

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 23 juin 2021
Par Mme THACOOR Elise**

**Le rôle du pharmacien d'officine dans le bon usage
des antalgiques opioïdes chez le sujet âgé
de 75 ans et plus**

Membres du jury :

Président : Monsieur Thierry DINE, Professeur de Pharmacie Clinique à la Faculté de Pharmacie de Lille, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier d'Haubourdin

Directeur, conseiller de thèse : Madame Mathilde ORFI-DAMBRINE, Docteur en Pharmacie, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire de Lille

Assesseur(s) : Madame Anne BARON, Docteur en Pharmacie, Mons-en-Barœul



Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



Université de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Nicolas POSTEL
Vice-présidente formation :	Lynne FRANJIÉ
Vice-président recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président relations internationales :	François-Olivier SEYS
Vice-président stratégie et prospective	Régis BORDET
Vice-présidente ressources	Georgette DAL
Directeur Général des Services :	Pierre-Marie ROBERT
Directrice Générale des Services Adjointe :	Marie-Dominique SAVINA

Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-doyen et Assesseur à la recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux relations internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur aux relations avec le monde professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la vie de la Faculté :	Claire PINÇON
Assesseur à la pédagogie :	Benjamin BERTIN
Responsable des Services :	Cyrille PORTA
Représentant étudiant :	Victoire LONG

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
M.	DEPREUX	Patrick	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL

M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences Végétales et Fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences Végétales et Fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique et application de RMN
Mme	DEPREZ	Rebecca	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DEPREZ	Benoît	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences Végétales et Fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie industrielle
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique

M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie thérapeutique
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Éric	Législation et Déontologie pharmaceutique
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle
M.	WILLAND	Nicolas	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique

Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale
Mme	CHARTON	Julie	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL

M.	FLIPO	Marion	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences Végétales et Fongiques
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques

M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / service innovation pédagogique
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	WELTI	Stéphane	Sciences Végétales et Fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DHANANI	Alban	Législation et Déontologie pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	GILLOT	François	Législation et Déontologie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

ATER

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	GHARBI	Zied	Biomathématiques
Mme	FLÉAU	Charlotte	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale
M.	RUEZ	Richard	Hématologie
M.	SAIED	Tarak	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
Mme	VAN MAELE	Laurie	Immunologie

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Thierry Dine,

Pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de toute ma considération.

A Madame Mathilde Orfi-Dambrine,

Pour avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour la confiance que tu m'as accordée et le temps que tu as consacré à cette thèse, ainsi que pour tes précieux enseignements sur la gériatrie lors de mes stages hospitaliers.

A Madame Anne Baron,

Pour m'avoir fait l'honneur de faire partie de ce jury et de juger mon travail. Je tenais également à vous remercier pour m'avoir accueillie et encouragée lors de mon stage de 6^{ème} année de pharmacie et pour toutes les connaissances que vous avez pu me transmettre.

A l'équipe de la Pharmacie des Sarts,

Pour tout ce que vous m'avez appris et pour votre bonne humeur au quotidien.

A mes parents et à mon frère,

Pour m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de mes études, ainsi que pour tout ce que vous faites pour moi.

A mes amies, Alice, Anne-Laure, Floriane et Julie,

Pour votre précieuse amitié et pour tous ces bons moments passés ensemble et ceux à venir.

A Cédric,

Pour m'avoir encouragée et supportée dans la dernière ligne droite de ce long travail.

Table des matières

Partie I – Généralités	14
A- Douleur chez la personne âgée	14
I – Définitions	14
1) Douleur	14
2) Personne âgée.....	15
II – Douleur chez la personne âgée	16
1) Epidémiologie	16
2) Evaluation de la douleur	16
III – Enjeu de santé publique.....	18
B - Traitements.....	19
I – Rappels sur les antalgiques opioïdes.....	19
II – Effets indésirables des antalgiques opioïdes	21
III – Risque iatrogène	21
1) Définition.....	21
2) Facteurs de risque iatrogène	21
IV – Recommandations de prise en charge	24
1) Opioïdes faibles	24
2) Opioïdes forts.....	27
3) Gestion des effets indésirables	29
Partie II – Enquête à l’officine	30
A- Méthodologie	30
B- Résultats.....	31
1) Présentation des patients	31
2) Gestion du traitement	31
3) Evaluation et impact de la douleur	32
a) Evaluation de l’intensité de la douleur.....	32
b) Impact physique de la douleur	33
c) Impact psychologique de la douleur.....	33
d) Importance du traitement antalgique.....	34
4) Traitement	34
a) Soulagement des douleurs	34
b) Fréquence des prises	35
c) Effets indésirables.....	35
d) Evaluation de l’observance	35
e) Traitement antalgique	35

C-	Exemple d'un cas chez un patient atteint de douleurs chroniques	37
1)	Présentation de la patiente.....	37
2)	Problèmes détectés.....	37
3)	Actions menées.....	41
4)	Suivi de la patiente	41
D-	Discussion	42
1)	Discussion sur l'enquête à l'officine.....	42
a)	Discussion sur la population étudiée.....	42
b)	Discussion sur les résultats	43
c)	Discussion sur le cas clinique	45
2)	Rôle du pharmacien d'officine dans le bon usage des antalgiques opioïdes chez la personne âgée.....	48
a)	Analyse de l'ordonnance.....	48
b)	Dispensation du traitement antalgique.....	51
c)	Bilan partagé de médication	54
d)	Préparation des doses à administrer	56
e)	Perspectives d'amélioration	57
	Conclusion.....	60
	Références bibliographiques	61
	Annexes.....	67

Liste des abréviations

ALD	Affection longue durée
ARS	Agence régionale de santé
BPM	Bilan partagé de médication
CKD-EPI	Chronic kidney disease epidemiology collaboration
DP	Dossier pharmaceutique
ECPA	Echelle comportementale de la douleur chez la personne âgée
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
IASP	International Association for the Study of Pain
OFMA	Observatoire français des médicaments antalgiques
PDA	Préparation des doses à administrer
QCD	Questionnaire concis de la douleur
QDSA	Questionnaire douleur de Saint-Antoine

Partie I – Généralités

A-Douleur chez la personne âgée

I – Définitions

1) Douleur

L'IASP (International Association for the Study of Pain) définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en des termes évoquant une telle lésion »(1).

Elle est dite chronique si elle présente plusieurs de ces caractéristiques :

- Persistance ou récurrence
- Durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de trois mois
- Réponse insuffisante au traitement
- Détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail (2).

Il existe plusieurs types de douleur qui se distinguent selon leur mécanisme :

- Les douleurs par excès de nociception qui sont dues à une stimulation des récepteurs périphériques de la douleur, les nocicepteurs, suite à une lésion tissulaire
- Les douleurs neuropathiques qui sont liées à une lésion ou une maladie du système somatosensoriel
- Les douleurs mixtes qui associent une composante nociceptive et une composante neuropathique (3).

2) Personne âgée

Il existe beaucoup de définitions de la personne âgée dans la littérature et il est difficile de définir un seuil selon les critères utilisés.

Une personne est actuellement considérée comme âgée à partir de 75 ans ou 65 ans si une polypathologie est associée(4).

Il faut cependant rappeler que cette population est très hétérogène et on peut distinguer plusieurs profils selon l'état de santé et l'autonomie de chaque sujet :

- Les personnes âgées robustes : ce sont des personnes globalement autonomes, sans difficulté majeure pour les activités de la vie quotidienne et sans pathologie invalidante ;
- Les personnes âgées fragiles : elles présentent un état de santé instable et une vulnérabilité favorisant la survenue d'évènements défavorables pour leur santé ;
- Les personnes âgées dépendantes : elles nécessitent une aide dans les activités basiques de la vie quotidienne, de façon durable.

La fragilité est un syndrome clinique qui est défini par la Société Française de gériatrie et gérontologie comme une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress (5). Ainsi, elle favorise les évènements néfastes tels que des chutes, une perte d'autonomie, la décompensation d'une pathologie chronique, une hospitalisation voire une surmortalité (6).

Elle prend en compte des critères physiques comme la perte de poids récente ou la dénutrition, la diminution de la masse musculaire, la fatigabilité ou l'épuisement, la vitesse de la marche lente et la sédentarité (6) et des critères multidimensionnels comme la cognition, la motivation, l'humeur, l'équilibre, la capacité pour les activités quotidiennes, les comorbidités et les conditions sociales (7).

La fragilité est un état potentiellement réversible, en particulier si elle est prise en charge de façon précoce par des mesures correctives, comme la mise en place d'une activité physique et une alimentation adaptées ou la réduction de la polymédication (8).

II – Douleur chez la personne âgée

1) Epidémiologie

La douleur chronique toucherait 17% de la population générale en France (9). Elle touche particulièrement les personnes âgées : en effet, 21,4% des patients douloureux chroniques ont entre 65 et 74 ans et 35,5% ont 75 ans ou plus (10). Les femmes sont les plus concernées.

Ainsi, la douleur chronique touche 50% des personnes âgées vivant à domicile et 49 à 83% des personnes vivant en institution. De plus, la prévalence de la douleur augmente avec l'âge et atteint les 80% chez les personnes âgées en fin de vie (11).

2) Evaluation de la douleur

La douleur étant un ressenti propre à chaque personne, il est difficile de l'évaluer de façon objective. Elle doit pourtant être quantifiée afin d'apporter une prise en charge adaptée au niveau de douleur ressentie. Pour cela, les échelles d'évaluation de la douleur constituent un outil utile et permettent de mesurer l'intensité de la douleur et son impact sur la vie du patient.

Il en existe plusieurs pouvant être utilisées chez la personne âgée :

- Les échelles d'autoévaluation : le patient évalue lui-même l'intensité de sa douleur.
- Les échelles d'hétéroévaluation : elles sont destinées aux patients non communicants, ne pouvant pas s'autoévaluer. L'évaluation de la douleur est donc réalisée par un soignant.
- Les échelles d'évaluations multidimensionnelles : elles permettent d'avoir un regard plus global sur la douleur et ses conséquences au quotidien et apportent une dimension psychologique et sociale.

Une liste non exhaustive d'échelles utilisables chez la personne âgée est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : échelles d'évaluation de la douleur

Echelles d'autoévaluation	
Echelle visuelle analogique (<i>annexe 1</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Règle graduée : <ul style="list-style-type: none"> - Côté patient : de « aucune douleur » à « douleur maximale imaginable » - Côté soignant : score de 0 à 10
Echelle numérique	<ul style="list-style-type: none"> • Score entre 0 et 10 donné par le patient • Pas de support visuel
Echelle verbale simple (<i>annexe 2</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure par quatre qualificatifs : <ul style="list-style-type: none"> - Aucune douleur - Douleur faible - Douleur moyenne - Douleur intense - Douleur très intense
Echelles d'hétéroévaluation	
Echelle Doloplus (<i>annexe 3</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Concerne la douleur chronique • Dix questions avec score de 0 à 3 • Score ≥ 5 = douleur chronique présente
Echelle AlgoPlus (<i>annexe 4</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Concerne la douleur aiguë • Cinq points d'évaluation • Une réponse positive = un point • Score ≥ 2 = douleur aiguë présente
Echelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée (ECPA) (<i>annexe 5</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Concerne la douleur avant et pendant les soins • Score de 0 à 32 • Permet une réévaluation régulière de la douleur du patient
Echelles d'évaluation multidimensionnelles	
Questionnaire Douleur de Saint Antoine (QDSA) (<i>annexe 6</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Description qualitative et quantitative de la douleur • Evaluation du ressenti émotionnel • Score de 0 à 4 pour chaque question • 15 qualificatifs pour la version abrégée
Questionnaire concis de la douleur (QCD) (<i>annexe 7</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des conséquences de la douleur sur : <ul style="list-style-type: none"> - L'activité quotidienne - La marche - L'humeur - Le sommeil - Les relations avec l'entourage • Score de 0 à 10 pour chaque question

III – Enjeu de santé publique

La forte prévalence de la douleur chez le sujet âgé a pour conséquence une consommation importante d'antalgiques dans cette population. En 2015, 28,1% des patients de plus de 65 ans ont consommé au moins un antalgique opioïde sur l'année (12).

La part de personnes âgées est en constante augmentation dans la population française et la part des plus de 75 ans pourrait doubler d'ici 2070 (13).

De plus, le nombre de prescriptions d'antalgiques opioïdes augmente. Ainsi, entre 2006 et 2017, la consommation du tramadol, seul ou en association avec du paracétamol, a augmenté de 68%, la codéine associée au paracétamol a augmenté de 130% et l'opium associé au paracétamol de 90%. L'augmentation de la consommation de ces opioïdes faibles peut en partie s'expliquer par le retrait de l'association dextropropoxyphène/paracétamol (Di-antalvic®) en 2011 (14).

La consommation des opioïdes forts a quant à elle augmenté de 45% avec une forte progression pour l'oxycodone (+738%) et le fentanyl (+78% pour la forme transdermique et +339% pour la forme transmuqueuse). En revanche, la consommation de morphine, qui reste l'opioïde fort le plus prescrit, a diminué de 18% (14).

Cette progression de la consommation des antalgiques opioïdes s'accompagne d'une augmentation des effets indésirables liés à leur usage. Le nombre d'hospitalisations dues à un antalgique opioïde a augmenté de 167% entre 2000 et 2017, passant de 15 à 40 hospitalisations pour 1 million d'habitants et le nombre de décès a augmenté de 146% entre 2000 et 2015, passant de 1,3 à 3,2 décès pour 1 million d'habitants, soit au moins 4 décès par semaine en France(14).

L'accompagnement des patients âgés utilisant des antalgiques opioïdes apparaît donc comme un enjeu de santé publique et le pharmacien d'officine a un rôle à jouer dans l'amélioration du bon usage de leur utilisation.

B - Traitements

I – Rappels sur les antalgiques opioïdes

Les antalgiques opioïdes sont classés en deux catégories selon leur puissance antalgique : les opioïdes faibles, qui regroupent les antalgiques de pallier II : la codéine, le tramadol et l'opium, qui sont parfois associés au paracétamol ; et les opioïdes forts, qui constituent les antalgiques de pallier III avec notamment la morphine, l'oxycodone et le fentanyl.

Ces opioïdes sont des agonistes des récepteurs morphiniques mu, delta et kappa. Leur mécanisme d'action est présenté dans le tableau suivant.

Tableau 2 : antalgiques opioïdes et mécanismes d'action

Molécule	Mécanisme d'action antalgique	Puissance analgésique par rapport à la morphine orale
Codéine	Métabolisation en morphine, agoniste pur des récepteurs morphiniques mu	1/6
Tramadol	Agoniste des récepteurs mu + inhibition de la recapture de la sérotonine et la noradrénaline	1/5
Opium	Métabolisation en morphine, agoniste pur des récepteurs morphiniques mu	1/10
Morphine orale	Agoniste pur des récepteurs morphiniques mu	1
Oxycodone orale	Agoniste pur des récepteurs morphiniques mu	1,5 à 2
Fentanyl	Agoniste pur des récepteurs morphiniques mu	100

II – Effets indésirables des antalgiques opioïdes

Les effets indésirables classiques des opioïdes sont les suivants :

- Somnolence
- Vertiges
- Nausées, vomissements
- Constipation
- Rétention urinaire
- Dépression respiratoire

Ces effets indésirables sont particulièrement présents lors de l'introduction du traitement (15).

Certains effets indésirables sont plus spécifiques à la personne âgée. Ainsi, l'utilisation d'un antalgique opioïde augmenterait le risque de confusion, de chute et de fracture (16).

III – Risque iatrogène

1) Définition

L'iatrogénie médicamenteuse correspond à « la pathologie ou toute manifestation clinique indésirable pour le patient induite par l'administration d'un ou plusieurs médicaments » (17).

Elle peut se produire dans les conditions normales d'utilisation du médicament ou peut être le résultat d'un mauvais usage, volontaire ou accidentel.

2) Facteurs de risque iatrogène

Les causes d'iatrogénie médicamenteuse sont multiples chez le sujet âgé. Elles peuvent être liées au patient, au médicament lui-même ou encore à l'organisation des soins.

- Modifications pharmacologiques

Le vieillissement entraîne des modifications pharmacologiques chez le sujet âgé.

Les changements pharmacocinétiques sont principalement dus à la distribution et à l'élimination des principes actifs.

En effet, le vieillissement entraîne une diminution de la masse maigre et une augmentation de la masse grasse, ce qui modifie le volume de distribution des principes actifs. Cela a pour conséquence une augmentation des concentrations plasmatiques des molécules hydrophiles, ce qui peut entraîner des surdosages. En revanche, les concentrations plasmatiques des molécules lipophiles diminuent, leur demi-vie d'élimination est prolongée et une accumulation est possible (18). De plus, la dénutrition est fréquente chez le sujet âgé et a pour conséquence une diminution de l'albuminémie, ce qui entraîne une baisse de la fixation des principes actifs à l'albumine. La fraction libre de ces médicaments, qui est la partie active, est donc augmentée, ainsi que leur toxicité.

La diminution physiologique de la fonction rénale est le facteur le plus important à prendre en compte, car c'est le paramètre le plus impacté par le vieillissement et les opioïdes sont majoritairement éliminés par voie rénale. Le débit de filtration glomérulaire et la clairance à la créatinine diminuent, ce qui entraîne une moins bonne élimination des métabolites actifs, donc une accumulation et une augmentation de leur toxicité. La fonction rénale doit donc être estimée grâce à l'évaluation de clairance de la créatinine, idéalement par l'équation CKD-EPI, plus représentative que la formule de Cockcroft et Gault chez la personne âgée (19).

Une altération de la fonction rénale n'entraîne cependant pas de contre-indication à l'usage des antalgiques opioïdes mais nécessite une adaptation des posologies chez le sujet âgé.

Concernant les modifications pharmacodynamiques, on constate que la sensibilité des opioïdes est souvent augmentée chez le sujet âgé, en raison d'une modification des liaisons des principes actifs à leurs récepteurs. Cela entraîne notamment une augmentation de la sensibilité du système nerveux central aux antalgiques opioïdes et une majoration du risque de confusion (20).

Ces modifications peuvent être accentuées selon les pathologies du sujet âgé (par exemple, une insuffisance rénale chronique) ou lors d'évènements aigus (déshydratation, insuffisance rénale aiguë, décompensation cardiaque...) (4).

- Polypathologie et polymédication

Le sujet âgé est souvent polypathologique, ce qui entraîne une polymédication. La polymédication correspond à une prise concomitante de nombreux médicaments. Il en résulte un risque d'interactions médicamenteuses, dont l'importance augmente avec le nombre de médicaments. On considère que les interactions sont trop complexes pour être prévisibles au-delà de trois médicaments utilisés (20). Il faut également prendre en compte l'automédication du patient, dont l'équipe soignante n'est pas toujours informée.

- Difficultés liées à l'administration des médicaments

Le vieillissement peut amener des problèmes concernant l'administration des médicaments comme des troubles de la déglutition nécessitant une adaptation des formes galéniques, une baisse de l'acuité visuelle, des troubles cognitifs ou une diminution des capacités physiques. Ces difficultés peuvent entraîner une mauvaise observance du traitement et donc une perte d'efficacité ou des erreurs médicamenteuses (21).

- Mauvais usage du médicament

Différentes causes peuvent être à l'origine d'une mauvaise utilisation des médicaments :

- Une prescription potentiellement inappropriée : il en existe trois types selon leur problématique.

L'overuse correspond à une sur-prescription ou un excès de traitement ; il se produit lorsqu'un médicament est prescrit en l'absence d'indication ou lorsque le bénéfice est incertain ou non démontré.

Au contraire, l'underuse correspond à une sous-prescription, c'est-à-dire lorsqu'un médicament nécessaire n'est pas prescrit ou lorsqu'il est sous-dosé. Enfin le misuse correspond à une prescription inappropriée, lorsque le rapport bénéfice/risque est défavorable ou qu'une interaction médicamenteuse est identifiée (22).

Des outils existent pour éviter une prescription médicamenteuse inappropriée

chez la personne âgée comme les critères STOPP/START.v2 (23) ou la liste de Laroche (24).

- Une mauvaise coordination entre professionnels de santé : une mauvaise communication entre les différents professionnels de santé (médecin généraliste, médecin spécialiste, pharmacien etc.) peut conduire à des erreurs médicamenteuses comme des redondances ou des interactions médicamenteuses avec un traitement utilisé par le patient et dont l'équipe soignante n'aurait pas connaissance (20).
- Un manque d'information du patient ou de ses aidants concernant son traitement, pouvant entraîner un mésusage ou une mauvaise observance.

IV – Recommandations de prise en charge

Le consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie publié en 2017 émet des recommandations d'utilisation des antalgiques chez la personne âgée (25). Dans le cadre de ce travail, nous nous concentrons principalement sur les recommandations concernant les antalgiques opioïdes.

1) Opioïdes faibles

Les opioïdes faibles (codéine, tramadol et opium) représentent les antalgiques de pallier II. Ils sont utilisés en cas de douleurs d'intensité modérée à sévère ou en cas de soulagement insuffisant de la douleur traitée par du paracétamol seul.

Les douleurs d'origine nociceptives peuvent être soulagées par la codéine, le tramadol ou la poudre d'opium, qui ont une efficacité équivalente.

En revanche, en cas de douleur mixtes (nociceptives et neuropathiques), on utilisera le tramadol en première intention (26). Si le tramadol est inefficace ou mal toléré par le patient, on utilisera alors un autre opioïde faible associé à d'autres principes actifs ayant une action sur les douleurs neuropathiques (tels que certains antidépresseurs ou antiépileptiques).

Le traitement doit être instauré à une posologie faible et augmentée progressivement pour atteindre la dose minimale efficace. La tolérance étant en grande partie dose-dépendante, une augmentation des posologies risque d'entraîner des effets indésirables qui doivent être pris en compte. Les posologies maximales sont rarement atteignables chez les sujets âgés du fait de ces effets indésirables plus fréquents. De plus, les intervalles conseillés entre deux prises doivent impérativement être respectés. Les formes à demi-vie courte sont à privilégier (25).

L'association du paracétamol à un antalgique opioïde est recommandée car le paracétamol augmente le potentiel antalgique des opioïdes sans augmenter leurs effets indésirables (27). Il permet donc une meilleure efficacité pour une même dose d'opioïde.

La forme galénique doit être prise en compte et adaptée au patient : les opioïdes faibles sont quasiment exclusivement disponibles par voie orale en ville, sous forme de gélules, comprimés secs, comprimés orodispersibles ou comprimés effervescents.

En cas de troubles de la déglutition, les formes effervescentes ou orodispersibles sont à privilégier. Les formes effervescentes sont cependant à limiter chez les personnes hypertendues car elles contiennent une quantité de sel non négligeable. Le tramadol existe également sous forme de gouttes buvables mais son usage est normalement réservé à l'enfant et l'adolescent. Cette forme permet néanmoins une adaptation précise des posologies mais peut être compliquée à mettre en place chez une personne âgée seule, pouvant présenter des troubles cognitifs, des tremblements ou des difficultés de préhension, ce qui limite son utilisation au domicile sans aidant.

En cas de voie orale impossible, la poudre d'opium sous forme de suppositoires peut être envisagée.

Les spécialités contenant un antalgique opioïde associé à du paracétamol nécessitent une vigilance accrue quant au risque d'iatrogénie : en effet l'automédication par paracétamol est fréquente chez le sujet âgé et l'association de

deux spécialités en contenant peut mener à un surdosage. Le patient doit donc être informé de ce risque et l'automédication doit lui être déconseillée.

Tableau 3 : liste des antalgiques de palier II disponibles en ville

Molécule	Formes disponibles en ville	Dose maximale
Codéine	Comprimé sec Comprimé effervescent	60mg/prise 180mg/jour
Tramadol	Comprimé sec Gélule Comprimé orodispersible Comprimé effervescent Solution buvable	200mg/prise 400mg/jour
Poudre d'opium	Gélule Suppositoire	25mg/prise 100mg/jour

2) Opiïdes forts

Les opioïdes forts (dont la morphine, l'oxycodone et le fentanyl) représentent les principaux antalgiques de pallier III prescrits en ville (14). Ils sont recommandés pour des douleurs d'intensité très sévère ou en cas de douleurs modérées à sévères non soulagées par des antalgiques de pallier II.

Comme les opioïdes faibles, le traitement doit être initié avec la dose la plus faible puis augmentée progressivement en tenant compte des effets indésirables.

La morphine et l'oxycodone doivent être utilisées à des doses plus faibles chez le sujet âgé car leur concentration circulante est plus élevée que chez le sujet jeune et leur élimination rénale plus lente (25). Les formes à libération prolongée sont utilisées pour avoir une analgésie de fond et les formes à libération immédiate peuvent être ajoutées pour prendre en charge les accès douloureux aigus.

Le fentanyl transmuqueux est recommandé pour les accès douloureux paroxystiques et les gestes douloureux liés aux soins car il a l'avantage d'avoir un délai d'action court et une faible durée d'action, ce qui permet d'éviter certains effets indésirables comme la somnolence pendant les heures suivant la prise. Il doit être utilisé en complément d'un traitement de fond par un opioïde à libération prolongée (28).

Le fentanyl transdermique ne doit pas être utilisé en première intention en cas de prescription d'un antalgique de pallier III car son délai d'action est long et sa durée d'action est prolongée, ce qui rend difficile la phase d'équilibration. De plus, la dose minimale existante sur le marché (12µg/h) correspond déjà à une dose équivalente de morphine orale élevée (environ 30mg/24h) (29). Enfin, sa biodisponibilité est difficile à prévoir car elle dépend de la qualité de la peau du patient, qui est très hétérogène chez le sujet âgé. Il présente cependant certains avantages : il n'y a pas de pic de dose, ce qui limite le risque de dépendance et il entraînerait moins de constipation (30).

Tableau 4 : liste des antalgiques de palier III disponibles en ville

Molécule	Formes disponibles en ville	Dose maximale
Morphine	Gélule Solution buvable	Selon effets indésirables
Oxycodone	Gélule Comprimé sec Comprimé orodispersible	Selon effets indésirables
Fentanyl	Comprimé sublingual Comprimé avec applicateur buccal Comprimé gingival Solution pour pulvérisation nasale Patch	Selon effets indésirables

3) Gestion des effets indésirables

Les effets indésirables sont fréquents chez la personne âgée traitée par antalgique opioïde.

La constipation est un effet indésirable fréquent et doit être particulièrement surveillée chez la personne âgée. En effet, la constipation est plus fréquente dans cette tranche d'âge, en dehors d'un traitement par opioïde. Ces antalgiques viennent donc augmenter ce risque déjà présent naturellement. Afin d'éviter une constipation, il est recommandé d'associer un laxatif osmotique (comme le macrogol) aux règles hygiéno-diététiques : avoir une bonne hydratation, augmenter la part de fibres dans l'alimentation et maintenir une activité physique adaptée (31).

Afin de limiter la somnolence, une attention doit être portée aux co-prescriptions de médicaments sédatifs tels que les anxiolytiques ou antidépresseurs pouvant augmenter ce risque. Il faudra adapter leur posologie et éviter une prise concomitante.

Les nausées et vomissements peuvent être traités avec du métoclopramide (32). Le risque de déshydratation est à prendre en compte car il est plus important chez la personne âgée qui ne ressent pas toujours la sensation de soif. Il faut donc insister sur une bonne hydratation. Pour une meilleure tolérance, l'antalgique peut être pris au cours d'un repas. Enfin si les nausées persistent, un changement de principe actif est à envisager.

Le risque de rétention urinaire est également à prendre en compte, d'autant plus chez les patients souffrant d'une hypertrophie bénigne de la prostate ou traités par d'autres médicaments ayant des effets anticholinergiques, pouvant favoriser une rétention urinaire.

Le meilleur moyen de limiter ces effets indésirables reste d'initier le traitement à la dose la plus faible puis d'augmenter progressivement la dose jusqu'à atteindre une action antalgique efficace (33).

Partie II – Enquête à l’officine

A-Méthodologie

L’objectif de l’étude est d’évaluer l’utilisation des antalgiques opioïdes par des patients âgés et le rôle que le pharmacien d’officine peut avoir pour promouvoir le bon usage de ces médicaments.

Il s’agit d’une étude qualitative, menée du 1^{er} février 2019 au 29 juin 2019, auprès de patients à l’officine.

Un questionnaire a d’abord été élaboré, comportant quatre parties :

- Le patient et son mode de vie.
- La gestion de son traitement au domicile.
- Une évaluation de la douleur et son impact au quotidien :
 - L’intensité de la douleur a été évaluée par deux questions : les patients devaient donner un score entre 0 et 10 à l’intensité de la douleur ressentie de façon générale puis l’intensité ressentie au moment-même de l’entretien (0 correspondant à l’absence de douleur et 10 à la douleur maximale imaginable).
 - L’impact de la douleur sur les capacités physiques des patients a été évalué par 3 questions : les patients devaient donner un score entre 0 et 10 concernant la gêne entraînée par la douleur sur leur activité générale, leur capacité à marcher et sur leur travail quotidien (tâches domestiques etc.).
 - L’impact psychologique de la douleur a été évalué par 5 questions : les patients devaient donner un score entre 0 et 10 concernant la gêne entraînée par la douleur sur leur humeur, leur relation avec l’entourage, le sommeil, le goût de vivre et l’anxiété.
- Le traitement antalgique lui-même : soulagement des douleurs, effets indésirables, observance, connaissance du traitement antalgique et automédication. L’observance des patients a été évaluée grâce au questionnaire d’évaluation de l’observance médicamenteuse (ou MMSA-6) (*annexe 8*), une réponse positive valant un point et une réponse négative zéro.

Le questionnaire est présenté en annexe (*annexe 9*).

Les patients ont été recrutés selon plusieurs critères :

- Leur âge : 75 ans et plus
- Leur traitement : au moins un antalgique opioïde prescrit, de pallier II ou III
- Le caractère chronique de ce traitement : au moins deux prescriptions comportant un antalgique opioïde sur la période d'étude.

L'entretien consistait en un questionnaire semi-directif de 29 questions avec le patient, dans l'espace de confidentialité de l'officine ou au domicile des patients à l'occasion d'une livraison de médicaments.

Les données ont été traitées avec le logiciel Microsoft Office Excel.

B-Résultats

1) Présentation des patients

Vingt-trois patients de l'officine remplissaient les critères d'inclusion. Deux patients ont exprimé un refus, douze patients n'ont pas été vus et neuf ont accepté de répondre au questionnaire.

L'échantillon des patients interrogés était composé de huit femmes et un homme.

La moyenne d'âge des patients était de 82,1 ans ; le patient le plus jeune était âgé de 75 ans et le plus âgé avait 90 ans.

La totalité des patients vivaient seuls, à leur domicile.

2) Gestion du traitement

Sept patients préparaient eux-mêmes leurs médicaments. Une infirmière passait au domicile de deux patients pour préparer leur traitement.

L'administration des médicaments était réalisée par le patient lui-même pour huit d'entre eux. Pour le neuvième patient, une infirmière assistait systématiquement à l'administration.

Les neuf patients souffraient de douleurs chroniques. Un patient souffrait également de douleurs aiguës (sciatiques) au moment de l'étude et un autre de douleurs neuropathiques.

3) Evaluation et impact de la douleur

a) Evaluation de l'intensité de la douleur

Les résultats concernant l'intensité de la douleur des patients sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 5 : Evaluation de l'intensité de la douleur

	Mini- mum	Maxi- mum	Médiane	Score <4	4≤Score ≤7	Score>7
Intensité de la douleur en général	3	7	6	1	8	0
Intensité de la douleur en ce moment	1	8	5	1	7	1

De façon générale, huit patients ressentait une douleur d'intensité modérée (score entre 4 et 7) et un patient ressentait des douleurs faibles (score inférieur à 4).

Au moment de l'entretien, un patient présentait des douleurs faibles, sept patients présentaient des douleurs modérées et un patient présentait des douleurs fortes (score supérieur à 7).

b) Impact physique de la douleur

Les résultats de l'impact physique de la douleur sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 6 : Evaluation de l'impact physique de la douleur

	Mini- mum	Maxi- mum	Médiane	Score <4	4≤Score ≤7	Score>7
Activité générale	0	9	7	1	5	3
Capacité à marcher	4	9	6	0	7	2
Travail habituel	0	9	6	2	4	3

La douleur a un impact modéré à fort sur les capacités physiques des patients, puisqu'au maximum deux patients ont un score inférieur à 4 concernant l'impact de la douleur sur leur activité générale, leur capacité à marcher et leur travail habituel.

c) Impact psychologique de la douleur

Les résultats de l'impact psychologique de la douleur sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 7 : Evaluation de l'impact psychologique de la douleur

	Mini- mum	Maxi- mum	Médiane	Score <4	4≤Score ≤7	Score>7
Humeur	0	7	3	5	4	0
Relation avec les autres	0	6	0	8	1	0
Sommeil	1	9	5	4	4	1
Goût de vivre	0	8	4	4	4	1
Anxiété	0	4	0	8	1	0

Pour huit des neufs patients interrogés, la douleur a un impact faible (score inférieur à 4) sur les relations avec l'entourage et l'anxiété des patients interrogés et un impact faible à modéré (score entre 4 et 7) sur leur humeur, leur sommeil et leur goût de vivre. Seul un patient décrit un impact fort (score supérieur à 7) sur le sommeil et le goût de vivre.

d) Importance du traitement antalgique

Parmi les neuf patients interrogés, six considéraient que leur traitement antalgique était moins important que le reste de leur traitement chronique ; deux patients leur accordaient une importance égale. Enfin, un patient considérait que le traitement antalgique était une priorité par rapport au reste de son traitement chronique.

4) Traitement

a) Soulagement des douleurs

Trois patients ont déclaré que le soulagement apporté par leur traitement antalgique était faible, cinq ont rapporté un soulagement modéré et un patient était complètement soulagé par son traitement.

b) Fréquence des prises

Les neufs patients prenaient leur traitement antalgique tous les jours ; cinq d'entre eux l'utilisaient y compris lorsque qu'ils ne ressentait pas de douleur et quatre attendaient l'apparition des douleurs pour prendre leur traitement.

c) Effets indésirables

Quatre patients n'ont déclaré aucun effet indésirable dû aux antalgiques opioïdes. Le traitement a entraîné une constipation pour trois patients. Un patient a eu des nausées et vomissements avec le tramadol ; le traitement a donc été arrêté et le tramadol a finalement été remplacé par la Lamaline® (paracétamol/poudre d'opium/caféine). Enfin, un patient a déclaré ressentir une somnolence après la prise des opioïdes.

Seuls deux patients connaissaient tous les effets indésirables courants des antalgiques opioïdes ; cinq patients en connaissaient une partie. Deux patients n'en connaissaient aucun.

Les sources d'information étaient à égalité le médecin généraliste, le pharmacien d'officine et la notice du médicament. Un patient avait été informé de ces effets indésirables par un médecin spécialiste.

d) Evaluation de l'observance

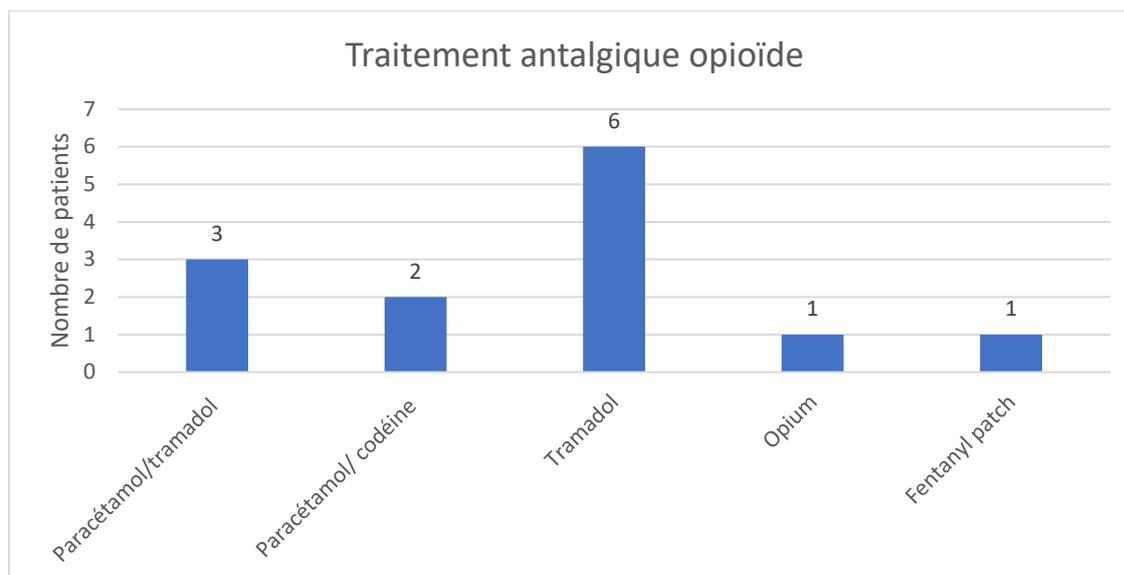
Le score moyen était de 1,5 point, soit une observance moyenne. Un seul patient était considéré comme non observant avec un score égal à 3.

e) Traitement antalgique

Sept patients connaissaient totalement leur traitement antalgique, un patient connaissait partiellement son traitement et un patient ne le connaissait pas du tout (le traitement était géré par l'infirmière).

Les traitements des patients sont présentés dans le graphique suivant.

Figure 1 : liste des antalgiques opioïdes prescrits chez les sujets interrogés



Sept patients utilisaient un seul antalgique opioïde, un patient utilisait deux opioïdes de façon non concomitante. Enfin un patient avait quatre co-prescriptions d'opioïdes ; nous reviendrons sur ce cas par la suite.

Un seul patient utilisait un antalgique de pallier III, les huit autres utilisaient un (ou plusieurs) antalgiques de pallier II.

Deux patients n'utilisaient pas systématiquement de paracétamol avec leur antalgique opioïde et trois n'en utilisaient jamais.

Cinq patients ont déclaré une automédication avec des gels ou des patches anti-inflammatoires.

Enfin six patients utilisaient également des techniques non médicamenteuses pour soulager leurs douleurs, notamment des poches de chaud ou froid et des massages, parfois par le kinésithérapeute.

En plus du traitement antalgique, quatre patients utilisaient un médicament hypnotique pour dormir et un seul patient sur les neufs interrogés utilisait un anxiolytique.

C-Exemple d'un cas chez un patient atteint de douleurs chroniques

Au cours de l'enquête, le cas d'une patiente est ressorti et a nécessité un entretien pour refaire le point sur traitement. Nous allons donc nous concentrer sur ce cas.

1) Présentation de la patiente

Il s'agit d'une patiente de 85 ans, vivant seule à son domicile et gérant seule ses médicaments. Elle était traitée pour des douleurs chroniques et, au moment de l'enquête, pour des douleurs aiguës, en l'occurrence une sciatique.

La patiente prenait son traitement antalgique tous les jours, uniquement lors de l'apparition des douleurs, mais n'était que faiblement soulagée.

Lors de l'entretien, la patiente s'est plainte d'être « complètement perdue » dans ses médicaments, de les oublier et les confondre régulièrement et ne connaissait que partiellement les antalgiques qu'elle prenait.

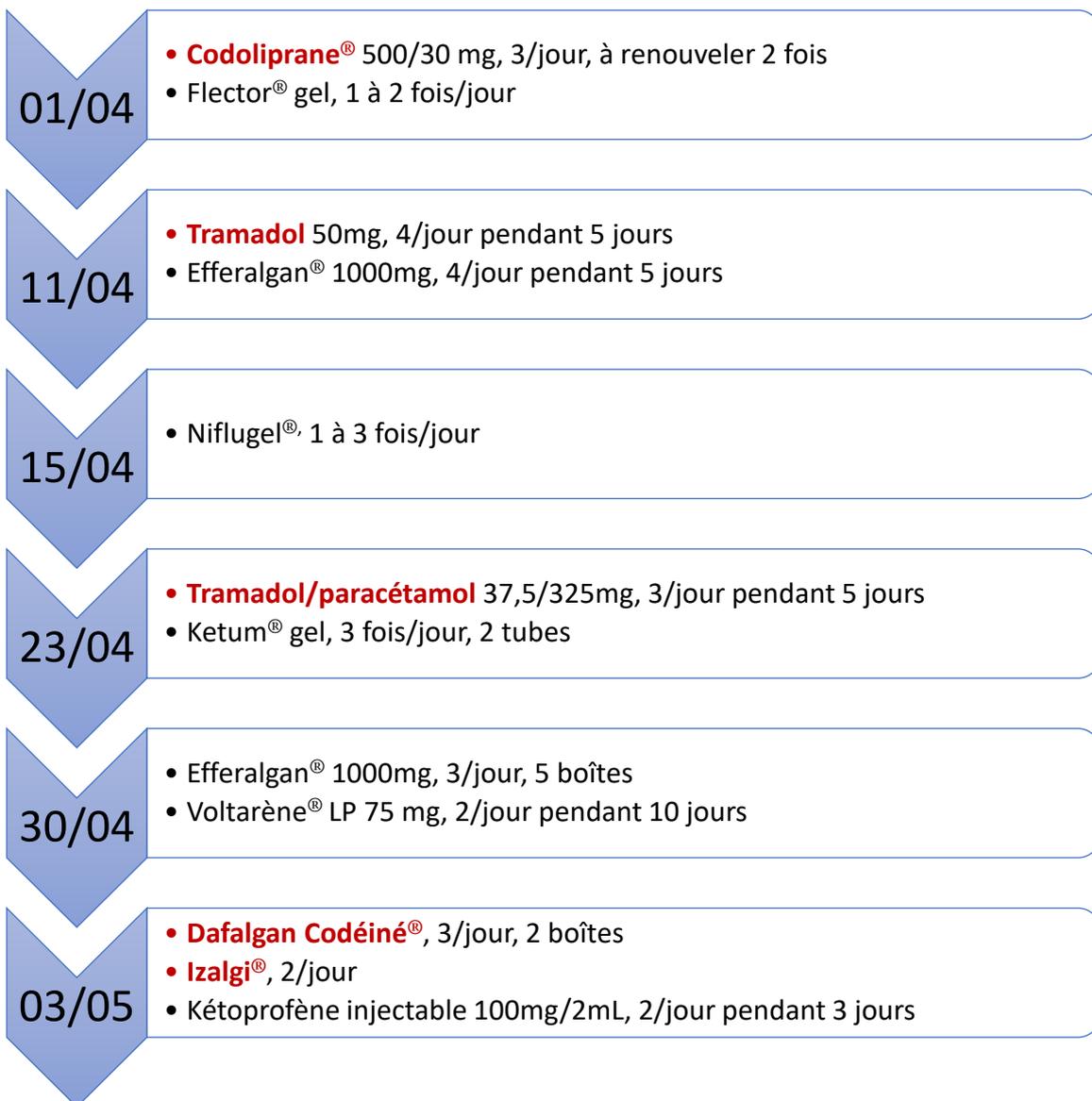
2) Problèmes détectés

La consultation de l'historique de la patiente montrait plusieurs prescriptions d'antalgiques de classe I et II à des dates rapprochées dans les jours précédant l'entretien. En effet, la patiente n'étant pas soulagée, son médecin généraliste changeait régulièrement son traitement.

Afin de sécuriser l'usage des antalgiques opioïdes de la patiente, un entretien lui a été proposé, ainsi qu'une visite à domicile pour faire le tri entre les anciens médicaments et le dernier traitement mis en place.

Lors de l'entretien, nous avons abordé tous les médicaments de la patiente mais dans le cadre de ce travail, je ne parlerai que du traitement antalgique.

La chronologie des prescriptions d'antalgiques, rassemblant les antalgiques de palier I et II, AINS compris, est résumée ci-dessous. Les prescriptions sont retranscrites telles qu'elles ont été rédigées par le médecin. Les antalgiques opioïdes sont écrits en rouge.



La patiente a donc eu cinq prescriptions d'antalgiques opioïdes en un peu plus d'un mois. L'Izalgi[®] (paracétamol/poudre d'opium) n'a pas été délivré au vu du risque de confusion de la patiente avec le reste de son traitement et afin d'éviter tout accident iatrogène.

La visite à domicile a eu lieu le 9 mai, afin de faire un tri dans les médicaments de la patiente et de refaire le point avec elle sur son traitement.

Lors de cette visite, plusieurs problèmes se sont présentés.

Tout d'abord, la patiente ne maîtrisait pas du tout son traitement antalgique et ne savait pas dire avec certitude lesquels elle avait utilisés récemment.

Elle ne respectait pas les temps de prescription et continuait à utiliser les antalgiques au-delà des durées prescrites car les boîtes n'étaient pas finies et elle ne savait plus quand avaient commencé chacun des traitements. Elle faisait donc des associations entre anciens et nouveaux antalgiques opioïdes, de façon aléatoire selon les jours, ce qui pouvait mener à des surdosages (par exemple en associant Codoliprane[®] et Dafalgan Codéiné[®], qui sont tous les deux des associations de paracétamol et codéine).

De plus, elle ne savait pas dire quels antalgiques contenaient du paracétamol et il lui arrivait d'en utiliser de façon concomitante avec Efferalgan. Il y avait donc un risque réel de surdosage en paracétamol.

Le risque de surdosage dû aux redondances de principes actifs est résumé dans le tableau suivant.

Tableau 8 : redondances de principes actifs des spécialités prescrites à la patiente

Spécialités	Redondance de principe actif
Doliprane® Efferalgan® Codoliprane® Dafalgan Codéiné® Tramadol/Paracétamol	Paracétamol
Tramadol Tramadol/paracétamol Codoliprane® Dafalgan Codéiné®	Opioïde
Voltarène® Kétoprofène injectable	AINS systémique
Flector® gel Niflugel® Ketum® gel	AINS topique

La patiente ne respectait pas non plus les posologies et prenait des doses plus faibles que celles prescrites par le médecin, ce qui diminuait l'efficacité des antalgiques et a pu amener à un changement de traitement inutile.

Enfin la patiente avait accumulé au fil des années un grand nombre d'antalgiques différents, qu'elle rangeait un peu partout dans la maison (salon, cuisine, salle de bain, chambre). Certains étaient périmés et la patiente ne savait pas dire si elle les utilisait encore.

3) Actions menées

Suite à la visite au domicile de la patiente, de nombreux médicaments ont été repris afin d'être recyclés : Doliprane[®], Efferlagan[®] (en grande quantité), Codoliprane[®], tramadol/paracétamol, tramadol, Voltarène[®] VO et Niflugel[®]. Le Flector[®] gel n'a pas été retrouvé.

Seuls le Dafalgan Codéiné[®], qui était le traitement en cours à ce moment-là, et une boîte d'Efferlagan[®] ont été laissés chez la patiente. Il a été rappelé à la patiente que ces deux spécialités ne devaient jamais être utilisées ensemble car elles contiennent du paracétamol. Cette consigne a été écrite et affichée pour éviter un oubli de la patiente.

Tous les médicaments ont été réunis au même endroit.

Après lui avoir réexpliqué son traitement (antalgique et chronique), un plan de prise a été rédigé et affiché chez la patiente afin d'améliorer son observance. L'utilisation d'un pilulier lui a été conseillée.

4) Suivi de la patiente

Le lendemain de la visite au domicile, la patiente avait justement rendez-vous avec son médecin. Il lui a de nouveau changé son traitement, en arrêtant le Dafalgan Codéiné[®] et en instaurant un traitement par fentanyl transcutané 25 microgrammes à raison d'un patch tous les trois jours.

L'utilisation des patches a été expliquée lors de la délivrance du traitement au comptoir. Nous avons insisté sur le fait de laisser le patch en place pendant trois jours, sans l'enlever ni en mettre un nouveau.

Nous avons également rappelé à la patiente qu'elle ne devait plus utiliser le Dafalgan Codéiné[®] et lui avons conseillé de ramener le reste des comprimés. Nous avons prévenu la patiente des effets indésirables potentiels du fentanyl (constipation, nausées, vertiges, somnolence). Un nouveau plan de prise a été rédigé pour éviter toute erreur.

L'entretien avec la patiente et les actions menées ont été résumés dans un courrier destiné au médecin généraliste, sans retour de sa part.

Deux jours plus tard, la patiente a appelé la pharmacie pour se plaindre d'une grande fatigue et de légers vertiges occasionnels. Nous lui avons conseillé d'attendre la fin des trois premiers jours avant d'arrêter le traitement et de contacter son médecin si la tolérance ne s'améliorait pas avec le temps.

L'après-midi même, sa fille nous a expliqué que la patiente avait demandé à sa voisine ainsi qu'à elle-même de l'aider à mettre en place le patch de fentanyl le premier jour de traitement : la patiente avait donc deux patchs de fentanyl 25µg durant ces trois jours.

Il a donc été convenu entre la patiente et sa fille que cette dernière serait la seule à s'occuper de son traitement antalgique et qu'elle ne devait plus demander d'aide à sa voisine.

L'évènement a été rapporté au médecin traitant lors d'un entretien téléphonique.

D-Discussion

1) Discussion sur l'enquête à l'officine

a) Discussion sur la population étudiée

Seuls neuf patients ont été interrogés dans le cadre de cette étude. Néanmoins, il s'agit d'une étude qualitative qui permet d'étudier et de comprendre le comportement et le ressenti des patients et qui n'a pas pour objectif de mesurer ou quantifier des données dans une population donnée (34). Elle ne nécessite donc pas un grand nombre de participants.

De plus, seuls 23 patients de l'officine correspondaient aux critères d'inclusion. Le taux de participation est donc de 39%, ce qui est correct pour ce type d'enquête (35).

Nous aurions pu inclure les personnes âgées de 65 ans et plus avec polypathologie afin d'avoir un échantillon plus important. Cependant, le risque iatrogène est plus présent chez la personne âgée fragile (36) (24) et la fragilité augmente avec l'âge(37) (38). Ainsi, d'après Collard et al., la prévalence de la fragilité serait de 4% entre 65 et 69 ans, 7% entre 70 et 74 ans, 9% entre 75 et 79 ans, 16% entre 80 et 84 ans et 26% après 85 ans (39). Il semble donc plus pertinent de se concentrer sur la population âgée de 75 ans et plus car le pharmacien d'officine a un rôle plus important à jouer dans le bon usage des antalgiques opioïdes chez ces patients.

On peut noter un biais de sélection des patients car seuls des patients communicants ont été interrogés au cours de l'enquête. Le questionnaire demandait une auto-évaluation de la douleur et n'aurait donc pas été adapté pour évaluer la douleur chez une personne âgée non communicante, qui nécessite une hétéroévaluation de sa douleur par des échelles spécifiques (40).

b) Discussion sur les résultats

- Evaluation et soulagement de la douleur

Huit des neuf patients interrogés présentaient une douleur modérée de façon générale et un seul patient déclarait être complètement soulagé par son traitement antalgique. Le traitement antalgique ne semble donc pas adapté pour la majorité des patients et devrait donc être réévalué avec le médecin traitant afin de leur apporter un meilleur soulagement de leur douleur.

La douleur de la personne âgée est fréquemment sous-évaluée et sous traitée. La douleur peut être difficile à évaluer en particulier chez la personne âgée non communicante car une mauvaise communication verbale ou des troubles cognitifs peuvent diminuer ou augmenter l'expression de la douleur (41). Une hétéroévaluation de la douleur est nécessaire chez ces patients, ce qui peut entraîner une sous-estimation de la douleur par le soignant chargé de l'évaluation (42). De plus, Cleeland et al. montre que les personnes âgées de 70 ans et plus ont plus souvent un traitement antalgique insuffisant face à la douleur exprimée par le patient (43) ; leur prescription est donc plus souvent inadaptée que dans la population générale.

Enfin, les personnes âgées peuvent négliger leur douleur en pensant que la douleur est un symptôme inévitable du vieillissement (44). Cela semble être le cas des sujets interrogés car six d'entre eux trouvaient que leur traitement antalgique avait une importance moindre par rapport à leurs autres médicaments.

- Impact de la douleur

L'enquête montre que la douleur a un impact physique important sur les sujets interrogés.

La douleur entraîne notamment des difficultés pour la marche. Or, une baisse de la vitesse de la marche est un facteur de fragilité de la personne âgée important : Abellan Van Kan et al. montre dans une étude de 2009 qu'un ralentissement de la marche est un marqueur du risque de dépendance, de troubles cognitifs, de chutes et de mortalité (45). Une étude de Hardy et al. montre que l'amélioration de la vitesse de marche entraîne une meilleure espérance de vie à 5 et 10 ans (46).

De plus, les difficultés pour marcher pourraient dissuader les sujets âgés de sortir de leur domicile, ce qui aurait pour conséquence d'encourager un déclin fonctionnel et une perte d'autonomie comme le montre une étude de Jacobs et al (47).

La douleur entraîne également une baisse de l'activité générale des patients interrogés. Une baisse de l'activité générale est l'un des principaux marqueurs prédictifs d'une perte d'autonomie et une entrée dans la dépendance comme le montre Vermeulen et al (48). Van Den Brink et al. montre également que la conservation d'une activité physique quotidienne comme marcher ou jardiner permet d'éviter la survenue d'une incapacité (49).

En revanche, on constate que la douleur a un faible impact psychologique sur les patients interrogés : en effet la douleur a peu de conséquence sur l'anxiété, les relations avec leur entourage et un impact faible à modéré sur leur humeur et leur sommeil. Cela est confirmé par le faible nombre de prescriptions d'anxiolytiques dans l'échantillon (un seul patient sur les neuf interrogés). Ces résultats vont à l'encontre de la littérature qui montre que la douleur chronique est souvent associée à l'anxiété, les troubles de l'humeur ou la dépression (50). Néanmoins, Sheng et al. montre dans une étude que les antalgiques opioïdes auraient un effet thérapeutique sur les dépressions induites par la douleur chronique (51).

Une prise en charge de la douleur adaptée apparaît donc comme un enjeu de santé publique, car elle permet de préserver les capacités physiques des sujets âgés et d'éviter une perte d'autonomie et une entrée dans la dépendance. Elle permet également de limiter l'anxiété et la dépression induites par la douleur, ce qui entraîne une diminution des prescriptions d'anxiolytiques et d'antidépresseurs et donc de la

polymédication du sujet âgé. Un traitement antalgique permettant un soulagement efficace des douleurs pourrait donc être un des traitements de la fragilité du sujet âgé (52).

- Manque d'information des patients

Sept patients interrogés connaissaient bien leur traitement antalgique : nom du ou des médicaments et leur posologie. En revanche deux patients ne connaissaient pas totalement leur traitement. De plus, seuls deux patients sur neuf connaissaient la totalité des effets indésirables rencontrés fréquemment lors de l'utilisation des antalgiques opioïdes, cinq en connaissaient une partie et deux n'en connaissaient aucun. Cela montre que l'information donnée au patient est insuffisante et doit être améliorée, par le pharmacien d'officine par exemple.

Ce manque de connaissance du traitement antalgique diminue la qualité de la prise en charge du patient. Le patient risque de ne pas faire le lien entre un effet indésirable et son traitement antalgique et de ne pas savoir quelles mesures sont à prendre face à cet effet indésirable.

De plus, les patients ne connaissant pas la composition de leur traitement antalgique risquent de provoquer un surdosage en cas d'automédication, notamment par du paracétamol, contenu dans les associations fixes avec un antalgique opioïde (tramadol/paracétamol, codéine/paracétamol ou poudre d'opium/paracétamol). La prise concomitante de plusieurs spécialités contenant du paracétamol est une cause fréquente d'intoxication involontaire et peu de patients savent identifier la présence de paracétamol dans une spécialité médicamenteuse (53).

L'amélioration de l'information du patient est donc importante afin de sécuriser l'utilisation des antalgiques et d'améliorer la prise en charge de la douleur.

c) Discussion sur le cas clinique

Le cas clinique confirme l'importance de la consultation de l'historique médicamenteux du patient par le pharmacien d'officine : il a permis de repérer le risque iatrogène entraîné par l'accumulation des prescriptions des différents antalgiques opioïdes à des dates rapprochées chez une personne âgée fragile et

semblant présenter de légers troubles cognitifs. La consultation de l'historique a également permis une analyse de l'ordonnance du 3 mai plus pertinente : ajouter deux antalgiques opioïdes différents au traitement de la patiente qui se disait perdue dans tous ses médicaments paraissait inapproprié.

La patiente ne se servait pas de la totalité des doses qui lui était délivrées, ce qui a entraîné une accumulation d'antalgiques à son domicile au fil du temps, principalement de palier I (paracétamol) mais également différents antalgiques opioïdes. Cette accumulation de différents médicaments pouvait conduire à des accidents iatrogènes puisque la patiente mélangeait des antalgiques d'anciennes prescriptions avec les antalgiques des prescriptions en cours.

La quantité des médicaments délivrés à la patiente aurait pu être limitée par le pharmacien en réévaluant au comptoir sa douleur et ses besoins réels en antalgiques. Depuis le 1^{er} juillet 2020, le pharmacien d'officine peut adapter la dispensation de certains médicaments, dont les antalgiques de palier I et les antalgiques opioïdes de palier II. L'avenant n° 20 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie établit que le pharmacien d'officine peut « mettre en œuvre par le biais d'une « intervention pharmaceutique » une dispensation adaptée aux besoins thérapeutiques du patient, en s'assurant de la bonne observance des traitements prescrits » (54). La dispensation adaptée permet d'évaluer l'observance du patient, de diminuer le risque iatrogène et de limiter le gaspillage : elle permet donc d'améliorer le bon usage des antalgiques opioïdes.

Ce cas montre également l'importance de la surveillance de l'armoire à pharmacie. Une thèse de médecine générale montre que les antalgiques, dont les antalgiques opioïdes, sont les médicaments les plus retrouvés dans les armoires à pharmacie des personnes âgées de 75 ans et plus et font partie des médicaments les plus impliqués dans les interactions médicamenteuses avec le traitement prescrit en cours (55). L'auteur recommande un contrôle annuel de l'armoire à pharmacie des patients âgés polymédiqués par un professionnel de santé, par le pharmacien d'officine par exemple, tout en reconnaissant que cette mission serait très chronophage, ce qui pourrait être un frein à sa mise en place. Le pharmacien d'officine peut en revanche renforcer la communication sur le tri des médicaments

auprès de ces patients et les encourager à ramener à la pharmacie les médicaments non utilisés ou périmés. Cela permettrait de limiter l'automédication et le risque d'iatrogénie médicamenteuse chez ces patients.

Le traitement a été revu avec la patiente sous la forme d'un entretien à son domicile. Un bilan partagé de médication aurait pu être mis en place : cela aurait pu nous permettre une analyse plus précise du traitement de la patiente car nous aurions eu accès à des informations pertinentes telle que l'évaluation de la fonction rénale qui joue un rôle important dans l'élimination des antalgiques opioïdes et qui aurait pu entraîner des adaptations de posologie. Nous aurions alors pu proposer des interventions pharmaceutiques structurées au médecin traitant de la patiente.

Le traitement par fentanyl transcutané a entraîné une erreur médicamenteuse chez la patiente : la patiente a pris une double dose pendant deux jours car elle avait demandé de l'aide à la fois à sa voisine et à sa fille pour appliquer le patch. Cette erreur médicamenteuse a occasionné de légers vertiges et une somnolence chez la patiente. De plus, le traitement par fentanyl n'a pas été instauré à la dose la plus faible, qui est de 12 µg, contrairement aux recommandations, ce qui a pu aggraver les effets indésirables.

Cet évènement indésirable met en évidence une mauvaise communication entre les différents intervenants. Une étude concernant les erreurs médicamenteuses chez le sujet âgé montre que les erreurs de dose sont les erreurs les plus fréquentes puisqu'elles représentent plus de 34% des erreurs chez le sujet âgé (56). Cette erreur aurait pu être évitée en mettant en place un moyen de communication centralisant les informations concernant le traitement antalgique, comme un carnet de suivi à remplir par les différents acteurs intervenants auprès de la patiente. Une thèse de médecine générale a montré l'intérêt d'un carnet de suivi de la douleur chez le patient âgé (57) : il permet de regrouper les informations des différents professionnels de santé, du patient et de ses aidants et de réévaluer régulièrement la douleur du patient, la pertinence et la tolérance du traitement antalgique. Ainsi il permet d'éviter les doublons de prescriptions et diminue le risque iatrogène.

Afin de sécuriser la prise des antalgiques de la patiente qui se disait perdue dans son traitement, nous aurions également pu lui proposer de lui préparer un pilulier de

façon hebdomadaire. La préparation des doses à administrer permet de sécuriser la prise des médicaments et de réduire les erreurs de doses ou de médicaments. Elle reste cependant assez difficile à mettre en place pour les patients de l'officine car elle demande une organisation importante et est assez chronophage.

2) Rôle du pharmacien d'officine dans le bon usage des antalgiques opioïdes chez la personne âgée

a) Analyse de l'ordonnance

- Validité de l'ordonnance

Lorsqu'un patient âgé se présente avec une ordonnance pour un antalgique opioïde, le pharmacien d'officine commence d'abord par vérifier sa validité juridique et réglementaire.

Les opioïdes de palier III sont classés comme médicaments stupéfiants et en suivent donc la réglementation : le prescripteur rédige en toutes lettres le dosage et la posologie de la spécialité, sur une ordonnance sécurisée ; la durée de prescription est limitée ; le chevauchement est interdit sauf mention contraire du prescripteur. La délivrance doit se faire dans les trois jours suivant la date de prescription ; dans le cas contraire, le pharmacien délivre le nombre d'unités correspondant à la durée de prescription restante.

Parmi les antalgiques opioïdes de palier II, le tramadol bénéficie d'un statut particulier : depuis le 15 avril 2020, sa prescription est limitée à 12 semaines (58) suite à l'augmentation des cas de mésusage et de dépendance liés au tramadol.

- Analyse pharmaceutique et historique médicamenteux

Le pharmacien procède ensuite à l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance. Il vérifie que la prescription est appropriée au patient et respecte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles comme celles du consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie de 2017 (25), la liste de Laroche (24) et les critères STOPP/START.v2 (23). Dans tous les cas, l'antalgique opioïde doit être initié à la

dose la plus faible et augmentée progressivement jusqu'à atteindre la dose la plus faible permettant un soulagement des douleurs : « start low and go slow » (59).

Le pharmacien examine l'historique médicamenteux du patient et recherche des interactions médicamenteuses ou des contre-indications entre les traitements délivrés précédemment et la prescription d'antalgiques opioïdes. Les bonnes pratiques de dispensation précisent que « le pharmacien vérifie la présence d'interactions entre les médicaments délivrés au cours d'un même acte de dispensation mais également avec ceux qui ont pu être dispensés antérieurement (avec ou sans prescription) et dont le pharmacien a connaissance. La détection d'une interaction entre plusieurs médicaments est analysée par le pharmacien : mécanisme en cause (pharmacodynamique ou pharmacocinétique), conséquences cliniques éventuelles (majoration des effets thérapeutiques, des effets indésirables), et possibilité de remplacement par un autre médicament avec l'accord du prescripteur, conformément aux dispositions de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique » (60).

Une attention particulière doit être portée aux médicaments sédatifs tels que les benzodiazépines et les hypnotiques assimilés, qui sont fréquemment prescrits chez la personne âgée (61) : ils augmentent le risque de somnolence, de dépression respiratoire, de coma et de décès lorsqu'ils sont associés aux antalgiques opioïdes. Les associations avec d'autres médicaments dépresseurs sédatifs, tels que certains antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques ou antihistaminiques sont également à prendre en compte, ainsi que les médicaments anticholinergiques qui pourraient augmenter le risque de constipation et de rétention urinaire.

Le tramadol peut entraîner un syndrome sérotoninergique en cas d'association à un médicament sérotoninergique.

L'historique médicamenteux peut être établi en consultant les données du fichier client de la pharmacie et grâce au Dossier Pharmaceutique (DP) du patient s'il en a un. Le DP centralise l'historique de tous les médicaments délivrés lors des quatre derniers mois. Ainsi, le pharmacien a connaissance des médicaments qui ont été délivrés dans d'autres pharmacies. Cela permet de limiter le risque d'interactions médicamenteuses et de sécuriser la dispensation du traitement antalgique (62). Le DP permet également de repérer un nomadisme médical et un usage abusif des antalgiques opioïdes pour les patients ayant l'habitude d'aller dans plusieurs pharmacies. Les personnes âgées sont toutefois moins associées au risque de

dépendance et de mésusage de ces médicaments que les patients jeunes (63) mais cela reste un risque à surveiller. L'ouverture du DP et son alimentation dépendent de la volonté du patient : le pharmacien d'officine doit donc encourager son utilisation afin de sécuriser la dispensation des antalgiques opioïdes et limiter le risque iatrogène.

De plus, afin d'avoir une analyse complète du risque d'interactions médicamenteuses, l'automédication de la personne âgée doit être recherchée, en particulier concernant le paracétamol.

- Adaptation de la forme galénique

Le pharmacien d'officine doit s'assurer que la forme galénique est adaptée au patient. La prévalence des troubles de la déglutition chez les personnes âgées vivant à leur domicile est estimée entre 8 et 15% (64). Les formes orales sèches (comprimés, gélules) ne conviennent pas à ces patients.

Certaines formes galéniques peuvent faciliter l'administration des antalgiques opioïdes.

Les comprimés effervescents sont dissouts dans un verre d'eau, il suffit au patient de boire le mélange. Leur inconvénient principal est dû à la quantité non négligeable de sel contenue dans ces comprimés, ce qui peut être un frein pour les patients hypertendus devant diminuer leur apport en sel.

Il existe également des formes orodispersibles : les comprimés sont à laisser fondre dans la bouche, sous la langue.

Ces formes ne sont cependant pas disponibles pour tous les antalgiques opioïdes. Il existe une forme rectale à base de poudre d'opium (Lamaline® suppositoire) mais les formes rectales ne sont pas toujours acceptées par les patients.

Le fentanyl est disponible sous forme de patch à appliquer sur la peau ; cette forme peut nécessiter l'aide d'un aidant pour la mise en place du patch.

Le tramadol et la morphine sont disponibles sous formes de solutions buvables en pharmacie de ville. Cette présentation permet d'ajuster les doses de façon précise : pour la solution buvable de tramadol, une goutte contient 2,5 milligrammes de tramadol et pour la solution buvable de morphine, une goutte contient 1,25 milligramme de morphine. De plus, cette forme galénique permet de mettre en place

une titration orale pour chaque patient : le traitement est initié à un faible dosage puis les doses sont progressivement augmentées jusqu'à atteindre la dose la plus faible permettant d'obtenir une antalgie optimale pour le moins d'effets indésirables possibles. La titration permet une meilleure tolérance des antalgiques opioïdes et une diminution des effets indésirables (65),(30). La présentation en goutte peut néanmoins être difficile à utiliser par des personnes âgées présentant des troubles cognitifs, des troubles de la préhension, des troubles de la vue ou des tremblements et peut nécessiter l'intervention d'un aidant.

b) Dispensation du traitement antalgique

- Lors de la première délivrance

Lors de la dispensation du traitement antalgique, le pharmacien d'officine explique le traitement au patient en précisant la posologie, le mode d'administration et les intervalles à respecter entre chaque prise. Afin d'éviter les erreurs de médicament de la part du patient, le pharmacien doit noter les correspondances des noms entre les princeps et les génériques sur les boîtes et sur l'ordonnance.

Si le patient a plusieurs antalgiques opioïdes prescrits, le pharmacien explique la différence entre les formes à libération immédiate et les formes à libération prolongée. Les antalgiques à libération prolongée agissent sur plusieurs heures et sont utilisés comme un traitement de fond de la douleur. Les formes à libération immédiates agissent sur une durée plus courte et doivent être pris en cas d'apparition de douleurs non soulagées par les antalgiques à libération prolongée, comme un traitement de crise.

Afin d'améliorer la compréhension et l'observance du patient, le pharmacien peut rédiger schéma et plan de prise et proposer l'utilisation d'un pilulier.

La présence de paracétamol doit être signalée aux patients traités par une association fixe d'antalgique opioïde et paracétamol. L'automédication par du paracétamol doit être déconseillée : les noms de marques fréquemment rencontrés contenant du paracétamol doivent être précisés au patient (Doliprane[®], Dafalgan[®], Efferalgan[®]) afin de lui permettre d'identifier le risque de surdosage.

De façon générale, l'automédication doit être déconseillée au patient, afin de limiter le risque d'iatrogénie médicamenteuse.

Le pharmacien d'officine informe également le patient du risque d'effets indésirables liés à l'utilisation des antalgiques opioïdes : constipation, somnolence, nausées et vomissements, rétention urinaire et confusion. Le pharmacien donne des conseils pour limiter ces effets indésirables :

- Afin d'éviter la constipation, le patient doit mettre en place des règles hygiéno-diététiques : augmenter les quantités de fibres dans l'alimentation, boire régulièrement de l'eau et garder une activité physique adaptée dans la mesure du possible. Un laxatif osmotique doit être prescrit.
- En cas de nausées, les antalgiques opioïdes peuvent être pris au cours d'un repas afin d'améliorer leur tolérance. En cas de vomissements, le patient devra boire régulièrement de petites quantités d'eau afin d'éviter le risque de déshydratation.
- Eviter la prise concomitante d'un antalgique opioïde avec un médicament sédatif pour limiter la somnolence : le pharmacien adapte le plan de prise selon les habitudes du patient.
- La consommation d'alcool doit être déconseillée avec les antalgiques opioïdes car ils augmentent le risque de somnolence et de dépression respiratoire.
- Une diminution anormale du volume des urines doit être signalée.

Le patient doit être encouragé à signaler ces effets indésirables à son médecin traitant qui jugera si un changement de traitement est nécessaire.

L'OFMA a publié en 2018 un document à remettre aux patients recevant un traitement antalgique (*annexe 10*) : il peut être commandé par le pharmacien afin de renforcer l'information de ses patients traités par antalgiques opioïdes.

Le pharmacien d'officine peut également proposer des techniques non médicamenteuses en complément du traitement par antalgique opioïde. Certaines techniques sont faciles à mettre en place au domicile du patient, comme le massage (66) ou l'application de poches de gel chaudes ou froides (67) sur les zones douloureuses. Ces techniques ont l'avantage de ne pas comporter de risque d'interaction avec le traitement médicamenteux et peuvent être utilisées comme un traitement adjuvant, notamment avec la participation d'un kinésithérapeute.

- Lors du renouvellement

Le renouvellement du traitement antalgique est l'occasion pour le pharmacien d'évaluer la douleur du patient et le soulagement apporté par le traitement opioïde. Cette évaluation peut être faite rapidement au comptoir par l'échelle verbale simple par exemple.

Chez la personne âgée, il est important d'éviter de changer de spécialité, en particulier concernant les génériques de laboratoires différents, qui peuvent être source d'erreur. Il est cependant fréquent qu'un médicament soit en rupture chez un laboratoire, ce qui oblige le pharmacien à changer de laboratoire pour assurer la continuité du traitement antalgique. Le changement de présentation doit alors être signalé au patient.

Le pharmacien peut également évaluer la bonne tolérance du patient en l'interrogeant sur la présence d'effets indésirables. Si besoin, les conseils concernant la gestion des effets indésirables doivent être rappelés. Si les effets indésirables sont trop importants, le pharmacien d'officine invite le patient à en faire part à son médecin traitant en vue d'un éventuel changement de traitement.

En cas de changement du traitement par antalgique opioïde, le pharmacien d'officine conseille au patient de ramener son ancien traitement à la pharmacie afin qu'il soit éliminé par l'organisme Cyclamed®. Cela permet d'éviter l'accumulation de différents antalgiques opioïdes au domicile du patient et de limiter ainsi le risque d'erreur médicamenteuse.

Le renouvellement du traitement antalgique est le moment propice pour évaluer l'observance du patient âgé. L'évaluation peut se faire grâce au questionnaire d'évaluation de l'observance proposé par l'assurance maladie (*annexe 8*) qui est simple et rapide à utiliser. Si le patient est peu observant, il faut chercher la cause de cette non-observance. Elle peut être liée à un horaire de prise peu pratique pour le patient, à des craintes ou des croyances du patient concernant son traitement, à une mauvaise tolérance ou une galénique non adaptée. L'oubli du traitement antalgique peut paraître invraisemblable comme cause de non-observance car la douleur est un symptôme « bruyant », c'est-à-dire ressenti par le patient. Une étude de Perrot et al. (68) montre cependant que parmi les patients atteints de douleurs sévères et non

observants, 28% des patients justifient leur manque d'observance par l'oubli du traitement antalgique.

L'amélioration de l'observance passe par une écoute attentive des problèmes rencontrés par le patient. Le pharmacien d'officine rassure le patient sur ses craintes concernant les antalgiques opioïdes et l'aide à mettre en place des mesures correctives pour améliorer son observance. De nouvelles missions telles que les bilans partagés de médication ou la préparation des doses à administrer se développent pour permettre au pharmacien d'officine d'accompagner au mieux le patient âgé et améliorer son observance.

c) Bilan partagé de médication

Le bilan partagé de médication (BPM) est une nouvelle mission du pharmacien d'officine, instaurée en 2018. Elle s'adresse aux patients de 65 ans et plus, pour lesquels au moins cinq médicaments (comptabilisés en nombre de principes actifs) sont prescrits pour une durée d'au moins six mois consécutifs.

Le bilan partagé de médication se déroule en quatre étapes :

- Au cours du premier entretien, le pharmacien recueille des informations auprès du patient concernant ses antécédents, ses habitudes de vie, la gestion de son traitement, les problèmes rencontrés, son automédication et évalue son observance. Le patient fournit ses dernières analyses biologiques (fonction rénale, fonction hépatique, ionogramme etc.) au pharmacien.
- Lors de la deuxième étape, le pharmacien analyse le traitement en prenant en compte les paramètres biologiques et les difficultés rencontrées par le patient. Il détecte les problèmes liés aux médicaments et propose des interventions pharmaceutiques dans un compte-rendu envoyé au médecin traitant qui décide de les suivre ou non.
- Le pharmacien réalise un « entretien conseil » avec le patient : il présente au patient les changements dans son traitement décidés avec son médecin. Il lui fournit un plan de posologie et les conseils concernant ses médicaments. Il répond aux questions du patient.
- Enfin, le pharmacien effectue un suivi régulier de l'observance du patient.

Les objectifs du BPM sont l'amélioration de l'observance du patient et la diminution du risque iatrogène (69).

Le BPM concerne la totalité du traitement chronique du patient. Dans le cas de douleurs chroniques traitées par un antalgique opioïde, il permet de faire le point sur le traitement antalgique tout en ayant une vue d'ensemble des médicaments pris par le patient. De plus, les résultats des analyses biologiques (fonction hépatique, fonction rénale etc.) fournis par le patient permettent une analyse plus pertinente du traitement et des adaptations éventuelles (diminution de posologie, contre-indication etc.).

Le BPM est un moment privilégié avec le patient pour aborder les problèmes qu'il rencontre avec son traitement antalgique et qui pourraient diminuer son observance. Cela peut être une forme galénique inadaptée, un effet indésirable, des oublis de prises dus à un défaut de mémoire ou à un horaire contraignant pour le patient. Ces sujets ne sont pas toujours abordés avec le médecin traitant : la proximité du pharmacien et le fait de réserver un moment spécifique à la pharmacie pour discuter de ces problèmes peut permettre de faciliter l'échange avec le patient concernant les problèmes posés par son traitement antalgique. Un plan de prise adapté aux habitudes du patient permet d'améliorer son observance. En cas d'oubli, l'utilisation d'un pilulier est recommandée.

Avec le BPM, le pharmacien améliore les connaissances du patient et renforce son adhésion au traitement antalgique. Barlési et al. montre dans une étude qu'une meilleure connaissance du traitement antalgique par le patient permet d'améliorer sa prise en charge et de diminuer l'intensité des douleurs (70). De plus, une bonne éducation thérapeutique du patient permet une amélioration de l'observance et une diminution des effets indésirables liés à son traitement (71). Le bilan partagé de médication est donc un très bon moyen d'optimiser la prise en charge des douleurs du sujet âgé par un antalgique opioïde.

Le BPM permet également de renforcer la coordination interprofessionnelle car le pharmacien communique les comptes-rendus et ses propositions thérapeutiques au médecin traitant. Il apporte un point de vue différent grâce à ses compétences pharmaceutiques et aux informations données par le patient concernant ses difficultés qui n'auraient pas été abordées avec le médecin traitant.

d) Préparation des doses à administrer

La préparation des doses à administrer (PDA) est une des étapes de l'acte de dispensation selon l'article R4235-48 du code de la santé publique (72).

L'académie nationale de pharmacie donne une définition de la PDA en 2013 : « La PDA consiste à préparer, dans le cas où cela contribue à une meilleure prise en charge thérapeutique du patient, les doses de médicaments à administrer, de façon personnalisée, selon la prescription, et donc par anticipation du séquençement et des moments des prises, pour une période déterminée. Cette méthode vise à renforcer le respect et la sécurité du traitement et la traçabilité de son administration » (73).

Initialement réservée aux établissements médicaux sociaux, en particulier les EHPAD, la PDA se développe aujourd'hui au domicile des patients. Sa pratique est assez peu réglementée et seules des recommandations de bonnes pratiques encadrent son usage. Concrètement, la PDA consiste en la préparation par le pharmacien d'officine d'un pilulier, souvent hebdomadaire, contenant le traitement du patient à qui il est destiné. Le pharmacien doit donc déconditionner les médicaments pour les reconditionner dans un pilulier sécurisé et étiqueté tout en gardant la traçabilité des médicaments délivrés.

La PDA permet de diminuer les erreurs médicamenteuses et d'améliorer l'observance des patients (74). Elle peut compléter un BPM et est particulièrement pertinente chez les patients ayant du mal à gérer leur traitement comme les personnes âgées présentant des troubles cognitifs ou les patients ayant un traitement complexe avec de nombreux médicaments. Elle peut donc s'appliquer à un traitement par antalgique opioïde, en particulier lorsqu'il y a plusieurs prises dans la journée et un schéma complexe alternant formes à libération immédiate et formes à libération prolongée. Il faut toutefois noter que les médicaments stupéfiants, dont font partie les antalgiques de palier III, ne peuvent pas être inclus dans le pilulier d'après les recommandations de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur (75). De plus, seules les formes orales sèches peuvent être contenues dans un pilulier. Son application dans le cadre des antalgiques opioïdes se limite donc aux antalgiques opioïdes de palier II, sous forme de comprimés ou gélules.

La PDA pour les patients vivant à leur domicile reste peu développée à ce jour car elle demande une bonne organisation à l'officine et peut être assez chronophage. De plus, en l'absence de réglementation, le pharmacien ne peut être rémunéré par l'assurance maladie. Il peut donc décider de facturer ce service au patient ou de l'effectuer gratuitement. Un meilleur encadrement juridique et une rémunération du pharmacien pourrait encourager le développement de la PDA.

e) Perspectives d'amélioration

- Carnet de suivi de la douleur

La mise en place de nouveaux outils comme un carnet de suivi de la douleur tel que celui proposé dans les thèses conjointes de Perrine Kuczera (57) et Justine Lenclud (76) permettrait une meilleure prise en charge de la douleur du sujet âgé. Le carnet rassemble toutes les informations concernant la douleur du patient et son traitement. Il est rempli par le patient lui-même (ou un aidant) et les différents professionnels de santé qui interviennent auprès du patient.

L'utilisation d'un carnet de suivi de la douleur présenterait plusieurs avantages :

- La centralisation des informations concernant les traitements antalgiques prescrits par différents médecins (généraliste et spécialiste) et l'automédication du patient permet d'éviter les doublons de prescription et les redondances de principes actifs.
- Le suivi des douleurs au quotidien permet une réévaluation régulière du traitement antalgique : la consommation d'antalgiques opioïdes est donc limitée et adaptée aux besoins du patient.
- Le renseignement des effets indésirables par le patient permet de mieux évaluer sa tolérance au traitement par antalgique opioïde et d'adapter son traitement si besoin, soit en changeant d'antalgique, soit en traitant ses effets indésirables.
- L'implication du patient dans la gestion de sa douleur et de son traitement antalgique renforce son observance.
- La coordination entre les différents professionnels de santé qui complètent le carnet et consultent les observations des autres professionnels de santé intervenant dans la prise en charge de la douleur du patient.

Un tel carnet peut être difficile à utiliser par une personne âgée présentant des troubles cognitifs. Ces patients sont souvent accompagnés d'un ou plusieurs aidants et le carnet permettrait une meilleure communication avec les aidants du patient.

Une généralisation de ce type d'outils permettrait donc de sécuriser l'utilisation des antalgiques opioïdes et de diminuer le risque iatrogène.

- Visite de l'armoire à pharmacie

Les personnes âgées sont souvent polymédiquées et ont souvent une grande quantité de médicaments délivrés tous les mois. Au fil du temps, et avec des conditionnements parfois supérieurs aux quantités prescrites, les médicaments finissent par s'accumuler au domicile du patient, entraînant un risque d'automédication non adaptée et un risque de confusion et d'erreur médicamenteuse.

Afin de limiter cette accumulation de médicaments, les pharmaciens d'officine communiquent déjà auprès de leurs patients pour les encourager à rapporter à la pharmacie les médicaments non utilisés ou périmés. Malgré ce message de prévention, beaucoup de personnes âgées conservent leurs médicaments non utilisés à leur domicile, par habitude ou par volonté de garder les médicaments « au cas où ». Les antalgiques, notamment les opioïdes, sont concernés par ce problème (55) : certains patients âgés préfèrent garder les boîtes en excès, parfois en vue de les utiliser ultérieurement, en cas de réapparition d'une douleur traitée ponctuellement.

La visite de l'armoire à pharmacie du patient permettrait de diminuer le risque d'interaction médicamenteuse lié à l'automédication du patient.

Cela limiterait également le risque d'erreur ou de redondance médicamenteuse si le patient ne sait pas identifier les différents génériques d'un même médicament conservé dans son armoire à pharmacie. Les antalgiques opioïdes sont particulièrement à risque car un même opioïde peut exister dans plusieurs spécialités aux noms commerciaux différents, ainsi que sous différentes formes galéniques. De plus, le patient n'a pas forcément les connaissances nécessaires pour identifier deux antalgiques différents comme étant des opioïdes. Enfin, le paracétamol est présent dans plusieurs associations fixes avec un antalgique opioïde et sa présence n'est

pas toujours repérée par les patients, qui pourraient provoquer un surdosage en cas d'automédication concomitante par du paracétamol.

Un tri régulier du stock de médicament au domicile du patient est donc un moyen de limiter le risque iatrogène.

La visite de l'armoire à pharmacie pourrait être effectuée par le pharmacien d'officine. Elle pourrait être organisée dans le cadre d'un BPM. Afin d'avoir un tri régulier des médicaments non utilisés, il faudrait cependant répéter l'opération, de façon annuelle par exemple, ou lors d'un changement du traitement antalgique.

Ce service nécessite cependant du temps et n'est pas rémunéré. La création de cette mission de façon officielle, ainsi que sa rémunération, pourraient encourager les pharmaciens d'officine à la mettre en place chez les patients âgés et polymédiqués.

Conclusion

La prévalence de la douleur chez la personne âgée est très élevée. Sa prise en charge est importante car la douleur peut fragiliser le sujet âgé et entraîner des effets néfastes tels qu'un déclin fonctionnel ou une perte d'autonomie.

Les antalgiques opioïdes ont leur place dans la prise en charge des douleurs du sujet âgé. Ils présentent cependant un risque d'iatrogénie médicamenteuse non négligeable dans cette population souvent polypathologique et polymédiquée. Leur utilisation nécessite donc des précautions.

Le pharmacien d'officine a un rôle central dans l'accompagnement du patient âgé traité par un antalgique opioïde. Il sécurise la dispensation en analysant la prescription et en informant le patient des risques et des effets indésirables. Il donne au patient des conseils pour mieux gérer son traitement antalgique et veille à son bon usage.

Le métier de pharmacien d'officine est en pleine évolution. De nouvelles missions, telles que le bilan partagé de médication ou la préparation des doses à administrer, permettent d'améliorer l'observance du patient et de diminuer le risque iatrogène. Elles améliorent également les échanges interprofessionnels entre le pharmacien et les autres professionnels de santé. D'autres mesures préventives pourraient être mises en place à l'avenir et renforceraient le rôle du pharmacien d'officine dans le bon usage des antalgiques opioïdes chez le patient âgé.

Références bibliographiques

1. Merskey H, Bogduk N, International Association for the Study of Pain, éditeurs. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994. 222 p.
2. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient
3. Perrot S. Douleur soins palliatifs et accompagnement [[Texte imprimé]] / Société française d'étude et de traitement de la douleur,... Société française d'accompagnement et de soins palliatifs,... ; sous la direction du pr. Serge Perrot. Paris: Med-Line éditions; 2014. (Perrot S. La collection des enseignants.).
4. Agence française de sécurité sanitaire, des produits de santé. Mise au point. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. juin 2005;12.
5. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. déc 2011;9(4):387-90.
6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 1 mars 2001;56(3):M146-57.
7. Rockwood K. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*. 30 août 2005;173(5):489-95.
8. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty Consensus: A Call to Action. *Journal of the American Medical Directors Association*. juin 2013;14(6):392-7.
9. 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 : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. févr 2013;14(1):4-15.
10. Chenaf C, Delorme J, Delage N, Ardid D, Eschalier A, Authier N. Prevalence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in France using the capture-recapture method: a population-based study. *PAIN*. nov 2018;159(11):2394-402.
11. SFETD. Livre Blanc de la douleur SFETD 2017 - AFVD - Association Francophone pour Vaincre les Douleurs [Internet]. [cité 17 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.association-afvd.com/127-livre-blanc-de-la-douleur-sfetd-2017>

12. Prévalence des sujets âgés avec au moins une délivrance d'antalgique [Internet]. OFMA. [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.ofma.fr/barometres/populations-specifiques/sujets-ages/>
13. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228#consulter>
14. ANSM. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. févr 2019;52.
15. Hunold KM, Esserman DA, Isaacs CG, Dickey RM, Pereira GF, Fillingim RB, et al. Side Effects From Oral Opioids in Older Adults During the First Week of Treatment for Acute Musculoskeletal Pain. *Academic Emergency Medicine*. 2013;20(9):872-9.
16. O'Neil CK, Hanlon JT, Marcum ZA. Adverse Effects of Analgesics Commonly Used by Older Adults with Osteoarthritis: Focus on Non-Opioid and Opioid Analgesics. *Am J Geriatr Pharmacother*. déc 2012;10(6):331-42.
17. Clinique ANDEDP, Limat S, Dupuis A, Fagnoni P, Demoré B, Fernandez C, et al. *Pharmacie clinique et thérapeutique*. Elsevier Health Sciences; 2018. 1283 p.
18. Péhourcq F, Molimard M. Pharmacocinétique chez le sujet âgé. *Revue des Maladies Respiratoires*. nov 2004;21(5):25-32.
19. Haute Autorité de Santé. Évaluation du débit de filtration glomérulaire et du dosage de la créatininémie dans le diagnostic de la maladie rénale chronique chez l'adulte. déc 2011;41(1):6-9.
20. Ferchichi S, Antoine V. Le bon usage des médicaments chez la personne âgée. *La Revue de Médecine Interne*. août 2004;25(8):582-90.
21. Laroche M-L, Roux B, Grau M. Iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée, comprendre et agir. *Actualités Pharmaceutiques*. déc 2017;56(571):28-32.
22. Vogel T, Lang PO. Iatrogénie chez la personne âgée. *Actualités Pharmaceutiques*. janv 2018;57(572):23-5.
23. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. déc 2015;15(90):323-36.
24. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *La Revue de Médecine Interne*. juill 2009;30(7):592-601.
25. 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 : Évaluation - Diagnostic - Traitement*. 1 oct 2017;18.
26. Société Française d'étude et Traitement de la Douleur, Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques: diagnostic, évaluation, traitement en médecine ambulatoire. *Recommandation*

pour la pratique clinique de la Société Française d'étude et de Traitement de la Douleur. *Douleur analg.* mars 2010;23(1):51-66.

27. Edwards JE, McQuay HJ, Moore RA. Combination Analgesic Efficacy: Individual Patient Data Meta-Analysis of Single-Dose Oral Tramadol Plus Acetaminophen in Acute Postoperative Pain. *Journal of Pain and Symptom Management.* 1 févr 2002;23(2):121-30.
28. Poulain P, Michenot N, Ammar D, Delorme C, Delorme T, Diquet B, et al. Mise au point sur l'utilisation du fentanyl transmuqueux chez le patient présentant des douleurs d'origine cancéreuse. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement.* févr 2012;13(1):34-9.
29. Corinne A-A, Jean B, Francis B, Sylvie C, Bernard D, Frédérique L, et al. Du bon usage des dispositifs transdermiques de fentanyl. *SFAP.* 2009;9.
30. Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2009;57(8):1331-46.
31. Moisset X, Trouvin A-P, Tran V-T, Authier N, Vergne-Salle P, Piano V, et al. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations françaises de bonne pratique clinique par consensus formalisé (SFETD). *La Presse Médicale.* avr 2016;45(4):447-62.
32. Bonnet N. Médicaments antalgiques opioïdes : ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire [Internet]. *Respadd.* 2018. Disponible sur: <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/10/Livret-opioides-1.pdf>
33. Wells N. Establishing the safety and efficacy of an opioid titration protocol. *Palliative Medicine.* 2004;21(5):8.
34. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19:4.
35. Vilatte J-C. Méthodologie de l'enquête par questionnaire. 2007;56.
36. Nessighaoui H, Géniaux H, Dantoine T, Laroche M-L. Médicaments et fragilité chez les personnes âgées. Vers une nouvelle entité : la fragilité pharmacologique ? *Therapies.* juin 2016;71(3):275-9.
37. Haute Autorité de Santé. Comment repérer la fragilité en ambulatoire? [Internet]. 2013 juin [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite_vf.pdf
38. Trivalle C. Le syndrome de fragilité en gériatrie. *Médecine et hygiène* [Internet]. novembre 2000 [cité 5 mars 2021];(2323). Disponible sur: <http://gerontoprevention.free.fr/articles/fragilite1.pdf>
39. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Voshaar RCO. Prevalence of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2012;60(8):1487-92.
40. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes

âgées ayant des troubles de la communication verbale. *Acta Endosc.* avr 1998;28(2):151-5.

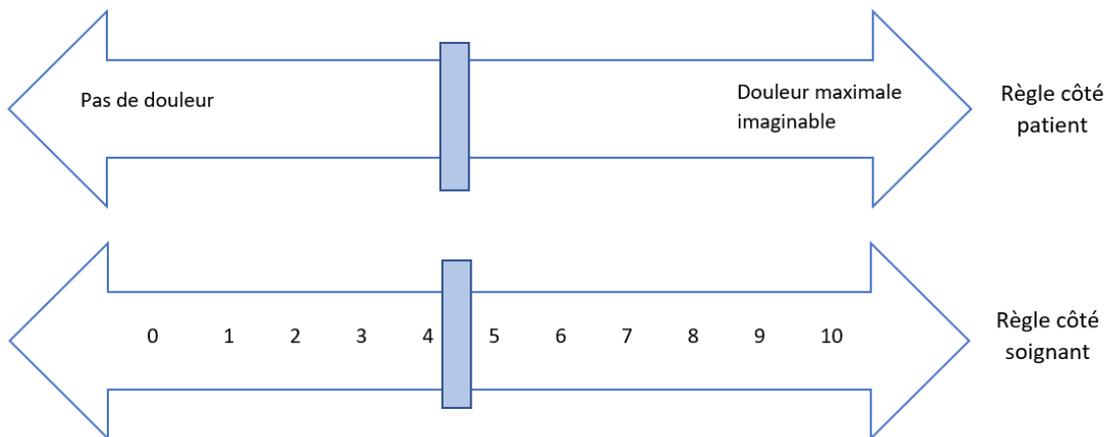
41. Rat P, Bonin-Guillaume S. Douleur du sujet âgé et difficulté d'évaluation. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement.* mars 2008;9(1):2-8.
42. Bayart-Gouin O, Molinié M. Quel instrument pour évaluer la douleur: le soignant ou l'échelle numérique ? *Douleur analg.* sept 2013;26(3):184-9.
43. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, et al. Pain and Its Treatment in Outpatients with Metastatic Cancer. *New England Journal of Medicine.* 3 mars 1994;330(9):592-6.
44. Netgen. Prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-71/31463>
45. Abellan Van Kan G, Rolland Y, Andrieu S, Bauer J, Beauchet O, Bonnefoy M, et al. Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force. *J Nutr Health Aging.* déc 2009;13(10):881-9.
46. Hardy SE, Perera S, Roumani YF, Chandler JM, Studenski SA. Improvement in Usual Gait Speed Predicts Better Survival in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2007;55(11):1727-34.
47. Jacobs JM, Cohen A, Hammerman-Rozenberg R, Azoulay D, Maaravi Y, Stessman J. Going Outdoors Daily Predicts Long-Term Functional and Health Benefits Among Ambulatory Older People. *J Aging Health.* avr 2008;20(3):259-72.
48. Vermeulen J, Neyens JC, van Rossum E, Spreeuwenberg MD, de Witte LP. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC Geriatr.* déc 2011;11(1):33.
49. Van Den Brink CL, Picavet H, Van Den Bos GA, Giampaoli S, Nissinen A, Kromhout D. Duration and intensity of physical activity and disability among European elderly men. *Disability and Rehabilitation.* mars 2005;27(6):341-7.
50. Williams LJ, Pasco JA, Jacka FN, Dodd S, Berk M. Pain and the relationship with mood and anxiety disorders and psychological symptoms. *Journal of Psychosomatic Research.* juin 2012;72(6):452-6.
51. Sheng J, Liu S, Wang Y, Cui R, Zhang X. The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. *Neural Plasticity.* 2017;2017:1-10.
52. Nessighaoui H, Lilamand M, Patel KV, Vellas B, Laroche ML, Dantoine T, et al. Frailty and Pain: Two Related Conditions. *J Frailty Aging.* 2015;4(3):144-8.
53. Severin A-E, Petitpain N, Scala-Bertola J, Latache C, Yelehe-Okouma M, Di Patrizio P, et al. Étude prospective en pharmacie du bon usage et de la connaissance du paracétamol pris en automédication. *Thérapies.* juin 2016;71(3):287-96.

54. Avis relatif à l'avenant no 20 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. 2020 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/694090/document/avenant-20-convention-nationale-pharmacien.pdf>
55. Salingue C. Etude du contenu des armoires à pharmacie et analyse des interactions médicamenteuses chez des sujets âgés de plus de 75 ans, suivis par les maîtres de stage universitaire de la faculté de médecine et de maïeutique de Lille. [Internet]. [Lille]: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2017 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/b3d0ff3b-bec9-4aa3-87fa-bb3ca075639b>
56. Lebègue R, Garat A, Peucelle D, Azzouz R, Mathieu-Nolf M, Nisse P, et al. Étude des erreurs médicamenteuses chez le sujet âgé rapportées au Centre Antipoison de Lille [Internet]. Université de Lille; 2019 [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/869ac115-3a8a-425b-802f-652c9e0f38ef>
57. Kuczera P. Douleur chronique du sujet âgé : évaluation ambulatoire et hospitalière d'un carnet de suivi de la douleur. [Internet]. [Lille]: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2018. Disponible sur: <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/e84e96ad-7e22-4054-8270-7b8fc13867b0>
58. Information de sécurité - Médicaments antalgiques contenant du tramadol- ANSM [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/informations-de-securite/medicaments-antalgiques-contenant-du-tramadol-par-voie-orale-seul-ou-en-association-limitation-de-la-duree-maximale-de-prescription-a-12-semaines>
59. Naples JG, Gellad WF, Hanlon JT. Managing pain in older adults: the role of Opioid Analgesics. *Clinics in Geriatric Medicine*. nov 2016;32(4):725-35.
60. Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000043196022
61. Herr M. Polypharmacy and potentially inappropriate medications: a cross-sectional analysis among 451 nursing homes in France. *Eur J Clin Pharmacol*. 2017;8.
62. Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 22 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
63. Pergolizzi JV, Gharibo C, Passik S, Labhsetwar S, Taylor R, Pergolizzi JS, et al. Dynamic risk factors in the misuse of opioid analgesics. *Journal of Psychosomatic Research*. juin 2012;72(6):443-51.
64. Puisieux F. Swallowing disorders, pneumonia and respiratory tract infectious disease in the elderly. :18.

65. Guillaumé C, Gourdel M, Lescure P. Évaluation de l'efficacité et de la tolérance de la titration de tramadol en suspension buvable chez la personne âgée hospitalisée en court séjour gériatrique. :1.
66. Mitchinson AR, Kim HM, Rosenberg JM, Geisser M, Kirsh M, Cikrit D, et al. Impact du massage dans le traitement de la douleur aiguë postopératoire : résultats d'un essai randomisé. *Journal de Chirurgie*. déc 2008;145(6):613.
67. French S, Cameron M, Walker B, Reggers J, Esterman A. Réduction par la thérapie enveloppante de la douleur et de l'incapacité au cours des phases précoces de la lombalgie. *Kinésithérapie, la Revue*. mars 2007;7(63):13-4.
68. Perrot S, Poulain P, Serrie A, Eschalier A, Mick G, Langley P, et al. Description des prescriptions de traitements pharmacologiques à visée antalgique et de leur observance en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15 000 personnes adultes. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. juin 2013;14(3):119-30.
69. Lehmann H. Un nouveau dispositif d'accompagnement du patient en officine : le « bilan partagé de médication ». *Annales Pharmaceutiques Françaises*. juill 2019;77(4):265-75.
70. Barlési F, Duffaud F, Doddoli C, Gimenez C, Auquier P, Favre R, et al. Impact d'un livret d'information sur la douleur destiné aux patients en oncologie thoracique. *La Presse Médicale*. nov 2004;33(19):1313-8.
71. Ferrell BR. Development and implementation of a pain education program. *Cancer*. 1993;72:3426-32:7.
72. Article R4235-48 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913703/
73. Académie Nationale de Pharmacie. La préparation des doses à administrer - PDA:la nécessaire évolution des pratiques de dispensation du médicament [Internet]. 2013 [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_PDA_Recommandations_.pdf
74. Baroukh C. Amélioration de l'observance médicamenteuse chez le sujet âgé en risque de dépendance. URPS Basse Normandie [Internet]. 2013 [cité 16 avr 2021]; Disponible sur: https://www.medissimo.fr/wp-content/uploads/2014/12/Poster_Fin_Detude_web2.pdf
75. ARS PACA. Fiches pratiques pour la préparation des doses à administrer (PDA) en établissements médico-sociaux [Internet]. 2018 [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-04/Fiches%20pratiques%20pr%C3%A9paration%20de%20doses%20%C3%A0%20administrer%20en%20EMS.pdf>
76. Lenclud J. Douleur chronique du sujet âgé : Elaboration d'un carnet de suivi de la douleur. [Lille]: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2018.

Annexes

Annexe 1 : Echelle visuelle analogique



Annexe 2 : Echelle verbale simple

Douleur au moment présent :	0 Absente	1 Faible	2 Modérée	3 Intense	4 Très intense
Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :	0 Absente	1 Faible	2 Modérée	3 Intense	4 Très intense
Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :	0 Absente	1 Faible	2 Modérée	3 Intense	4 Très intense

Annexe 3 : Echelle Doloplus

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE

NOM :	Prénom :	DATES			
Service :					
Observation comportementale					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1• Plaintes somatiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pas de plainte ▪ plaintes uniquement à la sollicitation ▪ plaintes spontanées occasionnelles ▪ plaintes spontanées continues 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pas de position antalgique ▪ le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle ▪ position antalgique permanente et efficace ▪ position antalgique permanente inefficace 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pas de protection ▪ protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins ▪ protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins ▪ protection au repos, en l'absence de toute sollicitation 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
4• Mimique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mimique habituelle ▪ mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation ▪ mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation ▪ mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide) 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
5• Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sommeil habituel ▪ difficultés d'endormissement ▪ réveils fréquents (agitation motrice) ▪ insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ possibilités habituelles inchangées ▪ possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) ▪ possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels ▪ toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
7• Mouvements	<ul style="list-style-type: none"> ▪ possibilités habituelles inchangées ▪ possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche) ▪ possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements) ▪ mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8• Communication	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inchangée ▪ intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) ▪ diminuée (la personne s'isole) ▪ absence ou refus de toute communication 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
9• Vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...) ▪ participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation ▪ refus partiel de participation aux différentes activités ▪ refus de toute vie sociale 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
10• Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ comportement habituel ▪ troubles du comportement à la sollicitation et itératif ▪ troubles du comportement à la sollicitation et permanent ▪ troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation) 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
		SCORE			

COPYRIGHT

Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org



Annexe 4 : 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/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Heureh.....											
	OUI	NON										
1 • Visage												
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard												
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes												
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps												
Retrait ou protection d'une zone, refus 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 Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	

COPYRIGHT

Annexe 5 : Echelle ECPA

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration
N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...	
Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Sexe :** _____ **Âge :** _____

Date : _____ Service : _____
Heure : _____ Nom du Cotateur : _____

SCORE

Annexe 6 : Questionnaire Douleur Saint Antoine – forme abrégée

	Pas de douleur	Légère	Modérée	Forte	Très forte
Pulsatile	0	1	2	3	4
En éclairs	0	1	2	3	4
Coup de poignard	0	1	2	3	4
Vive	0	1	2	3	4
A type de crampe	0	1	2	3	4
Qui ronge	0	1	2	3	4
Chaude/brûlante	0	1	2	3	4
Sourde	0	1	2	3	4
Lourde	0	1	2	3	4
Sensible au contact	0	1	2	3	4
Déchirante	0	1	2	3	4
Fatigante/épuisante	0	1	2	3	4
A rendre malade	0	1	2	3	4
Angoissante	0	1	2	3	4
Cruelle/ qui punit	0	1	2	3	4

Annexe 7 : Questionnaire concis de la douleur (QCD)

- 1) Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents) : au cours des 8 derniers jours avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » ?

1. oui 2. non

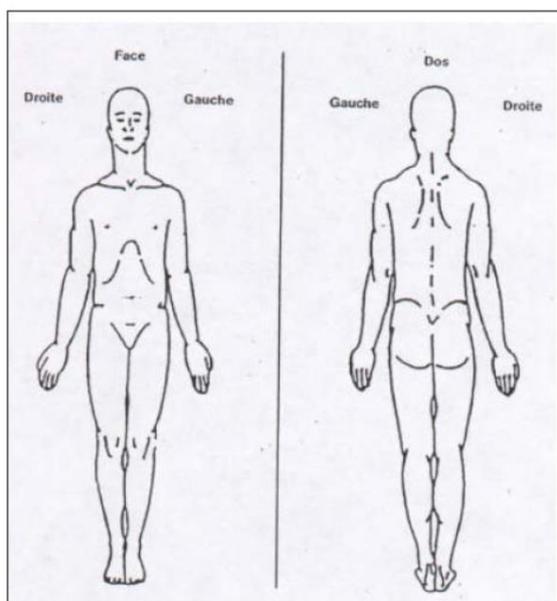
Si vous avez répondu « non » à la dernière question, il n'est pas utile de répondre aux questions suivantes. Merci de votre participation.

- 2) Schéma des zones douloureuses

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



- 3) SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus intense que vous avez ressentie la semaine dernière.
- 4) SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous avez ressentie la semaine dernière.
- 5) SVP, entourez le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général** :
- Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable
- 6) SVP, entourez le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment** :
- Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable
- 7) Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?
- 8) La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?
- 9) Pour chacune des questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

- a) Activité générale
Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement
- b) Humeur
Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement
- c) Capacité à marcher
Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement
- d) Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)
Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement
- e) Relations avec les autres
Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement
- f) Sommeil
Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement
- g) Goût de vivre
Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Respect du traitement prescrit : où en est votre patient ?

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Girerd X. et al. Évaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug ; 94 (8) : 839-42

Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?

Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions.

- **Si votre patient répond non à toutes les questions,**
il est considéré comme un bon observant.
- **Si votre patient répond oui une ou deux fois,**
il est considéré comme non observant mineur.
- **Si votre patient répond oui trois fois ou plus,**
il est considéré comme non observant.

Ce questionnaire est également disponible sur www.ameli.fr
espace Professionnels de santé>Médecins, rubrique Exercer au
quotidien>Prescriptions>La prescription de médicaments.

Annexe 9 : Questionnaire à remplir avec le patient

I – Le patient :

- 1) Sexe : Homme Femme Âge :
- 2) Mode de vie :
 Seul(e) Avec le conjoint(e) Avec un/des enfant(s) Autre :

II – Gestion du traitement :

- 1) Préparation des médicaments par :
 Le patient Un proche Infirmière Autre :
- 2) Administration des médicaments par :
 Le patient Un proche Infirmière Autre :
- 3) Si les médicaments ne sont pas gérés par le patient, les médicaments :
 Sont stockés au domicile, à la disposition du patient
 Sont stockés au domicile, non accessibles au patient
 Ne sont pas stockés au domicile du patient
- 4) Type de douleurs :
 Aigues
 Chroniques
 Accès douloureux paroxystiques
 Neuropathiques

III – Evaluation de la douleur :

1) Entourez le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général** :

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

2) Entourez le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment** :

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

3) Entourez le chiffre qui décrit le mieux la gêne occasionnée par votre douleur :

h) Activité générale

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

i) Humeur

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

j) Capacité à marcher

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

k) Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

l) Relations avec les autres

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

m) Sommeil

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

n) Goût de vivre

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

o) Anxiété

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

4) Quelle importance accordez-vous à la prise en charge de la douleur, par rapport aux autres pathologies ?

C'est le traitement le plus important pour vous

C'est un traitement important pour vous, mais pas plus que certains autres traitements

Certains autres traitements sont plus importants pour vous que le traitement antalgique

Le traitement antalgique n'est pas important pour vous

IV – Le traitement :

- 1) Les médicaments antalgiques vous apportent un soulagement de votre douleur :
- Nul Faible Modéré Important Complet
- 2) À quelle fréquence prenez-vous vos médicaments antalgiques ?
- Tous les jours : Y compris lorsque vous n'avez pas de douleurs
 Uniquement lorsque les douleurs apparaissent
 Au moment des soins
- Pas tous les jours : Au moins une fois par semaine
 Moins d'une fois par semaine
 Uniquement lorsque les douleurs apparaissent
 Au moment des soins
- 3) Avez-vous déjà eu des effets indésirables après la prise d'un médicament antalgique ?
- Aucun effet indésirable Nausée/Vomissement Vertiges Somnolence
 Constipation Confusion/hallucination Autre :
- 4) Aviez-vous été informé de la possibilité de survenue de ces effets indésirables avec votre traitement antalgique ?
- Oui, totalement Oui, partiellement Non
- 5) Si oui, par qui ?
- Médecin généraliste Médecin spécialiste/hospitalier Pharmacien
 Notice du médicament Autre :
- 6) Evaluation de l'observance : appliqué au traitement antalgique uniquement

Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Score : / 6

Quel(s) médicament(s) vous arrive-t-il d'oublier ?

À quelle fréquence ? Toujours Souvent Rarement

7) Traitement antalgique habituel prescrit :
 Connaissez-vous votre traitement antalgique ?

Oui, totalement Oui, partiellement Non

Médicament	Dosage	Posologie	Remarque
<input type="checkbox"/> Paracétamol			
<input type="checkbox"/> Paracétamol/tramadol			
<input type="checkbox"/> Paracétamol/ codéine			
<input type="checkbox"/> Codéine			
<input type="checkbox"/> Tramadol			
<input type="checkbox"/> Opium			
<input type="checkbox"/> Morphine à libération immédiate			
<input type="checkbox"/> Morphine à libération prolongée			
<input type="checkbox"/> Fentanyl patch			
<input type="checkbox"/> Fentanyl transmuqueux			
<input type="checkbox"/> Oxycodone à libération immédiate			
<input type="checkbox"/> Oxycodone à libération prolongée			
<input type="checkbox"/> Buprénorphine			
<input type="checkbox"/> AINS voie orale			

<input type="checkbox"/> AINS voie cutanée			
<input type="checkbox"/> Antidépresseur (amitriptyline, clomipramine, imipramine, duloxétine, velafaxine, milnacipran)			
<input type="checkbox"/> Antiépileptique (gabapentine, prégabaline, carbamazépine, phénytoïne)			
<input type="checkbox"/> Anesthésique local			
<input type="checkbox"/> Corticoïde			
<input type="checkbox"/> Autre :			

8) Si utilisation d'opioïdes : utilisez vous du paracétamol en association ?

- Oui, systématiquement Oui, si besoin Non

9) Utilisez-vous un traitement :

- Hypnotique : Oui Non
- Anxiolytique : Oui Non

10) Utilisez-vous d'autres médicaments non prescrits pour soulager vos douleurs ?

Non, aucun médicament non prescrit

Paracétamol

Ibuprofène voie orale

Gel/patch anti-inflammatoire :.....

Phytothérapie/Aromathérapie :.....

Compléments alimentaires

(hors phyto/aromathérapie) :

Autre :

11) Utilisez-vous des techniques non médicamenteuses pour soulager vos douleurs ?

Non

Patch ou poche chaud/froid (DM)

Patch d'électrothérapie/TENS

Relaxation

Massage

Hypnose

Autre :

JE PRENDS DES MÉDICAMENTS ANTIDOULEURS À BON ESCIENT

**semaine
de la sécurité
des patients**



L'ESSENTIEL

pour assurer l'efficacité
et limiter les risques
de mon traitement
antidouleur



#BonUsageMédicamentsAntidouleurs
#BUMA

Je peux déclarer les effets indésirables des médicaments antidouleurs sur signalement-sante.gouv.fr

Je peux demander des renseignements sur mon traitement antidouleur à mon centre de pharmacovigilance ou d'addictovigilance sur rfcrpv.fr/contacter-votre-crpv ou addictovigilance.fr/centres

Je peux consulter les notices et informations de référence des médicaments antidouleurs sur base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr

En partenariat avec :



Je fais bon usage des médicaments ANTIDOULEURS OPIOÏDES



Les antidouleurs opioïdes sont les médicaments contenant de la **codéine**, du **tramadol**, de l'**opium**, de la **dihydrocodéine**, de la **morphine**, de l'**oxycodone**, du **fentanyl** ou de l'**hydromorphone**.

Comment bien utiliser les médicaments antidouleurs opioïdes qui sont obligatoirement prescrits par mon médecin pour traiter certaines douleurs modérées à intenses ?

⚠ Pour bien utiliser un antidouleur opioïde :

- Je n'augmente jamais les doses : un surdosage peut être mortel (arrêt respiratoire). Je consulte mon médecin pour adapter la posologie.
- Je prends un antidouleur opioïde pendant la durée déterminée par mon médecin et uniquement pour la douleur pour laquelle il m'a été prescrit, car ces médicaments peuvent entraîner une addiction (dépendance).
- Je ne propose jamais mon traitement à une personne de mon entourage (risque possiblement mortel).

- La constipation est l'effet indésirable le plus fréquent de ces médicaments. J'en parle à mon pharmacien ou à mon médecin.
- Si la douleur n'est pas suffisamment et rapidement soulagée, je consulte mon médecin.
- Je n'arrête jamais brutalement mon traitement sans en parler à mon médecin car cela pourrait entraîner des effets indésirables (sensation de manque intense, transpiration, douleurs musculaires, insomnie).
- Si je n'arrive pas à arrêter l'antidouleur opioïde, ou si je ressens le besoin d'augmenter les doses, j'en parle à mon pharmacien ou à mon médecin.
- Je ne conduis pas un véhicule sans l'avis de mon médecin.



Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2020/2021

Nom : THACOOR
Prénom : Elise

Titre de la thèse : Le rôle du pharmacien d'officine dans le bon usage des antalgiques opioïdes chez le sujet âgé de 75 ans et plus.

Mots-clés : douleur, personne âgée, antalgique opioïde, bon usage, pharmacien d'officine, iatrogénie, fragilité, effets indésirables, bilan partagé de médication.

Résumé : La prévalence de la douleur chez le sujet âgé est élevée et a un impact sur l'état physique et psychologique du patient. Elle peut amener à un état de fragilité et entraîner un déclin fonctionnel et une perte d'autonomie.

La douleur du sujet âgé peut être traitée grâce aux antalgiques opioïdes mais ces médicaments ne sont pas sans risque dans cette population souvent poly pathologique et polymédiquée. Les effets indésirables sont plus fréquents et le risque iatrogène est augmenté.

Le pharmacien d'officine sécurise la dispensation des antalgiques opioïdes et a un rôle important d'information auprès du patient. Il lui prodigue des conseils pour mieux gérer son traitement au quotidien.

Les nouvelles missions du pharmacien, comme le bilan partagé de médication, contribuent à la promotion du bon usage des antalgiques opioïdes chez le sujet âgé. Elles permettent également de renforcer l'observance et améliorent la coordination entre les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient âgé douloureux. L'évolution du métier de pharmacien d'officine permet d'envisager des améliorations dans la prise en charge des patients âgés traités par un antalgique opioïde à l'avenir.

Membres du jury :

Président : Monsieur Thierry DINE, Professeur de Pharmacie Clinique à la Faculté de Pharmacie de Lille, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier d'Haubourdin

Assesseur(s) : Madame Mathilde ORFI-DAMBRINE, Docteur en Pharmacie, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire de Lille

Membre(s) extérieur(s) : Madame Anne BARON, Docteur en Pharmacie, Mons-en-Barœul