

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
2021

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Pertinence de la prescription des antalgiques dans les EHPAD et
USLD du centre hospitalier Victor Provo de Roubaix selon les
scores DOLO+ et ALGO+**

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2021 à 18h00
Au Pôle Formation
Par Olivier DURIEZ

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

Madame le Docteur Claire PINÇON

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Patrick FOURNIER

AVERTISSEMENT

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

TABLE DES MATIERES

I. ABREVIATIONS	4
II. RESUME	5
III. INTRODUCTION	6
IV. METHODES	7
A. POPULATION	7
B. INVESTIGATION	7
C. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL	8
D. CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES	9
E. STATISTIQUES	9
V. RESULTATS	10
A. DIAGRAMME DE FLUX	10
B. POPULATION ETUDIEE	10
C. TRAÇABILITE DES DOULEURS D'ORIGINE NOCICEPTIVE	13
D. TRAÇABILITE DES DOULEURS D'ORIGINE NEUROPATHIQUE	15
E. PRESCRIPTION D'ANTALGIQUES NOCICEPTIFS	15
F. PRESCRIPTION D'ANTALGIQUES NEUROPATHIQUES	16
G. MOLECULES ANTALGIQUES PRESCRITES	17
VI. DISCUSSION	19
A. DESIGN DE L'ETUDE	19
B. POPULATION	19
C. ÉVALUATION ET TRAÇABILITE DE LA DOULEUR	20
D. PRESCRIPTION D'ANTALGIQUES	24
E. SPECIFICITE DE LA PRISE EN CHARGE EN ETABLISSEMENT	27
VII. CONCLUSION	28
VIII. BIBLIOGRAPHIE	29
IX. ANNEXES	31
ANNEXE 1 : ECHELLE DOLOPLUS	31
ANNEXE 2 : ECHELLE ALGOPLUS	32
ANNEXE 3 : CONSENTEMENT PATIENT RESIDENT	33
ANNEXE 4 : TABLEUR EXCEL DE SAISIE DES DONNEES	36
ANNEXE 5 : TABLE DE CONVERSION CISP2-ÉTATS PATHOLOGIQUES PATHOS	37

I. ABREVIATIONS

ADL	Activities of Daily Living
AINS	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
CH	Centre Hospitaliser
CISP2	Classification Internationale des Soins Primaires (version 2)
CKD-EPI	Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DCI	Dénomination Commune Internationale
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DN4	Douleur Neuropathique 4
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes
EN	Echelle Numérique
EVA	Echelle Visuelle Analogique
EVS	Echelle Verbale Simple
GIR	Groupe Iso Ressources
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SFETD	Société Française d'Etudes et de Traitements de la Douleur
USLD	Unités de Soins Longues Durées

II. RESUME

Contexte : La forte prévalence de la douleur chez le sujet âgé, pouvant entraîner une cascade délétère vers un déclin fonctionnel, une perte d'autonomie ou un état dépressif, en fait un enjeu de santé publique. Pourtant, la douleur du sujet âgé est sous-estimée et sous-traitée. Peu de recommandations ou d'études concernant l'usage des médicaments antalgiques existent. Afin d'améliorer leur prescription, un audit des pratiques professionnelles a été réalisé dans trois résidences médicalisées pour personnes âgées du Nord de la France. Il s'agissait d'évaluer la pertinence des prescriptions d'antalgiques selon la traçabilité de la douleur dans les dossiers médicaux.

Méthodes : Une étude observationnelle, rétrospective, multicentrique a été menée dans trois résidences médicalisées (EHPAD USLD) gérées par le CH de Roubaix. Les données démographiques, médicales, cliniques et pharmacologiques ont été recueillies à partir des dossiers informatisés. L'analyse consistait à évaluer le lien entre la prescription d'antalgiques et les scores de caractérisation de la douleur DOLO+/ALGO+ ou les commentaires cliniques tracés dans les dossiers.

Résultats : Au total 294 résidents ont été inclus, de moyenne d'âge de 86 ans et à prédominance féminine (72,8%). La proportion de résidents sous traitement était de 88,8% pour les antalgiques à visée nociceptive et de 10,5% pour ceux à visée neuropathique. 82,7% des prescriptions d'antalgiques nociceptifs et 74,2% des prescriptions d'antalgiques neuropathiques étaient justifiées. Les justifications étaient tracées principalement sous forme de commentaires cliniques (75,1%), les scores des échelles DOLO+ (37,5%) et ALGO+ (38,5%) étant moins utilisés.

Conclusion : La prévalence des antalgiques était élevée en milieu institutionnel. Les prescriptions d'antalgiques étaient pertinentes. La justification des prescriptions d'antalgiques gagnerait en fiabilité avec la généralisation de l'utilisation des outils DOLO+/ALGO+/DN4. Une étude prospective permettrait une meilleure évaluation de la pertinence et de l'efficacité des antalgiques.

III. INTRODUCTION

La prévalence de la douleur augmente avec l'âge (1–6). 40% à 75% des personnes âgées vivant à domicile souffrent de douleur (1–4,6–9) et jusqu'à 90 % pour celles vivant en institution (3,4,7). La chronicisation de la douleur peut mettre à l'épreuve la résilience de la personne âgée et entraîner une cascade délétère vers un déclin fonctionnel et une perte d'autonomie (1,2,7–9). C'est pourquoi, le soulagement de la douleur en plus d'être un droit fondamental de toute personne (10), est devenu un enjeu de santé publique (4,6,8,9,11,12).

On constate que la douleur du sujet âgé est sous-estimée et sous-traitée (2,3,6,7,9,11). En effet la plainte douloureuse est souvent réduite, notamment en présence de troubles cognitifs rendant la caractérisation et la verbalisation des sensations difficiles (2,3,7,8). De plus, les traitements antalgiques ne sont pas toujours adaptés par méconnaissance des modifications pharmaceutiques liées à l'âge ou des mécanismes physiopathologiques de la douleur mis en cause (7). Les recommandations relatives à la prescription d'antalgiques chez la personne âgée sont extrapolées à partir de données sur l'adulte jeune, modulées ensuite par des consensus d'experts (1–3,7,13–15). Pourtant le risque de survenue d'effets indésirables ou d'interactions médicamenteuses est majoré en raison du contexte poly pathologique et poly médicamenté (1–3,7). Enfin, peu de données existent sur la consommation d'antalgiques en gériatrie (6,11).

C'est dans ce contexte que cette étude s'est focalisée sur la pertinence et la justification des prescriptions d'antalgiques chez des personnes âgées vivant dans les EHPAD et USLD gérés par le Centre Hospitalier de Roubaix. L'objectif principal était d'évaluer le lien entre la prescription d'antalgiques et l'évaluation de la douleur tracée dans les dossiers. La douleur était caractérisée par le score des échelles DOLO+ ou ALGO+ (*annexes 1&2*) ou par des commentaires cliniques. Des objectifs secondaires consistaient à évaluer le lien entre la prescription d'antalgiques et l'âge, le type de structure ou encore la méthode de caractérisation de la douleur.

IV. METHODES

Il a été mené une étude de cohorte observationnelle transversale, rétrospective, multicentrique sous la forme d'un audit de pratiques. Ce travail de recherche a été enregistré sur le registre MR-004 de la loi Jardé et ne nécessitait pas d'avis du comité d'éthique une fois l'autorisation de la CNIL obtenue.

a. Population

La cohorte de patients a été recrutée dans les structures EHPAD/USLD gérés par le CH de Roubaix sur trois sites différents : la résidence de la Fraternité, la résidence Isabeau de Roubaix et celle des Jardins du Vélodrome. Le suivi des résidents était effectué par des médecins généralistes.

Critères d'inclusion: Patient résident des structures EHPAD/USLD du CH de Roubaix ou son représentant légal ne s'étant pas opposé à l'étude à la date du 30 juin 2020.

Critères d'exclusion: Patient ou représentant légal opposé à l'étude. Patient présentant des troubles cognitifs ne permettant pas la compréhension de l'étude et qui n'avait pas de représentant légal en droit d'accepter l'étude en son nom. Patient sous sauvegarde de justice.

b. Investigation

Après avoir recueilli le consentement et la non opposition à l'étude des patients résidents (*annexe 3*), les données ont été saisies du 30 juin 2020 au 1^{er} décembre 2020 par 6 internes en DES de médecine générale répartis en binôme sur chacun des sites afin de limiter les erreurs de saisie.

Les données médicales des résidents ont été collectées à partir du dossier médical informatisé via le logiciel EASILY.

Les données ont été saisies dans un tableau Excel (*annexe 4*) de manière anonyme avec attribution d'un identifiant unique pour chaque patient résident. Un tableau de conversion listant les participants, les identifiants uniques et la date de recueil du consentement a été stocké à part selon les exigences de la CNIL.

Les données encodées comprenaient des données démographiques (genre, âge, IMC) des données administratives (type et année d'entrée dans la structure, date et motif de la dernière hospitalisation), des informations sur l'autonomie (GIR, l'ADL), les antécédents codés selon la CISP2, des données sur les traitements médicamenteux en cours (molécules selon la classification ATC, indications, posologie quotidienne en mg, mode administration en si besoin) des données cliniques concernant la traçabilité de la douleur (dernier score DOLO+ ou ALGO+, présence de la justification d'une antalgie dans les commentaires cliniques), et des données biologiques (transaminases, clairance de la créatinine selon la méthode CKD EPI).

Les antécédents codés selon la CISP2 ont été classés suivant les 49 états pathologiques du modèle PATHOS (*annexe 5*). Ces états ont permis d'analyser des catégories de pathologies voisines, fréquentes en gériatrie et requérant la même prise en charge.

c. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal consistait à évaluer le lien entre la présence d'une douleur tracée dans le dossier médical et la prescription d'antalgiques. Une distinction a été faite entre les traitements ciblant les douleurs nociceptives et ceux ciblant les douleurs neuropathiques.

La présence d'une douleur nociceptive ou neuropathique dans le dossier n'utilisait pas les mêmes critères. La traçabilité de la douleur nociceptive était un critère composite prenant en compte la présence d'un score DOLO+ supérieur ou égal à 5

ou la présence d'un score ALGO+ supérieur ou égal à 2 ou la présence d'un commentaire clinique du médecin traitant justifiant la prescription d'antalgique nociceptif. Pour les scores DOLO+ et ALGO +, la valeur retenue était celle de la dernière évaluation. La traçabilité des douleurs neuropathiques était basée sur la seule présence d'un commentaire clinique justifiant d'une antalgie de type neuropathique.

d. Critères de jugement secondaires

Il s'agissait d'évaluer le lien entre la prescription d'antalgiques et trois autres critères : la tranche d'âge des plus de 75 ans, le type de structure (EHPAD ou USLD) et la méthode de caractérisation de la douleur utilisée (ALGO+, DOLO+ ou commentaires cliniques).

e. Statistiques

L'analyse statistique a été réalisée par le docteur Rémy Diesnis, responsable bio statistiques au sein du CH de Roubaix. Les variables qualitatives ont été décrites avec les effectifs et les pourcentages. Les variables quantitatives à distribution normale ont été présentées avec la moyenne et sa déviation standard. Les variables quantitatives non paramétriques avec la médiane et l'intervalle inter quartile. Les comparaisons pour les variables quantitatives ont été effectuées par le test de Student ou lorsque les conditions de réalisation du test de Student n'étaient pas réunies, par un test de Wilcoxon. Pour les variables qualitatives le test du Chi2 a été utilisé en priorité et le test de Fischer lorsque les conditions de réalisation du test du Chi2 n'étaient pas remplies. Le seuil de significativité a été fixé pour un risque Alpha de 5 %. Les analyses statistiques ont été conduites avec le logiciel R en version 4.0.

V. RESULTATS

a. Diagramme de flux

Initialement, 350 patients résidents étaient hébergés dans ces trois résidences EHPAD/USLD. Après application des critères d'exclusion, 294 patients résidents ont été inclus et analysés (*figure 1*).

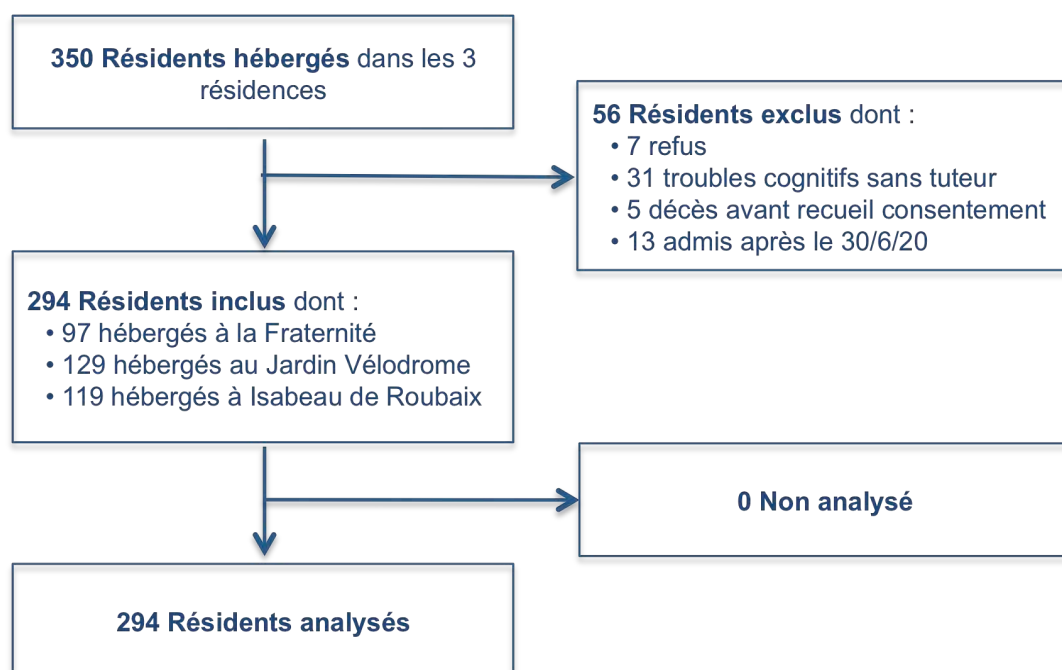


Figure 1 – Diagramme de flux

b. Population étudiée

Parmi les 294 patients résidents inclus, 76,2% (n=224) avaient plus de 75 ans. L'âge moyen des personnes vivant en USLD (83,5 ans) était significativement moins élevé ($p=0,016$) que pour celles vivant en EHPAD (86,5 ans).

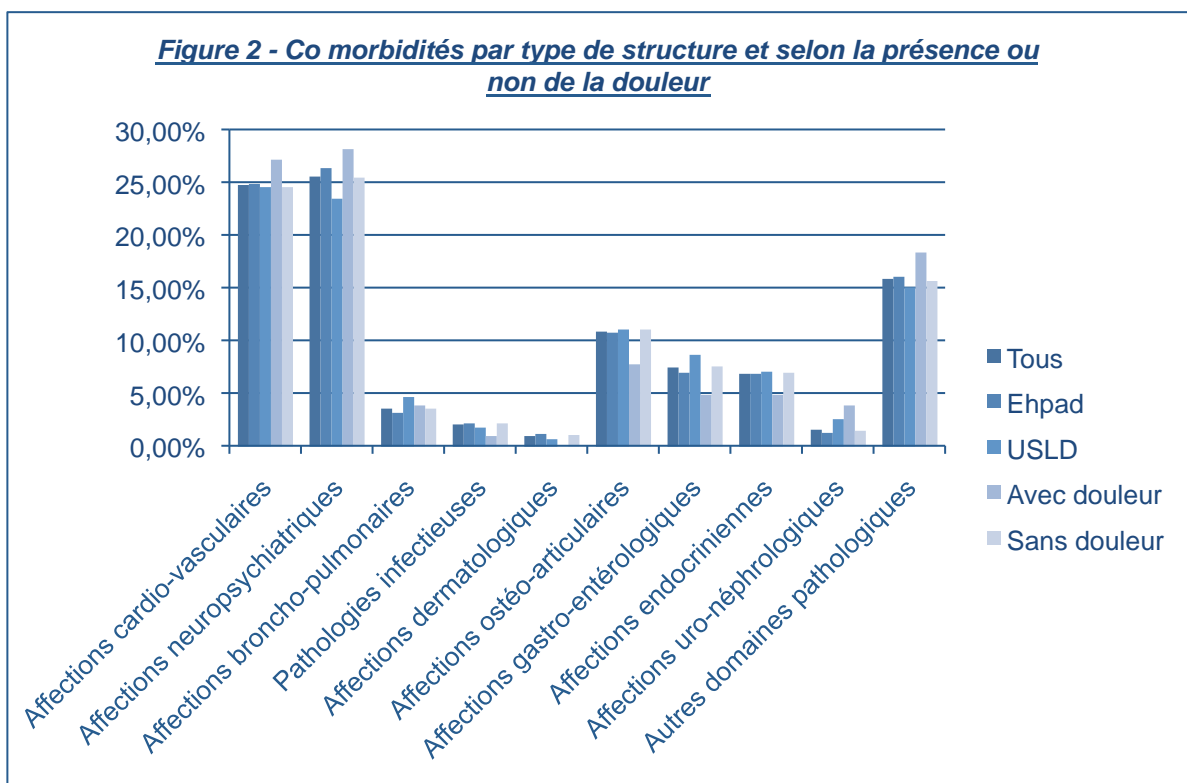
La population était constituée à 72,8% (n=214) de femmes. On retrouvait une proportion de femmes plus importante en EHPAD (75,9%, n=170) qu'en USLD (62,9%, n=44) avec une différence significative (p=0,047). (tableau 1).

Tableau 1 : Démographie population étudiée

	Tout (n=294)	EHPAD (n=224)	USLD (n=70)	p-value
Homme (%)	80 (27.2)	54 (24.1)	26 (37.1)	0,047 †
Âge (médiane [IIQ])	86.00 [76.00, 91.00]	86.50 [76.75, 92.00]	83.50 [75.25, 89.00]	0,016 ††
Âge ≥ 75 ans (%)	224 (76.2)	172 (76.8)	52 (74.3)	0,789 †

† : test du Chi2 ; †† : test de Wilcoxon ; IIQ : intervalle interquartile

Concernant les comorbidités de la population étudiée, 25,6% étaient des affections neuropsychiatriques, 24,8% des affections cardio-vasculaires, 10,9% des affections ostéo-articulaires, 7,5% des affections gastro-entérologiques, 6,9% des affections endocriniennes, 3,6% des affections broncho-pulmonaires, 2,1% des pathologies infectieuses, 1,6% des affections uro-néphrologiques et 1% des affections dermatologiques (figure 2).



La proportion de patients présentant un diabète (38,6%, $p=0,027$), des troubles chroniques du comportement (32,9%, $p=0,05$), une insuffisance rénale (4,3%, $p=0,043$), ou une incontinence urinaire (11,4%, $p=0,035$) était significativement plus élevée en USLD qu'en EHPAD (tableau 2). Les autres comorbidités étaient comparables.

Tableau 2 : Co morbidités population étudiée

	Tout (n=294)	EHPAD (n=224)	USLD (n=70)	p-value
Affections cardio-vasculaire				
Insuffisance cardiaque (%)	53 (18.0)	35 (15.6)	18 (25.7)	0,082 †
Coronaropathie (%)	48 (16.3)	34 (15.2)	14 (20.0)	0,443 †
Hypertension Artérielle (%)	187 (63.6)	142 (63.4)	45 (64.3)	1 †
Troubles du rythme (%)	107 (36.4)	80 (35.7)	27 (38.6)	0,771 †
Phlébites, insuffisance veineuse (%)	33 (11.2)	22 (9.8)	11 (15.7)	0,252 †
Artériopathies chroniques (%)	49 (16.7)	33 (4.7)	16 (22.9)	0,159 †
Hypotension orthostatique (%)	20 (6.8)	16 (7.1)	4 (5.7)	0,792 ††
Affections neuropsychiatriques				
Malaise, vertiges, (%)	25 (8.5)	20 (8.9)	5 (7.1)	0,824 †
Accidents vasculaires cérébraux (%)	87 (29.6)	65 (29.0)	22 (31.4)	0,814 †
Epilepsie (%)	44 (15.0)	28 (12.5)	16 (22.9)	0,054 †
Syndrome parkinsonien (%)	15 (5.1)	10 (4.5)	5 (7.1)	0,362 ††
Syndrome confusionnel aigu (%)	9 (3.1)	7 (3.1)	2 (2.9)	1 ††
Troubles chroniques. comportement (%)	69 (23.5)	46 (20.5)	23 (32.9)	0,05 †
Etats dépressifs (%)	64 (21.8)	54 (24.1)	10 (14.3)	0,116 †
Etats anxieux (%)	11 (3.7)	9 (4.0)	2 (2.9)	1 ††
Psychoses, délires, hallucinations (%)	21 (7.1)	17 (7.6)	4 (5.7)	0,79 †
Syndrome démentiel (%)	169 (57.5)	129 (57.6)	40 (57.1)	1 †
Affections broncho-pulmonaires				
Insuffisances respiratoires (%)	7 (2.4)	5 (2.2)	2 (2.9)	0,673 ††
Broncho-pleuro-pneumopathies (%)	44 (15.0)	30 (13.4)	14 (20.0)	0,246 †
Embolies pulmonaires (%)	22 (7.5)	12 (5.4)	10 (14.3)	0,027 †
Pathologies infectieuses				
Syndrome infectieux généraux (%)	35 (11.9)	26 (11.6)	9 (12.9)	0,944 †
Syndrome infectieux locaux (%)	7 (2.4)	6 (2.7)	1 (1.4)	1 ††
Affections dermatologiques				
Escarres, ulcères et autres plaies (%)	15 (5.1)	11 (4.9)	4 (5.7)	0,76 ††
Autres lésions cutanées graves (%)	6 (2.0)	6 (2.7)	0 (0.0)	0,341 ††
Affections ostéo-articulaires				
Arthrose de hanche (%)	26 (8.8)	19 (8.5)	7 (10.0)	0,881 †
Pathologies de l'épaule (%)	5 (1.7)	2 (0.9)	3 (4.3)	0,09 ††
Pathologies vertébro-discales (%)	19 (6.5)	14 (6.2)	5 (7.1)	0,783 ††
Pathologie osseuses autres sites (%)	87 (29.6)	60 (26.8)	27 (38.6)	0,083 †
Polyarthrite (%)	81 (27.6)	62 (27.7)	19 (27.1)	1 †
Affections gastro-entérologiques				
Syndromes digestifs hauts (%)	43 (14.6)	31 (13.8)	12 (17.1)	0,625 †
Syndromes abdominaux (%)	54 (18.4)	36 (16.1)	18 (25.7)	0,101 †
Pathologie hépatique, biliaire (%)	32 (10.9)	22 (9.8)	10 (14.3)	0,408 †
Dénutrition (%)	21 (7.1)	13 (5.8)	8 (11.4)	0,184 †

Affections endocriniennes				
Diabète (%)	81 (27.6)	54 (24.1)	27 (38.6)	0,027 †
Dysthyroïdies (%)	58 (19.7)	46 (20.5)	12 (17.1)	0,652 †
Affections uro-néphrologiques				
Rétention aigüe d'urine (%)	12 (4.1)	9 (4.0)	3 (4.3)	1 ††
Insuffisance rénale (%)	4 (1.4)	1 (0.4)	3 (4.3)	0,043 ††
Incontinence (%)	17 (5.8)	9 (4.0)	8 (11.4)	0,035 ††
Autres domaines pathologiques				
Anémies (%)	32 (10.9)	21 (9.4)	11 (15.7)	0,205 †
Etats cancéreux (%)	58 (19.7)	41 (18.3)	17 (24.3)	0,355 †
Hémopathies (%)	19 (6.5)	13 (5.8)	6 (8.6)	0,41 ††
Pathologies oculaires évolutives (%)	85 (28.9)	68 (30.4)	17 (24.3)	0,408 †
Etat grabataire, troubles marche (%)	2 (0.7)	2 (0.9)	0 (0.0)	1 ††
Etat terminal (%)	5 (1.7)	5 (2.2)	0 (0.0)	0,596 ††
Autres pathologies (%)	117 (39.8)	85 (37.9)	32 (45.7)	0,308 †

† : test du Chi2 ; †† : test de Fisher

Au niveau de l'autonomie de la population, 23,3% (n=68) étaient GIR1, 46,2% (n=135) étaient GIR 2, 14,7% (n=43) étaient GIR 3, et 15,4% (n=45) GIR 4. Le MMSE médian était de 19. La proportion de patients « chuteurs » était significativement (p=0,002) plus élevée en EHPAD (73,7%, n=165) qu'en USLD (52,9%, n=37) (tableau 3).

Tableau 3 : Autonomie population étudiée					
		Tout (n=294)	EHPAD (n=224)	USLD (n=70)	p-value
GIR (%)	1	68 (23.3)	55 (24.8)	13 (18.6)	0,12 *
	2	135 (46.2)	93 (41.9)	42 (60.0)	
	3	43 (14.7)	36 (16.2)	7 (10.0)	
	4	45 (15.4)	37 (16.7)	8 (11.4)	
	6	1 (0.3)	1 (0.5)	0 (0.0)	
	Chutes (%)		202 (68.7)	165 (73.7)	
MMSE (médiane [IIQ])		19.00 [15.00, 23.00]	19.00 [15.00, 23.00]	19.00 [14.00, 23.00]	0,883 ††
IMC (médiane [IIQ])		24.00 [20.00, 29.00]	24.00 [20.00, 28.00]	25.00 [21.00, 31.00]	0,049 ††

† : test du Chi2 ; †† : test de Wilcoxon ; * : pas de test réalisable ; IIQ : intervalle interquartile

c. Traçabilité des douleurs d'origine nociceptive

Depuis leur entrée en institution, 79,9% (n=235) des résidents ont présenté au moins un épisode douloureux qui avait été tracé dans leur dossier.

Parmi les personnes dont la douleur avait été tracée, 75,3% (n=177) étaient des femmes et 78,3% (n=184) avaient plus de 75 ans.

L'âge médian des personnes ayant été douloureuses était significativement augmenté par rapport à celui des personnes non douloureuses (87 ans contre 81 ans, $p < 0,01$).

Parmi les patients dont la douleur avait été objectivée dans le dossier, on retrouvait une proportion plus élevée de personnes sous antalgiques (91,9%, n=216) que de personnes sans traitement (76,3, n=45) de manière significative ($p < 0,001$).

Parmi les personnes considérées comme douloureuses, 56% (n=121) avaient une prescription contenant au maximum un palier de niveau 1, 16,7% (n=36) de niveau 2 et 27,3% (n=59) de niveau 3.

Parmi les personnes n'ayant pas eu de douleur tracée, 76,3% (n=45) d'entre elles bénéficiaient d'une ordonnance avec au moins un antalgique nociceptif, dont 68,9% (n=31) contenaient au maximum un palier 1, 22,2% (n=10) un palier 2, et 8,9% (n=4) un palier 3 (tableau 4).

Tableau 4 : Traçabilité des douleurs nociceptives

	Tout (n=294)	Pas de douleur (n=59)	Douleurs tracées (n=235)	p-value
Genre (n, %)				
Femme	214 (72,8)	37 (62,7)	177 (75,3)	-
Homme	80 (27,2)	22 (37,3)	58 (24,7)	
Âge (n, %)				
Médiane [IIQ]	86.00 [76.00, 91.00]	81.00 [74.00, 88.00]	87.00 [77.00, 92.00]	<0,01 ††
> 75 ans	224 (76.2)	40 (67.8)	184 (78.3)	0,12 †
Structure (n, %)				
EHPAD	224 (76.2)	43 (72.9)	181 (77)	0,62 †
USLD	70 (23.8)	16 (27.1)	54 (23)	
Prescriptions (n, %)				
Avec antalgiques *	261 (88.8)	45 (76.3)	216 (91.9)	<0,001 †
Palier maximal	1	152 (58.2)	31 (68.9)	-
	2	46 (17.6)	10 (22.2)	
	3	63 (24.1)	4 (8.9)	

† : test du Chi2 ; †† : test de Fisher ; †† : test de Wilcoxon ; IIQ : intervalle interquartile ; * à visée nociceptive

d. Traçabilité des douleurs d'origine neuropathique

8,2% (n=24) de la population étudiée aurait présenté des douleurs d'origine neuropathique inscrites dans le dossier médical. Parmi les résidents ayant eu des douleurs neuropathiques, la proportion de personnes sous traitement antalgique (95,8%, n=23) était significativement plus élevée ($p < 0,001$) que celle des personnes sans antécédent douloureux (3%, n=8).

Parmi les personnes ayant présenté des douleurs neuropathiques, 58,3% (n=14) étaient des femmes, et 66,7% (n=16) avaient plus de 75 ans. Parmi les résidents considérés comme non douloureux, 8% (n=3) disposaient d'une ordonnance avec un antalgique neuropathique (*tableau 5*).

	Tout (n=294)	Pas de douleur (n=270)	Douleurs tracées (n=24)	p-value
<u>Genre</u> (n, %)				
Femme	214 (72,8)	200 (74.1)	14 (58,3)	-
Homme	80 (27,2)	70 (25.9)	10 (41,7)	
<u>Âge</u> (n, %)				
Médiane [IIQ]	86.00 [76.00, 91.00]	86.00 [76.00, 91.75]	86.00 [70.50, 91.00]	0,53 ‡‡
> 75 ans	224 (76.2)	208 (77)	16 (66.7)	0,37 †
<u>Structure</u> (n, %)				
EHPAD	224 (76.2)	210 (77.8)	14 (58.3)	0,06 †
USLD	70 (23.8)	60 (22.2)	10 (41.7)	
<u>Prescriptions</u> (n, %)				
Avec antalgiques *	31 (10.5)	8 (3)	23 (95.8)	<0,001 ††

† : test du Chi2 ; †† : test de Fisher ; ‡‡ : test de Wilcoxon ; IIQ : intervalle interquartile ; * neuropathique

e. Prescription d'antalgiques nociceptifs

88,8% (n=261) de la population bénéficiaient d'ordonnances avec des antalgiques nociceptifs. Parmi les patients disposant d'antalgiques nociceptifs, 38,5% (n=45) avaient un score ALGO+ ≥ 2 et 37,5% (n=71) un score DOLO+ ≥ 5 .

Chez les patients sous antalgiques, la proportion des commentaires cliniques décrivant une douleur nociceptive (75,1%, n=196) était significativement augmentée (p<0,001) par rapport aux personnes qui n'en avaient pas (36,4%, n=12).

Parmi la population sous antalgiques nociceptifs, 80,8% (n=211) avaient plus de 75 ans et 74,7% (n=195) vivaient en EHPAD (tableau 6).

Tableau 6 : Prescriptions des antalgiques nociceptifs

	Tout (n=294)	Pas d'antalgiques (n=33)	Antalgiques (n=261)	p-value
DOLO ≥ 5 (X/Y, %)	80/209 (38.3)	9/20 (45)	71/189 (37.5)	0,05 ††
ALGO ≥ 2 (X/Y, %)	50/132 (37.9)	5/15 (33.3)	45/117 (38.5)	0,48 ††
Traçabilité clinique (%)	208 (70.7)	12 (36.4)	196 (75.1)	<0,001 ††
Âge > 75 ans (%)	224 (76.2)	13 (68.4)	211 (80.8)	0,41 †
Structure				
EHPAD (%)	224 (76.2)	29 (87.9)	195 (74.7)	0,59 †
USLD (%)	70 (23.8)	4 (12.1)	66 (25.3)	

† : test du Chi2 ; †† : test de Fisher ; X : effectif avec un score DOLO ou ALGO ≥ seuil ; Y : effectif évalué

f. Prescription d'antalgiques neuropathiques

10,5% (n=31) de la population bénéficiaient d'ordonnances avec des antalgiques neuropathiques. 74,2% (n=23) de ces prescriptions étaient justifiées par la présence d'une douleur trouvée dans le dossier.

Parmi les patients sous antalgiques neuropathiques, 67,7 % (n=21) avaient plus de 75 ans et 61,3% (n=19) vivaient en EHPAD (tableau 7).

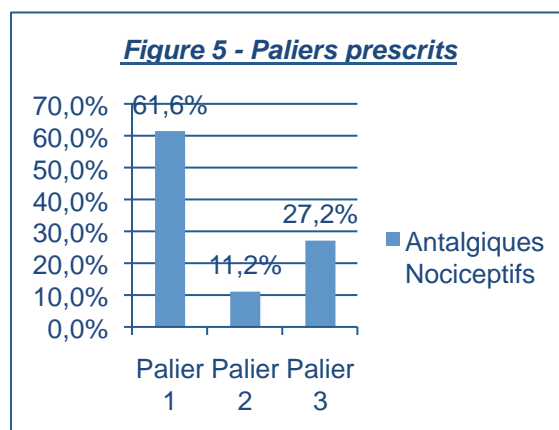
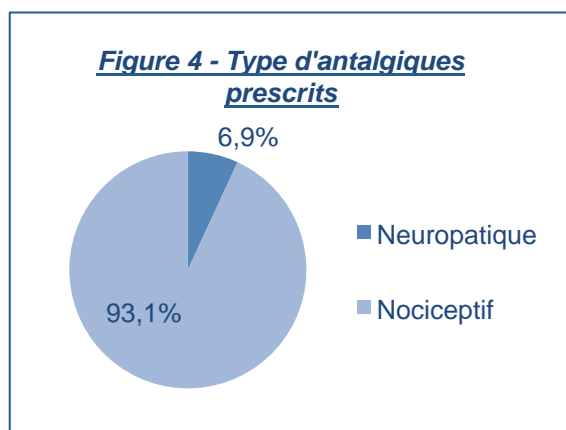
Tableau 7 : Prescriptions des antalgiques neuropathiques

	Tout (n=294)	Pas d'antalgiques (n=263)	Antalgiques (n=31)	p-value
Traçabilité clinique (n, %)	24 (8.2)	1(0.4)	23 (74.2)	0,37 †
Âge > 75 ans (n, %)	224 (76.2)	203 (77.2)	21 (67.7)	
Structure				
EHPAD (n, %)	224 (76.2)	205 (77.9)	19 (61.3)	0,06 †
USLD (n, %)	70 (23.8)	58 (22)	12 (38.7)	

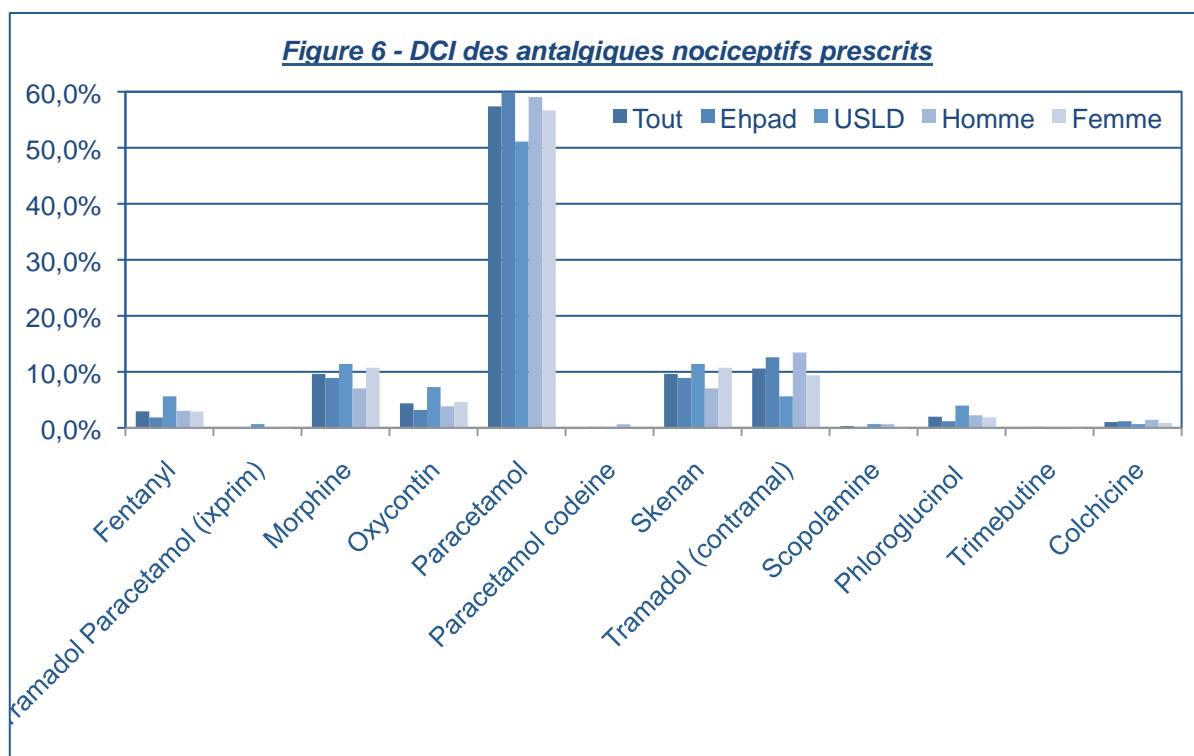
† : test du Chi2

g. Molécules antalgiques prescrites

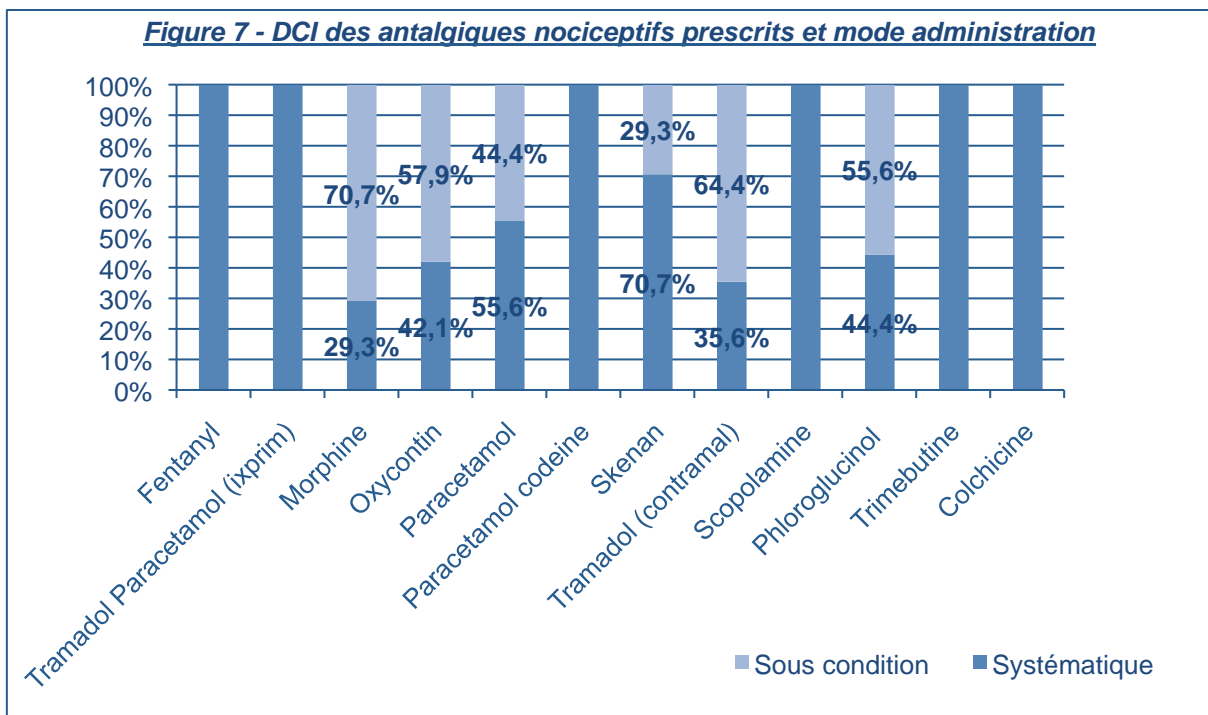
450 antalgiques étaient présents parmi les 294 ordonnances étudiées (une par résident). 93,1% (n=419) des antalgiques étaient à visée nociceptive dont 61,6% (n=258) étaient de palier 1, 11,2% (n=47) de palier 2 et 27,2% de palier 3 (n=114) (figures 4 & 5).



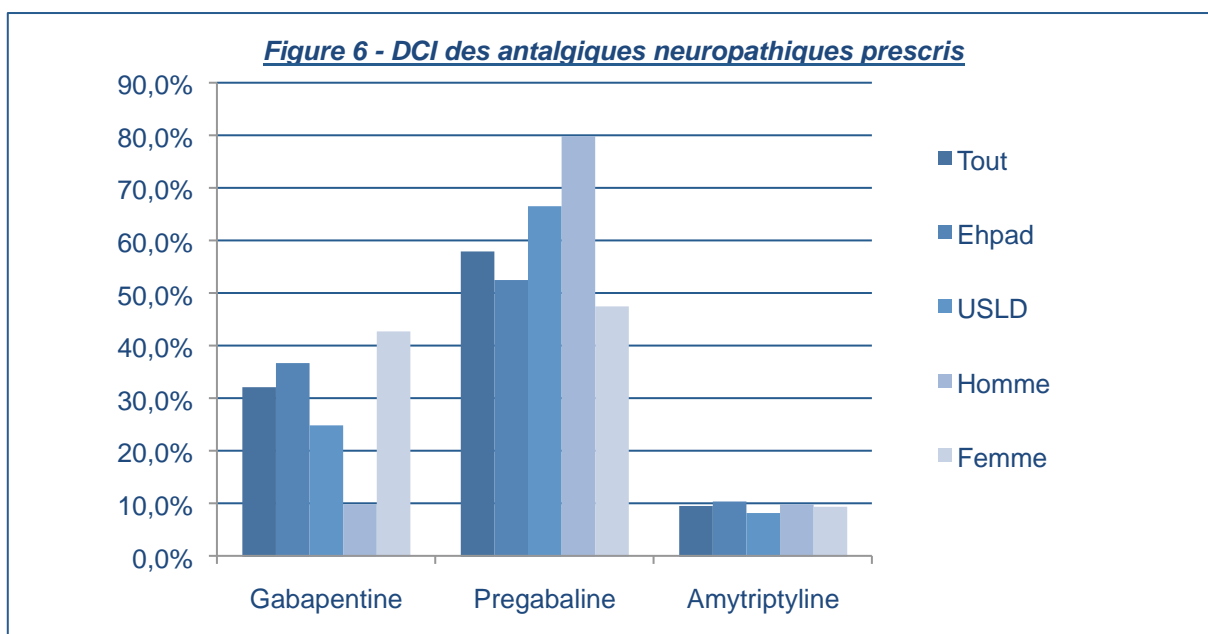
12 DCI étaient prescrites pour l'antalgie nociceptive dont 57,5% (n=241) de paracétamol, 10,7% (n=45) de tramadol, 9,8% (n=41) de sulfate de morphine, 9,8% (n=41) de morphine, et de 4,5% (n=19) d'oxycodone (figure 6).



Certains antalgiques étaient prescrits en « si besoin » : 70,7% (n=29) des prescriptions de morphine, 64,4% (n=29) de tramadol, 57,9% (n=11) d'oxycodone, 44,4% (n=107) de paracétamol, et 29,3% (n=12) de sulfate de morphine.



Parmi les 31 prescriptions d'antalgiques neuropathiques, 3 molécules différentes étaient utilisées. La prégabaline représentait 58,1% (n=18) des prescriptions, la gabapentine 32,3% (n=10) et l'amytriptyline 9,7% (n=3).



VI. DISCUSSION

a. Design de l'étude

De par sa nature, cette étude descriptive n'apportait qu'un faible niveau de preuve. Celle-ci restait toutefois pertinente car peu d'études existent actuellement sur l'utilisation des antalgiques chez le sujet âgé avec des données à la fois médicales, cliniques et pharmacologiques.

La taille de l'effectif, le caractère multicentrique, l'intégration de différentes structures gériatriques, le taux de participation (84%), et l'absence de biais d'attrition ont permis d'obtenir une bonne représentativité de la population gériatrique vivant en milieu médicalisé. Notons que l'aspect multicentrique de l'étude était limité par l'appartenance des 3 résidences au CH de Roubaix. Ces 3 structures partageaient le même personnel de l'hôpital et fonctionnaient avec un budget global.

Les données étaient recueillies à partir des dossiers informatisés parfois incomplets ou non à jour. L'exactitude de ces données archivées ne pouvait pas être vérifiée et constituait un possible biais d'information.

Plusieurs mesures ont été prises pour limiter le biais de classement : un protocole commun a été réalisé et utilisé par les investigateurs pour garantir une uniformité lors du recueil. Le travail de collecte et de saisie a été effectué en binôme pour limiter les risques d'erreur.

b. Population

D'un point de vue démographique, la population étudiée était représentative des patients institutionnalisés. En France, les patients institutionnalisés représentent uniquement 6% des personnes de plus de 65 ans. On retrouvait une majorité de femmes (72,8%, n=214) et l'âge médian était de 86 ans. Ces chiffres étaient

comparables à ceux de l'étude PLEIAD et des dernières données de l'INSEE datant de 2015 (19,20).

Les résidents vivant en EHPAD étaient significativement plus âgés que ceux en USLD avec un âge moyen de 86,5 ans contre 83,5 ($p=0,016$). Cette différence avait été observée dans l'enquête PUGG réalisée en 2018 par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (11,16) avec des âges similaires.

c. Evaluation et traçabilité de la douleur

Concernant la traçabilité de la douleur, l'interprétation des résultats doit prendre en compte quelques limitations liées aux données collectées :

Tout d'abord, certaines données comme la date de la dernière évaluation n'ont pas été recueillies. De ce fait, il n'a pas été possible d'estimer la chronologie entre l'évaluation de la douleur et la prescription des antalgiques. Cela a constitué une limitation pour l'interprétation de la pertinence des prescriptions d'antalgiques.

Notons également que l'évaluation de la douleur nociceptive était standardisée avec des outils reconnus et adaptés à la population étudiée (DOLO+, ALGO+). Ces données laissaient peu de place à la subjectivité. En revanche, la présence de douleurs neuropathiques était simplement renseignée sous la forme de commentaires libres ou retrouvée dans les courriers. Aucun outil standardisé comme le DN4 n'était utilisé pour objectiver ce type de douleur. Il est donc possible que l'évaluation et la traçabilité des douleurs neuropathiques aient été sous-estimées par un défaut d'utilisation d'outils efficaces.

Enfin, la méthode et l'analyse statistique proposées n'ont pas permis de distinguer les douleurs chroniques des douleurs aiguës, ni même les douleurs d'origine mixte (nociceptive et neuropathique). L'utilisation d'une typologie de douleurs plus riche aurait amélioré l'extrapolation des résultats.

Cette étude montrait que la douleur était très fréquente chez le sujet âgé, qu'elle touchait plutôt la population féminine et qu'elle augmentait avec l'âge. Nous rappelons que les résultats obtenus ne pouvaient pas être directement comparés à la prévalence de la douleur car l'absence de chronologie des douleurs tracées était un facteur de surestimation.

Ainsi, 79,9% (n=231) des résidents ont présenté une douleur objectivée et tracée dans les dossiers. D'après le livre blanc de la douleur de 2017 édité par la SFETD (2), 49% à 80% des sujets âgés vivant en institution souffraient de douleurs chroniques, ce qui a été confirmé par les résultats de l'étude.

Les femmes représentaient 75,3% (n=177) de la population qui avait eu un épisode de douleur nociceptive tracé dans le dossier et 58,3% (n=14) pour les douleurs neuropathiques. Une étude réalisée en 2013 sur la prévalence et les caractéristiques de la douleur en France, basée sur un échantillon de plus de 15 000 adultes (5), montrait que le pourcentage de femmes (63%) était significativement plus élevé chez les personnes ayant des douleurs. Aucune donnée gériatrique chiffrée à ce sujet n'a pu être comparée.

Il a également été décrit que la prévalence de la douleur augmentait avec l'âge (1–6). Certains considéraient que la douleur sévère augmentait de 10% entre 65 ans et 95 ans (4). Dans l'étude menée, l'âge médian des personnes dont la douleur nociceptive avait été objectivée et tracée (87 ans) était significativement plus élevé ($p < 0,01$) que celui des personnes considérées comme non douloureuses (81 ans). La proportion des personnes âgés de plus de 75 ans dont la douleur avait été tracée était de 78,3% (n=184).

Sachant que les douleurs d'origine mixte n'étaient pas prises en compte, la proportion de résidents ayant présenté des douleurs neuropathiques tracées dans

le dossier était de 8,2% (n=24). L'étude STOPNEP (17) portant sur 30 000 individus de plus de 18 ans retrouvait 6,9% (IC95 6,6%-7,2%) de douleurs neuropathiques (DN4+). Dans l'étude PUGG (11) basée sur une population comparable, la répartition était différente avec 2% pour les douleurs neuropathiques, 24% pour les douleurs mixtes et 73,4% pour les douleurs nociceptives.

De plus, la proportion de patients avec des douleurs neuropathiques était plus importante en USLD (14,3%, n=10) qu'en EHPAD (6,25%, n=14). Cela avait déjà été décrit dans l'étude PUGG avec des proportions différentes puisque 51,5% des patients en USLD présentaient des douleurs neuropathiques contre 28,5% en EHPAD (11). Dans l'étude réalisée à Roubaix, il s'agissait probablement d'une sous-détection des douleurs neuropathiques, liée à un défaut d'utilisation d'outil standardisé comme le DN4.

La douleur chez le sujet âgé est souvent d'origine musculo-squelettique ou cancéreuse. L'âge est également un facteur de risque pour les douleurs neuropathiques comme celles liées au diabète ou au zona (4). Dans la population étudiée, on retrouvait une forte prévalence de ces comorbidités : 19,7% (n=58) d'états cancéreux, 27,6% (n=81) de polyarthrite, 8,8% (n=26) de coxarthrose, 6,5% (n=19) de pathologies vertébro-discales, et 27,6% (n=81) de diabète.

Un autre aspect exploré était la comparaison des différents outils utilisés pour évaluer et tracer la douleur au sein des résidences. Ces outils permettaient de justifier les prescriptions d'antalgiques.

Les scores DOLO+ (71,1%, n=209) et les commentaires cliniques (70,7%, n=208) étaient les deux méthodes privilégiées pour tracer la douleur dans les dossiers, suivies des scores ALGO+ (44,9%, n=132). Notons que les commentaires cliniques reprenaient très souvent le score de l'EN obtenu lors de l'épisode douloureux.

A titre de comparaison, dans l'étude PUGG, 33,6% (n=79) des résidents en EHPAD avaient bénéficié d'une évaluation de la douleur avec une échelle comportementale DOLO+ ou ALGO+, ce pourcentage s'élevant jusqu'à 63,3% (n=86) pour les résidents en USLD. Les échelles EVA/EVS/EN étaient utilisées pour 48,6% (n=114) des résidents en EHPAD et 30,6% (n=42) en USLD.

Concernant la justification des antalgiques, 75,1% (n=196) des patients sous traitement avaient un commentaire clinique signalant une douleur, ce qui représentait une différence significative par rapport au groupe sans antalgique ($p < 0,001$). Parmi les personnes bénéficiant d'une antalgie, 37,5% (n=80, $p = 0,05$) avaient une douleur objectivée par DOLO+ et 38,5% (n=71) par ALGO+. La justification des antalgiques était donc principalement basée sur la présence d'un commentaire. Une explication serait que les commentaires cliniques étaient notés par le médecin qui prescrivait dans le même temps le traitement. L'évaluation des douleurs avec les échelles DOLO+ et ALGO+ était plutôt réalisée par l'équipe paramédicale. La prescription d'antalgique n'était pas immédiate et la demande devait être formulée au médecin. Cela montre toute la difficulté de la prise en charge de la douleur qui met en jeu plusieurs acteurs et qui nécessite beaucoup de rigueur et de suivi.

Les objectifs d'amélioration de la prise en soins de la douleur dans les résidences seraient de faire diminuer la proportion des résidents sous antalgiques non justifiée (15,3%, n=45) mais surtout de réduire le nombre de résidents dont la douleur n'est pas ou peu soulagée. L'étude indiquait que 6,4% (n=19) des résidents considérés comme douloureux n'étaient pas pris en charge. Une réévaluation du syndrome douloureux auprès de ces résidents serait à faire.

d. Prescription d'antalgiques

En plus des critères utilisés pour justifier les prescriptions d'antalgiques, cette étude a permis d'obtenir des données sur les caractéristiques de la population bénéficiant d'antalgiques, sur les traitements prescrits et sur l'application ou non des recommandations.

Dans l'étude, 88,8% (n=261) de la population était sous antalgiques. Le nombre de prescriptions d'antalgiques était probablement surestimé en regard de la consommation réelle d'antalgiques. En effet, les données ont été recueillies via le logiciel EASILY qui était un système informatisé de préparation de dose à administrer et qui ne permettait pas de connaître la délivrance effective des médicaments. De plus, parmi les antalgiques prescrits, 41,6% (n =193) étaient proposés en « si besoin », contribuant également à une surestimation de la consommation.

Une étude observationnelle récente, portant sur la consommation d'antalgiques au sein de 99 EHPAD (6) a permis d'analyser les ordonnances de 10 818 résidents d'une moyenne d'âge de 85 ans. Cette étude montrait que 62% des ordonnances contenaient au moins un antalgique dont 66% correspondaient au maximum à un palier 1, 24% à un palier 2 et 10% à un palier 3. La proportion de résidents sous antalgiques était donc inférieure à celle retrouvée dans la présente étude. La répartition des paliers maximum utilisés était également différente. Le palier 1 restait majoritaire avec 58,2%. En revanche le palier 3 (24,1%) était plus utilisés que le palier 2 (17,6%).

Cette tendance avait déjà été constatée en 2018 dans une autre étude observationnelle traitant de la prise en soins de la douleur en EHPAD (9). Cette dernière montrait que les antalgiques de palier 2 étaient peu utilisés en EHPAD et trouvaient leur place en troisième position (23%)* bien après le paracétamol

(100%)* et le palier 3 (54%)*. Le recours aux antalgiques de palier 3 à faible dose avec augmentation progressive était l'attitude la plus courante comme dans les résidences de l'étude. La réticence à l'utilisation du palier 2 était liée à la variabilité individuelle importante de leur efficacité et à une tolérance moindre que pour le palier 3. Enfin, le recours précoce à l'utilisation de palier 3 était également facilité par l'environnement médicalisé, permettant la titration et la surveillance des résidents dans de bonnes conditions.

Dans cette étude, les prescriptions d'antalgiques étaient justifiées dans la majorité des dossiers ce qui constituait un point positif. Ainsi les patients dont la douleur avait été tracée, bénéficiaient de manière significative d'un traitement antalgique : 91,9% (n=216, p<0,001) des résidents avec des douleurs nociceptives objectivées étaient sous traitement et 95,8% (n=23, p<0,001) pour ceux avec des douleurs neuropathiques.

La part des prescriptions d'antalgiques en « si besoin » (41,6%, n=193) était comparable (47%, n=3126) à celle retrouvée dans l'étude sur la consommation d'antalgiques au sein des 99 EHPAD (6). Notons que le recours à ce mode de prescription impliquait une évaluation itérative de la douleur qui devait être tracée dans le dossier. Pourtant, parmi les 261 résidents sous antalgiques nociceptifs, seulement 189 résidents (72,4%) avaient été évalués via l'échelle DOLO+ et 117 (44,8%) via l'échelle ALGO+. On peut alors se demander si les évaluations de la douleur étaient systématiquement réalisées et tracées. On peut également s'interroger sur la distribution et l'administration réelle des prescriptions d'antalgiques en « si besoin ». Ces incertitudes montrent une nouvelle fois toute la complexité de la prise en charge de la douleur qui nécessite de la rigueur, du temps, de la coordination et du personnel formé.

Parmi les résidents sous antalgiques, 80,8% (n=211) avaient plus de 75 ans. Ce phénomène est lié à l'augmentation de la prévalence de la douleur avec l'âge, souvent décrite (1–6). Aucune estimation de l'augmentation du nombre d'antalgiques n'a été retrouvée dans la littérature.

12 DCI étaient prescrites pour l'antalgie nociceptive. Le paracétamol représentait 57,5% (n=241) des prescriptions, dont 44,4% (n=107) étaient conditionnées (EN \geq 3). Le tramadol était la deuxième molécule la plus prescrite avec 10,7% (n=45) dont 64,4% (n=29) conditionnées (EN \geq 3 malgré la prise de paracétamol). Puis venaient les opioïdes forts avec la morphine 9,8% (n=41), le sulfate de morphine 9,8% (n=41) et l'oxycodone 4,5% (n=12).

Les recommandations étaient respectées (7) : Le paracétamol était la molécule la plus répandue. Aucune prescription d'AINS n'a été retrouvée. Le tramadol était le palier 2 le plus utilisé en cas d'inefficacité du palier 1. Malgré ses effets indésirables, le tramadol reste une molécule de choix en gériatrie car elle couvre à la fois les douleurs nociceptives et neuropathiques, ce qui la rend très efficace lorsqu'elle est bien tolérée. Elle nécessite cependant beaucoup de prudence dans son introduction et l'augmentation des doses. Le tramadol était la molécule avec le plus de prescriptions conditionnées ce qui laisse penser que les problèmes de tolérance et de dépendance potentiels étaient pris en compte. La poudre d'opium dont l'efficacité dépend du profil génétique n'était pas prescrite, ce qui correspondait aux recommandations. L'utilisation précoce des opioïdes forts, pratique courante en gériatrie, était également observée. Les formes intraveineuses ou orales étaient majoritaires. Les données recueillies ne permettaient pas de distinguer les posologies, ni les formes rapides ou prolongées. Il n'était donc pas possible de vérifier si les prescriptions étaient conformes aux recommandations concernant l'utilisation des doses minimales efficaces. La morphine sous forme de patch représentait 16,7% (n=13) des morphiniques utilisés.

3 DCI pour l'antalgie neuropathique étaient prescrites. Les antiépileptiques représentaient 90,3% (n=28) des antalgiques neuropathiques : 32,2% (n=10) pour la gabapentine et 58% (n=18) pour la prégabaline. La dernière classe utilisée était celle des antidépresseurs tricycliques représentée à 9,7% (n=3) et uniquement par l'amytriptyline. L'indication du tramadol dans le cadre des douleurs neuropathiques n'a pas été prise en compte dans l'étude et constituait une limite. Les pratiques observées respectaient les dernières recommandations (7,13–15,18) : La prégabaline dont l'effet est plus linéaire que la gabapentine était privilégiée. L'utilisation des antidépresseurs tricycliques, aux nombreux effets délétères dont la majoration des troubles cognitifs et le risque de chutes, était restreinte.

e. Spécificité de la prise en charge en établissement

La prise en charge en de la douleur en établissement est plus complexe qu'à domicile, car les intervenants sont multiples et travaillent en effectuant des rotations. Elle suppose un réel travail d'équipe, la subjectivité de chacun pouvant portée préjudice à l'efficacité. Elle justifie donc l'utilisation d'outils standardisés d'évaluation pour lesquels les soignants doivent être formés. C'est le médecin qui maîtrise les prescriptions qu'il a initiées, notamment en période de garde. Malheureusement, le médecin ne pense pas toujours à réévaluer ou n'en a pas le temps. Il a besoin de l'équipe qui intervient au quotidien auprès du résident et qui sera d'avantage capable de l'interpeller en cas de besoin. En même temps que le médecin prescrit des antalgiques, il devrait demander systématiquement une réévaluation de la douleur avec les outils utilisés par l'équipe, sur une période définie en fonction de son ressenti et de la sévérité de la douleur.

VII. CONCLUSION

Cette étude a confirmé l'importante prévalence des prescriptions d'antalgiques chez la personne âgée institutionnalisée : 88,8% pour les antalgiques nociceptifs et 10,5% pour les antalgiques neuropathiques. 79,9% des dossiers médicaux mentionnaient la présence d'un syndrome douloureux depuis l'entrée en institution. La population féminine (75,3%) et les plus de 75 ans (78,3%) étaient les plus représentés. Les prescriptions d'antalgiques étaient justifiées dans la majorité des dossiers ce qui constituait un point positif : 82,7% pour l'ensemble des antalgiques nociceptifs et 74,2% pour les antalgiques neuropathiques. La justification était principalement tracée sous la forme d'un commentaire clinique signalant une douleur (75,1%). Les scores DOLO+ (37,5%) et ALGO+ (38,5%) étaient moins utilisés. Les recommandations relatives aux antalgiques pour la population gériatrique étaient bien observées.

La prise en charge de la douleur est complexe. Elle nécessite du personnel formé aux nombreux outils standardisés de dépistage et aux nombreux traitements disponibles. Le suivi est essentiel et requiert des évaluations itératives que le médecin doit prescrire ou qui s'intègrent dans un protocole de soins, une traçabilité efficace, une bonne coordination et une surveillance. Tout cela est en pratique difficile à mettre en œuvre. Dans les résidences, le potentiel d'amélioration serait de réduire la part des prescriptions d'antalgiques nociceptifs non justifiées (15,3%) et de réévaluer les patients potentiellement douloureux non traités (6,5%), mais aussi de savoir arrêter un traitement qui ne se justifie plus.

L'utilisation de l'outil DN4 serait également une piste d'amélioration en plus de la généralisation des échelles DOLO+ et ALGO+. Une nouvelle étude prospective permettrait de mieux évaluer la pertinence des prescriptions d'antalgiques et leur efficacité sur la douleur.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272123/fr/evaluation-et-prise-en-charge-therapeutique-de-la-douleur-chez-les-personnes-agees-ayant-des-troubles-de-la-communication-verbale
2. SFETD. Livre blanc de la douleur - État des lieux et propositions [Internet]. 2017 [cité 23 août 2021]. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf
3. Simunek A, Perrot S, Trouvin A-P. Traitement de la douleur du sujet âgé. Rev Rhum Monogr. juin 2019;86(3):228-32.
4. Serrie A, Mourman V, Treillet E, Maire A, Maillard G. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. Douleurs Eval - Diagn - Trait. juin 2014;15(3):106-14.
5. Eschalier A, Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Langley P, et al. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15000 personnes adultes. Douleurs Eval - Diagn - Trait. févr 2013;14(1):4-15.
6. Clot-Faybesse P, Bertin-Hugault F, Blochet C, Denormandie P, Rat P, Hay P-E, et al. Analgesic consumption in nursing homes: observational study about 99 nursing homes. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. mars 2017;15(1):25-34.
7. Capriz F, Chapiro S, David L, Floccia M, Guillaumé C, Morel V, et al. Consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie : utilisation des antalgiques dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée (hors anesthésie). Douleurs Éval - Diagn - Trait. oct 2017;18(5):234-47.
8. Passadori Y. Focus sur la douleur en service de gériatrie. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 1 nov 2012;13:A28.
9. Belfihadj K. Prise en soins de la douleur en EHPAD. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 août 2018;18(106):218-25.
10. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
11. Richaud L. Prise en charge antalgique de la personne âgée en structure médicalisée: état des lieux en France [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-...., France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2019 [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02388956>
12. Abitbol G, Bloch F, Gautier V, Haulon S, Joffredo L, Joucdar T, et al. TO40 Évaluation des pratiques d'utilisation des médicaments antalgiques de palier III dans un service de gériatrie. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 1 oct 2007;8:85.
13. McConigley R, Toye C, Goucke R, Kristjanson LJ. Developing recommendations for implementing the Australian Pain Society's pain management strategies in residential aged care. Australas J Ageing. 2008;27(1):45-9.

14. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing*. 2013;42 Suppl 1(suppl 1):i1 -57.
15. Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(8):1331-46.
16. enquête-pugg-2018-def.pdf [Internet]. [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://sfgg.org/media/2019/03/enque%CC%82te-pugg-2018-def.pdf>
17. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *PAIN*. 15 juin 2008;136(3):380-7.
18. Attal N. Avancées dans le traitement pharmacologique des douleurs neuropathiques. *Rev Neurol (Paris)*. déc 2011;167(12):930-7.
19. Perrin Hayne J, Chazal J. Les personnes âgées en institution. 2011 ;32.
20. ROLLAND (Yves), ROLLAND (Yves). Etude PLEIAD – Gérontopole Toulouse. Toulouse : Toulouse Gérontopôle ; 2010.

IX. ANNEXES

Annexe 1 : Echelle DOLOPLUS

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

Annexe 2 : Echelle ALGOPLUS



Evaluation de la douleur

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

Identification du patient

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

Annexe 3 : Consentement patient résident

Lettre d'information concernant une recherche

Pertinence des prescriptions médicamenteuses dans les EHPAD et USLD du CH de Roubaix

Promoteur : Centre Hospitalier de Roubaix

Investigateur coordonnateur : Dr Jean-Marc LEFEBVRE

Madame, Monsieur,

Cette note d'information a pour objectif de vous expliquer le but de cette étude ainsi que ses contraintes afin que vous puissiez décider d'y participer ou non. Votre participation à cette étude doit être entièrement volontaire. Prenez le temps de lire cette note d'information et n'hésitez pas à poser des questions à votre médecin pour avoir des renseignements complémentaires.

Cette recherche est organisée par le Centre Hospitalier de Roubaix et concerne les médicaments qui vous sont prescrits par les médecins traitants du Centre Hospitalier de Roubaix.

Le projet a pour but d'évaluer les pratiques actuelles en matière de prescription médicamenteuse. Cela permettra de vérifier si ces prescriptions sont en adéquation avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et les sociétés savantes médicales et para médicales. Si elles ne le sont pas, ces prescriptions seront revues et adaptées selon les recommandations en vigueur.

En parallèle, nous souhaiterions vérifier que le recueil des directives anticipées est réalisé auprès des résidents.

Ce projet fera l'objet de six thèses en médecine avec des sous objectifs spécifiques :

- Thèse n°1 : Pertinence de prescription des médicaments psychotrope, dans le but de vérifier la pertinence médicament par médicament et leur posologie; projet mené par Margaux SCOTTE
- Thèse n°2 : Pertinence de prescription des médicaments anticoagulants et antiagrégants, dans le but d'évaluer leur pertinence et leur surveillance; projet mené par Louis LECOUFFE
- Thèse n°3 : Prescription des médicaments antalgiques selon leurs indications dans le but d'évaluer leur pertinence; projet mené par Olivier DURIEZ
- Thèse n°4 : Les prescriptions de statines; projet mené par Nicolas BEAUDET
- Thèse n°5 : Les prescriptions orales pour les personnes diabétiques de type 2 à l'exception de la Metformine; projet mené par Caroline MARQUETTE
- Thèse n°6 : Respect de la Loi Claeys Léonetti chez les personnes âgées hébergées : Le traçage des « personnes de confiance » et des « directives anticipées de fin de vie ». Dans l'objectif d'une description et proposition d'une méthode visant à renforcer le recueil et l'obtention de ces données pour un meilleur accompagnement. Projet mené par Quentin RABAS

Ces six étudiants en médecine générale procéderont au recueil des prescriptions reçues par les résidents entre juillet et août 2020. Les médecins traitants, salariés du Centre Hospitalier, sont les garants de la démarche.

Ce travail permettra à terme de mettre en débat les prescriptions réalisées au regard de l'organisation en EHPAD et USLD, et des données théoriques pour rendre la pratique et la théorie davantage en phase.

L'enjeu de cette étude est une possible amélioration de votre prise en soins avec des traitements adaptés à vos besoins. Ce n'est toutefois pas une certitude, cela dépendra des audits et des débats pluridisciplinaires. Une restitution générale est prévue en septembre 2020. Nous vous en communiquerons une synthèse si vous le souhaitez. Si des éléments venaient à changer pour vous, vous en serez individuellement informé.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Vous pouvez décider d'interrompre votre participation à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni préjudice de ce fait. Cette décision n'affectera pas la qualité de votre prise en charge ni vos relations avec votre médecin. Si vous refusez, cela ne modifiera en rien votre prise en charge au sein du service. Il vous suffira d'en informer le médecin de la résidence. Vous avez également la possibilité d'accepter de participer à certains des projets de thèse et d'en refuser d'autre.

Afin de réaliser cette étude nous collectons les données inscrites dans votre dossier médical. Cette étude étant strictement observationnelle et rétrospective, elle ne modifie pas la prise en charge dont vous avez fait l'objet. Nous ne vous solliciterons pas pour le recueil des données. La période de recueil des données se fera sur une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2019.

Dans le cadre de cette recherche à laquelle le Centre Hospitalier de Roubaix vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. À cette fin, les données médicales vous concernant seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes agissant pour son compte. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, à d'autres entités du Centre Hospitalier de Roubaix.

Conformément aux dispositions de loi relatives à l'informatique aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'au disposition du nouveau Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation ou d'opposition au traitement des données ainsi qu'un droit à la portabilité de vos données personnelles. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de ces données. Ces droits s'exercent auprès du Délégué à la Protection des Données de l'hôpital, joignable à l'adresse mail suivante : dpo@ch-roubaix.fr. Vous pouvez également effectuer votre demande auprès de votre médecin.

Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Toutes les données concernant votre pathologie seront rendues confidentielles sans mention des noms et prénoms. Seuls les professionnels vous prenant en charge disposent des informations nominatives qui sont consignées uniquement dans votre dossier médical. Les données seront enregistrées de manière anonyme dans une base de données dont le destinataire est le CH de Roubaix.

La base de données ainsi constituée sera conservée dans les systèmes informatiques du Centre Hospitalier de Roubaix pendant la durée de réalisation de l'étude et jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de l'étude. Puis, la base de données sera archivée pendant 15 ans au sein de l'établissement. Passé ce délai, la base de données ainsi que tous les documents relatifs à la recherche seront définitivement détruits.

Vous avez également la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique des Libertés (CNIL), autorité de contrôle et de protection des données, sur son site internet : www.cnil.fr

Le secret médical sera respecté. Cette étude est conforme à la méthodologie de référence (MR-004) telle que définie par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) qui a déclaré le Centre Hospitalier de Roubaix conforme.

Dr Jean-Marc LEFEBVRE
Coordonnateur de l'étude

**Formulaire à retourner en cas d'opposition à la participation de
l'étude observationnelle**

Je, sous signé(e), Madame, Monsieur né(e) le
..... / / **ne souhaite pas** que mes données médicales, une fois anonymisées, soient employées
dans le cadre de l'étude « audit prescription » .

Fait à

Le / /

Signature :

Annexe 5 : Table de conversion CISP2-Etats pathologiques PATHOS

Affections cardio-vasculaire	Insuffisance cardiaque	K28 K77 K81 K83 K84 K99	
	Coronaropathie	K74 K75 K76	
	Hypertension artérielle	K85 K86 K87	
	Troubles du rythme	K05 K78 K79 K80	
	Phlébites, lymphoedème, insuffisance veineuse	K94 K95 K96	
	Embolies et thromboses artérielles, gangrène, amputation		
	Arthériopathies chroniques	K92	
	Hypotension orthostatique	K88	
	Affections neuro-psychiatriques	Malaise, vertiges, perte de connaissance brève, chutes	A06 H82 N17 N79 N80
		Accidents vasculaires cérébraux	K89 K90 K91 N18 N19 N91
Epilepsie, comitialité focale ou généralisée		N07 N88	
Syndrome parkinsonien		N87 N08	
Syndrome confusionnel aigu		P71	
Troubles chroniques du comportement		P04 P15 P17 P80 P79 P82	
Etats dépressifs		P76 P77	
Etats anxieux		A25 P06 P76	
Psychose, délires, hallucinations		P72 P98 P99	
Syndrome démentiel		N28 P20 P28 P70	
Affections broncho-pulmonaires	Broncho-pleuro-pneumopathies	R78 R79 R81 R82 R83 R95 R96 R02 R87	
	Insuffisances respiratoires	R28 R99	
	Embolies pulmonaires	K93	
Pathologies infectieuses	Syndrome infectieux généraux bactériens ou viraux	A70 D70 D72 D73 N71 U70 X70 X92 Y70 Y74	
	Syndrome infectieux locaux	S70 S76	
Affections dermatologiques	Infections urinaires basses	U01 U71 W71	
	Escarres, ulcères et autres plaies	S97	
Affections ostéo-articulaires	Autres lésions cutanées graves	S86 S87 S91 S99	
	Pathologies de la hanche	L13 L89 L75	
Affections gastro-entérologiques	Pathologies de l'épaule	L08 L80	
	Pathologies vertébro-discales	L02 L03 L85 L86	
	Pathologie osseuses d'autres localisations	L15 L17 L72 L73 L74 L76 L82 L94 L95 L70 L99	
	Polyarthrite, pathologies articulaires d'autres localisations	L78 L79 L87 L88 L90 L91 T92	
	Syndrome digestifs hauts	D02 D03 D15 D21 D82 D84 D85 D86 D87 D90	
Affections endocriniennes	Syndrome abdominaux	D04 D07 D12 D16 D17 D88 D89 D91 D92 D94 D99	
	Pathologie hépatique, biliaire, pancréatique	D23 D97 D98	
	Dénutrition	T05 T91	
	Diabète	T89 T90	
Affections uro-néphrologiques	Dysthyroïdies	T85 T86 T81	
	troubles de l'hydratation		
	Retention urinaire	U08	
Autres domaines pathologiques	Insuffisance rénale	U88 U95	
	Incontinence	U02 U04 U28	
Autres domaines pathologiques	Anémie	A10 B80 B81 B82 X12	
	Etats cancéreux	D75 D78 H75 N75 R84 R86 S77 S79 T71 T72	
	Etats cancéreux	T73 U76 U77 U78 X75 X76 X77 X81 Y77 Y85	
	Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoietiq.	B29 B72 B73 B74 B84 B99	
	Syndrome inflammatoire ou fièvre inexpliquée		
	Pathologie oculaires évolutives	F28 F82 F83 F84 F92 F93 F94 F99	
	Etat grabataire, troubles de la marche	A28 L28 Z28	
	Etat terminal à plus ou moins longue échéance	A04 Z22	
	Autres pathologies	A01 A11 A90 H02 H03 H86 N04 N81 N85 N99 N93	
		P85 R06 R24 T82 T93 T99 X29 X78 X87 Y05 Y86	
	N94		

AUTEUR : DURIEZ

Prénom : OLIVIER

Date de soutenance : 21 octobre 2021

Titre de la thèse : Pertinence des prescriptions d'antalgiques dans les EHPAD et USLD du centre hospitalier Victor Provo de Roubaix selon les scores ALGO+ et DOLO+

Thèse - Médecine - Lille « 2021 »

Cadre de classement : *Thèse de médecine générale*

DES + spécialité : *Médecine Générale*

Mots-clés : Douleur, Personne âgée, Antalgiques, EHPAD, USLD

Résumé :

Contexte : La forte prévalence de la douleur chez le sujet âgé, pouvant entraîner une cascade délétère vers un déclin fonctionnel, une perte d'autonomie ou un état dépressif, en fait un enjeu de santé publique. Pourtant, la douleur du sujet âgé est sous-estimée et sous-traitée. Peu de recommandations ou d'études concernant l'usage des médicaments antalgiques existent. Afin d'améliorer leur prescription, un audit des pratiques professionnelles a été réalisé dans trois résidences médicalisées pour personnes âgées du Nord de la France. Il s'agissait d'évaluer la pertinence des prescriptions d'antalgiques selon la traçabilité de la douleur dans les dossiers médicaux.

Méthodes : Une étude observationnelle, rétrospective, multicentrique a été menée dans trois résidences médicalisées (EHPAD USLD) gérées par le CH de Roubaix. Les données démographiques, médicales, cliniques et pharmacologiques ont été recueillies à partir des dossiers informatisés. L'analyse consistait à évaluer le lien entre la prescription d'antalgiques et les scores de caractérisation de la douleur DOLO+/ALGO+ ou les commentaires cliniques tracés dans les dossiers.

Résultats : Au total 294 résidents ont été inclus, de moyenne d'âge de 86 ans et à prédominance féminine (72,8%). La proportion de résidents sous traitement était de 88,8% pour les antalgiques à visée nociceptive et de 10,5% pour ceux à visée neuropathique. 82,7% des prescriptions d'antalgiques nociceptifs et 74,2% des prescriptions d'antalgiques neuropathiques étaient justifiées. Les justifications étaient tracées principalement sous forme de commentaires cliniques (75,1%), les scores des échelles DOLO+ (37,5%) et ALGO+ (38,5%) étant moins utilisés.

Conclusion : La prévalence des antalgiques est élevée en milieu institutionnalisé. Les prescriptions d'antalgiques étaient pertinentes. La justification des prescriptions d'antalgiques gagnerait en fiabilité avec la généralisation de l'utilisation des outils DOLO+/ALGO+/DN4. Une étude prospective permettrait une meilleure évaluation de la pertinence et de l'efficacité des antalgiques.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI, Madame le Docteur Claire PINÇON

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Patrick FOURNIER

