palier II était utilisé chez 11 patients (soit 18%) ; pour 4 d'entre eux (soit 36%) il était prescrit en association au palier I (en mono ou bithérapie). Il s'agissait du Tramadol pour 10 patients (soit 91%), et du dextropropoxyphène pour le patient restant (soit 9%).

▪ Etude des antalgiques de palier III :

41 des patients encore admis à J7 présentaient un traitement de fond par palier III (soit 66%) ; pour 19 d'entre eux il s'agissait de la morphine (soit 46%), pour 13 de l'oxycodone (soit 32%), et du fentanyl pour les 9 restants (soit 22%). On a retrouvé 2 patients (soit 5%) pour lesquels ce traitement a été initié, et aucun où il a été arrêté.

Il n'y avait donc toujours aucun cas de traitement par hydromorphone.

Le mode d'administration de cette classe d'antalgique était :

- Per os pour 14 cas (soit 34%) ;
- Transcutanée pour 10 cas (soit 24%) ;
- Intraveineux pour 9 cas (soit 22%) ;
- Sous-cutanée pour 8 cas (soit 20%).

La posologie moyenne en antalgique de palier III utilisée à J7 était de 130,2 mg de morphine per os / 24h ; elle a été diminuée pour 7 patients (soit 17%), et majorée pour 9 patients (soit 22%). On a noté également qu'il n'y avait plus aucune association entre un antalgique de palier II et un traitement de fond par palier III à J7.

Des interdoses étaient utilisées pour 34 patients (soit 55%), dont le mode d'administration était per os pour 14 (soit 41%), intraveineux pour 8 (soit 24%), sous-cutanée pour 7 (soit 20%) et trans-muqueux pour 5 (soit 15%).

La posologie moyenne des interdoses utilisées à J7 était de 13,6 mg de morphine per os (les interdoses administrées par voie trans-muqueux ne sont pas inclus dans cette moyenne) ; elle a été diminuée pour 1 patients (soit 3%) et majorée pour 4 (soit 12%).

Elles ont été initiées pour 9 patients et arrêté pour 4.

Les interdoses étaient prescrites en association au traitement de fond par palier III pour 31 patients (soit 91%).

2) Prise en charge des douleurs neuropathiques (Annexe 7) :

➤ A l'admission (J0) :

▪ Etude des antidépresseurs Tricycliques :

5 patients bénéficiaient d'un traitement par amitriptyline (soit 6%), et aucun autre tricyclique n'était utilisé.

▪ Etude des antidépresseurs IRS-NA* :

3 patients bénéficiaient de ce traitement (soit 4%), il s'agissait de la Duloxétine pour 2 et de la Venlafaxine pour le cas restant.

▪ Etude des antiépileptiques gabapentinoïdes :

13 patients bénéficiaient de ce traitement (soit 16%), il s'agissait de :

- la Prégabaline pour 10 patients (soit 77%) ;
- la Gabapentine pour 3 patients (soit 23%).

On a noté également que 8 patients bénéficiaient d'un traitement par Clonazépam (soit 10%), et aucun d'un traitement par Carbamazépine.

➤ Evolution trois jours après l'admission (J3) :

▪ Etude des antidépresseurs Tricycliques :

Un traitement par amitryptiline a été instauré chez 7 patients, il y avait donc 12 patients qui bénéficiaient de ce traitement (soit 15%), et aucun autre tricyclique n'était utilisé.

▪ Etude des antidépresseurs IRS-NA* :

Un traitement par Venlafaxine a été instauré pour un patient, il y avait désormais 4 patients qui bénéficiaient d'un traitement par IRS-NA* (soit 5%), il s'agissait de la Duloxétine pour 2 et de la Venlafaxine pour 2.

▪ Etude des antiépileptiques gabapentinoïdes :

13 patients bénéficiaient de ce traitement (soit 16%), il s'agissait de :

- la Prégabaline pour 10 patients (soit 77%) ;
- la Gabapentine pour 3 patients (soit 23%).

On a noté également que 9 patients bénéficiaient d'un traitement par Clonazépam (soit 11%), et aucun d'un traitement par Carbamazépine.

➤ Evolution une semaine après l'admission (J7) :

Nous vous rappelons que l'étude une semaine après l'admission est faite sur les 62 patients qui étaient encore présents dans les différents services.

▪ Etude des antidépresseurs Tricycliques :

5 patients bénéficiaient d'un traitement par amitryptiline (soit 8%), et aucun autre tricyclique n'était utilisé.

▪ Etude des antidépresseurs IRS-NA* :

3 patients bénéficiaient de ce traitement (soit 5%), il s'agissait de la Duloxétine pour 2 et de la Venlafaxine pour le cas restant.

▪ Etude des antiépileptiques gabapentinoïdes :

10 patients bénéficiaient de ce traitement (soit 16%), il s'agissait de :

- la Prégabaline pour 7 patients (soit 70%) ;
- la Gabapentine pour 3 patients (soit 30%).

On a noté également que 8 patients bénéficiaient d'un traitement par Clonazépam (soit 13%), et aucun d'un traitement par Carbamazépine.

3) Optimisation des co-antalgiques psychotropes (Annexe 8) :

➤ A l'admission (J0) :

- Etude des antidépresseurs restants (autre que IRS-NA* et Tricycliques) :

Ce traitement concernait 13 patients (soit 16%), et il était associé à la prescription d'un tricyclique dans 3 cas (soit 23%).

- Etude du Midazolam :

8 patients bénéficiaient de ce traitement (soit 10%).

- Etude des anxiolytiques :

Ils étaient prescrits chez 18 patients (soit 22%), et associé au Midazolam dans 2 cas.

➤ Evolution trois jours après l'admission (J3) :

- Etude des antidépresseurs restants (autre que IRS-NA* et Tricycliques) :

Ce traitement concernait 15 patients (soit 19%), et il était associé à la prescription d'un tricyclique dans 4 cas (soit 27%).

- Etude du Midazolam :

12 patients bénéficiaient de ce traitement (soit 15%).

- Etude des anxiolytiques :

Ils étaient prescrits chez 26 patients (soit 32%), et associé au Midazolam dans 4 cas.

➤ Evolution une semaine après l'admission (J7) :

Nous vous rappelons que l'étude une semaine après l'admission est faite sur les 62 patients qui étaient encore présent dans les différents services.

▪ Etude des antidépresseurs restants (autre que IRS-NA* et Tricycliques) :

Ce traitement concernait 12 patients (soit 19%), et il était associé à la prescription d'un tricyclique dans 3 cas (soit 25%).

▪ Etude du Midazolam :

10 patients bénéficiaient de ce traitement (soit 16%).

▪ Etude des anxiolytiques :

Ils étaient prescrit chez 17 patients (soit 27%), et associé au Midazolam dans aucun cas.

4) Optimisation des autres co-antalgiques (Annexe 8):

➤ A l'admission (J0) :

▪ Prescription d'une corticothérapie :

Elle concernait 36 patients (soit 44%).

▪ Prescription d'un antispasmodique :

Elle concernait 3 patients (soit 4%).

➤ Evolution trois jours après l'admission (J3) :

▪ Prescription d'une corticothérapie :

Elle concernait 49 patients (soit 60%).

- Prescription d'un antispasmodique :

Elle concernait 4 patients (soit 5%).

- Evolution une semaine après l'admission (J7) :

Nous vous rappelons que l'étude une semaine après l'admission est faite sur les 62 patients qui étaient encore présent dans les différents services.

- Prescription d'une corticothérapie :

Elle concernait 34 patients (soit 55%).

- Prescription d'un antispasmodique :

Elle concernait 2 patients (soit 3%).

**B. ETUDE SPECIFIQUE DES THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES
UTILISÉES CHEZ LES PATIENTS DONT L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR
DIMINUE APRÈS L'ADMISSION :**

1. Caractéristiques de ces patients :

On a retrouvé 44 patients, sur les 81 inclus dans cette étude, dont l'intensité de la douleur a diminué au cours de l'hospitalisation (soit 54%):

- 33 patients étaient issus du service d'Haubourdin (soit 75%, et 65% des patients inclus dans l'étude admis dans ce service) ;
- 8 patients étaient issus du service du COL* (soit 18%, et 47% des patients inclus dans l'étude admis dans ce service) ;
- 3 patients étaient issus du service de l'hôpital Cardio-Calmette (soit 7%, et 23% des patients inclus dans l'étude admis dans ce service).

L'âge moyen des patients dont l'intensité de la douleur diminue au cours de l'étude était de 71 ans.

Dans ces 44 patients, on retrouvait 24 hommes (55 %) pour 20 femmes (45%).

L'origine des patients admis en USP* pour qui l'intensité de la douleur diminue durant l'étude était :

- un service hospitalier pour 21 d'entre eux (soit 48%) ;
- le domicile pour 22 (soit 50%) ;
- un service d'urgence pour 1 (soit 2%).

Le motif principal d'entrée dans les différents services de Soins Palliatifs de ces 44 patients était la douleur pour 18 d'entre eux (soit 41%).

La pathologie principale justifiant leur prise en charge dans un tel service était cancéreuse pour 38 de ces patients (soit 86%).

Le devenir des patients de cette étude dont l'intensité de la douleur diminue au cours de leur admission était :

- un retour à domicile pour 14 (soit 32%) ;
- une hospitalisation dans un autre service pour 4 (soit 9%) ;
- un décès pour 26 (soit 59%).

13 de ces patients ne faisaient plus partie d'un service de Soins Palliatifs une semaine après leur admission (soit 30%).

2. Prise en charge des douleurs nociceptives (Annexe 6 bis) :

➤ A l'admission (J0) :

▪ Etude des antalgiques de palier I et II :

23 patients (soit 52%) bénéficiaient d'un traitement par palier I ; pour 22 d'entre eux (soit 96%) il s'agissait du paracétamol, et d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) pour le dernier (soit 4%).

Un traitement par palier II était utilisé chez 6 patients (soit 14%) ; pour 5 d'entre eux (soit 83%) il était prescrit en association au palier I (en mono ou bithérapie). Il s'agissait du Tramadol pour 5 patients (soit 83%), et de la codéine pour le cas restant (soit 17%).

▪ Etude des antalgiques de palier III :

32 de ces patients présentaient un traitement de fond par palier III (soit 73%) ; pour 13 d'entre eux il s'agissait de la morphine (soit 41%), pour 13 du fentanyl (soit 41%), et de l'oxycodone pour les 6 restants (soit 18%).

Il n'y avait donc aucun cas de traitement par hydromorphone.

Le mode d'administration de cette classe d'antalgique était :

- Per os pour 11 cas (soit 34%) ;
- Transcutanée pour 13 cas (soit 41%) ;

- Intraveineux pour 5 cas (soit 16%) ;
- Sous-cutanée pour 3 cas (soit 9%).
-

La posologie moyenne en antalgique de palier III utilisée à J0 était de 151,9mg de morphine per os / 24h.

Des interdoses étaient utilisées pour 19 patients (soit 43%), dont le mode d'administration était per os pour 11 (soit 57%), intraveineux pour 4 (soit 21%), sous-cutanée pour 2 (soit 11%) et trans-muqueux pour 2 (soit 11%). A noter que leur utilisation n'était pas renseignée pour 2 patients.

La posologie moyenne des interdoses utilisées à J0 était de 15,1 mg de morphine per os (les interdoses administrées par voie trans-muqueux ne sont pas inclus dans cette moyenne)

Les interdoses étaient prescrites en association au traitement de fond par palier III pour 16 patients (soit 84%).

➤ Evolution trois jours après l'admission (J3) :

▪ Etude des antalgiques de palier I et II :

18 patients (soit 41%) bénéficient d'un traitement par palier I ; pour 16 d'entre eux (soit 89%) il s'agit du paracétamol, et pour 2 d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) (soit 11%).

Un traitement par palier II est utilisé chez 6 patients (soit 14%) ; pour 2 d'entre eux (soit 33%) il est prescrit en association au palier I (en mono ou bithérapie). Il s'agit dans tous les cas du Tramadol.

▪ Etude des antalgiques de palier III :

34 de ces patients présentaient un traitement de fond par palier III (soit 77%) ; pour 17 d'entre eux il s'agissait de la morphine (soit 50%), pour 11 de l'oxycodone (soit 32%), et pour les 6 restants du fentanyl (soit 18%). On a retrouvé 2 patients (soit 5%) pour lesquels ce traitement a été initié, et aucun où il a été arrêté.

Il n'y avait donc toujours aucun cas de traitement par hydromorphone.

Le mode d'administration de cette classe d'antalgique était :

- Per os pour 11 cas (soit 32%) ;
- Sous-cutanée pour 10 cas (soit 29%) ;
- Intraveineux pour 7 cas (soit 21%) ;
- Transcutanée pour 6 cas (soit 18%).

La posologie moyenne en antalgique de palier III utilisée à J3 était de 136,3mg de morphine per os / 24h ; elle a été diminuée pour 10 patients (soit 29%), et majorée pour 5 patients (soit 15%). On note également qu'il n'y avait plus aucune association entre un antalgique de palier II et un traitement de fond par palier III à J3.

Des interdosés étaient utilisées pour 25 patients (soit 57%), dont le mode d'administration était per os pour 13 (soit 52%), intraveineux pour 5 (soit 20%), sous-cutanée pour 5 (soit 20%) et trans-muqueux pour 2 (soit 8%).

La posologie moyenne des interdosés utilisées à J3 était de 15,2 mg de morphine per os (les interdosés administrés par voie trans-muqueuse ne sont pas incluses dans cette moyenne) ; elle a été diminuée pour 4 patients (soit 16%) et majorée pour 1 (soit 4%).

Elles ont été initiées pour 10 patients et arrêtées pour 4.

Les interdosés étaient prescrites en association au traitement de fond par palier III pour 22 patients (soit 88%).

➤ Evolution une semaine après l'admission (J7) :

Nous vous rappelons que l'étude à une semaine est faite sur les 31 patients dont l'intensité de la douleur a diminuée durant l'admission et qui sont encore présents dans les différents services.

▪ Etude des antalgiques de palier I et II :

13 patients (soit 31%) bénéficient d'un traitement par palier I ; pour 11 d'entre eux (soit 85%) il s'agit du paracétamol et pour 2 (soit 15%) d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS).

Un traitement par palier II est utilisé chez 6 patients (soit 19%) ; pour 2 d'entre eux (soit 33%) il est prescrit en association au palier I (en mono ou bithérapie). Il s'agit dans tous les cas du Tramadol.

▪ Etude des antalgiques de palier III :

21 des patients encore admis à J7 présentaient un traitement de fond par palier III (soit 68%) ; pour 7 d'entre eux il s'agissait de la morphine (soit 33%), pour 10 de l'oxycodone (soit 48%), et du fentanyl pour les 4 restants (soit 19%). On n'a retrouvé aucun patient pour lequel ce traitement a été initié ou arrêté.

Il n'y avait donc toujours aucun cas de traitement par hydromorphone.

Le mode d'administration de cette classe d'antalgique était :

- Per os pour 8 cas (soit 38%) ;
- Transcutanée pour 4 cas (soit 19%) ;
- Intraveineux pour 6 cas (soit 29%) ;
- Sous-cutanée pour 3 cas (soit 14%).

La posologie moyenne en antalgique de palier III utilisée à J7 était de 173,9 mg de morphine per os / 24h ; elle a été diminuée pour 4 patients (soit 19%), et majorée pour 4 patients (soit 19%). On note également qu'il n'y avait plus aucune association entre un antalgique de palier II et un traitement de fond par palier III à J7.

Des interdoses étaient utilisées pour 14 patients (soit 45%), dont le mode d'administration était per os pour 7 (soit 50%), intraveineux pour 4 (soit 29%), sous-cutanée pour 1 (soit 7%) et trans-muqueux pour 2 (soit 14%).

La posologie moyenne des interdoses utilisées à J7 étaient de 17 mg de morphine per os (les interdoses administrées par voie trans-muqueuse ne sont pas incluses dans cette moyenne) ; elle a été diminuée pour 1 patients (soit 7%) et majorée pour 1 (soit 7%).

Elle avait été initiée pour 5 patients et arrêtée pour 3.

Les interdoses étaient prescrites en association au traitement de fond par palier III pour 12 patients (soit 86%).

3. Prise en charge des douleurs neuropathiques (Annexe 7 bis) :

➤ A l'admission (J0) :

▪ Etude des antidépresseurs Tricycliques :

2 patients bénéficiaient d'un traitement par amitriptyline (soit 5%), et aucun autre tricyclique n'était utilisé.

▪ Etude des antidépresseurs IRS-NA* :

3 patients bénéficiaient de ce traitement (soit 7%), il s'agissait de la Duloxétine pour 2 et de la Venlafaxine pour le cas restant.

▪ Etude des antiépileptiques gabapentinoïdes :

7 patients bénéficiaient de ce traitement (soit 16%), il s'agissait de :

- la Prégabaline pour 4 patients (soit 57%) ;
- la Gabapentine pour 3 patients (soit 43%).

On a noté également que 6 patients bénéficiaient d'un traitement par Clonazépam (soit 14%), et aucun d'un traitement par Carbamazépine.

➤ Evolution trois jours après l'admission (J3) :

▪ Etude des antidépresseurs Tricycliques :

Un traitement par amitriptyline a été instauré chez 5 patients, il y avait donc 7 patients qui bénéficiaient de ce traitement (soit 16%), et aucun autre tricyclique n'était utilisé.

▪ Etude des antidépresseurs IRS-NA* :

Un traitement par Venlafaxine a été instauré pour un patient, il y avait désormais 4 patients qui bénéficiaient d'un traitement par IRS-NA* (soit 9%), il s'agissait de la Duloxétine pour 2 et de la Venlafaxine pour 2.

▪ Etude des antiépileptiques gabapentinoïdes :

8 patients bénéficiaient de ce traitement (soit 18%), il s'agissait de :

- la Prégabaline pour 5 patients (soit 63%) ;
- la Gabapentine pour 3 patients (soit 37%).

On a noté également que 5 patients bénéficiaient d'un traitement par Clonazépam (soit 11%), et aucun d'un traitement par Carbamazépine.

➤ Evolution une semaine après l'admission (J7) :

Nous vous rappelons que l'étude une semaine après l'admission est faite sur les 31 patients qui étaient encore présent dans les différents services.

▪ Etude des antidépresseurs Tricycliques :

1 patient bénéficiait d'un traitement par amitryptiline (soit 3%), et aucun autre tricyclique n'était utilisé.

▪ Etude des antidépresseurs IRS-NA* :

3 patients bénéficiaient de ce traitement (soit 10%), il s'agissait de la Duloxétine pour 2 et de la Venlafaxine pour le cas restant.

▪ Etude des antiépileptiques gabapentinoïdes :

4 patients bénéficiaient de ce traitement (soit 13%), il s'agissait de :

- la Prégabaline pour 2 patients (soit 50%) ;
- la Gabapentine pour 2 patients (soit 50%).

On a noté également que 3 patients bénéficiaient d'un traitement par Clonazépam (soit 10%), et aucun d'un traitement par Carbamazépine.

4. Optimisation des co-antalgiques psychotropes (Annexe 8 bis) :

➤ A l'admission (J0) :

▪ Etude des antidépresseurs restants (autre que IRS-NA* et Tricycliques) :

Ce traitement concernait 8 patients (soit 18%), et il n'était jamais associé à la prescription d'un tricyclique.

▪ Etude du Midazolam :

2 patients bénéficiaient de ce traitement (soit 5%).

▪ Etude des anxiolytiques :

Ils étaient prescrits chez 12 patients (soit 27%), et associé au Midazolam dans 1 cas.

➤ Evolution trois jours après l'admission (J3) :

▪ Etude des antidépresseurs restants (autre que IRS-NA* et Tricycliques) :

Ce traitement concernait 10 patients (soit 23%), et il était associé à la prescription d'un tricyclique dans 2 cas (soit 20%).

▪ Etude du Midazolam :

4 patients bénéficiaient de ce traitement (soit 9%).

▪ Etude des anxiolytiques :

Ils étaient prescrits chez 17 patients (soit 39%), et associés au Midazolam dans aucun cas.

➤ Evolution une semaine après l'admission (J7) :

Nous vous rappelons que l'étude une semaine après l'admission est faite sur les 31 patients qui étaient encore présent dans les différents services, et dont l'intensité de la douleur avait diminuée au cours de l'admission.

- Etude des antidépresseurs restants (autre que IRS-NA* et Tricycliques) :

Ce traitement concernait 8 patients (soit 26%), et il n'était jamais associé à la prescription d'un tricyclique.

- Etude du Midazolam :

3 patients bénéficiaient de ce traitement (soit 10%).

- Etude des anxiolytiques :

Ils étaient prescrits chez 12 patients (soit 27%), et jamais associés au Midazolam.

5. Optimisation des autres co-antalgiques (Annexe 8 bis) :

➤ A l'admission (J0) :

- Prescription d'une corticothérapie :

Elle concernait 19 patients (soit 43%).

- Prescription d'un antispasmodique :

Elle ne concernait aucun de ces patients.

➤ Evolution trois jours après l'admission (J3) :

- Prescription d'une corticothérapie :

Elle concernait 27 patients (soit 61%).

- Prescription d'un antispasmodique :

Elle ne concernait aucun de ces patients.

➤ Evolution une semaine après l'admission (J7) :

Nous vous rappelons que l'étude une semaine après l'admission est faite sur les 31 patients qui étaient encore présent dans les différents services, et dont l'intensité de la douleur avait diminuée au cours de l'admission.

▪ Prescription d'une corticothérapie :

Elle concernait 18 patients (soit 58%).

▪ Prescription d'un antispasmodique :

Elle ne concernait aucun de ces patients.

DISCUSSION :

A. ANALYSE DES RESULTATS

1. Principales caractéristiques de la population étudiée (Annexe 2 et 3) :

On remarque que l'admission dans une USP* permet à la majorité des patients d'être soulagé de leur douleur.

La majorité des patients proviennent de l'USP* d'Haubourdin, cependant on ne peut pas relier ce chiffre à l'activité des différentes USP* (correspond plutôt à un biais de recrutement). On observe une diminution des douleurs durant l'hospitalisation plus fréquente pour les patients issus d'Haubourdin, probablement en raison de la spécificité des populations admis dans chaque USP* (caractéristiques des patients admis dans chaque USP* différentes en fonction de la proximité avec des services spécialisées).

Les patients admis sont majoritairement d'origine hospitalière. Mais lorsque l'on observe une diminution des douleurs après l'admission, les patients proviennent préférentiellement du domicile, certainement en lien aux difficultés de la prise en charge de la douleur en ambulatoire.

Le patient « type » admis est un homme de 70 ans, avec un antécédent néoplasique, admis pour un motif autre que la douleur, et dont le devenir est le décès dans le service. Néanmoins, chez les patients pour lesquels on observe une diminution des douleurs durant l'admission, on remarque une proportion de femmes plus importante, ainsi qu'un retour au domicile plus fréquent.

2. Principales caractéristiques de la douleur des patients admis (Annexe 4) :

Comme attendu, la plupart des patients admis en USP* et inclus dans l'étude présentent une plainte douloureuse, cependant on peut penser que la proportion de ces patients auraient été encore plus élevée si tous les patients admis étaient communicants, même si l'utilisation d'une échelle d'hétéro-évaluation limite ce biais.

La sensation douloureuse ressentie évoque une douleur neuropathique, après interrogatoire et examen clinique, pour 21% des patients douloureux de cette étude (il s'agit préférentiellement d'une douleur à type de décharge électrique ou de brûlures), ce qui est relativement comparable à une enquête épidémiologique de 2008 qui montre que 7% de la population adulte française présente des douleurs chroniques de caractéristique neuropathique, soit environ 25% des patients douloureux chroniques [10].

On a étudié ici les caractéristiques globales des douleurs des patients lors de leur admission en USP*. On note que les patients se plaignent le plus souvent d'accès douloureux, ce qui est en accord avec une étude de 2001 qui montre que les accès douloureux transitoires sont très fréquents au cours des douleurs chroniques, et que leur fréquence a tendance à augmenter avec l'évolution de la maladie [11]. Lorsqu'il existe des troubles neurologiques associés, ce sont préférentiellement des signes neurologiques positifs, douloureux (allodynies) ou non (engourdissement, endormissement). On met en évidence une influence limitée de l'état psycho-affectif sur le ressenti douloureux du patient, même si cette évaluation a été effectuée de manière subjective.

3. Analyse de l'évolution des effets indésirables et signes de surdosage chez les patients admis bénéficiant d'un traitement antalgique par palier III (Annexe 5) :

On remarque que la proportion de patients bénéficiant d'un traitement antalgique par palier III a tendance à diminuer au cours de l'hospitalisation, certainement parce qu'il a été considéré par les médecins de soins palliatifs que le traitement était non-justifié (soulagement suffisant sous Palier II), ou inadapté (douleurs neuropathiques) [12].

Les effets indésirables et signes de surdosage sont la plupart du temps isolés (dans quasiment 50% des cas il s'agit de constipation, et plus rarement de confusion, somnolence ou nausées) ; ce qui est superposable avec les résultats d'une étude de 2001 [13].

Ces effets touchent environ 50% des patients admis en USP*, mais cette proportion a tendance à décroître au cours de l'hospitalisation. Ceci est certainement lié à l'utilisation d'un traitement ou d'une posologie inadaptée, souvent trop élevée avant son hospitalisation.

4. Analyse de l'évolution durant l'hospitalisation du traitement médicamenteux des douleurs nociceptives (Annexe 6 et 6 bis) :

On remarque que le palier I préférentiellement utilisé est le paracétamol en raison de sa faible toxicité [14], cependant son utilisation est décroissante au cours de l'admission, malgré son intérêt dans la limitation de la prescription d'antalgiques opioïdes, probablement en lien avec les difficultés des patients admis en USP* à utiliser la voie orale.

On observe au cours de l'hospitalisation une diminution du nombre de patient bénéficiant d'un traitement de fond par palier III (au profit d'un palier II ; préférentiellement le Tramadol). Néanmoins, il existe avec une majoration leur posologie et de l'utilisation d'interdoses associées (utilisée au possible per os), notamment afin de soulager au mieux les accès douloureux transitoires [11].

Cependant le plus intéressant reste le type de palier III utilisé. A l'entrée, on remarque une utilisation préférentielle de la morphine et du fentanyl. Puis durant l'hospitalisation, le fentanyl est substitué par de la morphine ou de l'oxycodone. On peut expliquer ceci par :

-la maniabilité de ces deux molécules par rapport au fentanyl, qui permet une utilisation per os, sous-cutanée ou intraveineuse.

-par le principe de rotation des opioïdes, qui après avoir évalué le rapport bénéfice-risque du traitement, a pour but de limiter les effets indésirables d'un palier III en le substituant à un autre [15] [16].

On peut aussi remarquer que des prescriptions inadaptées, notamment l'association d'un palier II et d'un palier III, disparaissent au cours de l'hospitalisation.

Les patients dont l'intensité de la douleur diminue au cours de l'hospitalisation présentent une posologie en palier III élevée, et le plus souvent, un traitement initial par fentanyl, probablement en raison d'une mauvaise indication à l'utilisation de la voie d'administration transcutanée.

5. Analyse de l'évolution durant l'hospitalisation du traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques (Annexe 7 et 7 bis) :

On observe chez tous les patients admis en USP* une prescription stable des traitements soulageant les douleurs neuropathiques durant l'hospitalisation. Les antiépileptiques gabapentinoïdes semblent les plus utilisés (préférentiellement la Prégabaline).

L'étude met également en évidence l'utilisation non négligeable du Clonazépam, dont la preuve de l'efficacité dans les douleurs neuropathiques est controversée, mais dont la facilité d'utilisation et l'efficacité sur le traitement des accès douloureux paroxystiques est admise.

On remarque cependant qu'il existe chez les patients dont l'intensité de la douleur diminue au cours de l'hospitalisation, une prescription plus fréquente des IRS-NA*. Cette

proportion a tendance à croître au cours de l'hospitalisation, notamment car les « antidépresseurs mixtes » sont connus comme plus actifs que les autres antidépresseurs sur les douleurs neuropathiques [17].

**6. Analyse de l'optimisation des co-antalgiques durant l'hospitalisation,
(Annexe 8 et 8 bis) :**

Au cours de l'hospitalisation en USP*, les représentations sociales, collectives et personnelles, liées à ses services (peur d'une mort imminente, sentiment d'isolement par rapport à la famille), justifie une prescription croissante de psychotrope. On note que chez les patients dont l'intensité de la douleur diminue au cours de l'hospitalisation, on préfère utiliser un antidépresseur plutôt que le Midazolam, principalement utilisé dans les fins de vie. Certainement parce que l'anxiété est un symptôme fréquent chez ces patients, dont la prise en charge adaptée nécessite un bilan étiologique [18]. Mais également parce qu'il est reconnu que l'existence d'un syndrome dépressif est un facteur associé susceptible de potentialiser l'expression de la douleur [19].

L'étude montre également une nette majoration de la prescription d'une corticothérapie durant l'hospitalisation, que l'on peut expliquer par la forte proportion de patient cancéreux (notamment en raison de l'effet anti-oedémateux des corticoïdes). Les indications à l'initiation de ce traitement sont multiples, le but étant, comme pour tout co-antalgique, de réduire les doses opioïdes et donc les effets indésirables liés à ces traitements [20].

B. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

1. Limites liées au cadre de l'étude :

Les difficultés d'une étude en USP*, sont d'abord liées à la mission initiale de ses services, qui est l'accompagnement des patients en fin vie. La dimension éthique et humaine est fondamentale dans la prise en charge de ces patients, ce qui rend par conséquent la réalisation d'une étude plus difficile que dans tout autre service hospitalier.

De plus, le fait que de nombreux patients admis dans ces services soient confus ou désorientés, rend l'interrogatoire impossible, et n'ont donc pas permis de prendre en compte certaines données.

Ceci justifie aussi l'utilisation du questionnaire d'hétéro-évaluation ECPA* pour évaluer l'intensité de la douleur durant l'hospitalisation, pour tous les patients inclus dans l'étude (qu'il soit conscient ou pas). J'ai préféré utiliser dans cette étude le questionnaire ECPA* car il est plus rapide, et permet des mesures répétées et rapprochées de l'intensité de la douleur [9].

2. Limites liées aux caractéristiques de l'étude :

La réalisation d'une étude sur une année induit forcément dans ce laps de temps, des mises à jour de certaines recommandations, mais aussi une évolution des pratiques des différents soignants.

De même, l'évaluation des patients à 3 reprises sur 7 jours consécutifs, majore les biais de l'étude.

Pour un patient donné, l'évaluation a été effectuée, au possible, par le même soignant.

Concernant l'étude des effets indésirables, on admet qu'il est difficile de les imputer spécifiquement aux traitements antalgiques.

3. Les biais de sélection :

Effectuer une étude dans plusieurs USP*, a tendance à augmenter le nombre de patient et donc la puissance de l'étude. Cependant, le fait que chacune des USP* de cette étude recrute une population plus ou moins spécifique (notamment en fonction des autres services à proximité), est un biais non négligeable.

De plus, la proportion de patients admis dans l'étude ne reflète pas l'activité des différents services, les questionnaires ayant été remplis en fonction des disponibilités des soignants de chaque service respectif.

Enfin, l'activité d'une USP* induit une fréquentation spécifique ne reflétant pas forcément un échantillon représentatif de la population générale.

4. Les biais de confusion :

La prise en charge des patients en soins palliatifs évolue au cours de l'hospitalisation. Les thérapeutiques varient au fur et à mesure de l'approche du décès, moment où le confort du malade reste la priorité.

CONCLUSION

Les admissions en USP concernent principalement des patients douloureux (souffrant souvent d'une pathologie néoplasique). L'adaptation des thérapeutiques antalgiques permet à la fois de soulager le patient, et une diminution non négligeable des effets secondaires.

L'analyse des résultats de cette étude descriptive met en évidence plusieurs éléments dont l'amélioration permettrait une meilleure prise en charge de la douleur, notamment chez le patient en fin de vie :

- les recommandations de bonne pratique concernant la stratégie thérapeutique à adopter devant une douleur ne sont pas toujours respectées ;
- le principe de rotation des opioïdes semble insuffisamment pratiqué et la prise en charge des accès douloureux transitoires paraît souvent négligé ;
- il semblerait que les douleurs neuropathiques soient encore insuffisamment bien traitées, en raison d'un éventuel déficit concernant l'évaluation de la douleur et/ou d'une méconnaissance de leur prise en charge thérapeutique ;
- l'optimisation des co-antalgiques paraît trop souvent négligé.

Ceci montre donc l'intérêt de l'admission d'un patient douloureux en USP*, mais surtout, qu'il existe encore des efforts à fournir pour une meilleure prise en charge des douleurs par les médecins (hospitaliers et ambulatoires), notamment chez le patient en phase palliative, à l'heure où les services d'hospitalisation à domicile se développent de plus en plus.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Abel A., et Al. « *Prise en charge médicamenteuse de la douleur cancéreuse en médecine générale* ». Med Pal 2004; 3; 126-133.
2. SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs). « *Définition des soins palliatifs par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)* ».
3. ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé). « *Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant de soins palliatifs* ». December 2002.
4. Schwartzman, P., et Al. « *Pain control in ambulatory cancer patients--can we do better?* ». Pain Symptom Manage, 2003. 26(2): p. 716-22.
5. Miaskowski, C., et Al. « *Differences in patients' and family caregivers' perceptions of the Pain experience influence patient and caregiver outcomes* ». Pain, 1997. 72(1-2): p. 217-26.
6. De Bazelaire C., Laval G., Aubry R. « *Loi du 22 avril 2005 relative au droits des malades et à la fin de vie. Une loi mal connue parce que mal expliquée* ». 2009, vol. 59, n°6.
7. HAS (Haute Autorité de Santé). « *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient* ». Décembre 2008.
8. ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé). « *Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale* ». Octobre 2000.
9. Valéria Martinez, Nadine Attal, Didier Bouhassira, Michel Lantéri-Minet, pour la Société française d'étude et de traitement de la douleur.
« *Chronic neuropathic pain : Diagnosis, evaluation and treatment in outpatient services.*

Guidelines for clinical practice of the French Society for Study and Treatment of Pain. ». Douleur Evaluation – Diagnostic - Traitement (2010) 11, 3-21.

10. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. « *Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population* ». Pain 2008; 136; 380-7.
11. Brasseur L, et Al. « *Caractéristiques et prise en charge médicale des accès douloureux transitoires* ». Douleurs 2001; 2,5.
12. Gomas JL, et Al. « *Douleurs neuropathiques en gériatrie* ». Douleurs 2007; 8 n°S1, p 85-86.
13. Cherny N, Ripamonti C, Pereira J, Davis C, Fallon M, Mc Quay H, et Al. Expert Working Group of the European Association of Palliative Care Network. « *Strategies to manage the adverse effects of oral morphine : an evidence-based report* ». J Clin Oncol 2001; 19 :2542-54.
14. Larson AM. « *Acetaminophen hepatotoxicity.* ». Clin Liver Dis 2007; 11 :525-48.
15. Hanks GW, Conno F, and Expert Working Group of the European association of Palliative Care. « *Morphine and alternative opioids in cancer pain : the EAPC recommendations* ». British J Cancer 2001; 84 :587-93.
16. Cazaban-Mazerolles J. « *L'introduction de l'oxycodone dans le traitement de la douleur cancéreuse en soins palliatifs présente-t-elle un intérêt ?* ». Mémoire de DIU Soins Palliatifs et Accompagnement, Université de Toulouse, Juin 2003.
17. Finnerup NB, Otto M, Mc Quay HJ, et Al. « *Algorithm for neuropathic pain treatment : An evidence based proposal.* ». Pain 2005; 118 :289-305.
18. Dauchy S, Chauffour-Ader C. « *Prise en charge de l'anxiété en soins palliatifs : privilégier le traitement étiologique* ».

19. David E, Maresca B, Fontaine A. « *La prise en charge des douleurs chroniques ou liées aux soins chez les personnes âgées, par la médecine de ville, les services à domiciles et l'HAD* ». DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evolution et des Statistiques); Aout 2006, n° 63.

20. Libert F, et Al. « *Les médicaments adjuvants (ou co-analgésiques)* ». Douleur et Analgésie; Décembre 2006; vol 19; n°4, 91-97.

- Annexe 1: NOTICE EXPLICATIVE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE Année 2011

Titre de la thèse :

Evaluation et prise en charge médicamenteuse de la douleur en Unité de Soins Palliatifs.

Les objectifs de cette thèse sont de :

- Démontrer que la prise en charge antalgique des patients admis en Unité de Soins Palliatifs est parfois inadaptée.
- Déterminer la proportion de patients douloureux admis en Unité Soins Palliatifs avec un traitement antalgique insuffisant.
- Déterminer la proportion de patients entrant en Unité de Soins Palliatifs qui présentent des signes de surdosage en opiacés, en relation :
 - soit avec une mauvaise évaluation de la douleur ;
 - soit avec un traitement inapproprié.
- Sensibiliser les différents acteurs du soin à la nécessité d'une évaluation rigoureuse de la douleur et du suivi des règles de prescription des antalgiques.

Méthodologie :

Etude prospective incluant les patients admis dans les Unités de Soins Palliatifs du CHRU de Lille, du Centre Oscar Lambret et du Centre Hospitalier d'Haubourdin sur la période de Janvier à Décembre 2011.

Résultats attendus :

De nombreux patients admis en USP présentent des douleurs malgré un traitement antalgique.

Une bonne évaluation de la douleur conditionne une prise en charge antalgique optimale du patient.

La composante neuropathique des douleurs chroniques, des patients entrant en Unité de Soins Palliatifs, est sous-évaluée.

L'ajustement des posologies en opiacés permettrait une limitation des effets secondaires.

Les règles usuelles de prescription des antalgiques ne sont pas toujours respectées.

NB: INFORMATIONS CONCERNANT LES QUESTIONS 5b ET 5c:

*: - **paresthésies** = sensations anormales non douloureuses spontanées ou provoquées de type picotements, fourmillements, engourdissements ou démangeaisons;

-**dysesthésies** = sensations anormales douloureuses spontanées ou provoquées.

**: le caractère non insomniant de la douleur est à rechercher de façon rigoureuse car il constitue un argument important dans l'évaluation de la douleur neuropathique.

Il est donc nécessaire de demander au patient si «sa douleur le réveille la nuit» et non pas seulement si celle-ci empêche l'endormissement car il ne sera pas toujours capable de discerner les deux.

Thèse dirigée par Monsieur le Docteur François-Xavier Drousseau, chef du service de Soins Palliatifs de l'Hôpital Cardiologique du CHRU de Lille.

Questionnaire réalisé par :

Christophe Martinache

• **Annexe 1 : QUESTIONNAIRE**

Nom : Sexe : F M Date : ... / ... / ...
 Prénom :
 Date de naissance : ... / ... / ...

J0

1) Mode d'entrée: Hospitalisation Urgences Domicile

2) Motif principal de recours aux soins palliatifs: Douleur Autre

3) Histoire clinique du patient en rapport à sa plainte douloureuse :

Radiothérapie Chimiothérapie Diabète Alcoolisme
 Chirurgie (Type de chirurgie :)
 Autres Préciser :

4) Traitements antalgiques et psychotropes à l'admission (cocher les cases) :

Per Os et sub-lingual =P.O, Sous cutanée = S.C, Intraveineuse = I.V, Intramusculaire = I.M,
 Per-cutanée = P.C, Transmuqueuse = T.M, Intra-thécale = I.T, Péridurale = P.

Antalgiques de palier I :

Voie d'administration

Paracétamol Posologie sur 24H : P.O I.V
Aspirine Posologie sur 24H : P.O I.V
AINS (Préciser :) Posologie sur 24H : P.O I.V

Antalgiques de palier II :

Voie d'administration

Tramadol Posologie sur 24H : P.O I.V
Codéine Posologie sur 24H : P.O
Néfopam (AcupanÒ) Posologie sur 24H : I.V I.M

Association antalgiques de paliers I et II :

Voie d'administration

Dextropropoxyphène + Paracétamol Posologie sur 24H : P.O
Codéine + Paracétamol Posologie sur 24H : P.O
Tramadol + Paracétamol Posologie sur 24H : P.O

Antalgiques de palier III :

Voie d'administration

Morphine Posologie sur 24H : P.O S.C I.V I.T P
Fentanyl Posologie sur 24H : T.M P.C
Oxycodone Posologie sur 24H : P.O S.C I.V
Hydromorphone Posologie sur 24H : P.O
Autres:.....

Antidépresseurs :

- Tricycliques** (Laroxyl[®] , Autres préciser :.....)
Posologie sur 24H : P.O I.V I.M
- IRS** (Préciser :.....) Posologie sur 24H :
- IRS-NA** (Préciser :.....) Posologie sur 24H :
- Autres**, préciser Posologie sur 24H :

Antiépileptiques :

- Clonazépam** (Rivotril[®]) Posologie sur 24H : P.O I.V I.M
- Carbamazépine** (Tégretol[®]) Posologie sur 24H : P.O
- Gabapentine** (Neurontin[®]) Posologie sur 24H : P.O
- Prégabaline** (Lyrica[®]) Posologie sur 24H : P.O
- Autres**, préciser Posologie sur 24H : P.O

Anxiolytiques :

- Midazolam** (Hypnovel[®]) Posologie sur 24H : S.C I.V
- Autres**, préciser..... Posologie sur 24H : P.O I.V

Co-antalgiques :

- Corticoïdes** Posologie sur 24H : P.O S.C I.V
- Antispasmodiques**
- Autres**, préciser.....

L'observance des prescriptions est-elle bonne? Oui Non

5) Le patient décrit-il une plainte douloureuse? Oui Non

Si non, passer à la question 6.

a) Localisation de la douleur :

- Sièges des douleurs:.....
- Irradiation de la douleur: Oui Non
- La douleur est-elle située sur un trajet nerveux ? Oui Non
- Corrélation entre le siège de la douleur et l'histoire clinique: Oui Non

b) Type de sensation douloureuse perçue ou qualité de la douleur:

	OUI	NON
Brulures		
Paresthésies ou Dysesthésies*		
Décharge électrique		
Fourmillements ou Picotements		
Broiement ou Serrement intense		
Bête qui ronge		

Autres (préciser):.....

c) Horaire de la douleur (plusieurs réponses possibles)

Permanente Intermittente

Permanente avec accès hyperalgique Réveil nocturne**

d) Intensité de la douleur (à évaluer avec l'échelle ECPA annexée en page 4):

J0...../36.

- Existe-t-il des facteurs aggravant la sensation douloureuse: Oui Non

- Existe-t-il des facteurs atténuant la sensation douloureuse: Oui Non

e) Le patient décrit-il une sensation d'engourdissement ou d'endormissement de la zone douloureuse ? Oui Non

f) Le patient réalise-t-il des manœuvres de contre-irritation ?

Oui Non

g) Existe-t-il, à l'examen clinique, des troubles sensitifs en regard de la zone douloureuse ? Oui Non Lesquels ?

h) Pensez-vous qu'il y ait une influence de l'état psycho-affectif actuel du patient dans l'expression de la douleur ?

Aucune Minimale Modérée Sévère

6) Si le patient bénéficie d'un traitement par antalgiques de palier III, présente t-il des effets indésirables ou des signes de surdosage de son traitement ?

Oui Non

Si oui, cocher une ou plusieurs cases :

	Présence		
	Intensité minimale	Intensité modérée	Intensité sévère
Constipation			
Nausées			
Vomissements			
Hallucinations			
Cauchemars			
Transpiration			
Somnolence			
Prurit/ Démangeaisons			
Myoclonies			
Confusion			
Dysurie/ Rétention urinaire			
Myosis serré			
Dépression respiratoire			

Autres, préciser :

1) Traitement antalgique et psychotrope depuis l'évaluation à J0:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antalgiques de palier I : | Voie d'administration |
| <input type="checkbox"/> Paracétamol <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Aspirine <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> AINS <input type="checkbox"/> (Préciser :.....) | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> |
| | |
| <input type="checkbox"/> Antalgiques de palier II : | Voie d'administration |
| <input type="checkbox"/> Tramadol <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Codéïne <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Néfopam (AcupanÒ) <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : I.V <input type="checkbox"/> I.M <input type="checkbox"/> |
| | |
| <input type="checkbox"/> Association antalgiques de paliers I et II : | Voie d'administration |
| <input type="checkbox"/> Dextropropoxyphène + Paracétamol <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Codéïne + Paracétamol <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tramadol + Paracétamol <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
| | |
| <input type="checkbox"/> Antalgiques de palier III : | Voie d'administration |
| <input type="checkbox"/> Morphine <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> S.C <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> I.T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : T.M <input type="checkbox"/> P.C <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Oxycodone <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> S.C <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hydromorphone <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
| Autres:..... | |
| | |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs : | |
| <input type="checkbox"/> Tricycliques (LaroxylÒ <input type="checkbox"/> , Autres <input type="checkbox"/> préciser :.....) | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> I.M <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> IRS (Préciser :.....) | Posologie sur 24H : |
| <input type="checkbox"/> IRS-NA (Préciser :.....) | Posologie sur 24H : |
| <input type="checkbox"/> Autres , préciser | Posologie sur 24H : |
| | |
| <input type="checkbox"/> Antiépileptiques : | |
| <input type="checkbox"/> Clonazépam (RivotrilÒ) | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> I.M <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Carbamazépine (TégrétolÒ) | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gabapentine (NeurontinÒ) | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Prégabaline (LyricaÒ) | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Autres , préciser | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
| | |
| <input type="checkbox"/> Anxiolytiques : | |
| <input type="checkbox"/> Midazolam (HypnovelÒ) | Posologie sur 24H : S.C <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Autres , préciser..... | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> |
| | |
| <input type="checkbox"/> Co-antalgiques : | |
| <input type="checkbox"/> Corticoïdes | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> S.C <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Antispasmodiques | |
| <input type="checkbox"/> Autres , préciser..... | |

2) Intensité de la douleur (avec échelle ECPA):

J3...../36.

3) Si le patient bénéficie d'un traitement par antalgiques de palier III, présente-t-il des effets indésirables ou des signes de surdosage de son traitement (*plusieurs réponses possibles*)?

Oui Non

Si oui, cocher une ou plusieurs cases :

	Présence		
	Intensité minime	Intensité modérée	Intensité sévère
Constipation			
Nausées			
Vomissements			
Hallucinations			
Cauchemars			
Transpiration			
Somnolence			
Prurit/ Démangeaisons			
Myoclonies			
Confusion			
Dysurie/ Rétention urinaire			
Myosis serré			
Dépression respiratoire			

Autres, préciser :

1) Traitement antalgique et psychotrope depuis l'évaluation à J3:

- Antalgiques de palier I :**
- | | |
|---|---|
| Paracétamol <input type="checkbox"/> | Voie d'administration |
| Aspirine <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> |
| AINS <input type="checkbox"/> (Préciser :.....) | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> |
- Antalgiques de palier II :**
- | | |
|--|---|
| Tramadol <input type="checkbox"/> | Voie d'administration |
| Codéine <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> |
| Néfopam (Acupan) <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
| | Posologie sur 24H : I.V <input type="checkbox"/> I.M <input type="checkbox"/> |
- Association antalgiques de paliers I et II :**
- | | |
|--|--|
| Dextropropoxyphène + Paracétamol <input type="checkbox"/> | Voie d'administration |
| Codéine + Paracétamol <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
| Tramadol + Paracétamol <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
- Antalgiques de palier III :**
- | | |
|---|--|
| Morphine <input type="checkbox"/> | Voie d'administration |
| Fentanyl <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> S.C <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> I.T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> |
| Oxycodone <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : T.M <input type="checkbox"/> P.C <input type="checkbox"/> |
| Hydromorphone <input type="checkbox"/> | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> S.C <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> |
| Autres: | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
- Antidépresseurs :**
- | | |
|---|--|
| Tricycliques (Laroxy <input type="checkbox"/> , Autres <input type="checkbox"/> préciser :.....) | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> I.M <input type="checkbox"/> |
| IRS (Préciser :.....) | Posologie sur 24H : |
| IRS-NA (Préciser :.....) | Posologie sur 24H : |
| Autres , préciser | Posologie sur 24H : |
- Antiépileptiques :**
- | | |
|----------------------------------|--|
| Clonazépam (Rivotril) | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> I.M <input type="checkbox"/> |
| Carbamazépine (Tégretol) | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
| Gabapentine (Neurontin) | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
| Prégabaline (Lyrica) | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
| Autres , préciser | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> |
- Anxiolytiques :**
- | | |
|-------------------------------|---|
| Midazolam (Hypnovel) | Posologie sur 24H : S.C <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> |
| Autres , préciser..... | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> |
- Co-antalgiques :**
- | | |
|--------------------------|--|
| Corticoïdes | Posologie sur 24H : P.O <input type="checkbox"/> S.C <input type="checkbox"/> I.V <input type="checkbox"/> |
| Antispasmodiques | |
| Autres , préciser | |

2) Intensité de la douleur (avec échelle ECPA):

J7:...../36.

3) Si le patient bénéficie d'un traitement par antalgiques de palier III, présente-t-il des effets indésirables ou des signes de surdosage de son traitement (*plusieurs réponses possibles*)?

Oui Non

Si oui, cocher une ou plusieurs cases :

	Présence		
	Intensité minimale	Intensité modérée	Intensité sévère
Constipation			
Nausées			
Vomissements			
Hallucinations			
Cauchemars			
Transpiration			
Somnolence			
Prurit/ Démangeaisons			
Myoclonies			
Confusion			
Dysurie/ Rétention urinaire			
Myosis serré			
Dépression respiratoire			

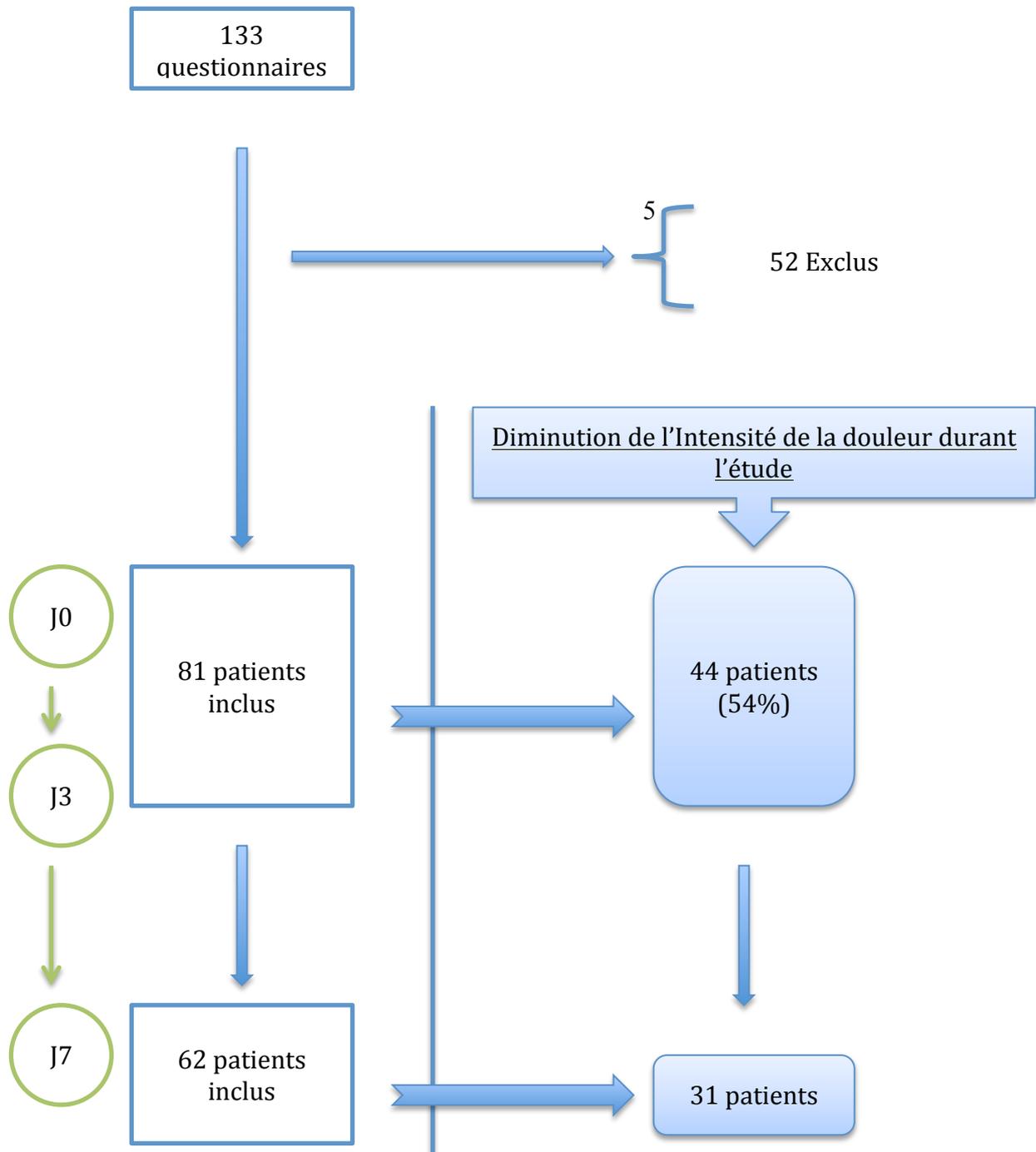
Autres, préciser :

4) Quel a été le devenir du patient à la sortie du service:

Retour à domicile Décès Hospitalisation

1° Expression du visage	J0	J3	J7	5° Anticipation anxieuse aux soins	J0	J3	J7
Visage détendu: 0				Le sujet ne montre pas d'anxiété : 0			
Visage soucieux: 1				Angoisse du regard, impression de peur : 1			
Le sujet grimace de temps en temps: 2				Sujet agité : 2			
Regard effrayé et/ou visage crispé: 3				Sujet agressif : 3			
Expression complètement figée: 4				Cris, soupirs, gémissements : 4			
2° POSITION SPONTANEE au repos	J0	J3	J7	6° Réactions pendant la mobilisation	J0	J3	J7
Aucune position antalgique: 0				Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y attacher d'importance particulière: 0			
Le sujet évite une position: 1				Regard attentif et semble craindre la mobilisation ou les soins : 1			
Le sujet choisit une position antalgique: 2				Retient la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou soins : 2			
Le sujet recherche sans succès une position antalgique: 3				Adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou les soins : 3			
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur: 4				S'oppose à la mobilisation ou les soins : 4			
3° MOUVEMENTS (ou MOBILITE) du patient	J0	J3	J7	7° Réactions lors des soins des zones douloureuses	J0	J3	J7
Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude: 0				Aucune réaction pendant les soins : 0			
Le sujet bouge comme d'habitude mais évite certains mouvements: 1				Réaction sans plus : 1			
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude: 2				Réaction au toucher des zones douloureuses : 2			
Immobilité contrairement à son habitude: 3				Réaction à l'effleurement des zones douloureuses : 3			
Rareté des mouvements ou forte agitation, contrairement à son habitude: 4				Approche des zones impossible : 4			
4° RELATION A AUTRUI (regard, geste, expression ...)	J0	J3	J7	8° Plaintes exprimées pendant les soins	J0	J3	J7
Même type de contact que d'habitude: 0				Pas de plainte : 0			
Contact plus difficile à établir que d'habitude: 1				Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui : 1			
Évite la relation contrairement à l'habitude: 2				Plainte en présence du soignant : 2			
Absence de tout contact contrairement à l'habitude: 3				Gémissement ou pleurs silencieux dès qu'on le soigne : 3			
Indifférence totale contrairement à l'habitude: 4				Cris ou plaintes violentes dès qu'on le soigne : 4			

▪ **Annexe 2 : Evolution de la population étudiée durant l'admission.**



▪ Annexe 3 : Caractéristiques de la population étudiée.

	<u>Patients admis</u> 81			<u>Patients dont l'intensité de la douleur diminue durant l'hospitalisation</u> 44		
Service d'admission	Haubourdin 51 (62%)	COL 17 (22%)	Cardio 13 (16%)	Haubourdin 33 (75%)	COL 8 (18%)	Cardio 3 (7%)
Origine	Hospitalier 43 (53%)	Domicile 33 (41%)	Urgence 5 (6%)	Hospitalier 21 (48%)	Domicile 22 (50%)	Urgence 1 (2%)
Motif d'admission	Douleur 28 (35%)		Autre 53 (65%)	Douleur 18 (41%)		Autre 26 (59%)
ATCD néoplasique	72 (89%)			38 (86%)		
Age moyen	70 ans			71 ans		
Sexe	Homme 51 (63%)		Femme 30 (37%)	Homme 24 (55%)		Femme 20 (45%)
Devenir	Décès 54 (67%)	Domicile 19 (23%)	Hospitalier 8 (10%)	Décès 26 (59%)	Domicile 14 (32%)	Hospitalier 4 (9%)

▪ **Annexe 4 : Caractéristiques de la douleur des patients admis dans l'étude.**

Plainte douloureuse	48 (59%)			
Sensation douloureuse évoquant douleur neuropathique	10 (21%)			
Horaire	Intermittente 23 (48%)	Permanente avec accès hyperalgiques 15 (31%)	Permanente 5 (10%)	Réveil nocturne 5 (10%)
Irradiante	10 (21%)			
Localisée sur un trajet nerveux	7 (15%)			
Présence de facteurs aggravants	16 (33%)			
Présence de facteurs atténuants	4 (8%)			
Manceuvres de contre-irritation	3 (6%)			
Sensation d'engourdissement ou d'endormissement	3 (6%)			
Troubles sensitifs en regard de la zone douloureuse	2 (4%)			
Influence de l'état psycho-affectif	Absente 16 (33%)	Minime 18 (38%)	Modéré 13 (27%)	Sévère 1 (2%)

- **Annexe 5 : Evolution des effets indésirables et signes de surdosage chez les patients hospitalisés bénéficiant d'un traitement antalgique par palier III.**

		J0		J3			J7		
Traitement par antalgique de palier III		60 (74% des patients admis)		60 (74% des patients admis)			43 (69% des patients encore admis)		
	Présence d'effets indésirables et/ou signes de surdosage	30 (50%)		33 (55%)			16 (37%)		
		<u>Isolés</u>	<u>Associés</u>	<u>Diminution</u>	<u>Stable</u>	<u>Augmentation</u>	<u>Diminution</u>	<u>Stable</u>	<u>Augmentation</u>
	22 (73%)	8 (27%)	21 (37%)	21 (37%)	15 (26%)	8 (33%)	13 (54%)	3 (13%)	

- **Annexe 6 : Evolution durant l'hospitalisation du traitement médicamenteux des douleurs nociceptives des patients inclus.**

	J0	J3	J7
Palier I	41 (51%)	37 (46%)	27 (44%)
Palier II	12 (15%)	11 (14%)	11 (18%)
Traitement de fond par Palier III	59 (73%) ➤ 119,3 mg / 24h.*	59 (73%) ➤ 114,1 mg / 24h.*	41 (66%) ➤ 130,2 mg / 24h.*
	Morphine	Morphine	Morphine
	28 (48%)	33 (56%)	19 (46%)
Oxycodone	Oxycodone	Oxycodone	
9 (15%)	14 (24%)	13 (32%)	
Fentanyl	Fentanyl	Fentanyl	
22 (37%)	12 (20%)	9 (22%)	
Interdose Palier III	40 (49%) ➤ 12,6 mg.*	48 (59%) ➤ 12,6 mg.*	34 (55%) ➤ 13,6 mg.*

* Posologie moyenne en mg de morphine per os.

- **Annexe 7 : Evolution durant l'hospitalisation du traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques des patients inclus.**

		J0	J3	J7			
Antidépresseurs	Tricycliques	5 (6%)	12 (15%)	5 (8%)			
	IRS-NA	3 (4%)	4 (5%)	3 (5%)			
		Duloxétine					
		Venlafaxine					
		2	1	2	2	2	1
Antiépileptiques	Gabapentinoïdes	13 (16%)	13 (16%)	10 (16%)			
		Prégabaline					
		Gabapentine					
			10	3	10	3	7

- **Annexe 8 : Evolution durant l'hospitalisation, de l'optimisation des co-antalgiques chez les patients inclus.**

		J0	J3	J7
Autres psychotropes	Antidépresseurs	13 (16%)	15 (19%)	12 (19%)
	Midazolam	8 (10%)	12 (15%)	10 (16%)
	Anxiolytiques	18 (22%)	26 (32%)	17 (27%)
Co-antalgiques	Corticothérapie	36 (44%)	49 (60%)	34 (55%)
	Antispasmodiques	3 (4%)	4 (5%)	2 (3%)

- **Annexe 6 bis : Evolution durant l'hospitalisation du traitement médicamenteux des douleurs nociceptives des patients dont l'intensité de la douleur diminue.**

	J0	J3	J7
Palier I	23 (52%)	18 (41%)	13 (31%)
Palier II	6 (14%)	6 (14%)	6 (19%)
Traitement de fond par Palier III	32 (73%) ➤ 151,9 mg / 24h.*	34 (77%) ➤ 136,3 mg / 24h.*	21 (68%) ➤ 173,9 mg / 24h.*
	Morphine	Morphine	Morphine
	Oxycodone	Oxycodone	Oxycodone
Fentanyl	Fentanyl	Fentanyl	
	13 (41%)	17 (50%)	7 (33%)
	6 (18%)	11 (32%)	10 (48%)
	13 (41%)	6 (18%)	4 (19%)
Interdose Palier III	19 (43%) ➤ 15,1 mg.*	25 (57%) ➤ 15,2 mg.*	14 (45%) ➤ 17 mg.*

* Posologie moyenne en mg de morphine per os.

- **Annexe 7 bis: Evolution durant l'hospitalisation du traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques chez les patients dont l'intensité de la douleur diminue.**

		J0	J3	J7			
Antidépresseurs	Tricycliques	2 (5%)	7 (16%)	1 (3%)			
	IRS-NA	3 (7%)	4 (9%)	3 (10%)			
		Duloxétine	Venlafaxine	Duloxétine	Venlafaxine	Duloxétine	Venlafaxine
		2	1	2	2	2	1
Antiépileptiques	Gabapentinoïdes	7 (16%)	8 (18%)	4 (13%)			
		Prégabaline	Gabapentine	Prégabaline	Gabapentine	Prégabaline	Gabapentine
		4	3	5	3	2	2

- **Annexe 8 bis : Evolution durant l'hospitalisation, de l'optimisation des co-antalgiques chez les patients dont l'intensité de la douleur diminue.**

		J0	J3	J7
Autres psychotropes	Antidépresseurs	8 (18%)	10 (23%)	8 (26%)
	Midazolam	2 (5%)	4 (9%)	3 (10%)
	Anxiolytiques	12 (27%)	17 (39%)	12 (27%)
Co-antalgiques	Corticothérapie	19 (43%)	27 (61%)	18 (58%)
	Antispasmodiques	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

AUTEUR : MARTINACHE Christophe

Date de Soutenance : le 12 Novembre 2013

Titre de la Thèse : Evaluation et prise en charge médicamenteuse de la douleur en unité de soins palliatifs.

Thèse - Médecine - Lille 2013

Cadre de classement : DES de médecine générale

Mots-clés : soins palliatifs, douleur, antalgique, neuropathique, morphinique.

Résumé :

La prise en charge de la douleur est un problème de santé publique majeur mettant en jeu tous les médecins, elle nécessite une évaluation minutieuse afin de définir une stratégie thérapeutique adaptée à la douleur.

Afin d'étudier les compétences actuelles des médecins à soulager ce symptôme, nous avons effectué une étude prospective descriptive incluant les patients admis dans 3 Unités de Soins Palliatifs du Nord de la France durant l'année 2011. Nous avons d'abord évalué leur douleur puis analysé l'évolution des thérapeutiques antalgiques et leurs effets indésirables à l'admission, trois jours plus tard, et enfin une semaine plus tard. L'intérêt est de mettre en évidence les lacunes actuelles des médecins à soulager les patients douloureux.

L'analyse des résultats met en évidence plusieurs éléments dont l'amélioration permettrait une meilleure prise en charge de la douleur. On remarque d'abord que les recommandations de bonne pratique concernant la stratégie thérapeutique à adopter devant une douleur ne sont pas toujours respectées. Ensuite, il semblerait que le principe de rotation des opioïdes soit insuffisamment pratiqué et que la prise en charge des accès douloureux transitoires paraît souvent négligée. Il semblerait également que les douleurs neuropathiques soient encore insuffisamment bien traitées en raison d'un éventuel déficit concernant l'évaluation de la douleur et/ou d'une méconnaissance de leur prise en charge thérapeutique. Et enfin, l'optimisation des co-antalgiques paraît trop souvent négligée.

Ceci montre donc l'intérêt de l'admission d'un patient douloureux en Unité de Soins Palliatifs, mais surtout, qu'il existe encore des efforts à fournir pour une meilleure prise en charge des douleurs par les médecins (hospitaliers et ambulatoires), notamment chez le patient en phase palliative, à l'heure où les services d'hospitalisation à domicile se développent de plus en plus.

Composition du Jury :

Président : Professeur Serge BLOND

Assesseurs : Professeur Raymond GLANTENET, Professeur Gilles LEBUFFE

Directeur de thèse : Docteur François-Xavier DEROUSSEAU