

**Université de Limoges
Faculté de Médecine**

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 17 février 2017
par

Anaïs DE POUILLY-LACHATRE

Née le 29 avril 1987, à Abidjan

**Prise en charge de la douleur chronique chez les patients
ambulatoires âgés de 65 ans et plus en France**

La cohorte S.AGES : données à 3 ans

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur BERTIN Philippe
M^{me} le Professeur VERGNE-SALLE Pascale
M. le Professeur SALLE Jean-Yves
M. le Professeur TREVES Richard
M^{me} le Docteur MARTINE-FABRE Gaëlle

Président
Directrice de thèse
Juge
Juge
Membre invité



**Université de Limoges
Faculté de Médecine**

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 17 février 2017
par

Anaïs DE POUILLY-LACHATRE

Née le 29 avril 1987, à Abidjan

**Prise en charge de la douleur chronique chez les patients
ambulatoires âgés de 65 ans et plus en France**

La cohorte S.AGES : données à 3 ans

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur BERTIN Philippe
M^{me} le Professeur VERGNE-SALLE Pascale
M. le Professeur SALLE Jean-Yves
M. le Professeur TREVES Richard
M^{me} le Docteur MARTINE-FABRE Gaëlle

Président
Directrice de thèse
Juge
Juge
Membre invité



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL



DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE



NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE



BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

MERLE Louis du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2017

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2017

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Le 1^{er} septembre 2016



Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2015

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHUFFART Etienne	ANATOMIE
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE
KASPAR Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
LOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASSIKAR Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
BIANCHI Laurent	GASTROENTEROLOGIE
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CASSON-MASSELIN Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
CHATAINIER Pauline	NEUROLOGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE



COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GONZALEZ Céline	REANIMATION
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HOUMAÏDA Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAVIGNE Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LE BIVIC Louis	CARDIOLOGIE
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MATT Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE
PAPON Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT



PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TAÏBI Abdelkader	CANCEROLOGIE
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE (du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)
CROS Jérôme	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (du 1 ^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)



Remerciements

A MON MAITRE ET PRESIDENT,

A Monsieur le Professeur Philippe BERTIN,

***Professeur des Universités de Thérapeutique, Praticien hospitalier, Chef de service,
Service de Rhumatologie du CHU de Limoges***

Pour vos qualités pédagogiques, votre professionnalisme et votre implication dans
l'enseignement universitaire.

Vous m'avez permis de réaliser ce travail et vous me faites l'honneur de juger et présider
cette thèse, je vous en remercie.

Je vous remercie également de m'avoir accordé votre confiance pour la suite.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.



A MON MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE,

A Madame le Professeur Pascale VERGNE-SALLE,

***Professeur des Universités de Thérapeutique, Praticien hospitalier,
Service de Rhumatologie du CHU de Limoges***

Pour vos précieux conseils, la justesse de vos corrections, vos encouragements et votre disponibilité en toutes circonstances malgré cet emploi du temps bien surchargé. Merci de m'avoir accompagnée pour ce travail de thèse et également pour les autres projets.

Vous représentez un modèle sur bien des plans.

Permettez-moi de vous exprimer toute mon estime et mon admiration.



A MON MAITRE ET JUGE,

A Monsieur le Professeur Jean-Yves SALLE,

**Professeur des Universités de Médecine Physique et de Réadaptation,
Praticien hospitalier, Chef de Service,
Service de Médecine Physique et de Réadaptation du CHU de Limoges**

J'ai énormément apprécié mon semestre en MPR, je n'en garde que de bons souvenirs.

Vous m'avez permis de découvrir cette spécialité si complète.

Merci pour votre gentillesse et ces bons moments passés dans votre service.

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.



A MON MAITRE ET JUGE,

A Monsieur le Professeur Richard TREVES,

**Professeur des Universités de Rhumatologie,
Service de Rhumatologie du CHU de Limoges**

Pour tous les petits conseils glissés en passant.
J'admire votre culture médicale et générale, votre soif de savoir inaltérable et ce sens infus
de la pédagogie.

« *Je n'enseigne point, je raconte.* » Michel de Montaigne

Merci de me faire l'honneur de juger mon travail.



Au Docteur Gaëlle MARTINE-FABRE,

***Docteur en Médecine, Centre de la douleur,
Service de Rhumatologie du CHU de Limoges***

On se connaît depuis la première année de médecine, tu es restée une amie fidèle.
Je continue de constater tous les jours ta gentillesse, ta profonde humanité et la relation de
confiance que tu entretiens avec tes patients.

C'est un immense plaisir que tu me fais d'avoir accepté de siéger dans mon jury.
Je te remercie pour la relecture et les précieux conseils.



A Adeline DEPLAS,

Pour ta disponibilité sans faille, pour ces petits mots de soutien pour me donner davantage confiance en moi, merci d'avoir toujours été là pour répondre à mes questions quand j'avais besoin.

A Carine DUFAURET-LOMBARD

Pour ta gentillesse et tout ce que tu m'as appris au cours de cet internat. Je suis heureuse de pouvoir continuer à te côtoyer pendant encore 2 ans.

A Christine BONNET

Pour votre esprit d'analyse, rien ne vous échappe, surtout pas une hypovitaminose D !
Pour tout ce que vous m'avez appris au cours de ces visites si agréables, toujours faites dans la bonne humeur et avec le sourire.

A Chantal WOOD

Pour vos compétences et la qualité de vos connaissances dans ce vaste domaine de la douleur. Pour votre dynamisme et votre implication dans tous ces cas difficiles où nous sollicitons votre aide.

Elodie et Emilie

J'ai énormément apprécié ces semestres avec vous. Merci de m'avoir montré l'exemple d'abord en tant que co-interne (quand j'étais petite) puis en tant que chefs.

A Monsieur LAMBERT DE CURSAY et Adel BELAZZOUG

Merci de m'avoir fait découvrir la rhumatologie et de m'avoir confortée dans mon choix.

A Charlotte VERDIE-KESSLER et Romain JOSTE

Merci pour votre accueil et votre gentillesse lors de mon passage en MPR, merci pour tout ce que vous m'avez appris.

A mes co-internes de rhumato adorés : Mathilde (j'ai hâte de te revoir en rhumato !), Julie (ma co-interne de promo), Kathy (petite N'GouïGouï), Marine (la toulousaine qui parle avec les mains) et Nicolas (The Bonhomme).

Merci pour l'entraide et la bonne humeur au cours de toutes ces heures passées ensemble. Je suis chanceuse d'être tombée sur vous !

A tous les autres internes non rhumatos (maintenant chefs pour certains) que j'ai croisés durant mes stages, j'ai vraiment adoré tout le monde: Stéphanie (1^{er} semestre à Brive), Nathalie, Maxence et Laetitia (en neurologie, on a bossé dur !), Arnaud (mon 1^{er} semestre en rhumatologie au CHU), Maher, Bertrand et Romain (retour en rhumato dans la bonne humeur après une pause bébé), Baptiste et Philippe (semestre de découverte en MPR, très bien entourée), Hélène et Laurence (de nouvelles amies pour l'avant-dernier semestre).

A toute l'équipe du service de rhumatologie (secrétaires, cadres, infirmiers, aides-soignants, agents, brancardiers, kinésithérapeutes, psychologues, psychiatre...). Vous m'avez accueilli dès le premier jour avec beaucoup de chaleur et de gentillesse. Je suis heureuse de pouvoir vous côtoyer encore un peu



A Denis, ma moitié, l'homme de ma vie. Vivre avec toi depuis 11 ans est un réel bonheur, nous avons tout fait ensemble. Merci de m'aider et de me soutenir depuis le début, merci de me rendre heureuse et d'être l'homme que tu es, j'aime tout chez toi.

A Soline, ma fille, ma plus grande fierté. Tu ne m'as pas beaucoup aidé en pratique pour la rédaction de ce travail mais tu m'aides tous les jours, à ta façon, car le plus important pour moi c'est de te voir heureuse. Merci d'illuminer ma vie, merci d'être une petite fille géniale.

A mes parents, Marc et Sylviane, merci pour tout l'amour que vous m'avez donné, merci pour votre soutien. Je suis fière d'avoir des parents aussi courageux que vous.

A mes grand-frères, Aurélien et Brice (vous ne lirez pas cette thèse mais si vous voulez je vous la raconterai, pourquoi non ?)

A mes beaux-parents, merci de m'avoir aussi bien accueilli dans votre famille, merci pour votre aide, merci d'être des beaux-parents géniaux et surtout merci d'avoir fait Denis.

A Colette et Jean-Robert, merci pour la relecture de l'abstract.

A François et Camille, et à leurs petits loulous trop mignons, Léona et Malo.

A mes grands-mères, Denise et Chantal,
« Pour espérer, pour aller de l'avant, il faut aussi savoir d'où l'on vient ».

A mes tantes, Claude, Marie-Madeleine, Dominique et Evelyne.

A mes oncles, Claude, Philippe, Christophe et Bernard.

A mes amies, Khadija, Mélo, Cécile et Elsa, pour ces années d'externat, l'entraide et les fous rires.

A mes autres amis « non médicaux » mais qui ont quand même contribué à ce que je suis devenue.

A tous les médecins généralistes ayant accepté de participer à l'étude.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Liste des abréviations

Tables des illustrations et tableaux

I. La douleur	24
I.1. Définitions	24
I.1.1. La douleur	24
I.1.2. La douleur aiguë.....	24
I.1.3. La douleur chronique.....	24
I.1.4. Les composantes de la douleur.....	24
I.2. Physiologie.....	25
I.2.1. Voie de la sensibilité normale (épicrotique et proprioceptive).....	25
I.2.2. Voie nociceptive	25
I.2.3. Principes physiologiques de la nociception.....	27
I.3. Les différents types de douleur.....	28
I.3.1. Douleur par excès de nociception.....	28
I.3.2. Douleur neuropathique	28
I.3.3. Douleur psychogène.....	29
I.4. Epidemiologie.....	29
II. Vieillesse et douleur.....	31
II.1. Le vieillissement	31
II.2. Spécificité de la douleur et de sa prise en charge chez les personnes âgées.....	31
II.2.1. Etiologies des douleurs des personnes âgées.....	31
II.2.2. Prise en charge de la douleur des personnes âgées	32
III. Notre étude : Prise en charge de la douleur chronique chez les patients ambulatoires âgés de 65 ans et plus en France : La cohorte S.AGES : données à 3 ans.....	34
III.1. Introduction.....	34
III.2. Méthodes.....	35
III.3. Résultats	36
III.4. Discussion.....	43
Conclusion	46
Références bibliographiques	47
Annexes	51
Serment d'Hippocrate.....	63

Liste des abréviations

ADL : Activities of Daily Living
AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ATP : Adénosine TriPhosphate
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CCK : Cholécystokinine
CGRP : Calcitonin Gene-Related Peptide
DN4 : Douleur Neuropathique 4
DT2 : Diabète Type 2
ECPA : Echelle Comportementale d'évaluation de la Personne Agée
EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personne Agée Dépendante
EN : Echelle Numérique
EVA : Echelle Visuelle Analogique
EVS : Echelle Verbale Simple
FA : Fibrillation Auriculaire
GDS : Geriatric Depression Scale
HAS : Haute Autorité de Santé
IADL : Instrumental Activities of Daily Living
IASP : International Association for the Study of Pain
MG : Médecin Généraliste
MMSE : Mini Mental Status Examination
NO : Monoxyde d'azote
OARSI : OsteoArthritis Research Society International
OR : Odds Ratio
SEP : Sclérose en plaques
TENS : Neurostimulation électrique transcutanée
VIP : Vaso-intestinal peptide



Table des illustrations et tableaux

Figure 1 : Voies sensibles conscientes (d'après Kamina, anatomie clinique-Neuroanatomie-Tome 5).....	26
Figure 2 : Gate Control (d'après Médecine thérapeutique-Traitement des douleurs chroniques par stimulation médullaire)	28
Tableau 1 : Stratégie thérapeutique à l'inclusion et à 36 mois.....	37
Tableau 2 : Description des prescriptions liées au traitement de la douleur chronique à l'inclusion et à 36 mois	38
Tableau 3 : Nombre de patients ayant présenté au moins un évènement clinique majeur ou une aggravation de leur pathologie à 36 mois	39
Tableau 4 : Nombre de patients ayant présenté au moins un autre évènement ou une aggravation spécifique aux douleurs chroniques à 36 mois	40
Tableau 5 : Nombre cumulé de consultations et d'hospitalisations à 36 mois depuis l'inclusion.....	41
Tableau 6 : Evolution de l'état d'autonomie, de l'état cognitif et des troubles de l'humeur des patients à 36 mois	42



Introduction

Ces dernières années ont été marquées par un vieillissement de la population et les projections démographiques les plus récentes confirment cette tendance pour les années à venir [1].

La part des personnes âgées de plus de 60 ans pourrait augmenter de 80% entre 2007 et 2060 et le nombre de personnes de 75 ans et plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 [1].

Entre 2005 et 2050, l'espérance de vie devrait passer de 84 à 89 ans pour les femmes et de 77 à 84 ans pour les hommes [2].

La prévalence de la douleur augmente avec l'âge, elle est estimée entre 40 et 70% chez les personnes âgées vivant en institution [3] et entre 25 et 50% chez les personnes âgées vivant à domicile [4].

Les médecins, généralistes ou spécialistes, vont donc être de plus en plus amenés à prendre en charge des patients âgés avec un syndrome douloureux.

En France, la douleur chez la personne âgée a fait l'objet de recommandations de la part de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) [5]. Elle était une des priorités du 3^{ème} plan douleur 2006-2010 [6].

Cependant, la douleur de la personne âgée reste sous diagnostiquée et sous traitée [7]. Une douleur mal contrôlée provoque une détérioration des activités de la vie quotidienne, des troubles de l'humeur, une diminution de la marche et une altération cognitive [7].

La cohorte S.AGES (Sujets AGES) est une étude prospective décrivant la prise en charge thérapeutique et son évolution sur 3 ans, en médecine de ville, des patients de 65 ans et plus, présentant un diabète de type 2 (DT2), une douleur chronique ou une fibrillation auriculaire (FA). Ces 3 observatoires répondaient à une méthodologie commune (plan méthodologique, mode de recrutement des médecins investigateurs et des patients, mode de recueil des données, analyse statistique).

L'objectif de notre travail était de décrire les données collectées à 3 ans du sous-groupe de patients âgés de 65 ans et plus ayant une douleur chronique.



I. La douleur

I.1. Définitions

I.1.1. La douleur

L'association internationale d'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain – IASP) définit la douleur comme « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes » [8].

I.1.2. La douleur aiguë

C'est un symptôme transitoire correspondant à un signal d'alarme, utile et protecteur qui participe au diagnostic.

I.1.3. La douleur chronique

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la douleur chronique comme un syndrome multidimensionnel présentant plusieurs des caractéristiques suivantes [9]:

- persistance ou récurrence pendant plus de 3 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 quotidienne, au domicile comme à l'école ou au travail.

La douleur chronique devient donc une maladie en tant que telle quelle que soit son origine. Elle est inutile et destructrice pour le patient.

I.1.4. Les composantes de la douleur

La douleur physiologique met en jeu différentes composantes :

- la composante sensorielle : mécanismes neurophysiologiques qui permettent au sujet d'analyser la qualité (brûlure, piqûre, torsion...), la durée (brève, continue), l'intensité (faible, moyenne, forte, très forte), la localisation et le caractère spontané ou provoqué du stimulus douloureux ;
- la composante affectivo-émotionnelle : elle confère à la douleur sa tonalité désagréable, pénible, difficile ou non à supporter. Elle est déterminée par la cause mais aussi par le contexte dans lequel évolue le stimulus nociceptif. Elle peut évoluer vers des états proches de l'anxiété et la dépression ;
- la composante cognitive : ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales qu'elle détermine : attention, diversion de l'attention, interprétation et valeurs attribuées à la douleur, anticipation, références à des expériences douloureuses antérieures ;
- la composante comportementale : ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre.

I.2. Physiologie

I.2.1. Voie de la sensibilité normale (épicritique et proprioceptive)

La sensibilité normale est véhiculée par les grosses fibres A α et A β myélinisées.

Suite à un stimulus périphérique, un 1^{er} neurone (protoneurone) est activé. Le stimulus remonte jusqu'au corps cellulaire situé dans le ganglion spinal puis atteint le cordon postérieur de la moelle sans croiser la ligne médiane. Le relais avec le 2^{ème} neurone (deutoneurone) se fait dans le tronc cérébral au niveau du bulbe. Ce 2^{ème} neurone décusse au niveau de la partie basse du bulbe puis fait relais au niveau du thalamus, centre privilégié des voies de la nociception (noyau ventral postérolatéral). Le 3^{ème} neurone naît du thalamus et gagne le cortex pariétal dans la zone correspondant au récepteur périphérique initial avec une distribution somatotopique proche de celle de la motricité représentée par l'homonculus de Penfield (figure 1).

I.2.2. Voie nociceptive

Le message nociceptif est véhiculé par les fibres A δ (faiblement myélinisées) et C (amyéliniques).

Le message douloureux résulte de l'activation de récepteurs périphériques ou nocicepteurs. Suite à un stimulus périphérique, le 1^{er} neurone (protoneurone) est activé au niveau des nocicepteurs. Le stimulus nociceptif remonte jusqu'au corps cellulaire situé dans le ganglion spinal. Le relais avec le 2^{ème} neurone (deutoneurone) se fait au niveau des couches superficielles de la corne postérieure de la moelle. Les fibres nerveuses croisent ensuite la ligne médiane et gagnent le cordon antérolatéral. Le 3^{ème} neurone se trouve dans le thalamus, il relaie ensuite les signaux de façon multiple (pariétale ascendante, hypothalamus, système limbique) (figure 1).



Voies sensitives conscientes

En vert : voie des sensibilités thermo-algésique et tactile protopathique
En bleu : voie des sensibilités épicritique et proprioceptive

- I. cerveau
- II. mésencéphale
- III. moelle allongée
- IV. moelle spinale
- C. fibres cervicales
- T. fibres thoraciques
- L. fibres lombaires
- S. fibres sacrales

- 1. gyrus postcentral
- 2. thalamus
- 3. capsule interne
- 4. lemnisque latéral
- 5. lemnisque médial
- 6. substance noire
- 7. noyau rouge
- 8. noyau gracile
- 9. noyau cunéiforme
- 10. lemnisque spinal
- 11. faisceau gracile
- 12. faisceau cunéiforme
- 13. ganglion spinal
- 14. fibre de la sensibilité tactile épicritique
- 15. fibres de la sensibilité proprioceptive
- 16. fibres des sensibilités thermo-algésique et tactile protopathique
- 17. tractus spino-thalamique latéral
- 18. tractus spino-thalamique ant.

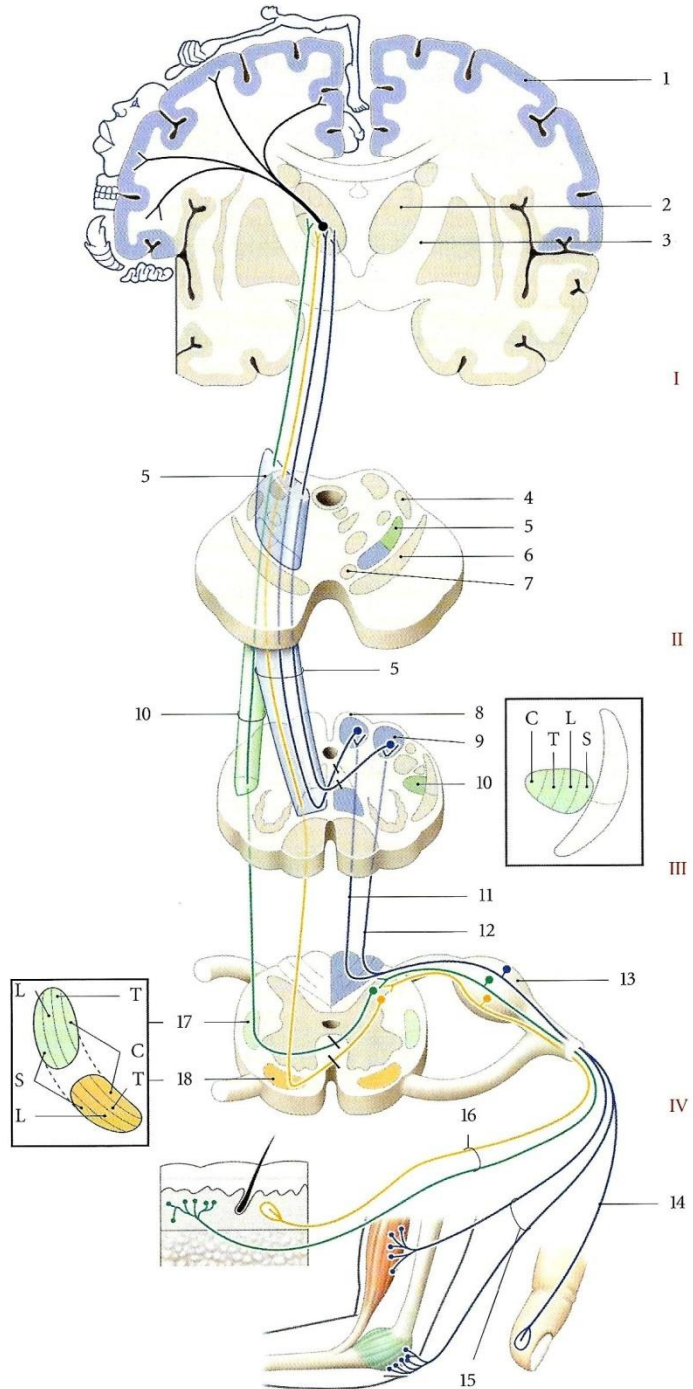


Figure 1: Voies sensitives conscientes

(d'après Kamina, anatomie clinique-Neuroanatomie-Tome 5)

I.2.3. Principes physiologiques de la nociception

Lorsqu'un tissu est endommagé, des substances algogènes (K⁺, histamine, sérotonine, kinines, substance P, prostaglandines...) sont libérées et stimulent les nocicepteurs périphériques. Ces derniers accroissent leur fréquence de décharge en fonction de l'intensité de la stimulation nociceptive [10].

Ces substances algogènes agissent soit par activation directe des nocicepteurs (douleur périphérique par excès de nociception) soit par sensibilisation des nocicepteurs.

Dans ce dernier cas, c'est la stimulation répétée des nocicepteurs qui induit ce phénomène de sensibilisation avec diminution du seuil d'activation, augmentation de l'amplitude de la réponse et activités spontanées.

La transmission avec le 2^{ème} neurone, dans la corne postérieure de la moelle, s'effectue ensuite grâce à de nombreux médiateurs dont l'adénosine triphosphate (ATP), le glutamate, l'aspartate, le monoxyde d'azote (NO), la substance P, la cholécystokinine (CCK), le *calcitonin gene-related peptide* (CGRP), la somatostatine, le vaso-intestinal-peptide (VIP), les neurokines...

Il existe un contrôle inhibiteur du message douloureux au niveau médullaire, c'est la théorie de la porte ou *gate control* décrit par Melzack et Wall en 1965 [11]. Les fibres A β (sensibilité épicritique) exercent un effet inhibiteur sur les neurones nociceptifs au niveau de la corne postérieure par l'intermédiaire d'un interneurone inhibiteur (figure 2).

Lorsque la stimulation des fibres nociceptives A γ et C est peu intense, le message douloureux est inhibé au niveau de la corne postérieure de la moelle. Par contre au-delà d'un certain seuil de stimulation, le filtrage inhibiteur est dépassé et la transmission du stimulus douloureux se fait.

Ce contrôle inhibiteur est utilisé en thérapeutique lors de la stimulation électrique transcutanée (TENS).

Il existe d'autres contrôles inhibiteurs descendants d'origine corticale ou bulbopontomésencéphalique dont un système descendant sérotoninergique et noradrenergique qui inhibe la transmission du message douloureux au niveau de la corne postérieure de la moelle.

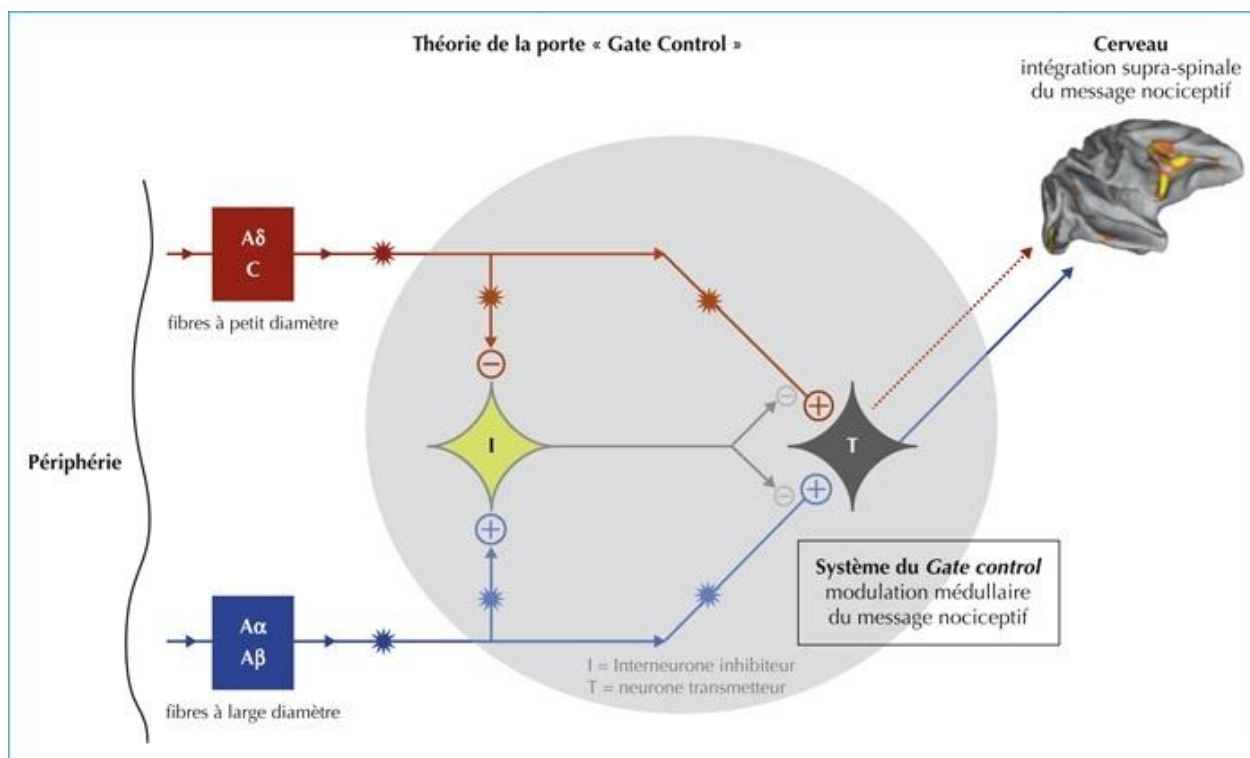


Figure 2: Gate Control

(d'après *Médecine thérapeutique-Traitement des douleurs chroniques par stimulation médullaire*)

I.3. Les différents types de douleur

Les différents types de douleurs (par excès de nociception, neuropathique ou dysfonctionnelle) peuvent coexister.

I.3.1. Douleur par excès de nociception

Elle apparaît lorsqu'il y a une hyperstimulation des voies nociceptives à la périphérie (coupure, atteinte viscérale, infiltration tumorale...) dans un système nerveux normal non endommagé. Les mécanismes de contrôle inhibiteur (filtrage médullaire) sont dépassés et le message douloureux est transmis.

Sur la plan thérapeutique, l'objectif sera de bloquer le message nociceptif et d'antagoniser les substances algogènes par la prescription d'antalgiques et/ou d'AINS.

I.3.2. Douleur neuropathique

L'IASP définit la douleur neuropathique comme une douleur liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel.

Les douleurs neurogènes surviennent lorsqu'il y a une lésion du système nerveux périphérique ou central. Elles se caractérisent par des sensations à types de brûlures ou de décharges électriques avec parfois à l'examen clinique une hypoesthésie ou une allodynie (douleur provoquée par une stimulation normalement non douloureuse). Le dépistage des douleurs neuropathiques est facilité par le calcul du DN4 [12] (*annexe 1*).

Dans le cas d'une atteinte du système nerveux périphérique (étirement du plexus brachial, plaie de nerf, neuropathie périphérique, zona...), le filtrage médullaire est altéré, le système de contrôle inhibiteur étant donc défaillant, le système excitateur prend le dessus et la transmission du message douloureux se fait. De plus, il y a apparition d'activités électriques anormales au sein des fibres lésées, survenant en l'absence de stimulation périphérique [13]. Sur le plan thérapeutique, l'objectif sera de stimuler les fibres de la sensibilité normale de voisinage (TENS) ou de diminuer le seuil d'excitabilité neuronale (traitement antiépileptique).

Lors d'une hyperstimulation périphérique, des phénomènes de sensibilisation centrale peuvent survenir, ils correspondent à un état d'hyperexcitabilité des neurones nociceptifs médullaires (activité spontanée, baisse de seuil d'activation et augmentation de l'amplitude de la réponse pour une même stimulation). Les acides aminés excitateurs et notamment le glutamate jouent un rôle primordial dans ce phénomène de sensibilisation centrale [13].

Des dysfonctionnements dans les contrôles descendants inhibiteurs induisent également une hyperexcitabilité des neurones nociceptifs [14].

On évoque des phénomènes de « réorganisation morphologique » au niveau de la corne postérieure, faisant suite à des lésions nerveuses périphériques, c'est la neuroplasticité centrale [13]. Ainsi des neurones normalement activés par des stimulations de forte intensité pourraient, dans des conditions pathologiques, être activés par de faibles stimulations (allodynie).

Enfin, les douleurs neuropathiques peuvent provenir d'une atteinte directe du système nerveux central (traumatisme médullaire, lésions cérébrales, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral thalamique...).

I.3.3. Douleur psychogène

Il s'agit d'une douleur liée à un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur sans lésion identifiée.

Les douleurs dysfonctionnelles les plus fréquentes sont la fibromyalgie, la céphalée de tension, la colopathie "fonctionnelle" ou la cystite interstitielle.

En l'état de nos connaissances, la douleur dysfonctionnelle répond peu au traitement pharmacologique, sa prise en charge thérapeutique fait plus appel à des approches non-pharmacologiques et relève d'une prise en charge globale multidisciplinaire.

I.4. Epidémiologie

L'enquête épidémiologique « STOPNEP » (STudy Of the Prevalence of NEuropathic Pain) réalisée en France en 2004 sur 23 712 personnes a montré que 31.7% des Français expriment une douleur quotidienne depuis plus de 3 mois [15].

Plus récemment, Eschalier et al [16] ont rapporté les résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15 041 personnes adultes : 2 614 personnes (17%) ont signalé avoir présenté une douleur au cours du mois précédent l'étude. Parmi ces personnes, 14% exprimaient une douleur légère, 59% une douleur modérée et 27% une douleur sévère. Les personnes concernées étaient majoritairement des femmes, plutôt âgées, souffrant de troubles musculosquelettiques.

La prévalence de la douleur augmente avec l'âge [7]. Mais cette prévalence chez les personnes âgées varie considérablement selon les études.

Dans une étude suédoise, Jakobsson et al estiment qu' elle affecte 34% des patients âgés de 75 à 85 ans et 41% des personnes âgées de 85 à 89 ans [17].

Selon Moulias et al, 73% des patients âgés de plus de 75 ans vivant à domicile ou en institution sont concernés par la douleur [18]. Seulement 6% des personnes âgées ne se plaignent pas de douleurs chroniques [18].

En 2013, Lukas et al [19] ont publié les résultats de l'étude SHELTER (Cross-sectional and Longitudinal Results From the Services and Health for Elderly in Long TERM care) : Sur 3 926 patients résidant en EHPAD, 1 900 (soit 48.4%) souffraient de douleurs. La prévalence de la douleur variait considérablement selon les pays, allant de 19.8% en Israël à 73% en Finlande.



II. Vieillesse et douleur

II.1. Le vieillissement

Le vieillissement est défini par les biologistes comme un phénomène continu qui débute à la conception et se poursuit jusqu'à la mort.

Le vieillissement est un processus physiologique normal caractérisé par un déclin dynamique et irréversible des fonctions physiologiques [20].

C'est un processus hétérogène et évolutif qui relève de mécanismes intrinsèques inéluctables (radicaux libres, facteurs génétiques, glycation non enzymatique des protéines) et de facteurs extrinsèques relevant de l'environnement [21].

Il y a 2 types de vieillissement : le vieillissement physiologique (ou normal) et le vieillissement pathologique.

Le vieillissement normal s'accompagne de modifications physiologiques touchant tous les organes. Il est observable chez tous les individus. La conséquence de ce vieillissement normal est la diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme (diminution du débit de filtration glomérulaire, diminution de la force musculaire, diminution de la tolérance au glucose...) sans atteindre de seuil pathologique. Ces modifications surviennent de façon progressive et doivent toujours être considérées lors de la prescription médicamenteuse des patients âgés.

Le vieillissement pathologique survient chez certains sujets âgés et correspond aux effets des maladies aiguës ou chroniques qui se surajoutent à ces modifications physiologiques.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit une personne âgée à partir de 60 ans. Dans la littérature, la définition de la personne âgée varie et le seuil de 65 ans souvent retenu n'est plus le plus pertinent.

On considère maintenant comme « personne âgée » toute personne polypathologique âgée d'au moins 65 ans ou toute personne de plus de 75 ans [22].

II.2. Spécificité de la douleur et de sa prise en charge chez les personnes âgées

Les étiologies des douleurs et les zones douloureuses varient avec l'âge. Les céphalées et les migraines tendent à diminuer [23] alors que les douleurs neuropathiques et notamment les algies post-zostériennes augmentent [24].

II.2.1. Etiologies des douleurs des personnes âgées

Les douleurs ostéoarticulaires sont la première cause de douleurs chez le sujet âgé [21]. Elles regroupent l'arthrose (hanche et genou surtout), les rhumatismes à microcristaux (goutte et chondrocalcinose), les rhumatismes inflammatoires (pseudopolyarthrite rhizomélique, polyarthrite rhumatoïde, polyarthrite œdémateuse du sujet âgé), les fractures ostéoporotiques, les lésions secondaires osseuses...

Les douleurs neuropathiques périphériques ou centrales consécutives à certaines pathologies neurologiques et métaboliques voient leur prévalence augmenter : douleur post-zostérienne, neuropathie périphérique, séquelles d'AVC (surtout thalamique ou bulbaire), maladie de Parkinson...

Les douleurs viscérales : ulcère gastroduodéal...

Les douleurs d'immobilisation prolongée et de fin de vie : escarre, rétraction musculaire et tendineuse, douleur liée aux soins...

Ces douleurs peuvent aussi s'accompagner d'une souffrance psychologique dans le cadre de la fin de vie et des deuils que le patient peut vivre...

II.2.2. Prise en charge de la douleur des personnes âgées

La douleur est fréquente chez les personnes âgées mais elle est rarement exprimée spontanément. La douleur des personnes âgées est souvent sous-évaluée et sous-traitée [25].

Les causes de cette prise en charge insuffisante sont multiples [26] : démences, origine multifactorielle des douleurs et haute fréquence des effets secondaires aux traitements. Elles conduisent à des difficultés d'évaluation et de prise en charge des douleurs dans cette population.

La prise en charge des personnes âgées nécessite avant tout une évaluation adaptée aux capacités cognitives du patient, avec si besoin recours à des échelles spécifiques [27].

Il est toujours recommandé de privilégier les échelles d'autoévaluation [28]. L'EVA (Echelle Visuelle Analogique) (*annexe 2*), l'EN (Echelle Numérique), l'EVS (Echelle Verbale Simple) (*annexe 3*) et l'échelle des visages (*annexe 4*) ont été validées en gériatrie chez les patients avec fonctions cognitives intactes ou troubles cognitifs modérés (MMSE \geq 18 par consensus d'experts) [29]. Le questionnaire DN4 n'est pas validé en gériatrie mais est couramment utilisé pour dépister les douleurs neuropathiques.

En l'absence de trouble cognitif, l'évaluation de la douleur peut donc se faire par EVA [30] mais cette dernière n'est pas l'échelle de choix en gériatrie. L'EN et l'EVS sont souvent privilégiées en pratique.

En cas de troubles cognitifs ou de difficultés de communication, on pourra utiliser une échelle d'hétéroévaluation comme l'échelle DOLOPLUS-2® (*annexe 5*) ou l'échelle ECPA (Echelle comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée) [5] (*annexe 6*), [32]. Ces 2 échelles sont validées par l'HAS.

Chez les personnes âgées ayant des difficultés à s'exprimer (démence, aphasie...), il faudra être alerté par toute modification de comportement (agitation, repli sur soi...) qui peut traduire la présence d'une douleur.

Les questionnaires multidimensionnels sont peu utilisés en pratique gériatrique car ils sont longs et nécessitent un bon état cognitif. L'évaluation du retentissement de la douleur sur l'état de santé et les capacités fonctionnelles doit se faire, comme recommandé dans toute situation pathologique en gériatrie, par l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) [32].

Les principes fondamentaux de la prescription médicamenteuse antalgique restent les mêmes que pour les patients plus jeunes, à condition de respecter les modifications pharmacologiques liées à l'âge [5]. Pour chaque médicament, il est conseillé d'utiliser la posologie minimale efficace, d'augmenter très progressivement les doses, d'adapter les posologies à la fonction rénale et d'utiliser des médicaments à élimination rapide. Les traitements doivent être donnés de façon régulière et anticipée. Les intervalles de prise et la dose unitaire doivent être adaptés selon la réévaluation de la douleur.

Les tableaux présentés en *annexe 7 et 8* résument les principales thérapeutiques utilisées dans le traitement de la douleur chez les personnes âgées.

En cas de douleur de faible intensité, les antalgiques de palier 1 sont recommandés et le paracétamol doit être privilégié par rapport à l'aspirine et autres AINS qui ont une toxicité gastrique et rénale accrue chez les personnes âgées. Les AINS peuvent tout de même être utilisés, notamment en cas de douleur inflammatoire mais leur prescription doit toujours associer un protecteur gastrique (misoprostol ou omeprazole) [5], ils doivent être utilisés à la dose la plus faible possible et sur une courte durée.

Les douleurs d'intensité modérée requièrent souvent un antalgique de palier 2.

Les douleurs intenses font appel aux antalgiques de palier 3. Pour les opioïdes et notamment la morphine, il faut surveiller de près les effets secondaires respiratoires et neuropsychiques, prévenir systématiquement la constipation et rechercher la rétention d'urine [5].

En cas de douleurs neuropathiques, les antiépileptiques et antidépresseurs tricycliques peuvent être utilisés mais leur utilisation est souvent limitée en gériatrie par leurs effets secondaires et leurs contre-indications. Il est primordial en gériatrie de commencer à faible dose et d'augmenter progressivement sous couvert d'une surveillance clinique accrue.



III. Notre étude : Prise en charge de la douleur chronique chez les patients ambulatoires âgés de 65 ans et plus en France : La cohorte S.AGES : données à 3 ans

III.1. Introduction

En France en 2060, une personne sur trois aura 60 ans ou plus, 23.6 millions de personnes devraient être âgées de 60 ans et plus, soit une hausse de 80% en 53 ans et le nombre de personne de plus de 75 ans devrait passer de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions [1].

Dans la littérature, la définition de la personne âgée varie et le seuil de 65 ans souvent retenu n'est plus le plus pertinent. On considère maintenant comme « personne âgée » toute personne polypathologique âgée d'au moins 65 ans ou toute personne de plus de 75 ans [33].

La prévalence de la douleur augmente avec l'âge [7]. La douleur chez la personne âgée a fait l'objet de recommandations françaises de l'ANAES [5]. Elle était une des priorités du 3^{ème} plan douleur 2006-2010 [6].

La prévalence de la douleur chez les personnes âgées varie considérablement selon les études. Dans une étude suédoise, Jakobsson et al estiment qu'elle affecte 34% des patients âgés de 75 à 85 ans et 41% des patients âgés de 85 à 89 ans [17]. Selon Moulias et al, 73% des patients âgés de plus de 75 ans vivant à domicile ou en institution sont concernés par la douleur [18].

Les douleurs contribuent à l'augmentation de la morbidité, la perte d'autonomie et la diminution de la qualité de vie. Il est maintenant reconnu que la douleur de la personne âgée ne doit pas être considérée comme un signe normal du vieillissement mais comme un symptôme à prendre en charge.

Peu d'études cliniques ont évalué la prise en charge thérapeutique des patients âgés souffrant de douleurs chroniques.

En 2001, une étude italienne portant sur plus de 3000 patients âgés de plus de 65 ans a estimé le pourcentage de patients douloureux traités à 27%. La majorité des patients étaient fragiles et souffraient de troubles cognitifs [34].

Bien que 95.9% des personnes de plus de 60 ans vivent à domicile, aucune étude clinique ne s'est intéressée à la prise en charge des douleurs chez les personnes âgées indépendantes ambulatoires jusqu'à la cohorte S.AGES [35]. Un premier article traitait des données descriptives à l'inclusion [36].

L'objectif de la cohorte S.AGES est de décrire la prise en charge thérapeutique par les médecins généralistes en vie réelle, et son évolution sur une période de 3 ans des sujets de plus de 65 ans, non institutionnalisés, et souffrant soit de diabète type 2, soit de fibrillation auriculaire soit de douleurs chroniques.

Cet article a pour but de décrire les données collectées à 3 ans du sous-groupe des patients âgés ayant une douleur chronique.

III.2. Méthodes

S.AGES est une étude de cohorte prospective non interventionnelle de patients âgés ambulatoires suivis par leur médecin généraliste (MG) dans laquelle le choix de l'ensemble des traitements a été laissé libre aux investigateurs.

Elle est composée de 3 sous-cohortes de patients souffrant soit de diabète type 2 (DT2), soit de fibrillation auriculaire (FA) soit de douleurs chroniques.

La durée de suivi a été de 3 ans avec des visites planifiées tous les 6 mois.

Nous nous sommes intéressés à la sous-cohorte douleur chronique comportant des patients présentant une douleur évoluant depuis plus de 3 mois, et nécessitant une prise en charge.

L'objectif principal était de décrire les différentes modalités de prise en charge médicamenteuse par les MG des patients ambulatoires de 65 ans et plus.

Les objectifs secondaires étaient :

- 1) d'estimer les consommations de ressources liées à la prise en charge médicale et paramédicale des patients ;
- 2) d'analyser l'impact de certains facteurs sur les attitudes de prise en charge (état cognitif, autonomie...) ;
- 3) de décrire en fonction des modalités de prise en charge, la survenue d'évènements cliniques majeurs, des hospitalisations et des décès et analyser les facteurs explicatifs des évènements.

Un objectif supplémentaire était d'évaluer les conséquences de la douleur sur les activités de la vie quotidienne et l'autonomie des patients.

51 179 MG exerçant en libéral et répartis sur toute la France ont été sollicités pour participer à l'étude. Chaque médecin investigateur ne pouvait participer qu'à une seule sous-cohorte. Le choix de la sous-cohorte était imposé par tirage au sort. Chaque investigateur devait inclure entre 3 et 10 patients, en respectant un rapport de 1/3 pour les patients de 65 à 75 ans et 2/3 pour les patients de plus de 75 ans.

Après information éclairée et obtention de l'accord du patient pour participer, les médecins investigateurs ont renseigné sur un cahier d'observation électronique (eCRF) les données médicales suivantes:

- état cognitif (MMSE: Mini Mental Status Examination) [37], [38] ;
- type et topographie des douleurs ;
- diagnostics ;
- traitements.

Les traitements en lien avec la douleur pouvaient être des antalgiques palier 1 (paracétamol, anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), aspirine, néfopam), des antalgiques palier 2 (tramadol, opium, codéine, dextropropoxyphène), ou des antalgiques palier 3 (morphine, oxycodone, fentanyl, buprénorphine). Il pouvait également s'agir de traitements antalgiques adjuvants (co-analgésiques) comme les antidépresseurs (amitriptyline, clomipramine, duloxétine) ou les antiépileptiques (prégabaline, gabapentine).

Les auto-évaluations remplies par les patients étaient adressées à une CRO (unité de recherche clinique) pour saisie.

Ces auto-évaluations comportaient une échelle numérique d'auto-évaluation de la douleur (0-10) [28], une évaluation de l'autonomie et de la dépendance par la grille ADL (Activities of Daily Living) [39]–[41] (*annexe 9*) et l'échelle IADL (Instrumental Activities of Daily Living) [42] (*annexe 10*) et un dépistage de la dépression par l'échelle GDS (Geriatric Depression Scale) [43] (*annexe 11*). Les auto-évaluations ont été faites tous les 6 mois pendant 3 ans.

Pour être inclus dans la sous-cohorte douleur chronique, les patients hommes ou femmes, devaient avoir 65 ans ou plus, présenter une douleur évoluant depuis plus de 3 mois et nécessitant un traitement, résider en France et être affiliés à un régime de la Sécurité Sociale ou être bénéficiaire d'un régime équivalent, avoir accepté de participer à l'étude et avoir signé le formulaire de consentement.

Les critères de non-inclusion étaient les suivants : les patients résidant en EHPAD au moment de l'inclusion, les patients ne pouvant pas donner leur consentement, les patients ne pouvant pas être suivi après l'inclusion (déménagement prévu, personne sans domicile fixe), les patients participant à un essai clinique et ceux présentant une affection non cardiovasculaire mettant en jeu le pronostic vital dans un délai inférieur à 3 mois.

L'étude a reçu l'approbation du Comité de Protection des Personne d'Ile-de-France le 15 janvier 2009.

Analyses statistiques :

Le nombre de sujets a été calculé pour chaque sous-cohorte de manière à pouvoir répondre d'une part à l'objectif principal de l'étude : décrire une prévalence d'au moins 5% avec une précision absolue de 1% (notamment la description des différents schémas thérapeutiques) et d'autre part de façon à avoir la puissance nécessaire à une analyse explicative et exploratoire, en estimant un taux d'évènements cliniques majeurs proche de 13%, les effectifs devant permettre d'identifier un facteur explicatif d'une fréquence d'au moins 10%, conférant un OR de l'ordre de 1.87 avec un risque alpha de 5% et une puissance de 90%. Avec ces hypothèses, les effectifs devaient être de 2000 dans la sous-cohorte « douleur chronique ». Les paramètres descriptifs des variables qualitatives (binaires ou catégorielles) et des variables ordinales sont présentés en termes d'effectifs et de pourcentages, les paramètres descriptifs des variables quantitatives en termes d'effectif, de moyenne et d'écart-type (ET). Les paramètres concernant des délais sont décrits en termes d'effectif, de médiane avec l'intervalle de confiance de la médiane, les données sont estimées par la méthode de Kaplan-Meier.

III.3. Résultats

Les inclusions ont eu lieu entre avril 2009 et juillet 2011. La dernière visite de suivi a eu lieu en septembre 2014.

260 MG, principalement des hommes (80.8%) âgés de 50.4 ans en moyenne (+/-6.4) répartis sur toute la France, ont recruté 1379 patients évaluables dont 448 (32%) avaient entre 65 ans et 75 ans et 930 (67%) plus de 75 ans.

Les modalités de traitement à 3 ans sont connues pour 949 patients.

A l'inclusion, 80% des patients avaient une douleur modérée ou intense. La douleur a été évaluée comme étant la plus sévère chez les patients souffrant de douleurs neuropathiques : 35.1% avaient une intensité de 7 à 10, contre 24.8% pour les douleurs mécaniques et 26.3% pour les douleurs inflammatoires. La principale cause des douleurs était l'arthrose des membres (66.5%).

Toujours à l'inclusion, le paracétamol était l'antalgique le plus prescrit (40%), l'association tramadol-paracétamol constituait 13.2% des prescriptions et le dextropropoxyphène 7.5%. Parmi les antalgiques de palier 3, les prescriptions se répartissaient entre le fentanyl (2%) et la morphine (2%). La prégabaline était l'adjuvant le plus fréquemment utilisé (4%).

Des évaluations ont eu lieu tous les 6 mois avec en moyenne 8.8% de modification de stratégie thérapeutique antalgique à chaque fois.

Les stratégies thérapeutiques à l'inclusion et à 36 mois sont décrites dans le tableau 1 et la répartition de l'ensemble des traitements à l'inclusion et à 36 mois est détaillée dans le tableau 2.

Seuls 118 patients (12.4%) ne reçoivent pas de traitement anti-douleur à 3 ans alors qu'ils étaient 372 (27%) à l'inclusion.

352 patients (37%) reçoivent uniquement un antalgique palier 1 à 3 ans alors qu'ils étaient 453 (32.8%) à l'inclusion.

A 3 ans, un traitement par paracétamol est présent chez 536 patients soit 56.5% d'entre eux.

L'association tramadol-paracétamol arrive toujours en deuxième position (20.6%).

Le pourcentage de patients recevant au moins un palier 3 est resté relativement stable, 4.1% à 36 mois contre 3.1% à l'inclusion.

Le fentanyl (2.5%) et la morphine (2.2%) sont toujours les paliers 3 les plus prescrits.

La fréquence de prescription des antalgiques adjuvants a été doublée sur la période de 3 ans.

Parmi les adjuvants, les antiépileptiques (prégabaline, gabapentine, carbamazépine et clonazépam) sont plus souvent prescrits que les antidépresseurs (amitriptyline, duloxétine, clomipramine et imipramine) avec des pourcentages de 11.8% pour les premiers et 5% pour les seconds.

Stratégie thérapeutique	INCLUSION	36 MOIS
Ensemble (1)	1379 (100%)	949 (100%)
Palier 1 uniquement	453 (32.8%)	352 (37%)
Palier 2 +/- palier 1	409 (29.7%)	295 (31%)
Au moins un palier 3	43 (3.1%)	39 (4.1%)
Adjuvant	102 (7.4%)	133 (14%)
Aucun traitement	372 (27%)	118 (12.4%)

Tableau 1 : Stratégie thérapeutique à l'inclusion et à 36 mois

(1) : données disponibles que le patient soit présent à la visite ou pas

TRAITEMENT	INCLUSION	36 MOIS
Ensemble (1)	1379 (100%)	949 (100%)
Aucun traitement	372 (27%)	118 (12.4%)
Paracétamol	551 (40%)	536 (56.5%)
AINS (aspirine exclue)	168 (12.2%)	136 (14.3%)
Aspirine (traitement douleur)	8 (0.6%)	7 (0.7%)
Autres AINS	NC	29 (3%)
Autres dont néfopam	1 (0.07%)	5 (0.5%)
Paracétamol + opium	51 (3.7%)	43 (4.5%)
Paracétamol + codéine	38 (2.8%)	46 (4.8%)
Tramadol	94 (6.8%)	82 (8.6%)
Tramadol + paracétamol	182 (13.2%)	196 (20.6%)
Dextropropoxyphène	103 (7.5%)	23 (2.4%)
Dihydrocodéine	1 (0.07%)	3 (0.3%)
Oxycodone	4 (0.3%)	16 (1.7%)
Sulfate/chlorhydrate de morphine	28 (2%)	21 (2.2%)
Fentanyl	27 (2%)	24 (2.5%)
Hydromorphone	NC	0 (0%)
Buprénorphine	1 (0.07%)	1 (0.1%)
Prégabaline	56 (4%)	62 (6.5%)
Gabapentine	20 (1.4%)	22 (2.3%)
Amitriptyline	19 (1.4%)	23 (2.4%)
Duloxétine	11 (0.8%)	15 (1.6%)
Clomipramine	7 (0.5%)	6 (0.6%)
Carbamazépine	NC	3 (0.3%)
Imipramine	NC	3 (0.3%)
Clonazépan	NC	25 (2.6%)

Tableau 2 : Description des prescriptions liées au traitement de la douleur chronique à l'inclusion et à 36 mois.

Un même patient peut avoir plusieurs prescriptions différentes.

NC=non connu

(1) : données disponibles que le patient soit présent à la visite ou pas

Au cours des 3 ans de suivi, 64% des patients ont présenté un évènement clinique majeur ou une aggravation de leur pathologie.

La répartition des évènements figure dans le tableau 3.

Patients impactés		Prévalents depuis l'inclusion	
		n	%
Nombre de patients	.	1204	.
Ensemble	Oui	775	64.4
	NR	51	4.2
Décès	Oui	90	7.5
	NR	105	8.7
Hospitalisation	Oui	517	42.9
	NR	67	5.6
Entrée en EHPAD(1)	Oui	58	4.8
	NR	39	3.2
Démences	Oui	40	3.3
	NR	179	14.9
ECVM(2)	Oui	213	17.7
	NR	146	12.1
Maladie Thrombo Embolique Veineuse	Oui	28	2.3
	NR	185	15.4
Maladie Artérielle	Oui	131	10.9
	NR	187	15.5
Hémorragies(3)	Oui	31	2.6
	NR	183	15.2
Chutes	Oui	396	32.9
	NR	134	11.1
Cancers incidents	Oui	79	6.6
	NR	170	14.1

Tableau 3 : Nombre de patients ayant présenté au moins un évènement clinique majeur ou une aggravation de leur pathologie à 36 mois.

Les patients peuvent avoir plusieurs évènements au cours du temps ou à une même visite : un patient présentant plusieurs fois le même évènement au cours de son suivi ne sera comptabilisé qu'une seule fois.
 (1)=Etablissement pour personnes âgées dépendantes, (2)= Evènement cardiovasculaire majeur, (3)= Hémorragie ayant nécessité une hospitalisation. NR=non renseigné

Un décès est survenu chez 7.5% des patients contre 8% dans la cohorte diabète et 12% dans la cohorte FA. Les hospitalisations ont concerné 43% des patients, ce pourcentage était inférieur dans la cohorte diabète (36.8%) et supérieur dans la cohorte FA (46%). 33% des patients ont fait une chute, ce pourcentage est supérieur à ce qui est retrouvé dans la cohorte diabète (23.2%) et dans la cohorte FA (30.4%).

Au total, 855 patients (71%) ont eu un évènement ou une aggravation de leur condition en rapport avec la douleur (tableau 4)

Patients impactés		Prévalents depuis l'inclusion	
		n	%
Nombre de patients	.	1204*	.
Ensemble	Oui	855	71.0
	NR	72	6.0
Appareil locomoteur	Oui	673	55.9
	NR	96	8.0
. <i>Chutes</i>	Oui	396	32.9
	NR	134	11.1
. <i>Arthrose</i>	Oui	461	38.3
	NR	130	10.8
. <i>Prothèse totale de hanche - de genou</i>	Oui	87	7.2
	NR	181	15.0
. <i>Fractures / Tassements vertébraux</i>	Oui	100	8.3
	NR	174	14.5
. <i>Ostéoporose</i>	Oui	77	6.4
	NR	179	14.9
. <i>Maladies rhumatismales inflammatoires</i>	Oui	51	4.2
	NR	186	15.4
Modification de stratégie antidouleur dont	Oui	460	38.2
	NR	122	10.1
1) Intensification du traitement antidouleur :	Oui	322	26.7
	NR	159	13.2
- <i>Passage palier 1</i>	Oui	90	7.5
	NR	306	25.4
- <i>Passage palier 1 à 2</i>	Oui	88	7.3
	NR	310	25.7
- <i>Passage palier 2 à 3</i>	Oui	26	2.2
	NR	316	26.2
- <i>Passage palier 1 à 3</i>	Oui	11	0.9
	NR	322	26.7
- <i>Passage aux adjuvants</i>	Oui	83	6.9
	NR	395	32.8
- <i>Passage au traitement antidouleur</i>	Oui	165	13.7
	NR	386	32.1
- <i>Passage aux anti-arthrosiques</i>	Oui	10	0.8
	NR	565	46.9
2) Diminution du traitement antidouleur :	Oui	193	16.0
	NR	191	15.9
- <i>Arrêt des adjuvants</i>	Oui	56	4.7
	NR	320	26.6
- <i>Arrêt du traitement antidouleur</i>	Oui	66	5.5
	NR	318	26.4
- <i>Arrêt du traitement anti-arthrosiques</i>	Oui	19	1.6
	NR	363	30.1

Tableau 4 : Nombre de patients ayant présenté au moins un autre évènement ou une aggravation spécifique aux douleurs chroniques à 36 mois. Les patients peuvent avoir plusieurs évènements : un patient présentant plusieurs fois le même évènement au cours de son suivi ne sera comptabilisé qu'une seule fois. * le nombre de patients de la colonne « Prévalents depuis l'inclusion » peut diminuer d'une visite sur l'autre à cause des retraits de consentements ou des visites non réalisées. NR=non renseigné

673 patients (55.9%) ont présenté des troubles au niveau de l'appareil locomoteur. Parmi eux, 87 patients (7.2%) ont eu recours à une prothèse de hanche ou de genou et 100 patients (8.3%) ont été victimes de fractures.

Concernant les modifications de traitement de la douleur, 322 patients (26.7%) ont bénéficié d'une intensification du traitement antalgique, 13% des patients qui n'étaient pas traités à la visite d'inclusion sont traités à la visite des 3 ans alors que 193 patients (16%) ont bénéficié d'une diminution de leur traitement antalgique avec 66 patients (5.5%) qui étaient traités à l'inclusion et qui ont arrêté leur traitement antalgique au cours de la période de suivi.

Il y a eu peu de passages aux antalgiques palier 3 (3.1%).

Durant la période de suivi, les patients ont eu en moyenne 22 visites de médecin généraliste et 7 visites de spécialiste.

Le détail des hospitalisations est décrit dans le tableau 5.

		Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de patients évalués	N*	347	857	1204
Consultations généralistes	Moyenne	22.1	22.6	22.5
	Ecart-type	15.3	17.2	16.7
	Médiane	19.0	20.0	20.0
	[1er - 3ème quartiles]	[12.0 - 29.0]	[11.0 - 31.0]	[11.0 - 31.0]
	(Minimum - Maximum)	(0.0 - 114.0)	(0.0 - 183.0)	(0.0 - 183.0)
Consultations spécialistes	Moyenne	8.0	6.3	6.8
	Ecart-type	7.4	6.8	7.0
	Médiane	6.0	5.0	5.0
	[1er - 3ème quartiles]	[3.0 - 12.0]	[2.0 - 9.0]	[2.0 - 10.0]
	(Minimum - Maximum)	(0.0 - 42.0)	(0.0 - 53.0)	(0.0 - 53.0)
Passages aux urgences	Moyenne	0.4	0.3	0.3
	Ecart-type	1.2	0.7	0.9
	Médiane	0.0	0.0	0.0
	[1er - 3ème quartiles]	[0.0 - 0.0]	[0.0 - 0.0]	[0.0 - 0.0]
	(Minimum - Maximum)	(0.0 - 14.0)	(0.0 - 7.0)	(0.0 - 14.0)
Hospitalisations de jour	Moyenne	3.6	3.7	3.6
	Ecart-type	9.8	15.6	14.2
	Médiane	0.0	0.0	0.0
	[1er - 3ème quartiles]	[0.0 - 2.0]	[0.0 - 0.0]	[0.0 - 1.0]
	(Minimum - Maximum)	(0.0 - 100.0)	(0.0 - 284.0)	(0.0 - 284.0)
Nombre de jours d'hospitalisation complète	Moyenne	8.5	9.6	9.3
	Ecart-type	17.7	26.2	24.1
	Médiane	0.0	0.0	0.0
	[1er - 3ème quartiles]	[0.0 - 10.0]	[0.0 - 7.0]	[0.0 - 8.0]
	(Minimum - Maximum)	(0.0 - 140.0)	(0.0 - 383.0)	(0.0 - 383.0)

Tableau 5 : Nombre cumulé de consultations et d'hospitalisations à 36 mois depuis l'inclusion. * Le nombre cumulé de patients peut diminuer d'une visite sur l'autre à cause des retraits de consentement ou des visites non réalisées. Il n'y avait pas de données manquantes.

A l'inclusion, 86.2% des patients avaient un score MMSE à 25 et plus, 90.8% ne présentaient aucun trouble de l'humeur et ils étaient pour la plupart autonomes (96.6% avaient un score ADL à 5 ou 6).

L'état des patients, en termes d'autonomie, de cognition et d'humeur est resté relativement stable durant la période de suivi (tableau 6).

		Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de patients évaluables(1)	N	391	988	1379
deltaADL(2)	DM	127	331	458
	Moyenne	0.3	0.2	0.2
	Ecart-type	0.9	0.8	0.8
	Médiane	0	0	0
	[1er - 3ème quartiles]	[0.0 - 0.0]	[0.0 - 0.0]	[0.0 - 0.0]
	(Minimum - Maximum)	(-2.5 - 5.0)	(-4.0 - 5.5)	(-4.0 - 5.5)
deltaIADL(2)	DM	126	330	456
	Moyenne	0.3	0.3	0.3
	Ecart-type	1.0	0.9	1.0
	Médiane	0	0	0
	[1er - 3ème quartiles]	[0.0 - 0.0]	[0.0 - 1.0]	[0.0 - 0.0]
	(Minimum - Maximum)	(-4.0 - 4.0)	(-4.0 - 4.0)	(-4.0 - 4.0)
deltaMMSE(2)	DM	213	481	694
	Moyenne	0.8	0.8	0.8
	Ecart-type	3.6	3.4	3.4
	Médiane	0	0	0
	[1er - 3ème quartiles]	[-1.0 - 2.0]	[-1.0 - 2.0]	[-1.0 - 2.0]
	(Minimum - Maximum)	(-14.0 - 20.0)	(-11.0 - 23.0)	(-14.0 - 23.0)
deltaGDS(2)	DM	298	724	1022
	Moyenne	1.2	0.4	0.6
	Ecart-type	4.2	3.7	3.8
	Médiane	1.0	0	0
	[1er - 3ème quartiles]	[-1.0 - 3.0]	[-1.5 - 3.0]	[-1.0 - 3.0]
	(Minimum - Maximum)	(-15.0 - 12.0)	(-15.0 - 10.0)	(-15.0 - 12.0)

Tableau 6 : Evolution de l'état d'autonomie, de l'état cognitif et des troubles de l'humeur des patients à 36 mois.

(1) patients présents à la visite 1 en tenant compte des retraits de consentement intervenus depuis.

(2) Delta SCORES : score (3ans) – score (baseline) pour l'ADL (activities of daily living), l'IADL (instrumental activities of daily living), le MMSE (Mini Mental State Examination) et l'opposé pour le GDS (Geriatric Depression Scale). Un score positif correspond à une amélioration de l'état de santé.

DM=données manquantes

Dans la cohorte diabète, on note une légère dégradation de l'état cognitif chez les plus de 75 ans. Dans la cohorte FA, les plus de 75 ans ont perdu en autonomie sur les scores ADL et IADL et leur état cognitif s'est dégradé.

III.4. Discussion

La cohorte S.AGES est une des plus grandes cohortes pharmaco-épidémiologiques chez les patients âgés non-institutionnalisés souffrant de douleur chronique.

Si la douleur reste sous traitée dans la population âgée par rapport à la population générale, le pourcentage de patients âgés douloureux non traités tend à diminuer (27% à l'inclusion puis 12% à 36 mois) et reste bien plus faible dans notre cohorte que dans les travaux de Landi [34]. Ainsi il semble que l'accroissement des événements liés aux douleurs se soit traduit par une augmentation de la prise en charge médicamenteuse de la douleur. Toutefois, il pourrait s'agir d'un biais lié à notre observatoire qui pourrait inciter les MG à prescrire plus. D'autre part, les 15 années qui séparent l'étude de Landi et la cohorte S.AGES sont probablement marquées par une amélioration de la prise en charge des douleurs des sujets âgés en ambulatoire.

Le paracétamol reste l'antalgique de choix, sa pharmacocinétique étant peu modifiée chez les personnes âgées [44]. Dans notre étude, le premier diagnostic à l'origine des douleurs, représentant 2/3 de toutes les causes confondues, était l'arthrose des membres.

Le traitement de l'arthrose a fait l'objet de nouvelles recommandations de l'OARSI (osteoarthritis research society international) [45] [46], ces dernières placent le paracétamol comme un antalgique oral de première intention efficace pour le traitement des douleurs légères à modérées chez les patients atteints d'arthrose du genou ou de la hanche. Ces recommandations sont donc bien suivies par les médecins généralistes.

Durant la période de suivi, le dextropropoxyphène, molécule largement prescrite, s'est vue retiré du marché le 1^{er} mars 2012. A l'inclusion, 103 patients étaient sous dextropropoxyphène. Une étude décrivant les premiers résultats 6 mois après le retrait de la molécule ne retrouve aucune conséquence sur l'impact ou l'intensité des douleurs des patients [47]. Dans notre étude, sur les 103 patients sous dextropropoxyphène au départ, 40.8% sont passés sous palier 1, 53.4% sont passés sous palier 2, 2.9% sont passés sous palier 3 et 2.9% ne reçoivent plus de traitement antalgique. A la fin de la période des 3 ans, 23 patients (2%) sont toujours sous dextropropoxyphène, ce qui est inattendu 2 ans et demi après son retrait du marché.

Le pourcentage de patients sous tramadol ou tramadol/ paracétamol et le pourcentage de patients sous codéine a augmenté (29% versus 20% à l'inclusion ; 5.2% versus 2.8% à l'inclusion respectivement). Le pourcentage de patients sous opium reste stable (4.5% versus 3.7% à l'inclusion). Des recommandations françaises orientant le choix thérapeutique après retrait du dextropropoxyphène, préconisent le relais par paracétamol ou antalgique palier 2 selon la dose initiale de dextropropoxyphène [48]. Ces recommandations semblent assez bien suivies puisque dans notre étude, le pourcentage de traitement par paracétamol et palier 2 a augmenté parallèlement à l'arrêt du dextropropoxyphène.

Par contre, le pourcentage de patients âgés traités par antalgiques de palier 3 reste faible et relativement stable. Dans son étude portant sur 7273 patients adultes souffrant de lombalgies ou douleurs articulaires, Federman décrit un pourcentage de patients sous opioïdes de 17.3%, les personnes âgées seraient moins susceptibles de recevoir un opioïde fort que des patients plus jeunes avec douleurs de même intensité [49].

Or, tout comme chez les patients plus jeunes, les opioïdes peuvent être prescrits chez les personnes âgées souffrant de douleur chronique d'intensité modérée à sévère avec impact fonctionnel ou diminution de la qualité de vie [50]. Cette différence dans la prise en charge thérapeutique de la douleur peut-être due à une peur, de la part du praticien, des effets indésirables fréquents du fait de la sensibilité des personnes âgées aux opioïdes. Il y aurait cependant peu de dépendance psychologique et d'accoutumance chez les patients âgés souffrant de douleurs sévères [18].

Les données de la cohorte S.AGES permettent de montrer que sur 3 ans, il n'y a pas eu d'augmentation majeure de la prescription d'opioïdes forts dans une population de sujets âgés douloureux de plus de 65 ans. Ces données ne vont donc pas dans le sens des alarmes déclenchées par les données américaines et relayées par les autorités de santé françaises.

Les douleurs neuropathiques sont très fréquentes chez les sujets âgés et ont les mêmes caractéristiques que chez les sujets plus jeunes [5], elles ne répondent pas ou peu aux antalgiques palier 1 et d'autres thérapeutiques dites adjuvantes (antidépresseurs et antiépileptiques) doivent être envisagées [51]. Cependant une attention particulière doit être portée aux contre-indications et aux effets indésirables dans cette population [5]. Une sensibilité accrue des récepteurs cholinergiques rend les personnes âgées plus sensibles aux effets indésirables des médicaments anticholinergiques et notamment des antidépresseurs tricycliques [44]. Dans notre étude, le traitement antalgique adjuvant le plus prescrit est la prégabaline, elle est notamment préférée à l'amitriptyline (6.5% vs 2.4%). La sécurité d'emploi des antidépresseurs tricycliques est jugée plus faible que celle de la gabapentine et la prégabaline [51].

Une étude comparant la prégabaline et l'amitriptyline dans le traitement des douleurs associées à la neuropathie diabétique rapporte moins d'effets indésirables avec la prégabaline (25%) qu'avec l'amitriptyline (65%) [52]. Dans notre étude, la fréquence de prescription de traitement antalgique par antidépresseurs ou antiépileptique a doublé sur les 3 ans passant de 7.4% à 14%, se superposant ainsi au pourcentage de patients souffrant de douleurs neuropathiques à l'inclusion (14.2%).

Dans notre étude, nous rapportons un nombre élevé d'évènements ou aggravation de la condition en rapport avec la douleur (71%). Cependant ce nombre est difficile à interpréter puisqu'il concerne d'une part les évènements défavorables avec une majorité d'évènements touchant l'appareil locomoteur (chutes, arthrose) et d'autre part toute modification de stratégie antalgique (intensification ou diminution), ce qui ne correspond pas forcément à une aggravation de l'état du patient mais peut être en rapport avec une volonté du médecin d'optimiser la prise en charge du patient.

De plus, ce pourcentage est inférieur à ce que nous retrouvons dans les 2 autres sous-cohortes avec respectivement 79.2% et 86.6% d'aggravation en rapport avec le diabète et la FA. Il faut cependant noter un pourcentage plus élevé d'hospitalisation dans notre sous-cohorte douleur chronique par rapport à la cohorte diabète et un pourcentage plus élevé de chutes dans notre sous-cohorte par rapport aux 2 autres sous cohortes diabète et FA, ce qui souligne les effets délétères de la douleur chronique. Cela va dans le sens de quelques études chez les adultes non âgés montrant une augmentation de la mortalité chez les patients douloureux chroniques [53].

Toutefois, nous constatons que dans notre sous-cohorte douleur chronique, ces événements en rapport avec la douleur ne semblent pas avoir d'impact sur l'autonomie, la cognition et l'humeur puisque les scores d'évaluation MMSE, ADL, IADL et GDS restent stables au cours des 3 ans de suivi.

Notre étude constitue une base de données très riche sur la prise en charge des douleurs chroniques en vie réelle chez le sujet âgé. Cependant, il manque une évaluation de la douleur (type et intensité) dans le temps. Chez les sujets âgés, les douleurs ont tendance à s'associer entre elles et à se potentialiser [18], il est recommandé de les évaluer régulièrement et de suivre l'évolution des scores [5]. L'évaluation de la douleur est d'autant plus importante que ces patients ont plus souvent des troubles cognitifs et sont donc plus à risque d'être sous-traités [7].

Notre étude ne permet pas d'évaluer la satisfaction des patients quant à la prise en charge de leur douleur, elle ne permet pas non plus d'établir de lien direct entre douleur et autonomie ou douleur et état cognitif.

Enfin, aucune donnée n'a été recueillie sur la prise en charge non médicamenteuse de la douleur pourtant très utile dans cette population, permettant souvent de diminuer les traitements médicamenteux.



Conclusion

La douleur des patients âgés est souvent sous diagnostiquée et sous-traitée. Le traitement médicamenteux de la douleur chez les patients âgés est souvent limité par une sensibilité accrue aux effets indésirables.

Cependant, sur les données de la cohorte S.AGES à 36 mois, la prise en charge de la douleur du sujet âgé en ambulatoire semble évoluer dans le bon sens avec une diminution nette de la proportion de sujets non traités sur 3 ans et une proportion bien inférieure aux données de la littérature. Le paracétamol reste l'antalgique majoritaire avec un pourcentage faible et relativement stable d'antalgiques de palier 3.

Les traitements antalgiques adjuvants représentent une faible proportion des moyens thérapeutiques pour lutter contre les douleurs avec une préférence pour les antiépileptiques par rapport aux antidépresseurs. Cependant, la fréquence de prescription de ces traitements antalgiques adjuvants a doublé sur les 3 ans.

S.AGES est la première cohorte prospective évaluant la prise en charge ambulatoire de patients âgés (avec une prédominance de patients de plus de 75 ans) souffrant de douleur chronique sur une période longue de 3 ans. Elle montre que les recommandations de prise en charge de la douleur sont de mieux en mieux suivies par les MG. Elle démontre également que la douleur chronique est en soi une pathologie sévère pourvoyeuse d'évènements ou d'aggravation de la condition chez un nombre élevé de patients (hospitalisations et chutes).



Références bibliographiques

- [1] N. Blanpain, I. national de la statistique et des études économiques (France), et O. Chardon, « Projections de population à l'horizon 2060 un tiers de la population âgé de plus de 60 ans », 2010.
- [2] L. Toulemon, « Projections démographiques pour la France et ses régions: vieillissement de la population et stabilisation de la population active », *Économie et statistique*, vol. 408, n° 1, p. 81–94, 2007.
- [3] S. Lefèbvre-Chapiro, C. Trivalle, S. Legrain, D. Feteanu, et R. Sebag-Lanoé, « Particularités de la douleur et de sa prise en charge chez les personnes âgées », *La Presse Médicale*, 19-févr-2000.
- [4] AGS Panel on Chronic Pain in Olders Persons, « The Management of Chronic Pain in Olders persons », *J Am Geriatr Soc*, p. 43:635-51, 1998.
- [5] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), « Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. », oct-2000.
- [6] Haut Conseil de la Santé Publique, « Evaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 », mars-2011.
- [7] R. Rastogi et Meek, « Management of chronic pain in elderly, frail patients: finding a suitable, personalized method of control », *Clinical Interventions in Aging*, p. 37, janv. 2013.
- [8] H. Merskey, N. Bogduk, et International Association for the Study of Pain, Éd., *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*, 2nd ed. Seattle: IASP Press, 1994.
- [9] Haute Autorité de Santé, « Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient », déc-2008.
- [10] R. Peyron, « Physiologie de la douleur », *Elsevier Masson SAS*, 2013.
- [11] Melzack R, « Pain Mechanisms: A new theory », *Science*, p. 971- 979, 1965.
- [12] D. Bouhassira *et al.*, « Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4) »., *Pain*, vol. 114, n° 1, p. 29- 36, mars 2005.
- [13] D. Bouhassira, « Physiopathologie des douleurs neuropathiques », *Trente neuvième Congrès national de la Société française d'anesthésie-réanimation. Paris: Elsevier et Sfar*, p. 39–49, 1997.
- [14] D. Bouhassira, N. Danziger, N. Atta, et F. Guirimand, « Comparison of the pain suppressive effects of clinical and experimental painful conditioning stimuli », *Brain*, vol. 126, n° 5, p. 1068- 1078, mai 2003.
- [15] D. Bouhassira, M. Lantéri-Minet, N. Attal, B. Laurent, et C. Touboul, « Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population »., *Pain*, vol. 136, n° 3, p. 380- 387, juin 2008.

- [16]A. Eschalier *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*, vol. 14, n° 1, p. 4- 15, févr. 2013.
- [17]U. Jakobsson, R. Klevsgard, A. Westergren, et I. R. Hallberg, « Old people in pain: A comparative study », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 26, n° 1, p. 625- 636, juill. 2003.
- [18]S. Moulias, A. Bornand, et F. Piette, « Polyalgies du sujet âgé », *Revue du Rhumatisme*, vol. 71, n° 6, p. 462- 467, juin 2004.
- [19]Albert Lukas, Benjamin Mayer, et Daniela Fialová, « Pain Characteristics and Pain Control in European Nursing Homes: Cross-sectional and Longitudinal Results From the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) Study - Journal of the American Medical Directors Association », *J. Am. Med. Dir Assoc.*, 2013.
- [20]N. R. Balcombe et A. Sinclair, « Ageing: definitions, mechanisms and the magnitude of the problem », *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, vol. 15, n° 6, p. 835- 849, déc. 2001.
- [21]C. J. D'Astolfo et B. K. Humphreys, « A record review of reported musculoskeletal pain in an Ontario long term care facility », *BMC Geriatrics*, vol. 6, n° 1, déc. 2006.
- [22]Médecine des Maladies Métaboliques, « Hors série 1: Guide pour la prise en charge du diabétique âgé », mars 2008.
- [23]P. Henry et C. Tzourio, « Epidémiologie de la migraine », *La migraine. Connaissances descriptives, traitement et prévention. INSERM, EC, Editor*, p. 17–38, 1998.
- [24]R. E. Hope-Simpson, « Postherpetic neuralgia », *JR Coll Gen Pract*, vol. 25, n° 157, p. 571–575, 1975.
- [25]N. M. Karttunen, J. Turunen, R. Ahonen, et S. Hartikainen, « More attention to pain management in community-dwelling older persons with chronic musculoskeletal pain », *Age and Ageing*, vol. 43, n° 6, p. 845- 850, nov. 2014.
- [26]Ferrell BA, « Pain Evaluation and management in the Nursing Home », *Ann Intern Med*, p. 123:681-7, 1995.
- [27]S. Perrot, « Particularités de la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses du sujet âgé », *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, vol. 4(3), p. 163- 70, 2006.
- [28]Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), « Evaluation de suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire », févr-1999.
- [29]Hadjistavropoulos T et Herr K, « An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons », *Clin J Pain*, p. 23:S1-43, janv-2007.
- [30]Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), « Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire », févr. 1999.
- [31]Wary B et Villard JF, « Spécificités de l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées », *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, p. 4(3):171-8, 2006.
- [32]P. Le Deun et A. Gentric, « L'évaluation gériatrique standardisée: intérêt et modalités », *Médecine thérapeutique*, p. 10(4):229-236, 2004.

- [33] « Hors série 1: Guide pour la prise en charge du diabétique âgé », *Médecine des Maladies Métaboliques*, mars-2008.
- [34] Landi F, Onder G, Cesari M, et al, « PAin management in frail, community-living elderly patients », *Arch Intern Med*, vol. 161, n° 22, p. 2721- 2724, déc. 2001.
- [35] M.-E. Joël, « Les conditions de vie des personnes âgées vivant à domicile d'après l'enquête HID », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 103–122, 2003.
- [36] P. Bertin *et al.*, « The therapeutic management of chronic pain in ambulatory care patients aged 65 and over in France: the S. AGES Cohort. Baseline data », *The journal of nutrition, health & aging*, vol. 17, n° 8, p. 681–686, 2013.
- [37] Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, et Laurent B, « Au nom du groupe de recherche sur l'évaluation cognitive (GRECO). Le Mental-State Examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle. », *Presse Méd.*, vol. 28:1141-8, 1999.
- [38] Kalafat M, Hugonot-Diener L, et Poitreneau J, « Standardisation et étalonnage français du "mini mental state" (MMS) version Greco. », *Rev Neuropsychol*, n° 13(2), p. 209- 36, 2003.
- [39] Katz S, « Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. », *JAGS 1983*, vol. 31, p. 721- 7.
- [40] Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, et Jaffe MW, « Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. », *JAMA 1963*, n° 185, p. 914- 9.
- [41] Katz S, Downs TD, Cash HR, et Grotz RC, « Progress in development of the index of ADL. », *Gerontologist 1970*, n° 10, p. 20- 30.
- [42] Lawton MP et Brody EM, « Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. », *Gerontologist 1969*, n° 9, p. 179- 86.
- [43] Yesavage JA *et al.*, « Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. », *J Psychiatr Res 1982-1983*, vol. 17(1), p. 37- 49.
- [44] G. A. Bellingham, « Pharmacology of Pain: Pierre Beaulieu, David Lussier, Frank Porreca, and Anthony H. Dickenson. IASP Press, Seattle, WA, 2010, 622 pp, \$100, ISBN 978-0-931092-78-7 », *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, vol. 57, n° 8, p. 796- 797, août 2010.
- [45] Y. Henrotin *et al.*, « Traduction française des recommandations de l'Osteoarthritis Research Society International (OARSI) sur la prise en charge de la gonarthrose et de la coxarthrose », *Revue du Rhumatisme*, vol. 76, n° 3, p. 279- 288, mars 2009.
- [46] T. E. McAlindon *et al.*, « OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis », *Osteoarthritis and Cartilage*, vol. 22, n° 3, p. 363- 388, mars 2014.
- [47] Becquemont L *et al.*, « Consequences of dextropropoxyphene market withdrawal in elderly patients with chronic pain. », *Eur J Clin Pharmacol.*, vol. 70(10), p. 1237- 42, oct. 2014.

- [48] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, « Recommandations après le retrait des associations dextropropoxyphène/paracétamol et dextropropoxyphène/paracétamol/caféine », mai 2011.
- [49] A. D. Federman, A. Litke, et R. S. Morrison, « Association of age with analgesic use for back and joint disorders in outpatient settings », *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 4, n° 4, p. 306- 315, déc. 2006.
- [50] American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons, « Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 57, n° 8, p. 1331- 1346, août 2009.
- [51] V. Martinez, N. Attal, D. Bouhassira, et M. Lantéri-Minet, « Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur », *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, vol. 11, n° 1, p. 3- 21, févr. 2010.
- [52] Bansal D, Bhansali A, Hota D, Chakrabarti A, et Dutta P, « Amitriptyline vs. pregabalin in painful diabetic neuropathy: a randomized double blind clinical trial. », *Diabet Med*, vol. 26(10), p. 1019- 26, oct. 2009.
- [53] D. Smith, R. Wilkie, O. Uthman, J. L. Jordan, et J. McBeth, « Chronic pain and mortality: a systematic review », *PLoS one*, vol. 9, n° 6, p. e99048, 2014.



Annexes

Annexe 1 : Questionnaire DN4	52
Annexe 2 : Echelle visuelle analogique.....	53
Annexe 3 : Echelle verbale simple	53
Annexe 4 : Echelle des visages	54
Annexe 5 : Echelle Doloplus	55
Annexe 6 : Echelle ECPA	56
Annexe 7 : Principaux antalgiques utilisés pour le traitement de la douleur chez la personne âgée. <i>D'après Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale (ANAES)</i>	57
Annexe 8 : Principaux antalgiques utilisés pour le traitement des douleurs neuropathiques chez la personne âgée. <i>D'après Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale (ANAES)</i>	59
Annexe 9 : Echelle d'autonomie de Katz (ADL)	60
Annexe 10 : Score IADL	61
Annexe 11 : Echelle de dépression GDS	62



Annexe 1 : Questionnaire DN4



Questionnaire DN4

Répondez aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item.

INTERROGATOIRE DU PATIENT

Question 1 - La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1- Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 2 - La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	OUI	NON
4- Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN DU PATIENT

Question 3 - La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8- Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 4 - La douleur est-elle provoquée ou augmentée par... ?

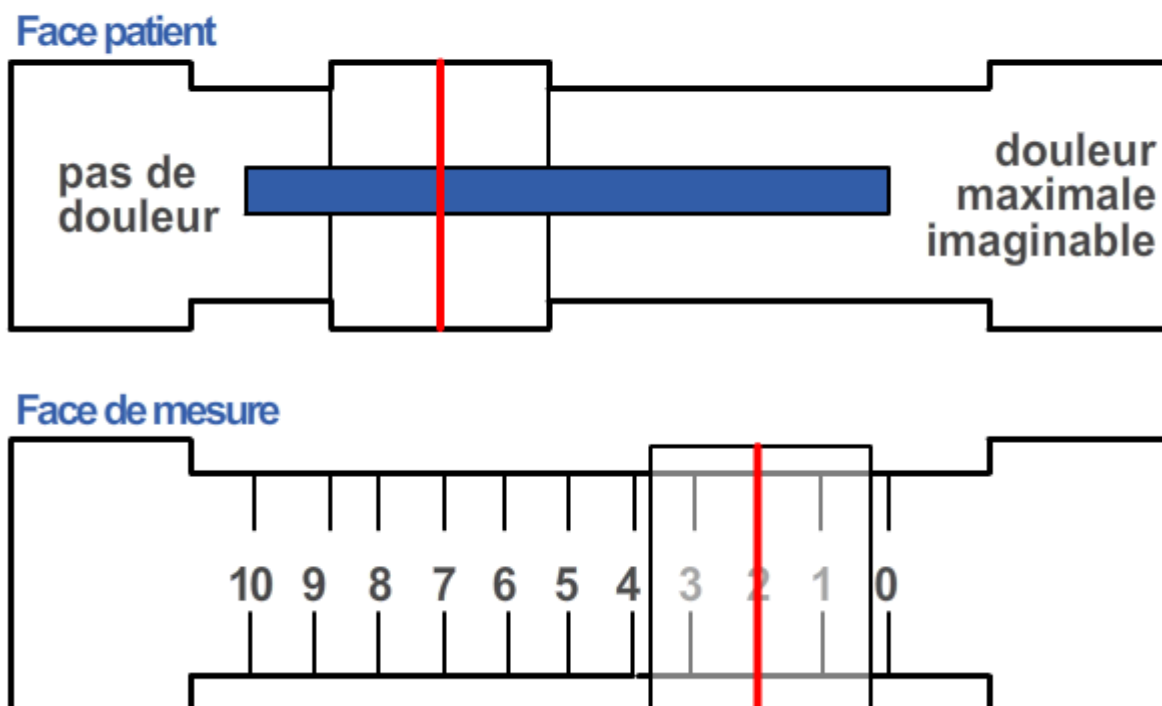
	OUI	NON
10- Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score du patient /10



Annexe 2 : Echelle visuelle analogique

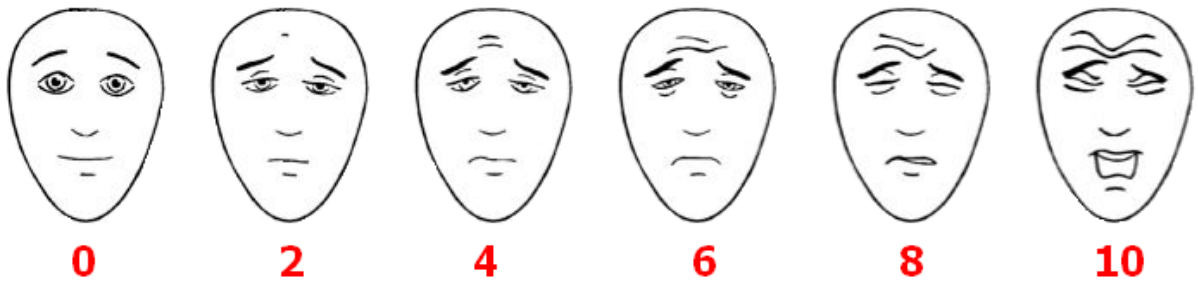
EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



Annexe 3 : Echelle verbale simple

0 : Pas de douleur
1 : Douleur faible
2 : Douleur modérée
3 : Douleur intense
4 : Douleur extrêmement intense

Annexe 4 : Echelle des visages



Cotation de la douleur selon le faciès sélectionné



Annexe 5 : Echelle Doloplus

NOM :		<h1>Echelle DOLOPLUS</h1>			
Prénom :					
Service :					
					Dates
Observation comportementale					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2. Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3. Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4. Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5. Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6. Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7. Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche,...)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8. Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9. Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques) ..	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10. Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
Copyright		SCORE			

Annexe 6 : Echelle ECPA

ECPA - Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes

Source: www.geocities.com/bpradines/ECPA.html

Nom, prénom	Dates		
Observation avant les soins			
1. Expression du visage: regard et mimique			
• visage détendu	0	0	0
• visage soucieux	1	1	1
• le sujet grimace de temps en temps	2	2	2
• regard effrayé et/ou visage crispé	3	3	3
• expression complètement figée	4	4	4
2. Position spontanée au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)			
• aucune position antalgique	0	0	0
• le sujet évite une position	1	1	1
• le sujet choisit une position antalgique	2	2	2
• le sujet recherche sans succès une position antalgique	3	3	3
• le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4	4	4
3. Mouvements (ou mobilité) du patient (hors et/ou dans le lit)			
• le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0	0	0
• le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1	1	1
• lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2	2	2
• immobilité contrairement à son habitude*	3	3	3
• absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4	4	4
4. Sur la 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	0	0
• contact plus difficile à établir que d'habitude	1	1	1
• éviter la relation contrairement à l'habitude	2	2	2
• absence de tout contact contrairement à l'habitude	3	3	3
• indifférence totale contrairement à l'habitude	4	4	4
Observation pendant les soins			
5. Anticipation anxieuse aux soins			
• le sujet ne montre pas d'anxiété	0	0	0
• angoisse du regard, impression de peur	1	1	1
• sujet agité	2	2	2
• sujet agressif	3	3	3
• cris, soupirs, gémissements	4	4	4
6. Réactions pendant la mobilisation			
• le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0	0	0
• le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1	1	1
• le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2	2	2
• le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3	3	3
• le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4	4	4
7. Réactions pendant les soins des zones douloureuses			
• aucune réaction pendant les soins	0	0	0
• réaction pendant les soins, sans plus	1	1	1
• réaction au toucher des zones douloureuses	2	2	2
• réaction à l'effleurement des zones douloureuses	3	3	3
• l'approche des zones est impossible	4	4	4
8. Plaintes exprimées pendant les soins			
• le sujet ne se plaint pas	0	0	0
• le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui	1	1	1
• le sujet se plaint dès la présence du soignant	2	2	2
• le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3	3	3
• le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4	4	4
Total	/32	/32	/32

*Se référer au(x) jour(s) précédent(s) – **ou prostration – ne pas utiliser l'ECPA chez les patients en état végétatif



Annexe 7 : Principaux antalgiques utilisés pour le traitement de la douleur chez la personne âgée. D'après *Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale (ANAES)*

Médicament	Posologie initiale par 24h	Intervalle de prise	Posologie maximale par 24h recommandée	Effets secondaires à souligner	Précaution d'emploi
Paracétamol	4 X 500 mg	4 à 6 h	4000mg (3000mg en France)	Hépatotoxicité aux posologies élevées	Eviter de dépasser les posologies maximales recommandées
Aspirine	4 X 500 mg	4 à 6 h	4000mg (2000mg en France)	Gastrotoxicité, néphrotoxicité, antiagrégant plaquettaire, rares hépatotoxicité et thrombopénie	Eviter l'utilisation prolongée à fortes doses
Ibuprofène	4 X 200 mg	4 à 6 h	2400mg	Idem aspirine	Idem aspirine Constipation, confusion et céphalées fréquentes, à surveiller
Codéine	4 X 30 mg	4 à 6 h	180mg		Prévention précoce de la constipation
Dihydrocodéine	2 X 60 mg	8 à 12 h	180mg		Idem codéine
Tramadol Libération immédiate	4 X 50 mg	4 à 6 h	400mg	Diminution du seuil épileptogène	Anticiper et prévenir les effets secondaires (constipation, nausées, vomissements, vertiges)
Tramadol Libération prolongée	2 X 100 mg	12 h	400mg	Diminution du seuil épileptogène	Idem tramadol libération immédiate



Annexe 7 (suite) : Principaux antalgiques utilisés pour le traitement de la douleur chez la personne âgée. D'après Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale (ANAES)

Médicament	Posologie initiale par 24h	Intervalle de prise	Posologie maximale par 24h recommandée	Effets secondaires à souligner	Précautions d'emploi
Chlorhydrate de morphine	15 à 30 mg	4 h	Pas de plafond	Augmentation de la concentration plasmatique par rapport au sujet jeune Risque d'accumulation	Titration : 2,5 à 5 mg toutes les 4 h en début de traitement Prévention précoce de la constipation Risque de surdosage et d'effets secondaires Anticiper et prévenir les effets secondaires
Sulfate de morphine à libération prolongée	20 mg	12 h pour Moscontin® et Skenan® 24 h pour Kapanol®	Pas de plafond	Idem chlorhydrate de morphine	Progression lente et prudente des posologies Prévention précoce de la constipation Risque de surdosage et d'effets secondaires Anticiper et prévenir les effets secondaires
Fentanyl	25µg/heure	72 heures	Pas de plafond	Durée d'action souvent augmentée chez la personne âgée	Association prudente aux antalgiques à libération immédiate en début de traitement La fièvre accélère l'absorption



Annexe 8 : Principaux antalgiques utilisés pour le traitement des douleurs neuropathiques chez la personne âgée. *D'après Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale (ANAES)*

Médicament	Posologie initiale par 24h	Effets secondaires à souligner	Précautions d'emploi
Antidépresseurs			
Amitriptyline Desipramine Imipramine	10 mg	Sensibilité accrue aux effets secondaires, en particulier anticholinergiques	Surveillance prudente des effets anticholinergiques, semblant moindres pour la desipramine : débuter à la dose minimale efficace et augmenter progressivement de 10 mg tous les 3 à 5 jours
Anticonvulsivants			
Clonazéпам	0,25 à 0,5 mg	Somnolence et baisse de la vigilance	Privilégier les prises vespérales
Carbamazépine	100 mg	Somnolence, ataxie, vertiges, leucopénie, thrombocytopenie	Débuter à des posologies basses, puis augmenter de 100 mg par jour ; la dose efficace est atteinte en 2 à 8 semaines
Gabapentine	100 mg	Semble avoir des effets secondaires moins importants que la carbamazépine	Titration lentement progressive en fonction de l'efficacité et de la tolérance



Annexe 9 : Echelle d'autonomie de Katz (ADL)

ECHELLE A.D.L (Aide-soignante Infirmière)	1^{ère} évaluation	2^{ème} évaluation	3^{ème} évaluation
	Date :	Date :	Date :
	Score:	Score:	Score:
<u>HYGIENE CORPORELLE</u>			
- autonomie	1	1	1
- aide	0.5	0.5	0.5
- dépendant(e)	0	0	0
<u>HABILLAGE</u>			
- autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage	1	1	1
- autonomie pour le choix des vêtements, l'habillage mais a besoin d'aide pour se chausser	0.5	0.5	0.5
- dépendant(e)	0	0	0
<u>ALLER AUX TOILETTES</u>			
- autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1	1	1
- doit être accompagné(e) ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	0.5	0.5	0.5
- ne peut aller aux toilettes seul(e)	0	0	0
<u>LOCOMOTION</u>			
- autonomie	1	1	1
- a besoin d'aide	0.5	0.5	0.5
- grabataire	0	0	0
<u>CONTINENCE</u>			
- continent(e)	1	1	1
- incontinence occasionnelle	0.5	0.5	0.5
- incontinent(e)	0	0	0
<u>REPAS</u>			
- mange seul(e)	1	1	1
- aide pour couper la viande ou peler les fruits	0.5	0.5	0.5
- dépendant(e)	0	0	0
TOTAL			

Annexe 10 : Score IADL

1. Aptitude à utiliser le téléphone

- Se sert normalement du téléphone (téléphone de sa propre initiative, compose les numéros)

2. Moyens de transport

- Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture

3. Responsabilité à l'égard de son traitement

- S'occupe personnellement de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)

4. Aptitude à gérer son budget

- Gère son budget de façon autonome (rédaction de chèques, loyer, factures, opérations à la banque)

Chacun des 4 items est coté (0) = dépendance, ou (1) = indépendance, selon la réponse.

Score/4

(score normal = 4/4)



Annexe 11 : Echelle de dépression GDS (Chaque réponse marquée * vaut 1 point : 0-5 : score normal, 5-9 : forte probabilité de dépression, ≥ 10 : indique presque toujours une dépression)

1 - Etes-vous satisfait(e) de votre vie ?	Oui	Non*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	Oui*	Non
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui*	Non
4 - Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui*	Non
5 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ?	Oui	Non*
6 - Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse ?	Oui*	Non
7 - Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Oui	Non*
8 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir ?	Oui*	Non
9 - Etes-vous heureux la plupart du temps ?	Oui	Non*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide ?	Oui*	Non
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place ?	Oui*	Non
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir ?	Oui*	Non
13 - L'avenir vous inquiète-t-il ?	Oui*	Non
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	Oui*	Non
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	Oui	Non*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	Oui*	Non
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile ?	Oui*	Non
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé ?	Oui*	Non
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante ?	Oui	Non*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets ?	Oui*	Non
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie ?	Oui	Non*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente ?	Oui*	Non
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont plus de chance que vous ?	Oui*	Non
24 - Etes-vous souvent irrité(e) par des détails ?	Oui*	Non
25 - Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer ?	Oui*	Non
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer ?	Oui*	Non
27 - Etes-vous content(e) de vous lever le matin ?	Oui	Non*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées ?	Oui*	Non
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions ?	Oui	Non*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois ?	Oui	Non*



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Prise en charge de la douleur chronique chez les patients ambulatoires âgés de 65 ans et plus en France. La cohorte S.AGES : données à 3 ans

Introduction: L'objectif de la cohorte S.AGES (Sujets Agés) est de décrire la prise en charge thérapeutique en vie réelle, et son évolution sur une période de 3 ans, par des médecins généralistes (MG) répartis sur toute la France, des sujets de plus de 65 ans, non institutionnalisés, et souffrant soit de diabète type 2, soit de fibrillation auriculaire soit de douleurs chroniques. Cet article a pour but de décrire les données descriptives à 3 ans du sous-groupe douleurs chroniques.

Méthodes : Dans cette étude de cohorte prospective non interventionnelle, le choix de l'ensemble des traitements était libre. La durée de suivi a été de 3 ans avec des visites planifiées tous les 6 mois. Les données médicales des patients étaient renseignées par les MG sur un cahier d'observation électronique et les auto-évaluations des patients étaient adressées à une unité de recherche clinique pour saisie.

Résultats : Entre avril 2009 et juillet 2011, 260 MG ont recruté 1379 patients. Les modalités de traitement à 3 ans sont connues pour 949 patients. 118 patients (12.4%) ne reçoivent pas de traitement antalgique à 3 ans alors qu'ils étaient 372 (27%) à l'inclusion. 352 patients (37%) sont traités uniquement par un antalgique de palier 1 alors qu'ils étaient 453 (32.8%) à l'inclusion. Le pourcentage de patients recevant un antalgique de palier 3 est resté relativement stable (4.1% à 3 ans contre 3.1% à l'inclusion), alors que le pourcentage de patients traités par palier 2 a augmenté. La fréquence des traitements antalgiques adjuvants est faible, mais a été multiplié par deux à 3 ans. La prégabaline est le traitement antalgique adjuvant le plus fréquemment utilisé. La présence d'une douleur chronique est associée à un nombre élevé d'événements ou aggravation de la pathologie chez 71% des patients, à un nombre également élevé d'hospitalisation et de chutes, comparé aux 2 autres cohortes diabète et fibrillation auriculaire.

Conclusion : La prise en charge de la douleur du sujet âgé en ambulatoire semble évoluer dans le bon sens avec une diminution nette de la proportion de sujets non traités sur 3 ans.

Mots-clés : Patients âgés, douleur chronique, pharmaco-épidémiologie.

The therapeutic management of chronic pain in ambulatory care patients aged 65 and over in France. The S.AGES cohort : three year data

Introduction : The objective of the S.AGES (Elderly Subjects) cohort study is to describe real-life medical care, and its change over a three year period, by general practitioners (GP) from all over France, of non-institutionalised individuals over 65 with type 2 diabetes, atrial fibrillation or chronic pain. This article presents the descriptive three year data for the subgroup of elderly patients with chronic pain.

Methods : In this prospective, non interventional cohort study, the choice of all the treatments was left open. The Follow-up was performed for a period of three year with fixed appointments every six months. The patients' medical data were recorded by GP on an Electronic Case Report Form and the patients' self-evaluations were addressed to a clinical research unit for input.

Results : Two hundred and sixty GP enrolled 1379 patients between April 2009 and July 2011. The treatment modalities over three year are known for 949 patients. 118 patients (12.4%) don't receive any analgesic medication while they were 372 (27%) at the start. 352 patients (37%) are only treated with a step 1 analgesic while they were 453 (32.8%) on baseline. The percentage of patients receiving step 3 remains relatively stable (4.1% over a three-year-period vs 3.1% on baseline.), while the percentage of patients on step 2 has increased. The frequency of analgesic adjuvant therapy is low, but has doubled during the three- year-period. Pregabalin is the most frequently used adjuvant therapy. The presence of a chronic pain is associated with a high number of events or aggravation of the pathology for 71% patients and also a high number of hospitalizations and falls, compared with the other two cohorts (diabetes and atrial fibrillation).

Conclusion : The current therapeutic strategy of the non-institutionalised elderly patients' chronic pain seems to move in the right direction with a significant decrease of the proportion of non treated patients over a three-year-period.

Keywords : Elderly patients, chronic pain, pharmacoepidemiology.

