

LA REVUE DE

GERIATRIE

TOME 30 - Supplément C au N° 6 - JUIN 2005

DOULEUR ET PERSONNES ÂGÉES :
REPÉRER, ÉVALUER, ORGANISER UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ

Colloque du 24 mars 2005

A l'initiative de
la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)
en collaboration avec
la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD)

En partenariat et avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS),
en lien avec la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)



DOULEUR ET PERSONNES ÂGÉES : REPÉRER, ÉVALUER, ORGANISER UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ

Colloque du 24 mars 2005

Salle Laroque
14, avenue Duquesne
Paris 7^e

OUVERTURE

Françoise FORETTE, Vice-présidente de la SFGG
Alain SERRIE, Président de la SFETD p. C-1

ETAT DES CONNAISSANCES

Epidémiologie, étiologies de la douleur chez la personne âgée.
Jean-François DOUBRÈRE, Paris. p. C-2

Spécificités de la douleur chez la personne âgée.
Michel ALIX, La Rochelle. p. C-5

La douleur psychogène.
Patrick LINX, Paris. p. C-7

Repérer les douleurs des personnes âgées.
Gabriel ABITBOL, Paris. p. C-9

Evaluer les douleurs des personnes âgées.
Maria REGO-LOPES, Paris. p. C-10

Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques.
Alain ESCHALIER, Clermont-Ferrand. p. C-12
Bernard WARY, Metz. p. C-15

Actualités sur la recherche clinique en France.
Bernard LAURENT, Saint-Etienne. p. C-19

STRUCTURATION ET ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Introduction
Nadine MEMRAN, SFETD Nice. p. C-23

Principes généraux de la prise en charge : organiser, transmettre, coordonner.
Jean-Marie GOMAS, Paris. p. C-23

Structuration et organisation de la prise en charge de la douleur à l'hôpital.
Eric SERRA, Amiens. p. C-26

Prise en charge en EHPAD.
Bernadette RASPIENGEAS, Bruges. p. C-30

La prise en charge de la personne âgée en médecine ambulatoire.
Michel DORÉ, Chelles. p. C-33

Education à la santé : l'exemple des affections ostéo-articulaires.
Liana EULLER-ZIEGLER, Nice. p. C-37

CONCLUSION ET CLÔTURE

Nadine MEMRAN, SFETD Nice,
Jacques TRÉTON, Président de la SFGG, Paris p. C-41

Ouverture

Françoise FORETTE

Vice-présidente de la SFGG

Le thème de la douleur, qui se trouve au cœur de notre métier de gériatre, est évidemment prioritaire.

Je souhaite remercier la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) et notamment Alain Serrie et Nadine Memran, qui ont collaboré à l'élaboration de ce programme avec la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) ; j'espère que cette association augure d'autres partenariats, sous forme de groupes de travail ou sous toute autre forme que vous serez amenés à envisager. En notre nom à tous, je remercie également, une fois de plus, la Direction Générale de la Santé (DGS) qui nous a apporté, en lien avec la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), son soutien dans l'organisation de ce colloque. Eu égard à leur contribution, j'exprime ma gratitude à Carole Créatin, Benoit Lavallart et Olivier Dupont, avec qui nous collaborons quotidiennement en vue d'améliorer la prise en charge des personnes âgées. Je voudrais en outre remercier, à titre personnel, les membres du Comité d'organisation de ce colloque : Alain Jean, Bernard Wary, Michel Alix, Arnaud Descamps, Micheline Michel, Sophie Moulias, Béatrice Gaffet et surtout Geneviève Ruault, déléguée générale de la SFGG, qui organise chacun des colloques de la SFGG avec beaucoup de professionnalisme. Enfin, pour leur contribution à notre réflexion, je suis par avance reconnaissante aux orateurs qui s'exprimeront tout au long de cette journée.

Ce colloque nous donne l'occasion d'aborder un sujet très important : la douleur et les personnes âgées. L'enjeu, si longtemps négligé, consiste aujourd'hui à

mieux repérer douleurs aiguës mais aussi chroniques auprès de cette partie de la population. Les difficultés de communication que nous rencontrons parfois avec les personnes âgées compliquent évidemment cette tâche ; d'où l'intérêt des moyens de repérage mis au point par les professionnels de la santé ayant recours aux échelles d'évaluation de la douleur. Nous voulons dresser aujourd'hui un bilan : comment est traitée la douleur de la personne âgée ? Comment s'organisent les structures existantes ? Et comment améliorer la prise en charge de cette douleur au quotidien ? Il s'agit dès lors de relever d'éventuelles déficiences mais aussi d'imaginer des leviers d'action dans l'optique d'un nouveau plan de lutte contre la douleur, actuellement en préparation. Les actes de ce colloque vont d'ailleurs être édités, diffusés largement et transmis au Ministère, de sorte que le fruit de nos réflexions pourra inspirer ce plan, perspective dont nous nous réjouissons. ■

Alain SERRIE

Président de la SFETD

Je souhaite à mon tour adresser des remerciements, notamment à l'attention de la SFGG et de sa Vice-Présidente, Françoise Forette. Au nom de la SFETD, je lui exprime ma reconnaissance pour avoir sollicité notre collaboration. Je fais mien son vœu de voir des sociétés ayant au cœur de leurs réflexions la thématique de la douleur, multiplier des démarches communes, au travers de rencontres, de séminaires ou d'universités d'été. ■

Epidémiologie, étiologies de la douleur chez la personne âgée

Jean-François DOUBRÈRE

Neurologue, Attaché consultant au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
de l'hôpital Saint-Antoine

Je débuterai mon intervention en distinguant certains objectifs de l'épidémiologie. Le premier, qui correspond à une analyse très quantitative, vise à être la science la plus exacte possible ; le second consiste à élucider le problème posé par la douleur chez la personne âgée et à déterminer des leviers d'action afin d'améliorer la prise en charge. J'ai volontairement fait le choix de négliger le premier objectif afin de ne pas vous abreuver de chiffres ; j'insisterai donc sur le second qui, je l'espère, retiendra votre attention.

ETUDES DE COHORTE

Les études épidémiologiques portant sur la douleur des hommes et des femmes âgés se développent depuis environ vingt ans ; elles débouchent sur des résultats assez convergents qui nous incitent à considérer ce problème comme majeur. La méthodologie progresse, ce qui permet de gommer certaines incertitudes auxquelles nous étions encore confrontés il y a quelques années. Plusieurs équipes ont constitué des cohortes de sujets de plus de 50 ans ou de plus de 65 ans, qui font l'objet d'un suivi longitudinal ou d'enquêtes après une semaine, un mois ou six mois donnés.

Parmi les études les plus reconnues, je citerai l'étude PAQUID, conduite en Aquitaine, et qui a donc le mérite d'être francophone. Elle repose sur l'observa-

tion de personnes de plus de 65 ans résidant à leur domicile. Cette étude a opté pour une technique particulière : des psychologues-enquêteurs se rendent auprès des patients et référencent plusieurs données sur leur état de santé, données qui sont ensuite répertoriées et analysées.

Une autre étude, menée en Angleterre, **The North Staffordshire Osteoarthritis Project**, est basée sur une population âgée de plus de 50 ans figurant sur les registres de médecins généralistes anglais. Un questionnaire a été adressé par voie postale ; 19 230 personnes y ont répondu, soit un taux de réponse que je qualifierai de correct puisqu'il avoisine 70 %.

L'étude **Asset and Health Dynamics among the Oldest Old** a concerné 8 222 personnes âgées de plus de 70 ans et vivant à domicile aux Etats-Unis. La méthode ici utilisée est celle de l'entretien téléphonique ou de l'enquête à domicile.

Je souligne à chaque fois la nature de la méthode employée car selon le choix retenu, comme nous le savons, les résultats n'apparaissent pas tout à fait identiques. Les questions posées s'avèrent relativement simples, peu nombreuses et, en définitive, consistent en une estimation globale des douleurs éprouvées. L'expérience individuelle de la douleur n'est donc pas prise en compte. Ainsi, on ne peut retirer de ces enquêtes que des descriptions assez sommaires de la douleur, ce qui exclut une approche précise des étiologies. Il est par exemple demandé à la personne si elle a

ressenti pendant un jour ou plus durant les quatre semaines précédentes une douleur dans une région quelconque de son corps. Un schéma corporel joint à la question et indiquant les zones douloureuses lui permet de répondre en termes précis.

ETUDES EN POPULATION

Je souhaite maintenant évoquer les enquêtes en population générale menées auprès de toutes les classes d'âge ; elles me paraissent nécessaires car elles offrent la possibilité de comparer les fréquences de douleur respectivement à chaque classe d'âge. Néanmoins, l'échantillon de personnes âgées ou très âgées dans le cadre de ces études s'avère trop faible pour être considéré comme représentatif.

D'autres types d'enquêtes se révèlent possibles ; ainsi les enquêtes effectuées à partir des motifs de consultation en médecine ambulatoire ou celles menées à partir de la fréquence d'apparition de l'item douleur lors d'une consultation. Dans ces deux cadres, ces enquêtes facilitent le dépistage de la douleur et prouvent ainsi leur utilité. Toutefois, elles ne donnent pas une meilleure indication de la prévalence de la douleur, car au cours de ces consultations, d'autres problèmes sont susceptibles d'influer.

Des distorsions au sein des études en population que je viens de citer peuvent apparaître, du fait notamment de l'absence de réponse ou de l'erreur à une ou plusieurs réponses, résultant d'incompréhensions ou de difficultés d'expression. Je profite d'ailleurs de ce constat pour appeler de mes vœux des progrès dans l'épidémiologie de la douleur en direction des patients dits non communicants.

Le type de population étudié fournit une autre possibilité de distorsion. Les personnes âgées constituent une population très hétérogène qui n'est pas confrontée de manière uniforme au phénomène du vieillissement.

Une fraction significative des personnes âgées vit en institution ; or peu d'enquêtes englobent dans leur échantillon cette fraction avec celle résidant à domicile. Le professeur Ferrell et ses collaborateurs ont réalisé aux Etats-Unis des études spécifiques à la douleur en institution et ont mis en évidence la méconnaissance du problème. Plusieurs facteurs en sont responsables selon eux. Je laisse le soin à d'autres orateurs, parmi ceux qui se succéderont aujourd'hui, d'entrer dans les détails. Globalement, la prévalence de la douleur apparaît comme très importante en institution mais masquée le plus souvent par une perte d'autonomie.

Les résultats des enquêtes en population sont toujours évalués en tenant compte de plusieurs facteurs socio-

culturels tels que le sexe, l'activité professionnelle ou la situation de retraité, le type d'emploi présent ou passé, l'origine sociale, l'état de santé global de la personne, son niveau d'éducation, son type d'accès aux soins, et enfin son appartenance éventuelle à une minorité ethnique. Ces deux dernières données, d'origine nord-américaine, apparaissent comme des facteurs majorant la prévalence de la douleur. On peut supposer que le déficit d'accès aux soins explique un tel phénomène.

CONSULTATIONS AUPRÈS DE CENTRES SPÉCIALISÉS DANS LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Les consultations au sein des centres spécialisés dans le traitement de la douleur fournissent une autre base de données. Les équipes de ces centres indiquent qu'environ 20 % de leurs patients sont âgés de plus de 65 ans. La plupart d'entre elles soulignent que les pourcentages de réponses favorables à leur approche multidisciplinaire sont d'un même ordre de grandeur qu'il s'agisse des personnes âgées ou des personnes appartenant à d'autres tranches d'âge. Le critère de l'âge n'apparaît donc pas comme un réel facteur limitant de l'accès aux centres spécialisés dans la lutte contre la douleur. De telles conclusions sont de nature à promouvoir la recherche et à abandonner le fatalisme face aux douleurs des personnes âgées. A ce sujet, j'aimerais rappeler l'exemple de la recherche en matière d'antiviraux pour la prévention des douleurs post zostériennes qui a bénéficié dans une large mesure à ces populations.

RÉSULTATS DES ÉTUDES

A présent, je souhaite vous indiquer les résultats globaux des études de cohorte ou en population. Tout d'abord, il apparaît que les personnes âgées de plus de 50 ans souffrent en général davantage qu'aux âges antérieurs de la vie. La multiplicité des topographies de douleur désignées sur le schéma corporel caractérise cette tranche d'âge. Cela renvoie à la notion fréquemment énoncée de polyopathie.

La stratification par décennie d'âge tend à montrer une stabilisation de la fréquence de la douleur rapportée avec le temps. Plus précisément, on note une diminution régulière avec l'âge de plaintes douloureuses concernant certaines localisations, par exemple la tête et le cou. Parallèlement, on constate une augmentation de ces plaintes au niveau des articulations porteuses, le genou ou le pied. Des résultats d'études antérieures

faisaient au contraire état d'une diminution de la douleur avec l'âge. Cela s'avère inexact puisque la douleur, au lieu de diminuer, se transforme.

Le risque de douleurs persistantes, c'est-à-dire chroniques, s'accroît avec l'âge. Il se révèle quatre fois plus élevé après 65 ans qu'entre 16 et 25 ans. Ces douleurs chroniques concernent entre 35 et 40 % de la population dont nous parlons aujourd'hui. Lors d'une perte d'autonomie liée à la douleur, le retentissement sur la vie quotidienne se révèle considérable. A la question suivante : « durant les quatre dernières semaines, comment la douleur a-t-elle interféré avec vos activités habituelles ? », 4 personnes sur 10 interrogées répondent que les interférences ont été conséquentes. La comorbidité mais aussi et surtout le fait que des articulations porteuses soient en cause expliquent ce grand retentissement sur la vie quotidienne. D'autres études ont fait ressortir le rôle de la dépression comme facteur aggravant, accentuant la perte d'autonomie. La préservation du fonctionnement autonome de la personne âgée douloureuse est un objectif de santé publique.

Je souhaiterais vous communiquer quelques chiffres tirés d'une étude récente. 65 à 86 % des personnes âgées interrogées indiquent avoir ressenti au moins une douleur dans l'année, 45 à 59 % des douleurs multiples et entre 25 et 50 % des douleurs sévères, soit par évaluation des conséquences sur la vie quotidienne, soit par auto-évaluation.

Plusieurs études tout aussi récentes ont mis en évidence l'influence des facteurs sociaux dans le degré d'isolement ; celui-ci est mesuré à partir du nombre, du type de liens sociaux et de la fréquence des contacts que les personnes âgées peuvent entretenir avec des proches. Ces données ont été croisées avec celles liées aux interférences de la douleur dans la vie quotidienne, que j'évoquais tout à l'heure. Il en ressort que l'absence de lien social accentue ces interférences, particulièrement chez les personnes âgées ; et paradoxalement, le contact rapproché avec ses enfants produit le même phénomène. Ces éléments nous amènent à envisager le développement de la proximologie, qui peut être considérée comme une méthode se donnant pour but d'évaluer la charge des aidants dits naturels en cas de douleurs invalidantes, et de leur fournir le soutien dont ils ont besoin suivant que la douleur est chronique ou aiguë ; l'autonomie de la personne âgée peut de cette manière être consolidée.

ETIOLOGIES

Je voudrais maintenant détailler les étiologies afin de répondre à la demande qui avait été formulée en ce sens. Avant toute chose, il convient de rappeler leur

caractère multiple. Il est classique de souligner les difficultés de diagnostic dans le cas de la gériatrie en raison de la forte exposition à la polyopathie de la population qui nous intéresse aujourd'hui. Différents mécanismes de douleur peuvent être relevés.

1. Les douleurs par excès de nociception

Les douleurs rhumatismales

Plusieurs études soulignent l'existence de douleurs musculo-aponévrotiques que certains qualifient de myofasciales. Ces douleurs isolées ou bien associées aux douleurs ostéo-articulaires ne sont évidemment pas traitées lorsqu'on ne les reconnaît pas.

Les douleurs liées aux pathologies cancéreuses

Les pathologies cancéreuses croissent avec l'âge et sont à l'origine de douleurs spontanées ou iatrogènes dans à peu près 70 % des cas, et particulièrement à leur stade évolué.

Les douleurs liées aux pathologies artérielles

Les pathologies artérielles sont responsables de claudications douloureuses qui limitent le périmètre de marche. S'inscrivent dans cette catégorie des ischémies aiguës ou subaiguës susceptibles d'entraîner une amputation dont la cicatrisation est très souvent longue et douloureuse et qui nécessite des techniques antalgiques spécifiques lors des pansements. Les ulcères de jambe qui se greffent sur la maladie variqueuse apparaissent comme une source mal évaluée mais très fréquente d'inconfort et de douleurs chroniques

Les douleurs viscérales

Je mentionnerai également les douleurs viscérales à l'origine de la plupart des douleurs aiguës ; celles-ci représentent environ 30 % des motifs de consultation des personnes âgées en Urgences.

2. Les douleurs neurogènes

Il convient de citer aussi les douleurs neurogènes, fréquentes lorsqu'elles sont diagnostiquées. A côté des douleurs persistantes après zona, qui peuvent concerner jusqu'à 25 % des patients, j'évoquerai les évolutions douloureuses séquellaires après un accident cérébral, et leur caractère volontiers rebelle. D'autres affections, qui touchent toujours les voies neurologiques sensibles, s'avèrent potentiellement douloureuses : des neuropathies diabétiques, toxiques ou dégénératives, des compressions prolongées et parfois négligées de racines ou de troncs nerveux, des cicatrices douloureuses, des douleurs de membres amputés associées ou non aux douleurs du moignon.

3. Les douleurs psychogènes

Enfin, j'insisterai sur les douleurs psychogènes, dominées à cette tranche d'âge par la dépression. Les psychogéiatres considèrent d'ailleurs le phénomène comme sous-estimé. L'un des modes d'entrée dans la détérioration intellectuelle due à une démence frontale ou à la maladie d'Alzheimer peut être une plainte douloureuse fixe ou floue, sans substratum anatomique.

Les douleurs dans le contexte d'un syndrome douloureux complexe régional n'épargnent pas les sujets âgés, largement exposés aux circonstances favorisantes telles qu'une hémiplégie, une fracture ou autres traumatismes.

Fort heureusement, les symptômes médicalement mal expliqués interviennent en dernier. Ils définissent les objectifs de la recherche et nous indiquent la voie à suivre. Certains sont bien connus, portent en tout cas un nom, comme la glossodynie. D'autres ne se sont même pas vus attribuer de nom, alors que nos patients s'en plaignent avec d'autant plus d'insistance qu'ils sont mal écoutés, mal compris. Cette situation offre une autre occasion de rencontres entre personnes âgées douloureuses et chercheurs, cliniciens, physiologistes, et spécialistes d'autres disciplines. ■

Spécificités de la douleur chez la personne âgée

Michel ALIX
Gériatre

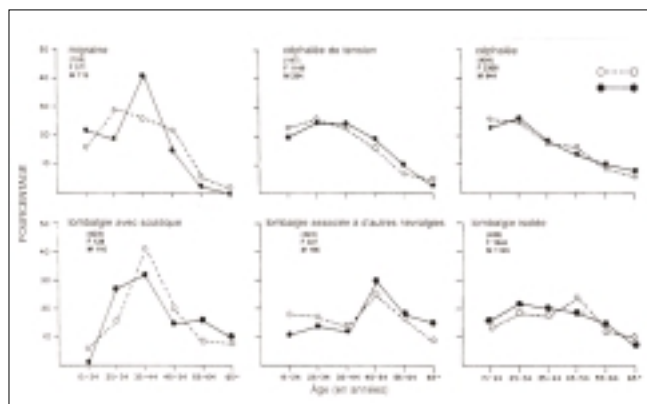
Le sujet que je suis chargé de traiter, à savoir les spécificités de la douleur chez la personne âgée, nous est apparu si vaste que seule une présentation à deux intervenants pouvait nous permettre de le cerner. De mon côté, je traiterai plus particulièrement des spécificités physiques et physiologiques de la douleur, tandis que Patrick Linx insistera sur ses spécificités psychologiques.

Je n'ai pas pu résister à la tentation de résumer cette intervention en une formule, qui vaut paradoxe : **«la douleur de la personne âgée, tout bouge et rien ne bouge»**. L'approche que j'ai adoptée rendra compte au fur et à mesure de ce paradoxe.

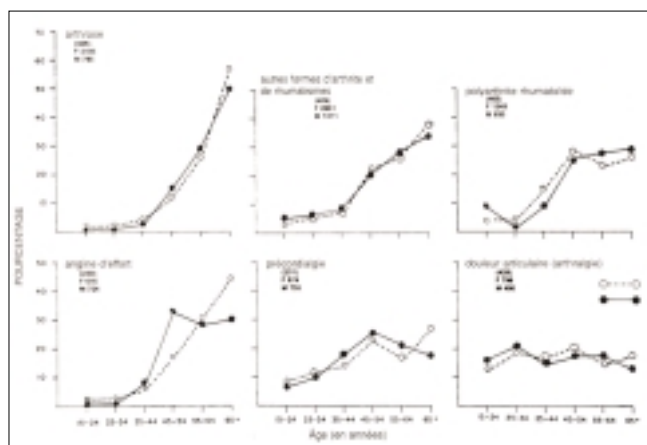
«Tout bouge». Les douleurs augmentent. Sur un mois, au moins 72,4 % d'adultes âgés de plus de 50 ans ont été confrontés à un épisode douloureux ; cette prévalence douloureuse s'accroît en fonction des percentiles d'âge dans toutes les études anciennes ou récentes. On atteint de tristes sommets au sein des institutions, où la prévalence douloureuse peut atteindre 80 % des résidents. Ces patients consultent généralement bien moins que les autres et sont du coup victimes de sous-

traitements. Afin d'illustrer mon propos, j'évoquerai l'étude du Docteur Won, publiée l'année dernière, qui utilise une mesure de douleur appelée «comprehensive assessment», mesure équivalant à une échelle comportementale, qui d'ailleurs n'existe pas aux Etats-Unis.

Le deuxième point que je souhaite aborder aujourd'hui concerne le déplacement de la douleur. Ainsi, la douleur chronique augmente fortement et se situe au cœur de nos préoccupations actuelles. Mais la douleur aiguë ne disparaît pas : le «grand âge» détient en effet l'apanage des fractures du col fémoral, des vertèbres, des os longs, du pelvis et des côtes, comme tous les cliniciens le savent. Les points douloureux changent. La migraine et la céphalée tendent à disparaître ; les lombalgies isolées, les lombalgies avec sciatique ou associées à d'autres névralgies diminuent ; les douleurs rhumatismales perdurent ainsi que les arthralgies. Par contre, la goutte et le zona explosent ainsi que les douleurs neurologiques. Enfin, la carence en vitamine D, exclusivité du sujet âgé, apparaît à hauteur de 33 % au sein des institutions ; elle est une source de douleur à laquelle on songe rarement.



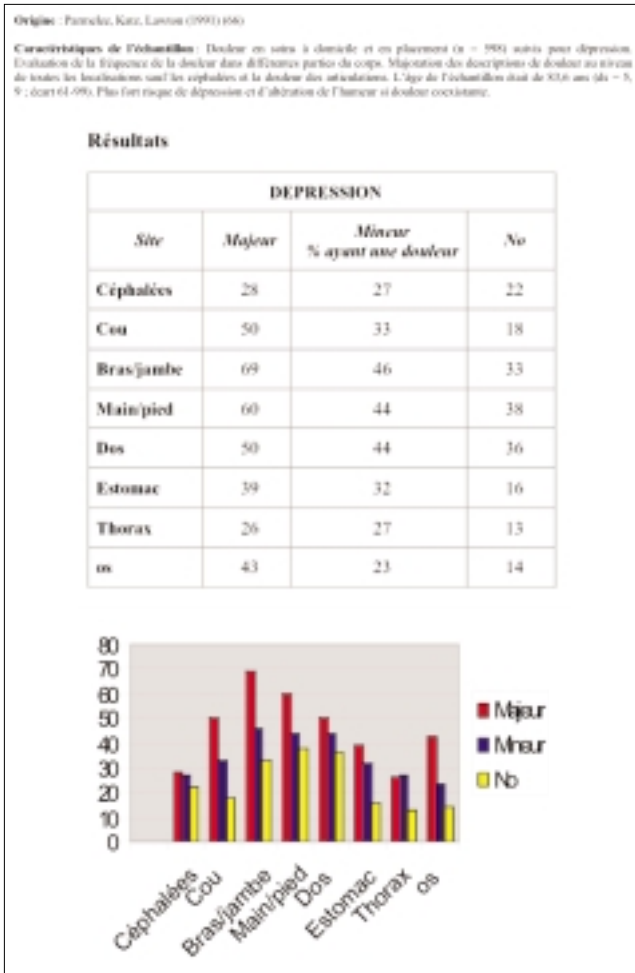
Les douleurs changent : des syndromes atypiques apparaissent, comme les infarctus du myocarde indolores (à hauteur de 30 %), des ischémies myocardiques silencieuses, des ulcères peptiques indolores qui sont le lot des sujets âgés et qui compliquent le travail des cliniciens.



En résumé, la douleur aiguë diminue tandis que la douleur chronique. On a pu mettre en évidence une baisse modérée de la densité des nocicepteurs ainsi qu'une diminution des afférences douloureuses et des voies spino-thalamiques et corticales, l'une des voies principales de la douleur. Toutefois, ces résultats fort discordants dépendent étroitement des conditions d'expérience ; une étude publiée très récemment dans la revue Neurosciences démontre que le seuil douloureux de la personne âgée augmente uniquement lorsque le stimulus est très court. Il existe une forte association entre la dépression, la souffrance, la perte d'autonomie et la baisse de la qualité de vie. Mais nous aurons l'occasion d'aborder à nouveau ce sujet. Je n'insisterai donc pas pour le moment.

Cette diminution de la densité des nocicepteurs a conduit à parler de presbyalgie. Harkins, qui a mené une étude sur la presbyalgie, ne croit pas à ce concept. Le comité de l'American Geriatrics Society sur la douleur considère qu'il ne repose sur aucun élément sérieux. L'augmentation du seuil de la douleur ainsi que de la tolérance à la douleur n'ont en effet pas été prouvées. Par contre, l'augmentation des douleurs atypiques a bien été démontrée.

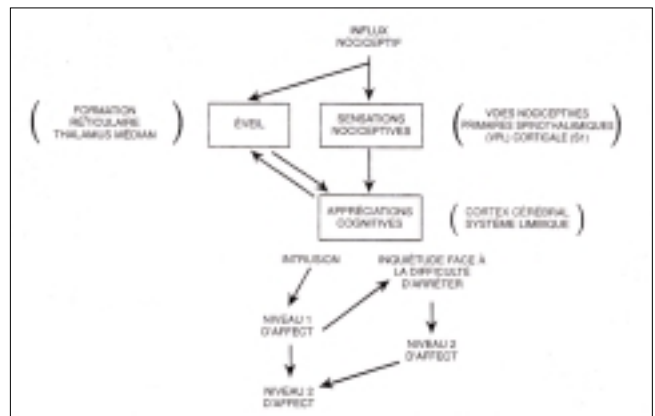
Je vais maintenant évoquer les composantes affectives primaires. La diminution globale d'intensité ainsi que la diminution de l'appréciation et des réponses motrices à la douleur aiguë ne sont pas prouvées. En revanche, les modifications cognitives apparaissent significatives, particulièrement lors d'apparition de traits démentiels. Pour les composantes affectives secondaires, l'appréciation cognitive s'avère être davantage liée à la souffrance qui, contrairement à la douleur chronique, n'est pas mesurable. Même si celle-ci provoque une sensation de souffrance, ces deux notions ne renvoient pas à la même chose.



Si l'on étudie le lien entre la douleur et la dépression, il apparaît que la localisation de la douleur a beau changer, le lien entre douleur et dépression perdure.

«**Tout bouge et rien ne bouge**» : il ne reste plus rien de la presbyalgie en clinique ; les altérations décrites proviennent des maladies associées et non de l'âge. Enfin, et il s'agit là d'une conséquence, la méconnaissance et le traitement insuffisant de la douleur persistent.

Je souhaite conclure mon exposé en rappelant simplement que la personne âgée qui souffre est un douloureux comme les autres. ■



Références

- 1.- **Thomas E & al**, *Pain* 2004 Jul;110 (1-2):361-8
- 2.- **S.W Harkins & al**, In : DOULEURS, L.Brasseur Ed, Masson Pub, Paris 1997, pp 547-566.
- 3.- **Won AB & al**, *J Am Geriatr Soc* 2004 ;52 :867-874
- 4.- **AGS Panel on Persistent Pain**, *J Am Geriatr Soc* 2002;50:S205-224
- 5.- **MOLD JW & al**, *J Am Board Fam Pract* 2004;17(5):309-18.
6. **Mellar PD, Manish S**, *Drugs Aging* 2003;20(1):23-57.
7. **Helme RD**, *Neurosci Lett* 2004;361(1-3):144-6.
8. **Jakobsson U & al**, *Qual Life Res* 2004, 13(1):125-36
9. **Elliott TE**, *Pain Med* 2003;4(4):331-9.

La douleur psychogène

Patrick LINX

Psychologue et psychanalyste Hôpital La Rochefoucauld

Mon propos est de vous parler de la douleur psychogène et donc du ressenti douloureux. Parallèlement au strict mécanisme neurobiologique, la douleur consiste essentiellement en une perturbation du psychisme. Je me suis appuyé sur le travail du psychiatre et psychanalyste Juan-David Nasio pour illustrer ce lien, et pour suivre le trajet douloureux qui perturbe la dynamique du sujet. Je vais donc m'attacher à mettre en exergue le facteur psychique tel qu'il intervient dans la genèse de la douleur corporelle et dans sa spécificité.

Pour le sujet âgé mais aussi pour les autres sujets, le modèle freudien distingue trois temps : la lésion, la commotion et la réaction. C'est à partir d'un texte intitulé «Esquisse d'une psychologie scientifique» que Freud a proposé ce modèle énergétique de la souffrance corporelle.

Toute atteinte au corps est perçue par le sujet à la fois comme une lésion et comme une douleur. Le corps est lui-même imaginé comme une enveloppe qui nous contient, de sorte que le sentiment de l'atteinte douloureuse provient de l'extérieur. Cette enveloppe, ce moi,

va décoder les différentes perceptions externes mais aussi internes de la douleur. Elle opère donc simultanément deux types de perception : en localisant la douleur au niveau de la lésion externe et en ressentant un état de commotion interne, susceptible de le déborder suivant l'intensité de la douleur.

La douleur de la lésion constitue un affect lorsque le moi subit un endommagement des tissus. Cela se traduit par une excitation brutale ; cette violence est alors perçue comme venant de l'extérieur, que la source soit interne ou externe. Le corps est donc vécu comme une frontière vivante et sensible entre un intérieur et un extérieur. Dans ce cas, le moi n'est plus dissocié du corps, et s'identifie à la douleur. Les sujets envahis par une douleur qu'ils ne parviennent plus à maîtriser éprouvent une dislocation de leur rapport au monde.

Cette perception douloureuse grave dans le moi une image de l'endroit lésé, un peu comme un poinçon ; une localisation est donc effectuée. Je reviendrai tout à l'heure sur l'investissement de cet endroit.

Certes, il n'y aurait pas de douleur sans lésion. Mais celle-ci ne se situe pas sur la plaie elle-même ; elle loge dans le

moi, entièrement condensé dans l'image que le moi se fait de l'endroit lésé. De même que la vue n'est pas centrée dans les yeux mais dans le lobe occipital du cerveau, la douleur ne provient pas de la lésion ; elle est en réalité la résultante d'une perception externe qui la localise et d'une perception interne qui capte un bouleversement psychique. C'est cela que l'on appelle la commotion.

Le sujet se dit inconsciemment en lui-même : «j'ai mal, donc je circonscris ma douleur et mobilise mon énergie afin de la contrôler». Cette perception interne de la douleur ouvre une brèche : à ce moment-là, le psychisme est envahi par un afflux d'énergie qui laisse une marque profonde. Ce que l'on appelle le principe de plaisir se retrouve momentanément aboli.

Sur un plan psychique, la douleur de la commotion reste marquée dans l'inconscient et peut effectuer des retours sous des formes diverses : des algies, des états dépressifs qui présentent le risque de majorer le ressenti de la douleur.

Une douleur éprouvée dans le passé peut aussi se convertir, avoir des effets de contamination, passer à un autre organe. Ainsi, d'autres organes participent à la douleur pour augmenter son ressenti. La plainte ressort alors différemment ; et l'écoute de la douleur doit évidemment s'adapter à cette évolution.

J'en reviens maintenant à mon propos sur la représentation douloureuse. L'afflux d'énergie provoque un surinvestissement dans la douleur. Le sujet est en fait réduit à sa douleur. Freud disait d'ailleurs que «l'existence du sujet se resserre autour du trou de la molaire». Il veut exprimer par là l'idée que lorsqu'une personne a mal aux dents, elle ne parvient plus à penser à autre chose.

De toute évidence, un lien s'établit entre l'affect et la douleur. Par exemple, si au cours d'une nuit un sujet fait un rêve pénible, de mutilation, cela peut provoquer au réveil une douleur très invalidante dans la partie du corps qui aura été rêvée.

Le troisième moment de formation de la douleur se traduit par une réaction plus ou moins forte et plus ou moins défensive du moi ; celle-ci est destinée à arrêter l'afflux massif d'excitations.

Chaque fois que notre corps subit une violence, une réaction psychique se déclenche. A ce moment précis de la perception douloureuse, un excès d'investisse-

ment affectif porte sur l'endroit lésé. En localisant toutes nos forces sur l'image mentale d'une zone lésée, le moi, chef d'orchestre de tout ce qui est ressenti, pose un pansement symbolique, faute de pouvoir panser la blessure elle-même.

Cet aspect psychogène du phénomène douloureux se présente comme totalement lié au corps et à la mémoire du corps. Cela donne à la manifestation douloureuse une certaine complexité qui devra être prise en compte, particulièrement dans le cas des sujets âgés ; car l'expression d'une douleur passe éventuellement par une forme de repli sur soi. Leur corps, auquel ils se réduisent, devient alors un formidable outil communicationnel. Sans lésion particulière, ou bien en début de lésion, un phénomène de majoration du ressenti douloureux est susceptible d'intervenir. Les sujets âgés manifestent par là le désir d'être écoutés, mais projettent aussi sur l'autre leur crainte d'une maladie. Je fais bien entendu référence ici à l'hypochondrie ou à certains états dépressifs, qui compliquent parfois la prise en charge de personnes âgées au sein d'unités de soin en long séjour.

En évoquant ses anciennes douleurs réelles ou bien imaginaires, le sujet âgé se reconnecte à ce qu'il a été et à ce qu'il est encore, à son moi, à son corps présent et à son corps-plaisir dans le passé. Par conséquent, la qualité d'écoute du praticien et la confiance qu'il va susciter s'avèrent primordiales. Par cette médiation et suite à une sorte de transfert antalgique, le médicament produira son meilleur effet sur le patient. A cet égard, l'efficacité de certains placebos se révèle très éloquente.

Dans le cas de maladies cérébrales évolutives, le sujet qui souffre a perdu le moyen d'exprimer son ressenti ; c'est alors le corps que le praticien doit écouter.

La douleur chez un sujet âgé se révèle d'autant plus prégnante qu'elle se manifeste dans un contexte où le corps prend une importance démesurée, compte tenu de tous les renoncements auxquels il a dû consentir. C'est peut-être pour cette raison que la douleur est source incessante de préoccupations et qu'elle occupe un tel espace de vie auprès du sujet. En même temps qu'une intervention pharmacologique, le traitement de la douleur nécessite une qualité d'écoute, une prise en compte de la vie psychique du sujet. ■

Repérer les douleurs des personnes âgées

Gabriel ABITBOL

Responsable de l'unité mobile de soins palliatifs Hôpital La Rochefoucauld

Je baserai mon intervention plus particulièrement sur le repérage de la douleur tandis que Madame Rego-Lopes insistera sur son évaluation.

Je tiens avant toute chose à rappeler la fréquence de la prévalence de la douleur, qui varie considérablement en gériatrie suivant les enquêtes. On sait cependant avec certitude que cette prévalence s'avère très forte à domicile ; c'est au sein des institutions que la variabilité est la plus marquée, comme le démontrent notamment des enquêtes anglo-saxonnes. La prévalence de la douleur augmente avec l'âge, ce qui n'est pas spécifiquement dû à l'âge, mais bien plutôt à la présence de polyopathologies, comme cela a déjà été souligné aujourd'hui.

En terme de repérage, lorsqu'une personne âgée ressent une douleur, plusieurs causes peuvent généralement être diagnostiquées ; la douleur est localisée à divers endroits et varie suivant différentes intensités. Pour repérer – veuillez m'excuser de vous faire part de cette banalité –, le meilleur moyen consiste encore et toujours à interroger le patient, quel que soit son âge. Evidemment, lorsque la communication avec les patients âgés est rendue difficile, voire impossible, ce repérage s'avère plus délicat à opérer.

Certaines affections potentiellement douloureuses augmentent avec l'âge : pathologies cardio-vasculaires, pathologies cérébro-vasculaires, arthroses et cancers. La prise en charge à 100 % en affections de longue durée est assurée. Les cancers se révèlent d'ailleurs comme la deuxième cause de prise en charge en ALD chez les patients de plus de 75 ans ; 60% des cancers concernent les plus de 60 ans et 27 % les plus de 75 ans, ce qui démontre bien le lien entre l'âge et cette pathologie.

Les céphalées tendent à diminuer, tandis que les escarres demeurent une pathologie fréquente ; ce constat a déjà été avancé par un intervenant. Les fractures, les douleurs lombaires sont généralement correctement diagnostiquées par le personnel soignant de sorte que le problème de repérage n'est pas véritablement posé pour ce type de pathologies. Il n'en va pas de même pour certaines pathologies douloureuses comme les zonas, les névralgies du trijumeau et les pseudo-polyarthrites, qui bien souvent compliquent ou empêchent la communication avec le patient.

Repérer les douleurs du sujet âgé

Y penser devant des pathologies potentiellement douloureuses

AFFECTIONS	FREQUENCE / SUJET JEUNE
Affections cardiovasculaires (arthrite)	✓
Arthralgies périphériques	■
Arthrose	✓
Cancers	✓
Céphalées	✓
Escarres	✓✓
Fractures	✓
Lombalgies dorsales	■
Névralgies du trijumeau	✓
Pseudo-polyarthrite rhizomélisque	✓✓
Zona	✓

Les changements de comportement d'un patient permettent souvent de repérer une douleur. Il importe de la déceler dans le refus de se lever, se laver, se soigner, ainsi que dans le refus de communiquer ou de manger ; écouter les proches, qui connaissent bien le patient, qui le côtoient depuis longtemps, ainsi que les soignants, sert également à mieux diagnostiquer la douleur.

A présent, je souhaite évoquer l'évaluation de la douleur. J'aimerais distinguer les limites des différentes échelles de douleur. Il m'apparaît que la difficulté rencontrée par les personnes âgées, notamment dans le cas de l'échelle EVA, consiste à évaluer l'intensité de la douleur ressentie. Par ailleurs, l'utilisation de ce type d'échelle amène souvent, me semble-t-il, le patient âgé à considérer davantage la gêne occasionnée, plutôt que l'intensité de la douleur.

Certains patients ne parviennent pas, de toute manière, à s'auto-évaluer, du fait de troubles de la parole, de troubles de mémoire, de troubles cognitifs, provoqués par la maladie d'Alzheimer ou bien par des maladies cérébro-vasculaires. Les limites de l'auto-évaluation que je viens ainsi de mettre en évidence appellent le développement d'outils d'hétéro-évaluation, basés sur la composante comportementale de la douleur. Nous avons commencé à les développer, mais il reste encore des progrès à réaliser dans ce domaine. ■

Evaluer les douleurs des personnes âgées

Maria REGO-LOPES
Hôpital La Rochefoucauld

Comme l'a souligné le Docteur Abitbol, les échelles d'hétéro-évaluation s'appliquent plus particulièrement aux patients présentant des troubles au niveau des fonctions supérieures et qui ne peuvent exprimer leur douleur. L'échelle Doloplus 2 contient au total dix items, répartis en trois sous-groupes : cinq items somatiques,

deux items psychomoteurs et trois items psychosociaux. Chaque item est coté de 0 à 3. La cotation par plusieurs soignants s'avère préférable. Le temps de cotation s'échelonne sur quelques minutes au maximum. On admet qu'un score supérieur ou égal à 5 sur 30 signale une douleur. Les données et critères que je vous soumetts sont utilisés au sein des services.

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

L'échelle ECPA, Echelle Comportementale de la Personne Agée ; a été élaborée en collaboration avec le personnel soignant, de sorte que le fruit de leur expérience a imprégné le choix des mots qui constituent ce sigle. Cette échelle comprend huit items, avec cinq modalités de réponse, cotées de 0 à 4 ; chaque niveau représente un degré de douleur croissante ; le score total varie de 0 à 32, c'est-à-dire d'une absence de douleur à une douleur totale. L'échelle ECPA repose sur deux dimensions : une observation avant le soin et une observation pendant le soin. Le temps de cotation varie entre 1 et 5 minutes. La seule mais indispensable précaution à prendre consiste à coter la dimension observation avant le soin, et non pas de mémoire après le soin. Par manque de temps, une telle recommandation n'est pas scrupuleusement suivie au sein des services. Dernière précision : un évaluateur unique suffit.

Je défends forcément l'échelle ECPA, eu égard au fait qu'elle est pratiquée quotidiennement au sein de l'établissement dans lequel je travaille, ainsi d'ailleurs qu'au sein d'autres structures gériatriques. Ces échelles, ECPA mais aussi Doloplus 2, permettent une mesure fiable de la douleur d'une personne ne se trouvant

Etiopie GILDA		E.C.P.A. ECHELLE COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR DE LA PERSONNE AGEE (De ALEX, De JEAN, De MORELLO)								Logo			
		Date - heure - signature								Date - heure - signature			
I) OBSERVATION 5 min minimum avant les soins						II) OBSERVATION pendant les soins :							
I1 L'expression du visage : REGARD et MEMBRES.						I1 Anticipation ANXIEUSE aux soins.							
Visage dilaté.	0	0	0	0	0	Le sujet ne montre pas d'anxiété.	0	0	0	0	0		
Visage souriant.	1	1	1	1	1	Angoisse du regard, impression de peur.	1	1	1	1	1		
Le sujet grince de temps en temps.	2	2	2	2	2	Sujet agité.	2	2	2	2	2		
Regard effilé, ou visage crispé.	3	3	3	3	3	Sujet agressif.	3	3	3	3	3		
Impression complètement floue.	4	4	4	4	4	Cris, sanglots, pleurements.	4	4	4	4	4		
I2 POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique).						2) Réactions pendant la MOBILISATION.							
Aucune position antalgique.	0	0	0	0	0	Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière.	0	0	0	0	0		
Le sujet évite une position.	1	1	1	1	1	Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins.	1	1	1	1	1		
Le sujet choisit une position antalgique.	2	2	2	2	2	Le sujet retient de la main ou grille les gestes lors de la mobilisation ou des soins.	2	2	2	2	2		
Le sujet recherche sans succès une position antalgique.	3	3	3	3	3	Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins.	3	3	3	3	3		
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur.	4	4	4	4	4	Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins.	4	4	4	4	4		
3) Sur les MOUVEMENTS. (quand les circonstances permettent au patient de bouger).						3) Réactions pendant les SOINS des ZONES DOLIBLESSES.							
Le sujet se mobilise comme d'habitude.	0	0	0	0	0	Aucune réaction pendant les soins.	0	0	0	0	0		
Le sujet bouge comme d'habitude mais évite certains mouvements.	1	1	1	1	1	Réaction pendant les soins, sans plus.	1	1	1	1	1		
Lenteur, rareté des mouvements.	2	2	2	2	2	Réaction au TOUCHER des zones douloureuses.	2	2	2	2	2		
Immobilité.	3	3	3	3	3	Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses.	3	3	3	3	3		
Présence en agitation.	4	4	4	4	4	L'approche des zones est impossible.	4	4	4	4	4		
N.B. : En cas d'absence de mouvement, hormis les états végétatifs, noter 4).													
4) Sur la RELATION A AUTRUI. (si le malade le souhaite habituellement).						4) PLAINTES exprimées PENDANT le soin.							
Présence d'un contact immédiat.	0	0	0	0	0	Le sujet ne se plaint pas.	0	0	0	0	0		
Contact difficile à établir.	1	1	1	1	1	Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui.	1	1	1	1	1		
Evite la relation.	2	2	2	2	2	Le sujet se plaint en présence de quelqu'un.	2	2	2	2	2		
Absence de tout contact.	3	3	3	3	3	Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée.	3	3	3	3	3		
Indifférence totale.	4	4	4	4	4	Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée.	4	4	4	4	4		
N.B. : il s'agit de toute relation de quelque type que ce soit.													
Sous Total		/16 /16 /16 /16				Sous total				/16 /16 /16 /16			
C.E.D. - C.E.B.A. : (C) suite de l'acte contre la douleur - Commission d'évaluation de la douleur et de l'accompagnement en fin de vie													
Document validé le 18/01/2001 par la C.E.S.I (Commission Locale du Service de Soins Infirmiers)													
Document validé le 10/12/2000 par la CCM (Comité Consultatif Médical)													
						TOTAL				/32 /32 /32 /32			
										Document à usage interne (AF)			

pas en mesure de s'auto-évaluer. Elles servent en outre à suivre l'évolution de la douleur en fonction de la prise en charge et en fonction du score indiqué. Enfin, elles obligent les différents intervenants soignants à développer entre eux des synergies, afin de mettre en place une et une seule dynamique de soins.

Il existe d'autres échelles, comme les échelles pédiatriques ; cependant, elles ne sont pas utilisées en gériatrie. Je tiens simplement à souligner qu'elles reposent sur le même principe que les échelles en gériatrie, à savoir la position des mains et l'amplitude des mouvements.

Ces échelles offrent d'évidents avantages lors de l'apport de soins. En effet, en permettant de mieux évaluer et donc de traiter et soulager : les troubles comportementaux, le sommeil du patient se trouvent améliorés de manière significative, l'appétit revient plus aisément, augmente et les confusions se raréfient. En outre, l'anxiété et l'anxiété qui pouvaient l'empêcher de vivre correctement tendent à disparaître, de sorte que le patient agit et réagit avec moins d'agressivité et même sans agressivité du tout. Il gagne donc en autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

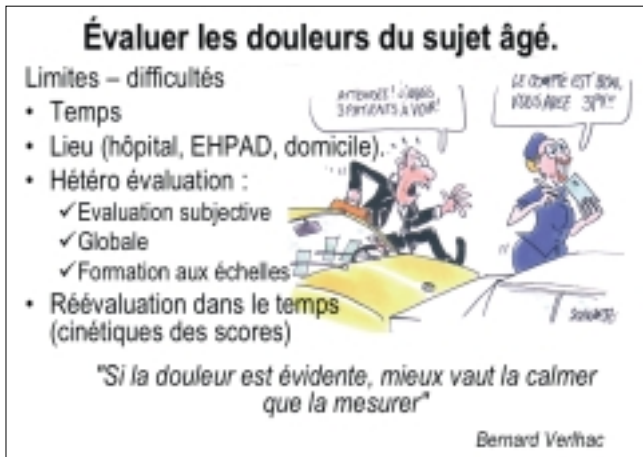
Évaluer les douleurs du sujet âgé

- Pour la personne âgée :
 - ✓ Mieux traiter pour soulager et limiter les troubles comportementaux : sommeil, appétit, confusion, diminution d'autonomie, anxiété,...
 - ✓ Meilleure qualité de vie +++
- Pour les soignants :
 - ✓ Meilleures communications avec les différents intervenants (évaluateurs / prescripteurs).
 - ✓ Meilleures participations aux soins de la personne âgée.



Ainsi, il est mieux à même d'accepter l'image de son corps et de participer à l'ensemble des soins. L'utilisation de ces échelles comporte cependant quelques désavantages. Je mettrai tout d'abord en évidence des difficultés de temps. Une évaluation dans le cadre d'une échelle d'hétéro-évaluation demande 1 à

4 minutes, comme je vous le précisais tout à l'heure. Or le personnel soignant n'a pas chaque jour suffisamment de temps pour les effectuer. Des services de 30 ou 40 patients abritent parfois 10 personnes nécessitant une évaluation quotidienne.



Je perçois une autre difficulté : celle du lieu. Ces échelles sont en effet disponibles au sein des hôpitaux ainsi que des EHPAD mais pas au domicile, ou en tout cas dans une proportion moindre.

Je vais à présent vous faire part d'autres facteurs influençant l'hétéro-évaluation. Le premier est la subjectivité. La douleur ayant une composante cognitive, le soignant peut être amené à substituer son propre ressenti à

l'éprouvé douloureux du patient. Il subsiste par ailleurs un préjugé au sein des services de gériatrie concernant la douleur des personnages âgés ; il arrive encore que des soignants jugent comme étant de la « comédie » des expressions de douleur manifestées par un patient âgé. A la décharge des soignants, on peut souligner qu'il se révèle difficile dans certains cas de déceler, de localiser la douleur, particulièrement dans le cas de douleurs globales, le plus souvent d'origine psychogène.

Je voudrais vous citer une phrase de Bernard Verlhac afin d'illustrer mon propos et de tracer une voie : « si la douleur est évidente, mieux vaut la calmer que la mesurer ». Cette phrase vaut aussi mise en garde : car si la douleur n'est pas traitée, elle peut se transformer en maladie et devenir la cible d'interventions.

Afin de conclure mon intervention, j'aimerais rappeler le rôle des soignants, tel que nous devons, me semble-t-il, le concevoir : le repérage de la douleur dans un premier temps, puis l'évaluation, le diagnostic et la recherche des causes, ensuite la délivrance et l'administration du traitement. Enfin, la dernière étape, dont l'importance me paraît indiscutable et qui pourtant n'est que trop rarement respectée au sein des unités de soin, consiste à réévaluer pendant plusieurs jours de suite les effets thérapeutiques, jusqu'à ce que la douleur soit prise en charge correctement. Là encore, le manque de temps explique ce défaut d'application.

Afin de mieux prendre en charge la douleur au sein des services de gériatrie, il importe aussi de dispenser des formations initiales à la gériatrie et à la douleur, à l'ensemble des intervenants et des étudiants en médecine, ainsi que des formations continues étalées sur toute la vie professionnelle. ■

Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques

Alain ESCHALIER

Professeur de pharmacologie, Chef du service de pharmacologie au CHU de Clermont-Ferrand

Je remercie les organisateurs de ce colloque de m'avoir convié à parler des médicaments. En tant que pharmacologue, je limiterai mon intervention à ce qui constitue la noblesse de ma science, c'est-à-dire la base d'un art thérapeutique optimal.

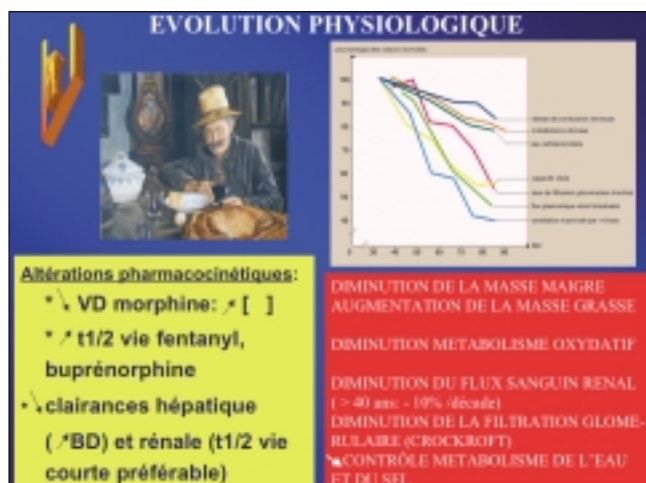
Je voudrais commencer par identifier quatre points critiques liant médicaments et sujets âgés :

- l'évolution physiologique liée à l'âge ;
- la prévalence de la poly-pathologie, dont il a déjà été question ;
- la polymédication ;
- la sensibilité à la pathologie iatrogène.

Ces quatre points critiques convergent vers un risque de réduction de la marge thérapeutique, particulièrement

dans le cas du sujet âgé, avec sans doute une augmentation des effets indésirables.

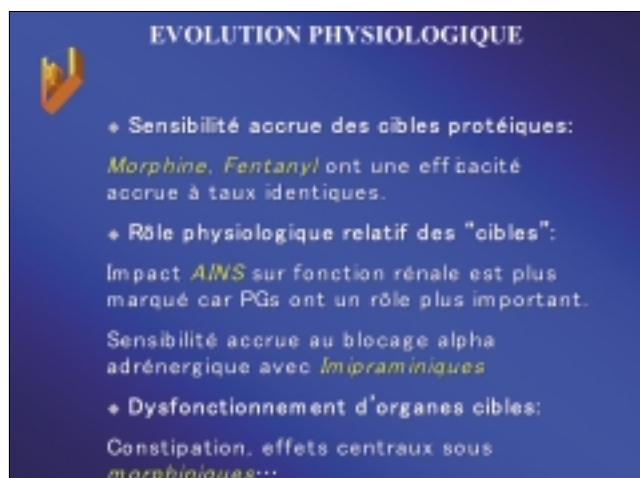
Je vais appliquer ces points généraux au domaine des antalgiques en commençant par la notion d'évolution physiologique. Un certain nombre d'altérations et de modifications se produisent, telles qu'une diminution de la masse maigre et une augmentation de la masse grasse, susceptibles de modifier les paramètres pharmacocinétiques.



La morphine, hydrosoluble, a un volume de distribution dans l'organisme assez réduit, ce qui signifie que ses concentrations sanguines et intra-cérébrales imposent l'administration de doses diminuées chez le sujet âgé. L'augmentation de la masse grasse concerne davantage les produits à action lipophile, comme le fentanyl et la buprénorphine ; il s'agit ici d'une distribution plus large, ce qui signifie que la durée de vie dans l'organisme se trouve augmentée. On peut progressivement avoir des accumulations, particulièrement dans le cas où ces produits sont utilisés sous des formes à libération prolongée. Sur le plan métabolique, des modifications liées à l'âge interviennent, comme une diminution du métabolisme hépatique oxydatif, accompagnée d'une diminution de la bio-transformation, ce qui explique une augmentation des concentrations. De même, l'état fonctionnel du rein, chez les personnes âgées, peut conduire au même risque d'accumulation ; sur le plan thérapeutique, cela légitime l'utilisation de produits à demi-vie courte.

Cette évolution physiologique peut aussi être déclinée sur le plan pharmacodynamique. J'ai retenu trois points. Le premier se rapporte à l'efficacité et donc aux variations de sensibilité aux médicaments, en lien avec l'âge. Il semble que les récepteurs morphiniques présentent une meilleure sensibilité à ce produit ; l'efficacité se trouve accrue pour des taux identiques.

Les deux autres points sont liés aux pathologies iatrogènes. Un certain nombre de cibles moléculaires ont un rôle physiologique important qui peut s'accroître en fonction du terrain et particulièrement avec l'âge. On sait que les prostaglandines interviennent de manière bénéfique dans la vascularisation rénale ; elles jouent alors un rôle de « béquille » chez le sujet âgé hypovolémique. Il devient plus dangereux de faire disparaître ce rôle chez ce type de patient, avec des inhibiteurs de synthèse de ces prostaglandines, comme les AINS. Le même raisonnement vaut pour la régulation de la vasomotricité et l'importance des récepteurs alpha adrénergiques ; si l'on bloque ces récepteurs, par exemple grâce à des imipraminiques, on expose de façon plus aiguë le sujet âgé à l'hypotension orthostatique. Toujours dans le contexte de risques accrus de pathologies iatrogènes, des dysfonctionnements liés à l'âge de certains organes peuvent intervenir et expliquer le risque iatrogène accru. Il en est ainsi du péristaltisme intestinal et de l'état cognitif du sujet qui seront plus sensibles aux morphiniques chez le sujet âgé.



Cette évolution physiologique associée à l'âge, par les altérations organiques ou fonctionnelles qu'elle induit, et si l'on tient compte de l'aspect pharmacocinétique, conduit à une intensité accrue d'effets thérapeutiques ou indésirables, qui légitime une réduction de la posologie initiale, chez le sujet âgé.

Le deuxième point s'appliquait aux polyopathologies et aux polymédications, thèmes déjà largement abordés aujourd'hui. Je souhaite simplement ajouter que le taux de consommation de médicaments par les sujets âgés est plus important proportionnellement à la population qu'ils représentent. La polyopathie conduit à une polythérapie. Autre fait qui me paraît indiscutable : chez ce type de sujet, l'automédication se révèle très importante.

POLYPATHOLOGIE

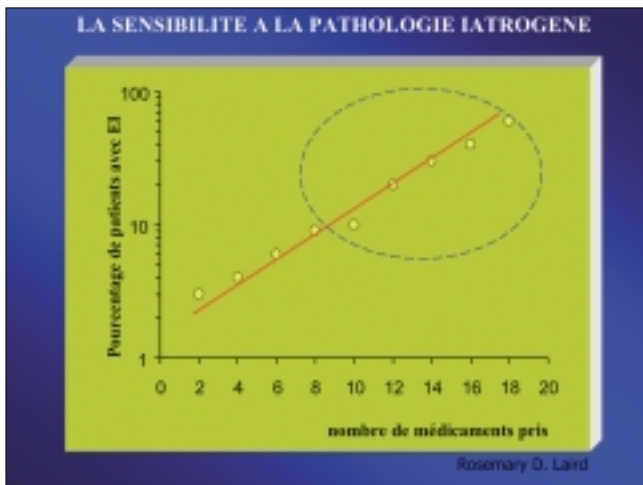
- Maladies cardiovasculaires
- Pathologies articulaires
- Troubles gastrointestinaux
- ...

POLYMEDICATION

- Sujets âgés = 12% de la population
32% des prescriptions
- Consommation moyenne/personne
- 2 à 6 médicaments prescrits +
- 1 à 3.4 médicaments OTC



Or il existe une relation de proportionnalité entre l'incidence des effets indésirables et le nombre de médicaments consommés.



Les médicaments les plus consommés au sein de cette population peuvent produire des interactions avec les antalgiques (interaction psychotropes et morphine susceptible d'altérer les fonctions cognitives ; les AINS s'avèrent aussi être largement impliqués dans des interactions médicamenteuses, p.ex. avec les antivitamine K, les anti-hypertenseurs).

Etat physiologique, prise médicamenteuse, pathologies associées, sensibilité accrue aux effets indésirables : cette chaîne impose d'identifier, avant prescription, les sujets à risque afin d'éviter les contre-indications et d'appliquer des précautions d'emploi.

En terme de choix des antalgiques, les notions de nature et d'intensité de la douleur sont, au delà du terrain, essentielles à prendre en compte. Elles ont été largement examinées plus tôt, je n'y reviendrai donc pas en détail. Mais je crois nécessaire de rappeler deux principes importants dans ce contexte : la personnalisation du traitement, et la nécessaire réévaluation de la douleur afin d'adapter le traitement à l'intensité ressentie. Enfin, le prescripteur doit avoir conscience que l'observance médicamenteuse chez le sujet âgé est généralement insatisfaisante et spécifiquement dans le cas des antalgiques. Pour conclure mon intervention, je vous ferai part de quelques exemples spécifiques de classe d'antalgiques à risque iatrogène chez le sujet âgé : les morphiniques et les AINS.

DE LA PHARMACOLOGIE A LA THERAPEUTIQUE

MORPHINIQUES

- Constipation (presque systématique) → *traitement prophylactique*
- Nausées - Vomissements (1/2 à 2/3 des patients) → *intensité variable-résolutifs facilement contrôlés*
- Sédation (fréquente) → *en début de traitement, résolutive.*
- Dépression respiratoire → *surveillance, prévention, antidote*
- Hallucinations Confusion → *sujets âgés, nécessité réduction des doses (rares)*
- Prurit

Les effets indésirables les plus fréquents des morphiniques sont des problèmes de transit intestinal, de nausées, de vomissements, de sédation. Le deuxième exemple sur lequel je voulais insister se rapporte aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens.



Je rappellerai que leur ratio bénéfice/ risques est mauvais, et sans doute plus encore chez le sujet âgé. En outre, ils font largement l'objet d'automédication. Les effets indésirables

listés sur la diapositive prennent un caractère particulier chez le sujet âgé. Je n'oublie pas les risques ischémiques, dorénavant correctement identifiés avec les coxibs. Enfin, et compte tenu des interactions médicamenteuses dont ces produits sont à l'origine, je crois que la prescription d'AINS ne peut reposer que sur une très forte justification.

Je voudrais enfin rappeler la sensibilité particulière des sujets âgés à certains risques iatrogènes: altérations psychiques et cognitives (elles peuvent être induites par les morphiniques, les imipraminiques ou les anti-épileptiques), réduction de la prise alimentaire (avec les antidépresseurs sérotoninergiques dont je conviens qu'ils ne présentent qu'un intérêt limité dans la prise en charge de la douleur). On peut également rappeler le risque de chutes des personnes âgées lié à des médicaments tels que les imipraminiques et les benzodiazépines, par exemple.

Plusieurs intervenants ont axé ce matin leur communication sur la nécessité de traiter efficacement la douleur chez le sujet âgé. Je voudrais, pour terminer, insister à mon tour sur cette nécessité mais également rappeler l'obligation de le faire en instaurant une prescription médicamenteuse prudente. ■

Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques

Bernard WARY

Médecin-Chef du service régional de soins palliatifs et de la consultation douleur au CHR de Metz-Thionville

Je remercie les organisateurs de ce colloque de m'avoir convié à parler d'autre chose que de l'échelle Doloplus, et je suis reconnaissant à Alain Eschalié d'avoir accepté de combiner l'aspect clinique avec l'aspect pharmacologique.

Les conséquences des modifications pharmacologiques sur la prescription d'antalgiques chez la personne âgée imposent d'évaluer correctement les mécanismes en cause. Comme l'a souligné tout à l'heure Michel Alix, les principes et les traitements sont identiques à ceux appliqués chez l'adulte ; nous sommes davantage amenés à nous battre contre la frilosité encore trop souvent constatée, bien entendu injustifiée.

Prescrire un antalgique à une personne âgée nécessite de tenir compte du poids, de la fonction rénale ; le mot rein me paraît central chez le sujet âgé. Nous devons,

nous soignants, tenir compte des associations médicamenteuses, des voies d'administration, de l'observance, et avoir le souci de soulager la douleur plutôt que de craindre l'apparition des effets secondaires.

En outre, il importe de bien identifier les mécanismes en cause. Les douleurs nociceptives sont dorénavant assez bien connues mais des réticences subsistent pour le passage au palier III, surtout lorsque les symptômes ne s'avèrent pas graves. Quant aux douleurs neuropathiques et neurogènes, elles souffrent encore de méconnaissance, de sorte que leur traitement demeure aléatoire.

J'aimerais maintenant rappeler la fréquence des douleurs mixtes chez les personnes âgées, particulièrement nociceptives et neuropathiques. Le traitement des escarres et des artérites, par exemple, avec de la

morphine, ne s'est pas fait tout de suite, a nécessité un temps d'adaptation. Mais il a fallu attendre davantage encore, avant que les spécialistes comprennent le caractère mixte de certaines douleurs, notamment celles que je viens de citer.

Je rappelle qu'il convient de choisir des médicaments à demi-vie courte, et de ne pas rajouter aux conséquences directes du vieillissement, celles liées à la pathologie (anorexie, syndrome d'immobilisation), à l'insuffisance rénale, à la polymédication et à l'automédication. Les patchs de Fentanyl, le Tranxène ou le Valium ne sont pas des médicaments de choix en gériatrie.

En pratique, il s'agit de titrer, c'est-à-dire de chercher la dose minimale progressivement, car aller trop vite peut conduire tout droit à la catastrophe. Il convient de débiter ainsi par des petites doses, de les augmenter rapidement mais progressivement, sans a priori sur la posologie. Cela me semble être la meilleure approche. Il n'existe pas vraiment de dose maximale. Je vous parle ici du fameux concept «start low and go slow».

Quelques particularités découlent de ce que vient d'énoncer Monsieur Alain Eschalié. Dans le palier I, le Paracétamol dosé à 1 gramme toutes les six heures est préféré à l'aspirine. Si la prescription des AINS s'avère indispensable, on peut les associer aux Inhibiteurs de la pompe à protons.

Quelques particularités médicamenteuses chez la personne âgée...

PALIER I

Préférer le Paracétamol (1 gr/6h) à l'Aspirine en raison du risque gastrique

Associer **AINS-IPP** (Inhib. de la pompe à protons) en cas de douleurs inflammatoires

Surveiller la fonction rénale, surtout si association aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et aux diurétiques.

Dans le palier II, suivant notre expérience, nous privilégions la Codéine et le Tramadol au détriment du Dextropropoxyphène, qui induit des risques accrus d'hypoglycémie, de nausée et de vomissements, ainsi que d'accumulation de métabolites toxiques en cas d'insuffisance rénale.

PALIER 2

PRIVILEGIER LA CODEINE ET LE TRAMADOL AU DÉTRIMENT DU DEXPROPOXYPHÈNE
risque accru d'hypoglycémie et accumulation d'un métabolite toxique en cas d'insuffisance rénale (nausées, somnolence)

PRÉFÉRER LES ASSOCIATIONS PARACETAMOL-CODEINE PARACÉTAMOL-TRAMADOL

Pour les associations Codéine-Paracétamol, bien respecter les prises régulières/ 4h et prévenir systématiquement la constipation


Quant aux associations Codéine-Paracétamol, des prises régulières doivent être effectuées ; je vous mets là aussi en garde contre le risque de constipation. S'agissant du Tramadol, il existe pour la personne âgée

*-Le **Tramadol** est mieux supporté sous sa forme LP le Zamudol existant en 50 LP est ici intéressant, ainsi que le Monocrixo 100 LP (durée d'action de 24h.)*

Les effets secondaires à type de nausées sont assez fréquents(20%) mais peuvent être prévenus en associant de faibles posologies d'Haldol (3x5 à 3x15 gttes à 2 mg/ml)

L'association au paracétamol (Ixprim, Zaldiar) réduit ces effets secondaires.

Intérêt enfin dans les douleurs mixtes !



fragilisée des formes à faible posologie qui améliorent en principe la tolérance, comme le Zamudol 50 LP. Il existe bien entendu des effets secondaires, mais on peut les prévenir. En termes de synergie, de nouveaux médicaments associés au Paracétamol permettent, avec le Tramadol, de cibler bien plus efficacement la douleur. A nouveau, dans un souci d'améliorer la tolérance, je préconise des posologies faibles. En outre, ces associations présentent un intérêt dans les douleurs mixtes.

Quant à la morphine, je rappelle que l'on s'en sert dans le cas de douleurs nociceptives, non pas graves, mais intenses. Lorsque le patient est atteint d'un

PALIER 3

La morphine

- *S'en servir pour les douleurs nociceptives non pas graves mais intenses...
La morphine n'est pas le médicament de la fin de vie!!!*
- *Titrer avec des formes à libération immédiate en débutant à de faibles posologies (2,5 mg/4h.)*
- *Si besoin d'interdose: 1/10ème à 1/6ème de la dose/24h*
- *Il n'existe pas de posologie maximale à ne pas dépasser. Seule l'intensité de la douleur détermine la dose efficace.*
- *Constipation (fausses diarrhées) et rétention urinaire sont à dépister et prévenir systématiquement!*

cancer ou bien se trouve en fin de vie, on lui administre sans crainte de la morphine alors que s'il est victime d'un tassement vertébral, on préfère généralement éviter de le faire. Or la morphine n'est pas le médicament de la fin de vie.

- *La voie orale est à privilégier et on aura recours à la voie sous-cutanée de préférence, en cas d'impossibilité (équianalgésie:1/2)*
- *La PCA est peu adaptée à la personne âgée même lorsque ses fonctions cognitives sont normales (réticences par peur, sous-estimation de la douleur,etc.)*
- *Les effets secondaires sont les mêmes que chez l'adulte jeune, mais on a déjà insisté sur la constipation, la rétention d'urine, la somnolence et la confusion.
En tenant compte des modifications pharmacologiques et des pathologies associées (insuff.rénale en particulier), il n'y a aucune raison d'avoir peur de la morphine!*

Se méfier plutôt de la iatrogénie(polymédication) et des erreurs de classement physiopathologique...

Il revient en principe de titrer avec les formes à libération immédiate afin de respecter le concept que j'ai évoqué tout à l'heure, «start low and go slow». Les interdoses sont généralement assez bien faites à faible posologie, 1/10ème ou 1/6ème de la dose, mais quand celle-ci augmente, les interdoses doivent suivre. Il n'existe pas, je le répète, de posologie maximale. C'est l'intensité de la douleur qui détermine la dose efficace. Il importe à nouveau de bien prendre en compte les effets secondaires, essentiellement la constipation (attention aux fausses diarrhées) ainsi que la rétention urinaire, masquée lorsqu'elle ne provoque plus de douleur sous morphine.

La voie orale est toujours à privilégier ; lorsqu'elle s'avère impossible, il vaut mieux avoir recours à la voie sous-cutanée. La PCA est peu adaptée à la personne âgée, même dans le cas où les fonctions cognitives de celle-ci demeurent normales, car elle a tendance à mal l'utiliser. Les effets secondaires sont les mêmes que chez le patient jeune, à savoir constipation, rétention urinaire, somnolence, confusion.

En tenant compte des modifications pharmacologiques et des pathologies associées, il ne me semble pas y avoir de raisons de craindre particulièrement la morphine. Il convient en revanche de se méfier de la iatrogénie. Au sujet de la Sophidone LP, il s'agit à mon

SOPHIDONE LP

*Chlorhydrate d'hydromorphone
Intérêt dans la rotation des opioïdes, notamment en raison d'effets secondaires trop gênants.
Equi-analgésie : 7,5 (30 mg Skonan = 4mg Sophidone)*

OXYCONTIN

Rien de particulier...

KAPANOL

Peut être intéressant dans les douleurs chroniques relativement stables (arthrose...) et faciliter la tolérance et l'observance (1 prise par 24h)

sens d'un médicament intéressant avec une échelle d'équi-analgésie à 7,5 ; je n'ai par contre pas grand-chose à dire sur l'Oxycontin, qui ne concerne pas spécifiquement les personnes âgées. Le Kapanol, dans le cas par exemple de l'arthrose, se révèle intéressant.

DUROGESIC

Les patchs de Fentanyl ont démystifié le palier 3 et permis à bien de personnes âgées insomniaques de retrouver le sommeil !!! Plus sérieusement, médicament prometteur mais traître en gériatrie :

- *liposolubilité (accumulation...)*
- *mauvaise indication (doulr.cancéreuse)*
- *pas de posologie faible*
- *pas d'équi-analgésie sérieuse*
- *durée d'action longue et « floue »*
- *décollement fréquent du patch*
- *absorption modifiée si fièvre*

*Conseil: ne pas utiliser le Durogesic chez une personne âgée vierge de morphine (au minimum 60 mgj).
La forme matricielle est fort attendue...*

J'en viens au Durogésic : la molécule Fentanyl me paraît prometteuse mais pose encore quelques problèmes. Les patchs de Fentanyl ont démystifié le palier III et permis à de nombreuses personnes âgées insomniaques de retrouver le sommeil ; mais ce n'était pas bien sûr l'effet recherché. Sa présentation actuelle implique un problème de liposolubilité et d'accumulation, particulièrement chez le sujet âgé. La douleur cancéreuse n'arrête pas d'évoluer, une solution par Fentanyl n'apparaît pas judicieux. On constate des décollements du patch, problèmes que régleront peut-être les nouveaux patchs, améliorés, bientôt mis sur le marché. Je conseille aux soignants de faire preuve de méfiance (notamment si fièvre > à 38°) à l'égard du Durogésic, et de le contre-indiquer chez les patients vierges de morphine. J'aborde maintenant les co-analgésiques et souhaite plus particulièrement vous parler des anti-épileptiques. La plupart sont aujourd'hui considérés comme vieillots ; ainsi le Tégrétol, responsable de nombreux effets secondaires. Je conseille de privilégier le Neurontin, toujours en respectant le concept du «start low and go slow». Les corticoïdes font encore peur alors

Les corticoïdes

- Ne pas en avoir peur (moins dangereux que les AINS)
- Profiter de leurs multiples effets antalgiques, anti inflammatoires, orexigènes, psychostimulants...
- Se rappeler aussi leur effets confusiogènes, diabétogènes, ainsi que mycogènes...(examiner les bouches !!!)

La Capsaïcine

La neurostimulation (TENS) nécessite la coopération du patient, ce qui pose souvent problème en gériatrie. Les antidépresseurs sont souvent mal tolérés... Dans les douleurs neuropathiques localisées, l'application de pommade à base de Capsaïcine (Dosalyl) est un complément intéressant.

qu'il faudrait moins les craindre, à mon avis, que les AINS ; les traitements locaux à base de Capsaïcine existent aussi. J'en viens aux traitements non-pharmacologiques. Résumer la douleur à la souffrance me semble constituer une erreur ; résumer la prise de traitement aux antalgiques en est une autre. L'organisation des soins est primordiale et entre dans le traitement de la douleur.

LES CO-ANALGÉSQUES

Les antidépresseurs:

- tricycliques plus efficaces mais effets secondaires plus fréquents et gênants en gériatrie...
- Anafranil** en débutant à des posologies de 10mg/j
- Laroxyl** en gouttes (idem...)
- sérotoninergiques en seconde intention
- Seropram**, 10 mg/j
- prescription vespérale de préférence
- attendre 10 à 15 jours avant de se prononcer...

Les antiépileptiques:

Les plus récents sont les mieux tolérés : Neurontin > Rivotril > Tegretol

Le **Tégrétol** (carbamazépine) n'est plus guère utilisé en gériatrie en raison de ses effets secondaires très fréquents et gênants (somnolence, confusion...)

Le **Rivotril** (clonazépan) est prescrit essentiellement en gouttes à de faibles posologies et en privilégiant les prises vespérales . Par exemple:

- 0 - 0 - 5 gouttes /j puis, si besoin:
- 0 - 0 - 8 gouttes/j puis, si besoin:
- 3 - 3 - 10 gouttes /j ...

On profitera de son effet sédatif au passage, ou on préférera l'Anafranil si l'on recherche au contraire une certaine stimulation...

ORGANISATION DES SOINS Prévention des douleurs induites

PHYSIOTHÉRAPIE

- CHAUD,FROID
- ULTRASONS
- IONISATIONS
- TENS

MASSAGES

- ANALYTIQUE
- RELATIONNEL

APPAREILLAGE

- ORTHÈSES
- AIDES À LA MARCHÉ



RADIOTHÉRAPIE

BALNÉOTHÉRAPIE

Expliquer les soins que l'on va prodiguer, se mettre en binôme avec l'infirmière, donner les résultats des examens constituent autant de comportements qui jouent beaucoup sur la prévention des douleurs induites. Les massages, la balnéothérapie, la physiothérapie, les appareillages ou encore l'arthérapie, la musicothérapie doivent également être pris en compte en tant que méthodes de lutte contre la douleur. Dernière recommandation : ne négligez pas les personnes âgées non-communicantes ; celles-ci ne doivent pas être les oubliées de la douleur. Y compris dans les techniques cognitives comportementales, il existe des moyens d'in-

tervention, des solutions à la douleur de ce type de patient. Les personnes âgées atteintes de démence peuvent bénéficier de ces techniques. Celles-ci jouent en effet un rôle sur l'activation du système inhibiteur périphérique de la douleur ainsi que sur la modulation de l'intégration du message nociceptif au niveau cérébral.

La douleur des personnes âgées s'inscrit dans une longue histoire, faite de paradoxes et de préjugés.

L'enjeu consiste aujourd'hui à savoir déceler la souffrance mais aussi la douleur, et à traiter celle-ci dans une approche multidisciplinaire. ■

Actualités sur la recherche clinique en France

Bernard LAURENT
Professeur de neurologie, Saint-Etienne

Je ne vais pas me contenter de parler de mes travaux, mais dresser un tableau général de la recherche clinique en France aujourd'hui.

La recherche sur la douleur apparaît peut-être moins visible à l'heure actuelle qu'il y a une dizaine d'années lorsque, à Paris, le groupe de Jean-Marie Besson et le groupe INSERM d'Alésia réalisaient d'importantes avancées. Les équipes travaillant sur la douleur se sont

dispersées, ont vu leur taille réduite, mais restent très actives. Un mouvement prend forme actuellement pour rendre cette recherche davantage lisible, tant au niveau fondamental qu'au niveau clinique. Son utilité en terme de santé publique est évidente : je rappelle que la douleur constitue le premier motif de consultation au sein des cabinets médicaux. Il convient aussi d'évoquer son coût économique gigantesque, supporté

Résumé-Douleur-DuRef-2005

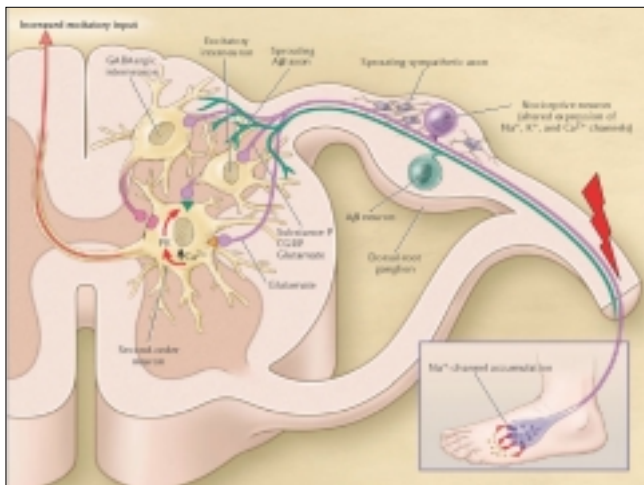
RECHERCHE SUR LA DOULEUR EN FRANCE

- 26 Équipes
- France (60 millions habitants) consacre ~ 1,5 millions €/an
Canada (30 millions habitants) consacre 13 millions €/an

	Appartenance	Enseignants/chercheurs Hospitaliers	Chercheurs	Ingenieurs Techniciens	DEA/Docif/Doc	Total/équipe
1. Fabielle ANGEL-URBAN	INSERM U 575		1	2	3	6
2. Jean-Jacques BENDJEL	INSERM E 331	4	2	3	4	13
3. Didier BOUHASSIRA	INSERM E 332	7	1	3	5	16
4. Radhouane DALLEL	INSERM E 216	11	1	3	9	24
5. Luis GARCIA-LARREA	INSERM E 342	7	2		6	15
6. Michel HAMON	INSERM U 288		3	1	1	5
7. Frédéric NADY	INSERM E 358	4	2	2	5	13
8. Jean VALMER	INSERM U 583	4	4	2	6	16
9. Florence NOBLE	INSERM/CNRS	7	4	8	9	28
1. Bernard CALVINO	CNRS UMR 7637	2			2	4
2. Marie CONRATH	CNRS UMR 7101	3	1	4	2	10
3. Marie José FREUND-MERCIER	CNRS UMR 7519	8	3	9	15	35
4. Michel LAZDUNSKI	CNRS UMR 6097		5	2	4	11
5. Joel NARGEOT	CNRS UPR 2566		7	2	6	15
1. Lionel BUENO	INRA	1	5	3	6	15
2. Jacques SERVERE	INRA-INAPG	2	2	1	1	6
1. Alain ESCHALLER	EA 3648	16	1	3	9	29
2. Yves LAZORTHES	EA 3039	11	2	6	5	24
3. Guy SIMONNET	EA 3666	2	2		3	7
4. Bruno BOMAZ	EA 3744	6	3		3	12
5. Marc ZABALIA	Université	16				16
1. François SOUREAU	CHU, Paris	2				2
2. Jean-Claude WILLER	CHU, Paris	2				2
3. Serge BLOND	CHU, Lille	16				16
4. Jean Paul NGYEN	CHU, Créteil	6				6
1. Francis COLPAERT	CR Pierre Fabre		3	6		9
Total		131	52	60	102	345

par la société. Les exemples cités se rapportent généralement aux lombalgies, ainsi qu'aux céphalées chroniques quotidiennes. En France, les antalgiques représentent 15% de l'ensemble des ventes de produits pharmaceutiques.

Dans l'historique du réseau de la recherche contre la douleur, je distinguerai deux temps. En 2003, les six équipes INSERM ont élaboré en commun un document sur l'état de la recherche contre la douleur en France, ses spécificités méthodologiques ainsi que ses domaines de compétence. Plus récemment, en octobre 2004, un nouveau symposium s'est tenu ; un réseau a été mis en place pour déterminer les champs d'études transversaux parmi 24 équipes. Ces 24 équipes étaient ainsi composées : 9 appartenaient à l'INSERM, les autres à l'INRA, au CNRS, au monde universitaire et hospitalier.



Cette recherche repose sur de vastes domaines de compétence ; on y retrouve la recherche clinique avec des neurologues, des neurochirurgiens, mais également la pharmacologie

Quelles sont les retombées pragmatiques ? Entre la recherche fondamentale et les aboutissements pharmacologiques, un gap s'est formé. Nous devons savoir pourquoi tant de molécules essayées chez l'animal n'ont pas abouti à l'homme. Je suggère une réponse : la dimension d'intégration de la douleur très spécifique à l'homme s'avère compliquée à cerner.

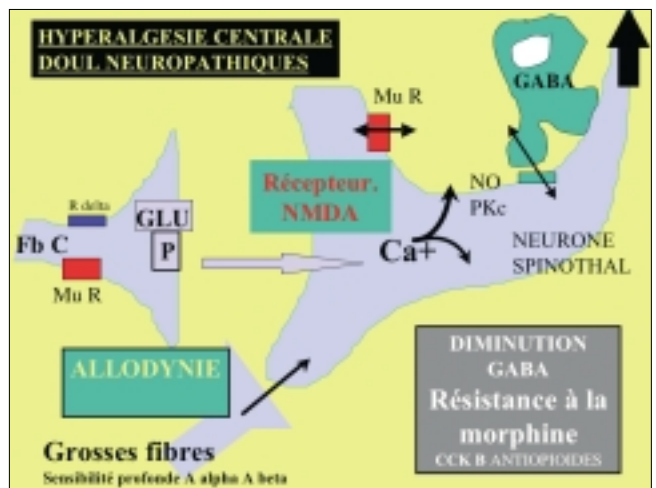
La recherche sur la douleur neuropathique ouvre de nouvelles perspectives et peut servir d'exemple à une approche transversale entre clinicien et chercheurs. Elle oblige à s'interroger sur les mécanismes qui déclenchent un phénomène d'automatisation

douloureuse après lésion du système nerveux. Il s'agit là d'un paradoxe puisqu'un nerf coupé devrait créer une anesthésie. Les équipes en place étudient pour la plupart ces mécanismes avec de nombreuses approches animales citées ci-dessous

NEUROPATHIE TRAUMATIQUE	
Modèles de douleur neuropathiques Eschaër et col. EA 3948 Clermont	
Lésion complète :	
<ul style="list-style-type: none"> • Section nerveuse et névrome expérimental (Wall et al., 1977) • Section des racines dorsales (Lombard et al., 1979) 	
Lésion partielle :	
<ul style="list-style-type: none"> • Constriction du nerf sciatique (Bennett et Xie, 1988) • Transection partielle du nerf sciatique (Seltzer et al., 1989) • Constriction du nerf intraorbinaire (Yos et Mackiewicz, 1992) • Ligature des nerfs spinaux (Kim et Chung, 1992) 	
NEUROPATHIE METABOLIQUE	
<ul style="list-style-type: none"> • Diabète induit par la Streptozotocine (Wuarin-Bierman et al., 1987) 	
NEUROPATHIE TOXIQUE	
<ul style="list-style-type: none"> • Traitement par la vincristine (Aley et al., 1996) 	

TABLEAU 1 - Les principaux modèles animaux de "douleurs" neuropathiques.

Le rôle clef dans l'intégration de la douleur est celui de la corne postérieure de la moelle, avec l'arrivée des fibres spécifiques de la douleur, et les neuromédiateurs que sont le glutamate et la substance P ;



Dans le cas de la douleur neuropathique, les cliniciens s'interrogent sur la moindre efficacité des opiacés ; est-elle due à une désensibilisation du récepteur opiacé ? Des antagonistes des récepteurs mu ont été démontrés (CCKB) Peut-être qu'en combinant les opiacés avec un anti CCKB nous pourrions leur rendre leur efficacité.

Autre question fondamentale que nous nous posons est celle de l'allodynie: pourquoi des stimulations normalement non douloureuses comme le froid et le chaud le deviennent ? Selon toute vraisemblance, des fibres en principe non douloureuses font anormalement synapse dans la corne postérieure à l'origine des systèmes spinothalamiques.

Je souhaite vous présenter maintenant quelques exemples de la façon dont ces questions sont abordées, dans les équipes de recherche françaises.

Le groupe de Dallel à Clermont-Ferrand, étudie un modèle d'allodynie mécanique chez le rat, en utilisant la strychnine. Ce groupe s'est aperçu que l'on pouvait modifier le type de réponse du noyau trigéminial, qui répond en principe aux stimulations tactiles de gros calibre ; si on injecte de la strychnine, il répondra alors de façon nociceptive aux stimuli tactiles. En résumé, par une manipulation chimique, on peut modifier le type de réponse d'un noyau sensitif et reproduire l'allodynie caractéristique des douleurs neuropathiques humaines.

De nombreux groupes travaillent sur des modèles d'axotomie et de neurotomie chez l'animal. Dans ces approches, les chercheurs enregistrent les modifications induites dans la corne postérieure, formulent des hypothèses et enfin essayent de comprendre pourquoi cette lésion nerveuse a généré des anomalies. Certains ont recours à la génomique fonctionnelle comme le groupe de Valmier.

Douleurs neuropathiques expérimentales analyse cellulaire et moléculaire — Valmier INSERM 583 Montpellier

Mécanismes de l'hyperactivité spontanée des neurones sensitifs primaires des DRG après axotomie ? Le calcium extracellulaire régularise l'hyperactivité

Méthode SAGE : transcriptome des neurones DRG (post axotomie) par Génomique fonctionnelle :

449 gènes candidats (336 UP et 113 DOWN)

Le groupe de Nagy à Bordeaux travaille sur des tranches de moelle, sur des modèles histologiques. Beaucoup d'autres travaux concernent les canaux calciques qui, je le rappelle, sont concernés lors d'une sollicitation des récepteurs NMDA par le glutamate ; celui-ci apparaît alors comme un phénomène clef dans l'entretien de la douleur. En utilisant des anti-sens, on peut disposer d'animaux qui n'ont pas la sous-unité du canal calcique que l'on cherche

à étudier ; si l'animal ne développe pas la douleur, on aura de cette manière démontré sa mise en cause dans la douleur neuropathique.

Mécanismes calcium dépendants de l'hyperalgésie centrale spinale Nagy INSERM 358 Bordeaux

Études sur tranches de moelle avec patch clamp : canal Ca de type L des WDR de couches V (décharges après axotomie de 3 types : tonique, plateau et rythmique...)

Le wind up dépend de ces canaux Ca de type L (SU Cav1.2 et 1.3), bloqués par nifédipine

Utilisation d'antisens de ces SU bloque complètement le wind up Et fait disparaître l'allodynie

GABA B diminue l'activité canal Ca de type L et augmente le courant potassique... le GLUTAMATE a l'effet inverse

Le groupe de Bourinnet à Montpellier travaille sur les canaux calciques de type T.

Rôle des canaux calciques de type T — Bourinnet CNRS 2580 Montpellier

Clonage des gènes codant pour le canal Ca T (Cav3.3 , Cav3.2, Cav3.1)

augmente dans la corne post et le GRP en cas de douleur exp

-injection IT d'antisens (Cav3.3 , Cav3.2, Cav3.1) se fixe dans le GRP antisens global ou Cav3.2 protège l'animal de l'allodynie

-sous unités Cav3.2 a un rôle pronociceptif majeur exacerbé lors de la neuropathie expérimentale (Beaet et streptozotocine)

sous unité alpha2 delta 1 (récepteur gabapentine) régule la précédente

inhibition de la SU Cav3.2 par les récepteurs opioïdergiques ORL1

Le groupe de Michel Hamond étudie aussi la douleur neuropathique mais en suivant une démarche originale : il analyse en effet cette douleur au niveau facial. Chez l'animal, les douleurs neuropathiques faciales par ligature du nerf sous-orbitaire répondent aux Triptans contrairement aux douleurs neuropathiques périphériques ; le Triptan est une drogue anti-migraineuse très efficace agissant sur des récepteurs 5HT D au niveau vasculaire et central ; ceci laisse penser que la douleur neuropathique faciale met en jeu le système trigéminovasculaire qui a un rôle clé dans la migraine et l'algie vasculaire de la face.

La recherche clinique dans ce domaine est également très active

Le groupe de Didier Bouhassira et de Nadine Attal à Paris est très actif dans le domaine ; ils ont démontré

que des outils simples, comme le thermotest, suffisaient à approcher les symptômes et les mécanismes des douleurs neuropathiques en différenciant les réponses pharmacologiques. Dans les douleurs syringomyéliques, plusieurs sous-groupes peuvent coexister, l'un rencontrant par exemple une allodynie au chaud et l'autre au froid.

Didier Bouhassira, avec un groupe de cliniciens, a en outre établi une échelle diagnostique de la douleur neuropathique ; c'est une échelle, publiée dans PAIN en 2005, traduite dans de nombreux pays et qui comporte 10 items simples comme la notion de brûlure, la sensation de froid douloureux, de décharge électrique.

Il apparaît nécessaire d'adapter les traitements aux mécanismes de la douleur et de moins se baser sur l'empirisme qui prévaut encore aujourd'hui.

Certains médicaments sortis depuis une vingtaine d'années n'ont pas abouti chez l'homme ; des pistes monocibles sont peut-être vouées à l'échec, comme cela a déjà été mis en évidence dans le cas de la dépression. La mono-cible peut déréguler un système extrêmement complexe et fragile, d'où l'importance d'agir sur plusieurs cibles à la fois.

A présent, je souhaite évoquer les travaux du groupe auquel j'appartiens (**EMI 342**). Nous sommes très centrés sur l'imagerie. Dans notre approche, la question fondamentale que nous nous posons est la suivante : que se passe-t-il au niveau du cortex analysé par l'imagerie cérébrale, lorsqu'une personne se trouve soumise à une douleur aiguë ? On compare donc une réponse aiguë à une situation de repos et nous obtenons de bien meilleurs résultats avec les douleurs expérimentales du sujet normal qu'avec les douleurs chroniques. La dimension cognitive et émotionnelle de la douleur, ainsi que tout ce qui procède des capacités de contrôle et d'anticipation, nous intéressent particulièrement comme tous les facteurs qui agissent sur le psychisme, dans le domaine de l'hypnose et de la suggestion par exemple.

Une même application douloureuse expérimentale est perçue de différentes façons, en termes d'EVA, suivant la manière dont l'individu anticipe le stimulus. Les fluctuations de l'EVA passent ainsi, dans certains cas, de 2 à 6 chez le même sujet confronté à la même sollicitation nociceptive. Dorénavant, soit en Pet Scan, soit en IRMF, nous savons localiser les régions qui répondent à la douleur et celles qui sont sollicitées par les processus d'attente ou d'attention autour de la douleur. Il existe des cartes corporelles au sein du cortex pariétal mais les zones émotionnelles se situent au niveau de l'insula et des amygdales, ainsi que dans le lobe orbitofrontal.

Un exemple de ce que l'on peut étudier chez le patient avec douleurs neuropathiques est celui de la plasticité : une rééducation peut modifier la représentation corpo-

relle au niveau du cortex SI : les travaux de **Pascal Giroux** en rééducation concernent le membre fantôme douloureux. Le membre sain est projeté par un système de miroir en place du membre amputé, et par un mécanisme d'imagerie mentale, on fait travailler la motricité du membre absent et représenté fictivement par ce dispositif. Au bout d'un certain temps, le sujet parvient à imaginer des mouvements (détendre une main, bouger des doigts, etc...) et à maîtriser sa douleur. En imagerie fonctionnelle on assiste à une réexpansion corticale du membre absent uniquement par ce travail d'imagerie mentale.

Nos recherches portent également sur la compréhension de techniques de stimulation chirurgicale antalgique : Dans ce cas, il est possible, chez un même patient, de mesurer le débit et métabolisme cérébral dans une condition basale douloureuse puis au cours d'une analgésie. On peut par exemple visualiser les aires qui s'activent de façon contemporaine à une analgésie et les travaux faits jusqu'ici concernent des analgésies pharmacologiques ou par stimulations centrales. On a montré des corrélations entre l'analgésie de la stimulation corticale et l'augmentation du DSC dans le cortex pré-frontal et le gyrus cingulaire antérieur, structures à la fois riches en récepteurs opiacés et impliquées dans les mécanismes de contrôle de la douleur. Evidemment les plus grands progrès sont attendus de l'utilisation de ligands spécifiques que l'on peut suivre en TEP. Nous avons mis en évidence une diminution de la fixation de diprenorphine (récepteurs opiacés) dans le thalamus des douleurs centrales et une modification de l'occupation des sites récepteurs de la substance grise périaqueducale par la stimulation rolandique.

Toutes ces études ruinent l'idée naïve d'un traitement de la douleur mécanique et stéréotypé à la façon d'un câblage électrique répondant en fonction du voltage. La douleur est comme toute stimulation sensorielle soumise aux influences de l'attention, de l'anticipation, de l'imagerie mentale, de conditionnements antérieurs... De plus on découvre que les zones frontocingulaires activées par les médicaments antalgiques comme la morphine par exemple ou par la stimulation corticale antalgique sont les mêmes que celles sollicitées lors d'interventions non médicamenteuses comme l'hypnose ou l'effet placebo. Ainsi se trouve encore réduite la dichotomie entre les approches anatomo biologique et psychologique de la douleur. ■

Structuration et organisation de la prise en charge

Introduction

Nadine MEMRAN
SFETD Nice

Dès les premiers DU consacrés à la douleur à la Faculté de Médecine de Nice, au sein de laquelle j'enseigne, nous nous étions rendu compte que les étudiants travaillaient déjà à la prise en charge de la douleur du sujet âgé, dans les centres de gérontologie. J'ai été présidente de la Société Française de la Douleur de 1995 à 1998. Lors de mon mandat, j'ai

initialisé le groupe d'intérêt «Douleur et sujet âgé». Aujourd'hui, je suis ravie de constater la fécondité des recherches actuellement menées, illustrée par la session matinale.

Je remercie Jacques Tréton, Président de la SFGG, de modérer la séance de l'après-midi en ma compagnie. ■

Principes généraux de la prise en charge : organiser, transmettre, coordonner

Jean-Marie GOMAS
Hôpital Sainte Perine, Paris
(Texte non relu par l'auteur)

Les principes généraux de la prise en charge : organiser, transmettre, coordonner, constituent le sujet de cette intervention, sujet déjà évoqué dans une certaine mesure ce matin.

ORGANISER

Organiser revient à identifier ; identifier la vieillesse et le vieillissement. Il semble que, dorénavant, on est « vieux » si l'espérance de vie est inférieure à dix ans, ce qui nous place dans une fourchette de 78 et 80 ans.

DOULEURS	
AIGUE	CHRONIQUE
<ul style="list-style-type: none">• 1 cause le plus souvent• Transitoire• Signal d'alarme• Retentissement adapté• Traitement possible	<ul style="list-style-type: none">• Plurifactorielle• > 3 mois• « Inutile »• Retentissement subjectif « syndrome douloureux chroniques »• Thérapeutique complexe, réadaptation du handicap,

ANAES 2001

Les distinctions entre douleurs aiguës et chroniques ont été abordées ce matin, mais il faut souligner simplement que, en termes de douleurs chroniques, douleurs cancéreuses et douleurs non-cancéreuses ne reviennent pas à la même chose.

DOULEUR CHRONIQUE: de quoi parle-t-on ?

- Douleurs cancéreuses
 - Évolutivité des lésions
 - Mécanisme physiopathologique mixte
 - Chronicité de plus en plus longue
 - Angoisse de mort

SOIR 2002

DOULEUR CHRONIQUE: de quoi parle-t-on ?

- Douleurs non cancéreuses
 - Fréquence, intensité, évaluation, retentissement..
 - HANDICAP évolutif
 - SOUFFRANCE MORALE : dépendance...

Les particularités de la douleur chez le sujet âgé peuvent être ainsi relevées : une fréquence clinique, un polymorphisme étiologique, une variabilité de l'expression, et la lourdeur des conséquences.

TRANSMETTRE

Par «transmettre» il convient d'entendre, transmettre dans l'intérêt du patient et de son entourage.

Il est regrettable que nos communications sur la douleur ne reviennent pas assez sur les négligences du corps médical, sur ses incapacités à travailler en équipe. Après vingt années d'expérience en formation de médecine générale, je n'ai jamais cessé de percevoir les difficultés qui viennent d'être soulevées. La vie d'équipe autour du sujet constitue l'enjeu : se parler, se voir, s'écouter, s'écrire, se téléphoner. Nous ne pouvons nous occuper dignement du sujet âgé sans être capables d'une telle collaboration entre collègues, entre médecins et

personnel soignant. Il convient donc de trouver des raisons de s'estimer, de prendre en compte les différences entre nous, pour parvenir à une situation de complémentarité.



Nous allons dans un premier temps **transmettre l'évaluation**. Utiliser des outils s'avère évidemment nécessaire.. J'adhère d'ailleurs totalement aux considérations exprimées ce matin à ce sujet. Le regard, l'observation doivent conditionner l'évaluation.

A Domicile comme à l'Hôpital

Ne pas abandonner son bon sens :

- « trop d'échelles tue l'échelle ! »
- « On soigne des malades pas des chiffres !! » RENAULT
- L'évaluation est clinique
- Apprécier : Communiquant et dys-communicant
- Frein majeur : l'implication et le déni médical

A présent une leçon de bon sens ; d'abord, il semble que trop d'échelles tue l'échelle. Sans remettre en cause leur utilisation, la répétition de ces échelles use les malades et les équipes soignantes. Il importe par exemple de ne pas soumettre l'EVA dix fois par jour au malade sous prétexte qu'il est en mesure d'y répondre. Michel Renault, psychanalyste qui nous a beaucoup influencé, disait ceci : «On soigne des malades, pas des chiffres». Dans le cadre du futur plan sur la douleur des personnes âgées, espérons que ces éléments basiques seront appelés avec force.

TRANSMETTRE:

il n'y aura jamais rien de révolutionnaire.

- Quoi : quelle synthèse
- À Qui : identifier et hiérarchiser les acteurs
- Comment : des outils le PLUS SIMPLE possible
- Réévaluer : se (ré)approprier la « culture du suivi »

Nous n'aurons jamais à notre disposition des outils révolutionnaires. Revenons à la présentation du «transmettre». Quelle synthèse transmettre et à qui ? l'infirmière, l'aide-soignante, le médecin, l'assistante sociale, l'infirmière à domicile ? Comment transmettre ? En complément des outils simples, nous avons aussi besoin d'outils compliqués pour mener à bien les travaux de recherche. Enfin, réévaluer : nous devons nous réapproprier «la culture du suivi».

Au sein de mon établissement, nous travaillons sur une cohorte de personnes atteintes de douleurs chroniques ; ces patients présentent des troubles déficitaires mais parviennent encore à se mouvoir. Chez le sujet âgé confronté à son vieillissement biologique, la douleur chronique est, nous semble-t-il, souvent investie de toutes les responsabilités dans la perte d'autonomie progressive. En estimation rétrospective, nous nous sommes aperçus que dans 63 % des cas, les baisses de performance se révélaient antérieures à l'invalidation de la douleur pour cette population.

COORDONNER

Suivant les acteurs, les lieux de soin et les stratégies, comment coordonner ? On peut repérer cinq types de situation et grands groupes d'acteurs : le domicile, l'institution aiguë, l'institution gériatrique, la consultation

Douleurs du sujet âgé

- À domicile
 - Généraliste et « l'équipe » des soignants
- En institution aiguë
 - Que voit le Spécialiste d'organe ?
 - une culture « douleur »
- En institution gériatrique
 - Pas d'autosatisfaction, SVP !
 - Le scandale des effectifs et de la non-culture douleur
- En consultation spécialisée
 - Un micro climat
- Les autres partenaires

spécialisée et les autres partenaires. **A domicile**, les acteurs sont le généraliste et l'équipe des soignants. La médecine générale a réalisé beaucoup de progrès ces dernières années même si des dysfonctionnements demeurent. J'ai par exemple récemment entendu parler d'un généraliste ayant mis une sonde gastrique à une patiente âgée de 110 ans, plongée dans le coma et atteinte d'un cancer ulcéré ; ce médecin ne voulait pas que ladite patiente meure de faim. Je vous fais part d'un autre cas : la semaine dernière, nous avons accueilli au sein de notre service et en provenance d'un grand hôpital parisien une patiente à qui l'on mettait chaque matin une sonde gastrique pour la forcer à prendre ses médicaments. Vous pouvez par vous-même vous représenter l'antalgie de son syndrome de Pancoast et Tobias, et l'envahissement thoracique induit.

Il importe donc d'instaurer une véritable culture de la douleur.

En institution gériatrique, il m'apparaît nécessaire de ne pas céder à un mouvement d'autosatisfaction. Une de mes collègues vient de prendre la direction d'un service dans une grande ville de province contenant 150 lits gériatriques ; ce service fonctionne sans prémédication, n'a pas recours à la morphine et l'équipe ne transmet pas.

Les problèmes subsistent si l'on fait surtout référence au manque d'effectif et à l'absence d'une culture de la douleur.

En consultation spécialisée, seules quelques consultations en douleurs chroniques gériatriques peuvent être recensées. N'oublions pas les autres partenaires et notamment **les associations** qui effectuent un travail formidable, ainsi que les collectifs d'usagers.

Il ressort d'une étude, publiée en 2002, que lorsque le soutien téléphonique en suivi de la douleur est protocolisé par un professionnel formé, il représente une innovation majeure dans le suivi.

La prise en compte de toute douleur constitue un véritable enjeu éthique. Quelle dignité sommes-nous prêts à reconnaître à la personne âgée, si altéré soit son corps ? Il s'agit là d'une question de santé publique. Je peux d'ailleurs vous communiquer des chiffres résumant cet enjeu issu d'une estimation rétrospective à l'hôpital de

CONCLUSION (3)

Morphine, cancer et grand âge

- Mondial Pain clinic (Tenريف, 1998)
 - 17% des patients cancéreux reçoivent plus de 200mg de morphine orale/jour (âge 76 ans)
 - 3 sur 4 boivent et communiquent les 48 dernières heures
- Revue de gériatrie (Mars 2005)
 - 40 premiers malades cancéreux sous Fentanyl, âgés de 60 à 96 ans, dont 17 > 80 ans ; 100 ug/h pendant 27 jours

Équipe Douleur de Sainte Perine

Ste Perine : 70% des malades atteints de nociception n'avaient pas de palier III au moment de leur arrivée et repartaient avec un palier III. Jusqu'en l'an 2000 environ, 90 % des douleurs neuropathiques n'étaient pas diagnostiquées et/ou traitées. Au sein de notre service douleur, nos 40 premiers malades cancéreux sous Durogésic, dont 17 de plus de 80 ans, tout en continuant à boire et à communiquer, ont vécu pendant 27 jours avec 100µg

par jour ; cela démontre qu'en cas de douleurs intenses, les patients peuvent supporter des doses très fortes de Fentanyl ou de morphine. Cette étude est publiée dans la Revue de gériatrie en date du mois de mars 2005.

Nous sommes confrontés, me semble-t-il et pour résumer, à un problème de mentalité : il reste beaucoup à faire : changer les mentalités, mieux organiser, former médecins et soignants. ■

Structuration et organisation de la prise en charge de la douleur à l'hôpital

Eric SERRA

Responsable du centre d'évaluation et de traitement de la douleur, CHU d'Amiens

Mon intervention porte sur la prise en charge de la douleur à l'hôpital. J'adopterai une approche institutionnelle qui complètera le regard des orateurs précédents.

J'aborderai successivement quatre thèmes. Je définirai tout d'abord la douleur et distinguerai ensuite ses spécificités chez la personne âgée ; puis je traiterai des ressources à notre disposition au sein des hôpitaux pour lutter contre la douleur et relèverai enfin les apports de ces ressources.

DÉFINITION DE LA DOULEUR

La douleur est définie au niveau international comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire présente ou potentielle, ou décrite dans les termes d'une telle lésion. Cette définition suggère que la douleur est un phénomène subjectif mais aussi pluridimensionnel dans sa compréhension, son étude et sa prise en charge. Ce concept de pluridimensionnalité est partagé par la médecine de la douleur et la gériatrie.

SPÉCIFICITÉS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Les spécificités de la douleur chez la personne âgée ont déjà été évoquées au cours de cette journée, notam-

ment en matière d'épidémiologie, en matière clinique, mais aussi et peut-être surtout en matière culturelle : quelle place accorde-t-on à la douleur dans notre vie et dans celle des autres ? Quelle place accorde-t-on à nos aînés au sein de notre société ?

Je voudrais apporter une contribution épidémiologique.

ENQUÊTES RÉGIONALES 2003-2004

- Etats Généraux de la Douleur 2002-2005
- 34 % des patients âgés avec tr. com.
- 36 % des patients douloureux non reconnus
- 37 % de ces patients non traités
- 15 % unités méd. chir. avec outils spécifiques, contre 69 % SSLD
- Services de Gériatrie doivent servir de modèle
- Assises Nationales Douleur
14 juin 2005 PARIS

Un des aspects du plan gouvernemental douleur 2002-2005 consistait à mettre le patient au cœur du problème, et à déterminer en vue de l'action des Etats généraux de la douleur, les forces et les faiblesses de

notre pays dans ce domaine. Des enquêtes ont été réalisées dans six régions tests fin 2003. Plus de 2 000 patients âgés de plus de 65 ans et souffrant de troubles de la communication ont été interrogés et évalués quant à leur douleur. Parmi ceux-ci, 34 % présentaient une douleur et plus du tiers n'étaient pas reconnus comme douloureux et donc ne recevaient pas de soin en réponse à leur douleur. Autre constat : 15 % seulement des unités de médecine et de chirurgie disposaient des outils d'évaluation spécifiques, alors que les unités dédiées à la prise en charge des personnes âgées en étaient bien équipées. Les services de gériatrie obtenaient donc de bien meilleurs résultats, et à partir de là, pouvaient et même devaient servir de modèle.

Si vous souhaitez en savoir davantage sur l'ensemble de ces travaux et les propositions qui en découlent, je vous convie à participer aux Assises Nationales de la Douleur qui se dérouleront à Paris le 14 juin de cette année.

RESSOURCES DISPONIBLES

Quelles sont les ressources dont nous disposons au sein des hôpitaux pour lutter contre la douleur des personnes âgées ?

Certaines de ces ressources peuvent être de nature externe, notamment le savoir scientifique de nos sociétés savantes nationales et de l'association internationale pour l'étude de la douleur : IASP.

RESSOURCES EXTERNES

- IASP, 1997 :
 - ◇ douleur source de dépression, d'abus substances, suicide
 - ◇ douleur n'est pas conséquence inéluctable du vieillissement
- SFETD, SFGG
- revues scientifiques

Leurs travaux ont rapporté que la douleur chez l'agé était source de dépression et d'abus de substances, comme cela a été suggéré tout à l'heure, mais aussi de suicide ; le suicide des personnes âgées a bien entendu

moins d'impact au sein de la société que celui-ci des jeunes, mais le phénomène est loin d'être exceptionnel. La douleur, je le rappelle, n'est pas une conséquence inéluctable du vieillissement.

Les sociétés savantes et les revues scientifiques constituent une formidable source d'information dans le domaine de la prévention et du traitement de la douleur chez les personnes âgées.

Les ressources internes dont nous disposons dans les hôpitaux ne vous sont pas inconnues ; je les rappellerai donc brièvement.

RESSOURCES INTERNES

1. Anesthésie : traitements
2. IDE : évaluation
3. Gériatrie : personne âgée
4. CLUD : organisation
5. Consultation Douleur : douleur chronique rebelle
6. USP : fin de vie
7. Soins de Support : cancer
8. L'utilisateur lui-même

Les services d'anesthésie interviennent contre la douleur, surtout post-opératoire, au sein de l'institution hospitalière ; d'ailleurs, les services contre la douleur en sont pour la plupart issus. L'anesthésie peut donc nous servir de modèle, notamment au niveau du traitement. Je n'oublie pas de citer, **le service de soins**, composé d'infirmières et d'aides-soignants qui participent énergiquement depuis toujours à la lutte contre la douleur.

La gériatrie constitue une autre possibilité de ressources, de même que **les Comités de Lutte contre la Douleur**. Près de 70 % des établissements interrogés disposaient d'un CLUD, d'après l'enquête 2003 des Etats Généraux de la Douleur que je citais tout à l'heure. Je ne suis pas certain cependant qu'ils fonctionnent avec efficacité : un CLUD sur deux seulement est capable de dire quel est son projet et quelles sont ses actions.

Les consultations de la douleur doivent bien sûr être évoquées ; mais on en compte actuellement moins de 200 en France. Je mentionnerai enfin **les Unités de Soins Palliatifs, les soins de support et l'utilisateur** lui-même.

UTILISATION DES RESSOURCES

Il nous faut organiser nos ressources de lutte contre la douleur en favorisant les collaborations, la transmission d'information, pour améliorer l'accueil des patients âgés et les soins que nous leur prodiguons.

Organisation des ressources

Comment organiser les ressources ?

ORGANISER

- CLUD
 - ❖ évaluation des pratiques pour l'âgé
 - ❖ protocoles douleur âgé : évaluation, traitement, prévention
 - ❖ observatoire de la douleur et force de proposition
- équipe pluridisciplinaire : évaluation gérontologique standardisée

A l'hôpital, il s'agit d'organiser et d'évaluer l'efficacité des CLUD. Peut-être pourrions-nous développer des procédures d'audit ciblé comme l'a fait l'ANAES ? Rapportons l'efficacité de certains CLUD, notamment ceux qui ont travaillé sur l'initialisation des traitements opioïdes, sur la surveillance des effets secondaires des antalgiques chez les personnes âgées, ou sur l'utilisation des traitements non-médicamenteux.

Organiser la prise en charge consiste aussi à développer des protocoles afin d'améliorer la prévention de la douleur des personnes âgées. Les CLUD participent à ce développement ; à ce titre, un rôle d'instigateur leur revient. Au sein de leur établissement respectif, ils constituent en quelque sorte des observatoires de la douleur.

«Organiser» revient enfin à mettre en place des équipes pluridisciplinaires en gériatrie ou, quand celles-ci existent, dans les Consultations de la Douleur.

Transmettre les informations

La communauté soignante soit s'assurer que la douleur est évaluée et traitée par la présence de cet item dans le dossier du patient qui garantira la transmission de cette information ciblée.

Il s'agit également de mettre à disposition des informations pour le patient, mais aussi pour les soignants, via les CLUD, par l'intermédiaire des intranets des hôpitaux.

TRANSMETTRE

- item « douleur » dans dossier du patient
- Information aux soignants
 - ❖ CLUD
 - ❖ veille scientifique SFETD - SFGG

Les Sociétés savantes doivent jouer le rôle de veille scientifique dans ce processus.

Collaborer

Il paraît indispensable de mettre en réseau, au sein de l'établissement, les savoirs et les pratiques.

COLLABORER

- mise en réseau des savoirs et des pratiques au sein de l'établissement :
 - ❖ Service de Gériatrie
 - ❖ Consultation Douleur
 - ❖ USP
 - ❖ Soins de Support
- hors l'établissement :
 - ❖ entre établissements
 - ❖ ville-hôpital
 - ❖ entre réseaux

Il revient, je le répète, aux services de gériatrie de donner l'exemple aux autres services, de faire partager leur expérience et leur formation dans la lutte contre la douleur. La collaboration en dehors de l'établissement, entre les établissements et les réseaux doit également être favorisée. L'hôpital ne peut rester enfermé dans ses murs.

Autres objectifs

Je distinguerai d'autres objectifs, visant à l'amélioration de l'accueil et des soins.

AMÉLIORER ACCUEIL ET SOINS

- considération malade âgé ≠ prise en charge uniquement sociale ou comportementale
- implication patient et proches
- accueil bénévoles
- création groupes patients
- création groupes soignants
- utilisation ressources : Cs Douleur, USP, S Support, Unité Douleur Aiguë
- éducation du patient, prévention

Des collègues m'ont rapporté qu'ils avaient à plusieurs reprises ressenti au sein de leur propre service ou plus généralement de leur hôpital une certaine déconsidération médicale pour le patient âgé ; la prise en charge de ce dernier ne peut se résumer à une approche sociale et comportementale.

L'amélioration de l'accueil passe par une meilleure implication des patients et des proches ainsi que des bénévoles. Peut-être devrions-nous favoriser la création de groupes de patients, de groupes de parole ou de relaxation. En effet, ces pratiques se révèlent globalement profitables aux patients.

AMÉLIORER SAVOIRS ET PRATIQUES

- protocoles
- réunions pluridisciplinaires de Service
- recherche spécifique : évaluation, TT médicamenteux, TT non médicamenteux
- formation :
 - ↳ initiale et continue
 - ↳ CLUD et programme de formation des hôpitaux
 - ↳ DIJ-CAPA / dans les Unités de Soins par Cs Douleur et Services Gériatrie
- Consultations Douleur
 - ↳ admettre et soutenir la diversité des missions
 - ↳ les pérenniser, les renforcer

La mise en place de groupes de soignants participe aussi à cette amélioration des soins en permettant l'échange et le travail en commun ; dans les services de psychiatrie, a été adoptée une telle formule depuis très longtemps.

Nous pouvons citer d'autres objectifs autour de l'amélioration des savoirs et des pratiques. Les protocoles anti-douleur, comme l'a révélé l'étude de 2003 que je citais, ne sont pas encore suffisamment développés. A peine 25 % des unités de soin en disposent. Nous avons en outre constaté qu'au sein de 10 % seulement de ces unités, tous les personnels connaissaient ces protocoles. Or on se doute bien que lorsqu'un protocole n'est pas unanimement partagé, il se révèle inefficace, impraticable. L'amélioration des savoirs et des pratiques implique également de repenser la recherche, à laquelle il revient de développer les échelles d'évaluation simples, les outils d'hétéro-évaluation, mais aussi les traitements médicamenteux. Certains de ces traitements sont déconseillés aux personnes âgées de plus de 65 ans, faute d'avoir été expérimentés dans cette population, contrainte dont les prescripteurs s'affranchissent de toute façon. Enfin les traitements non médicamenteux doivent prioritairement faire l'objet de recherches et de protocoles.

Il convient d'améliorer la formation, à la fois initiale et continue, au sein des universités mais aussi là où est apporté le soin, au sein même des unités. Les consultations de la douleur doivent également être soutenues : reconnaissance de la diversité de leurs missions, pérennisation de ces structures et renforcement de leur moyens.

Nous disposons de ressources dans les hôpitaux pour collaborer, transmettre, améliorer les pratiques d'accueil et de soins, ainsi que les savoirs : mobilisons ces ressources afin de faire progresser le traitement de la douleur à chacun des stades de la vie et dans tous les lieux de vie. ■

Prise en charge en EHPAD

Bernadette RASPIENGEAS

Maison de retraite Le Bon Pasteur Sainte-Germaine, Bruges

Je vous remercie d'avoir fait une place à l'approche médico-sociale de la douleur au sein de cette journée.

L'élaboration de mon intervention a été rendue difficile car elle nous a obligés, mon équipe et moi-même, à prendre des distances avec notre quotidien. En effet, dans ce quotidien, la douleur est une évidence, ce qui n'est pas forcément le cas ailleurs, en d'autres lieux et occasions.

La douleur constitue le fondement de notre accompagnement, puisque c'est à cause d'elle que les patients nous sollicitent.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Il me paraît essentiel de replacer la problématique de mon intervention dans l'histoire et dans le contexte de notre établissement, qui résumant l'évolution de l'institution dans son ensemble. Créée en 1872 par des religieuses bordelaises, celle-ci souhaitait offrir une alternative à l'hospice à des dames âgées sans revenu. Une association gère notre établissement depuis 1987, afin d'accueillir et d'accompagner les patients dans le respect de chacun.

Le Bon Pasteur Sainte Germaine

- 1872 Fondation
- 1905 Habilitation à l'Aide Sociale
- 1989/1995 Humanisation
- 2002 EHPAD
- 2003 Création d'une Unité de Vie dédiée aux malades ALZHEIMER avec :
 - Hébergement permanent
 - Hébergement Temporaire
 - Accueil de jour

Si dès 1905 l'établissement devient une maison de retraite habilitée à l'aide sociale, il est aussi le premier en Gironde à signer le 30 décembre 2001 la convention tripartite qui lui donne le statut d'EHPAD. Enfin, en janvier 2003, l'institution ouvre un nouveau service de 18 places destiné aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés.

L'année 2005 est celle d'une réflexion engagée autour de notre nouveau projet d'établissement. Celui-ci repose sur trois piliers : un projet hôtelier, un projet de soins et un projet de vie et d'animation.

Tous les jours, nous faisons en sorte que le patient ne perde pas le goût de la vie. Fondamentalement, le Bon Pasteur Sainte-Germaine se veut un lieu de vie, même si actuellement 70 % de sa population est atteinte de troubles cognitifs. Pour ce faire, l'ensemble du personnel partage la démarche coordonnée par la psychologue et l'animatrice (employées à temps complet), afin de maintenir le lien social et de préserver par la médiation d'activités, les capacités résiduelles. A titre d'exemple, un tableau affiché toutes les semaines rend compte de l'ensemble de ces activités afin que l'élaboration et la continuité des projets individuels soient avérées ; ce tableau est affiché dans les endroits les plus fréquentés de l'établissement ainsi que dans la salle du personnel.

Ainsi, chaque résidant encore en capacité de le faire peut choisir son emploi du temps, et les professionnels sont en mesure d'assurer un accompagnement aux activités. Chaque après-midi, les aides médico-psychologiques ou les agents de service, qui sont des auxiliaires de vie, proposent aux plus dépendants des activités ou simplement une présence particulière.

L'établissement constitue un lieu de soin, puisque sa vocation est d'accompagner et d'assurer le maintien de l'autonomie, la prévention des troubles de comportement et l'accompagnement en fin de vie.

Il doit en outre prendre en compte la douleur du résidant et de ses proches, mais aussi des professionnels. Des spécialistes nous l'ont confirmé ce matin : la douleur repose sur des formes variées. Nous avons d'ailleurs pu constater au sein de notre service combien la douleur était quelque chose de partagée.

LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT

Je tiens à présent à vous faire part d'un objectif d'équipe visant à prendre en charge la douleur sous toutes les formes recensées :

- la douleur physique (ce sont les pathologies spécifiques énumérées tout au long de cette journée) ;
- l'alitement des derniers moments et les douleurs au moment des soins ;
- la douleur morale ou psychologique, à savoir la dépression, l'anxiété ;
- la douleur spirituelle ou existentielle, liée à la perte du domicile, aux deuils successifs ou encore à la perte d'autonomie ;
- le questionnement par rapport à leur vie ;
- leur histoire familiale.

Pour chaque douleur, nous avons déterminé des signes cliniques ainsi qu'un dépistage à effectuer.

J'évoquais le thème de la souffrance partagée, celle du résident mais aussi celle de ses proches. Les résidents entrent de plus en plus tard dans l'établissement ; le conjoint ou les enfants ont souvent accompagné le parent malade pendant de longues années. On sait que 70 % des patients atteints de la maladie d'Alzheimer vivent à domicile, aidés dans 48 % des cas par un conjoint et 43 % des cas par un enfant. Cette aide dure de plus en plus longtemps : 6 à 7 ans actuellement avant l'entrée en institution si elle se produit. Les aidants agissent donc comme de véritables soignants. Mais de nombreux travaux rapportent les conséquences mentales et somatiques de l'aide au long cours : ces personnes constituent un groupe à risque de détresse psychologique, de dépression, d'anxiété, d'isolement social et de vie personnelle altérée. Dans le cas de la fin de vie ou de la maladie d'Alzheimer, les familles doivent pouvoir bénéficier de l'accompagnement de l'établissement ; il

s'agit là d'une véritable mission pour l'équipe. Il revient au médecin coordonnateur de formaliser l'accompagnement de ces familles en partenariat avec le psychologue de l'établissement et l'ensemble de l'équipe soignante.

Les professionnels expriment encore et toujours cette souffrance partagée que j'évoquais plus haut, notamment les infirmières. « Il n'y a pas si longtemps, disent-elles, notre rôle en gériatrie était considéré comme secondaire, alors que nous prenons soin de chaque résident dans sa globalité et sa singularité. Pendant de longues années, nous avons mené seules face aux médecins traitants un véritable combat en faveur des prescriptions d'antalgiques efficaces et contre le tabou de la morphine ». Ces infirmières obtenaient des médecins la réponse suivante : « si c'était mon parent, je ne le ferais pas. Avez-vous pensé aux décompensations, vous voulez qu'ils meurent ? ». Aujourd'hui, le médecin coordonnateur est l'intermédiaire entre l'équipe soignante et le médecin traitant. Nous pouvons désormais nous consacrer aux résidents et à leurs proches ; ceux-ci, et nous le remarquons tous les jours, sont d'ailleurs de plus en plus vigilants quand il s'agit de nous signaler un état de douleur psychique ou physique de leur parent.

La douleur en EHPAD
une souffrance partagée...

- Celle du résident
- Celle de ses proches
- Celle de l'équipe

- » Evaluation (échelles, savoir-faire, du temps)
- » Transmission (dans l'équipe, avec le médecin traitant, avec les proches)
- » Groupe de paroles (pour les familles, pour l'équipe)

Paroles de Professionnels
les AMP : « la douleur des personnes désorientées et de leurs proches »

- » Enlla et Karima en fonction à l'Unité de vie depuis son ouverture :
- » La communication non verbale est un outil indispensable
- » Une présence vigilante et compétente est déjà une réponse
- » Le soutien permettant offert aux séjours est nécessaire
- » Quand les familles nous font une place...

- » Aude, psychologue-chef de service :
- » La prise en compte de la douleur est l'essentiel de notre travail
- » Nous sommes là pour faciliter son expression
- Avec les résidents : empathie, accueil, reconnaissance
- Avec les proches : la reconnaître derrière l'épuisement, les revendications, les récriminations
- Avec l'équipe : permettre son expression dans une démarche d'humilité et de construction

Les aides-soignantes se considèrent en première ligne au sein des EHPAD. « Les résidents, disent-elles, ont besoin de contact car certains souffrent d'une situation de solitude; leur dépendance est une réelle douleur et ils ont besoin à ce moment-là de notre regard aimable ». Isabelle, une de ces aides-soignantes, m'a raconté une histoire qu'elle a vécue et qui me semble significative. Madame L. vivait ses derniers jours et sa famille se trouvait auprès d'elle ; celle-ci se montrait très inquiète car leur parente buvait avec beaucoup de difficulté. « Je l'ai alors prise dans mes bras pour l'asseoir, raconte Isabelle,

et elle n'a pas régurgité. Je crois que mon calme et mon geste ont rassuré la famille. Nous devons poser des gestes, toucher, il n'y a pas que le parler ; les aides médico-psychologiques qui se situent d'emblée dans le relationnel m'ont éduquée à me sentir plus proche des patients ». En EHPAD, les patients amènent avec eux une longue vie. Cela donne aux membres du personnel du sens à leur travail.

Au sein de notre établissement, des aides médico-psychologiques interviennent plus particulièrement auprès des proches. Lorsque nous ne sommes plus à même d'écouter le patient, à cause de la fatigue, du stress ou de problèmes personnels, les familles peuvent alors nous apporter des informations cruciales.

Afin d'améliorer les soins, nous devrions axer notre démarche sur la formation initiale, mais aussi continue, du personnel. Le soutien apporté au personnel s'avère primordial, de manière à ce qu'il trouve constamment le bon équilibre entre son savoir-faire et son savoir-être. Il convient également de favoriser la formation d'une équipe en tenant compte de l'histoire de l'établissement et des expériences de chacun.

LES OUTILS À DISPOSITION DE L'ÉTABLISSEMENT

Quels outils se trouvent à notre disposition pour atteindre ces différents objectifs ?

Les réunions de synthèse servent à forger la culture d'équipe, et la formation à l'évaluation et à la réévaluation permettent d'utiliser de véritables outils de suivi. La mise en place de réseaux offre une autre opportunité. La convention tripartite oblige à signer des conventions de partenariats avec les établissements de santé, mais la volonté de jeter une passerelle entre le médico-social et le sanitaire doit être commune aux deux parties en présence.

Nous songeons aussi à l'établissement d'un partenariat avec les médecins traitants. Chaque résident conserve en effet son médecin traitant ; pour nos 84 résidents, une quarantaine interviennent. Ce partenariat impose évidemment de réfléchir à la rémunération des médecins pour ce temps de travail et de réflexion avec l'équipe de l'institution.

Il s'avère aussi nécessaire de développer les équipes ambulatoires. Celle des soins palliatifs nous rend visite de temps en temps, quand elle en a la possibilité. A chacune de ses interventions, elle conforte et conseille l'équipe sur des points précis. De plus, elle rassure les proches sur les actes que nous avons posés.

CONCLUSION

Je ne sais pas si je dois tirer une conclusion ou bien lancer un SOS : je crains en effet de ne pas être entendue.

Conclusion ? SOS?

- Un ratio personnel-soignant qui met en péril les résidents et les professionnels
- L'obligation d'un management qui fasse le lien entre le technique et l'humain : qualité de l'équipe = qualité de l'accompagnement
- Un management et un recrutement qui soutiennent cette qualité

Afin que vous n'ignoriez pas le caractère critique de la situation, je vous communique les ratios. En EHPAD, le ratio soignant fluctue entre 0,28 et 0,30. Son faible niveau met la vie des résidents en péril, du fait que l'administration des soins s'effectue dans de mauvaises conditions. L'accompagnement, d'ordre coopératif et technique, oblige trop fréquemment à faire l'impasse sur l'humain et le relationnel. Alors même que les textes de loi sont tous axés sur la qualité de la prise en charge, ce ratio expose les soignants en gériatrie à l'épuisement, à l'insatisfaction du travail fourni. Il me paraît nécessaire d'engager une véritable réflexion autour de chacun de ces enjeux : l'épanouissement des professionnels, la prise en compte de la qualité de leur exercice, le respect des valeurs de l'établissement et des protocoles mis en place. Je crois qu'il ne manque pas grand-chose à notre système pour qu'il fonctionne d'une meilleure façon. ■

La prise en charge de la personne âgée en médecine ambulatoire

Michel DORÉ

Médecin généraliste, URML d'Ile-de-France

La douleur des personnes âgées représente un problème très important tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif. Elle génère davantage de consultations que la prise en charge du diabète.

Des données indiquent cependant que cette prise en charge n'est pas optimale, en particulier en médecine ambulatoire. Les inadéquations que l'on peut relever se rapportent principalement à la douleur chronique. L'apparition de nouvelles molécules ainsi qu'une meilleure compréhension des mécanismes de la douleur ont certainement permis une prise en charge plus efficace. Le plan de lutte de Bernard Kouchner en 1998, l'existence de référentiels sur la prise en charge de la douleur chronique, ont également eu pour but de l'améliorer. Cependant, ces mesures sont loin d'avoir résolu tous les problèmes.

Quelles difficultés rencontrées en médecine ambulatoire expliquent les inadéquations dans la prise en charge des douleurs chroniques ?

Une étude conduite en Ile-de-France et menée par l'URCAMIF et l'URMLIF en 2003 contribue à fournir des réponses. Les difficultés rencontrées sont liées principalement à la polyopathie et à la prise en charge de la dimension psychologique, le manque de temps étant signalé dans une moindre proportion.

Dans quels domaines les professionnels envisagent-ils une amélioration ? L'étude fournit des indications qui impliquent autant les médecins, dans l'adaptation de leurs pratiques, que l'accès aux structures connexes et l'évolution des outils, en particulier d'évaluation.

Sur le contexte qui prévaut, je ne crois pas nécessaire de revenir ici sur les deux plans de lutte contre la douleur de Bernard Kouchner (le premier date de 1998, le second de 2002).

La douleur chez la personne âgée concerne en premier lieu la médecine ambulatoire et notamment la médecine de premier recours. Il s'agit là d'un élément important du contexte

L'étude menée en 2003 est partie d'un constat d'inadéquation entre les moyens à notre disposition

et la difficulté relative de la prise en charge de la douleur. Nous nous sommes alors interrogés sur les raisons de cette amplitude.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Les objectifs de l'étude étaient de décrire la population et le recours aux soins, d'évaluer les pratiques, de mesurer les éventuels écarts par rapport au référentiel de l'ANAES et d'en rechercher les causes, et enfin d'étudier de façon spécifique les difficultés des professionnels de la santé et les patients insuffisamment soulagés.

MÉTHODE UTILISÉE

La méthode reposait sur les systèmes d'information, ce qui a permis la sélection des patients d'Ile-de-France affiliés aux trois principaux régimes d'assurance maladie, ayant présenté au remboursement, pendant au moins trois mois, d'une prescription médicale comportant un moins un produit antalgique de palier I, II ou III.

La méthode était en outre basée sur l'utilisation d'un échantillon aléatoire de 2890 patients ; un recueil a été réalisé à l'aide, d'une part de requêtes informatiques, d'autre part de deux questionnaires complétés par les prescripteurs et par les médecins conseils lors d'un entretien avec les patients.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Les résultats dont je vous fais part aujourd'hui portent sur la douleur chronique ; la migraine constitue un sous-groupe.

Population étudiée

2890 patients constituaient, je vous le rappelle, l'échantillon aléatoire. Parmi ceux-ci, on comptait

1915 patients non-migraineux. Les praticiens répondant pour cette catégorie de patients étaient 1221, dont 88 % de libéraux et 81 % de généralistes. L'âge moyen des patients atteignait 63 ans et demi. Près de 60 % étaient retraités. On se retrouve donc avec une proportion de patients âgés voire très âgés très importante. 63 % des patients étaient des femmes.

Le motif de consultation était rhumatologique dans 75,6 % des cas. L'ancienneté de la douleur était de 9 ans et 8 mois. Dans 23,5 % des cas, les patients se sentaient peu ou pas soulagés. Le retentissement de la douleur concernait plus de 60 % des patients.

Reconnaissance du patient

Près de 81 % d'entre eux estimaient être suffisamment écoutés par les professionnels de santé. La reconnaissance de la douleur par l'entourage familial est citée dans 75 % des cas, la reconnaissance par l'entourage social dans 47 % des cas. On s'est aperçu que plus la douleur se trouvait reconnue, mieux le patient la tolérait. Afin d'illustrer ce propos, je vous raconterai l'anecdote suivante : une de mes patientes m'appelle un jour au téléphone, m'explique que son mari se tord de douleurs et qu'il a déjà souffert de coliques néphrétiques. Je me rends alors à leur domicile et découvre le malade endormi et parfaitement calme. Elle l'avait entre-temps prévenu de l'imminence de mon arrivée.

Traitement délivré

J'en viens à présent aux traitements antalgiques délivrés en médecine ambulatoire. La répartition des délivrances a été réalisée en fonction des paliers : 2,6 % pour le palier I, 93,8 % pour le palier II, 3,6 % pour le palier III. Les traitements associés étaient les AINS dans 54 % des cas, les anxiolytiques dans 23 % des cas, les anti-dépresseurs dans 26 % des cas, les anti-épileptiques dans seulement 7,4 % des cas.

61,7% des patients ont déclaré observer totalement la prescription, et parmi les 38,3 % de non-observants, 34 % diminuaient la dose, 74 % l'augmentaient. Certains l'augmentaient et la diminuaient successivement. Dans plus de 50 % des cas, la diminution de la posologie découlait d'un soulagement de la douleur. 12,3% des patients ont déclaré pratiquer de l'automédication dans l'année qui précédait le mois retenu pour la sélection de l'échantillon.

Parcours de soins

Intéressons-nous à présent au parcours de soins en France dans le circuit ambulatoire.

Sur les 1515 patients ayant bénéficié d'une consultation au cours des douze derniers mois, 1335 avaient

Recours au système de soins dans les 12 mois précédents l'étude

acupuncture/mésothérapie	10,90%
ostéopathe	9,20%
consultation de lutte contre la douleur	6,90%
cure thermale	5,20%
homéopathie	5,10%
autre (sophrologie, hypnose...)	4,10%

Michel Doré - URML Ile de France - 24103/95

La douleur chez la personne âgée en médecine ambulatoire

17

consulté un omnipraticien, 419 un rhumatologue, 178 un chirurgien orthopédique, 161 un chirurgien non orthopédique, 1012 un médecin d'une des autres spécialités. 706 avaient bénéficié d'une consultation à domicile d'un omnipraticien. Les actes de kinésithérapie ont concerné 485 cas et l'hospitalisation 248 ; 151 cas se rapportent aux indemnités journalières en maladie et 51 aux indemnités journalières suite à un accident du travail.

Nombre de patients par spécialité, ayant bénéficié d'au moins une prestation

consultations omnipraticiens	1 335
consultations rhumatologues	419
consultations chirurgiens orthopédiques	178
consultations chirurgiens non orthopédiques	161
consultations autres	1 012
visites omnipraticiens	706
actes de kinésithérapie	485
scanners	9
I R M	4
IJ maladie	151
IJ accident du travail/maladie professionnelle	59
hospitalisations	248

La spécialité était donc majoritairement la médecine générale (81,2 % des cas), suivie de la rhumatologie.

91,4 % des prescripteurs adressaient leurs patients à un autre professionnel ; à un confrère généraliste dans 3,5 % des cas et spécialiste dans 59,7 % des cas, à un kinésithérapeute dans 48,7 % des cas, à un infirmier

Recours à un autre professionnel

- confrères généraliste	3,50%
- confrères spécialiste	59,70%
- kinésithérapeute	48,70%
- infirmier	5,60%
- psychothérapeute	24,70%
- assistante sociale	4,80%
- centre de lutte contre la douleur	69,70%

Michel Doré - URML Île de France - 24/03/95 La douleur chez la personne âgée en médecine ambulatoire 19

Difficultés liées à la prise en charge du patient

- l'intrication des pathologies est la difficulté la plus fréquente (63,2 %). (La difficulté "intrication des pathologies" était plus fréquente chez les patients plus âgés.)
- Les facteurs psychologiques sont ensuite les difficultés les plus citées (53,9 %) par les médecins prescripteurs.

Michel Doré - URML Île de France - 24/03/95 La douleur chez la personne âgée en médecine ambulatoire 23

dans 5,6 % des cas, à un psychothérapeute et une assistante sociale dans respectivement 24,7 % et 4,8 % des cas, enfin à un centre de lutte contre la douleur dans 69,7 % des cas.

Evaluation de la douleur

La réévaluation de la douleur était en moyenne à 7,75 semaines, chiffre qui se révèle proche des recommandations. L'évaluation du retentissement sur la vie sociale, familiale et professionnelle étaient effectuée dans 80 % des cas, et de l'état psychologique dans 91,6 % des cas. 57,2 % des médecins ont déclaré avoir fixé des objectifs partagés avec leur patient. Parmi les outils à leur disposition, ils citaient les échelles de mesure de l'intensité de la douleur dans 73,2 % des cas ; celles-ci étaient également les plus utilisées en évaluation initiale et en évaluation suivie.

Difficultés mises en évidence

Les prescripteurs ont déclaré avoir rencontré des difficultés dans la prise en charge de leurs patients dans 46,4 % des cas. Ce taux peut ne pas paraître très éloquent puisqu'il signifie qu'environ 60 % n'en ont pas rencontré. En fait, il démontre une réalité inquiétante à bien des égards. Deux grandes catégories de difficultés émergent : la prise en charge du patient et la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte (et donc pas seulement chez les personnes âgées).

Deux autres difficultés reviennent fréquemment dans les questionnaires :

l'intrication des pathologies, citée dans 63,2 % des cas, et qui augmente avec l'âge, ainsi que les facteurs psychologiques, cités dans près de 54 % des cas. L'application du référentiel, connu par 50,7 % des médecins seulement, posait problème dans 60 % des

Difficultés en général face à la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte

- Manque de temps 25,7 % des répondants
- Application du référentiel. Parmi les 50,7 % de médecins qui connaissaient le référentiel de l'ANAES, 60,4 % d'entre eux déclaraient des difficultés d'application.
- Manque de formation : besoin ressenti par 63,2 % des médecins interrogés.

Michel Doré - URML Île de France - 24/03/95 La douleur chez la personne âgée en médecine ambulatoire 24

cas. Le manque de temps était relevé dans 26 % des cas et le manque de formation dans 63 % des cas.

Il ressort de cette étude que les médecins appellent à une modification et à une amélioration des conditions d'exercice de leur profession. Outre le besoin de formation qu'ils ressentent, ils réclament une mise à disposition facilitée d'informations sur la douleur, une communication informelle accrue avec d'autres professionnels de la douleur ; le mot « informel » me paraît recouvrir à la fois l'aspect administratif, institutionnel mais aussi émotionnel. Peut-être convient-il d'ouvrir des groupes de parole aux médecins. Ceux-ci demandent d'autres améliorations : la rémunération du temps nécessaire, citée dans 26,2 % des cas, la création d'un acte (23,5 % des cas). Je vous ne fais part que des souhaits les plus largement exprimés.

Je vous rappelle que 63 % des médecins interrogés ont exprimé un besoin de formation ; 23 % d'entre eux ressentaient ce besoin en évaluation de la douleur ;

Modifications des conditions d'exercice souhaitées afin d'améliorer la prise en charge	
mise à disposition d'information sur la douleur	46,30%
communication informelle avec d'autre pro de la douleur	43,10%
rémunération du temps nécessaire	26,20%
création d'un acte spécifique	23,50%
participation à un réseau douleur	23,40%
conseils informatisés à la prise en charge	22,80%

Michel Drey - 1994, La douleur chez la personne âgée en médecine ambulatoire de France - 24/03/95

44,6 % en gestion de la douleur au sein des polypathologies ; 27,2 % sur le traitement et 36 % sur l'abord psychologique de la douleur.

CONCLUSION

Je conclurai mon intervention en résumant ses points principaux, sur lesquels il m'apparaît nécessaire d'engager une réflexion entre tous les professionnels de la santé.

La douleur chez les personnes âgées concerne en premier lieu la médecine ambulatoire.

La polypathologie et les difficultés d'ordre psychocomportementales et sociales pèsent davantage que les

lacunes de formation, d'information ou bien le manque de temps.

Les voies d'amélioration peuvent s'envisager autour de quatre axes :

- le développement de la coordination avec les autres intervenants ;
- une formation initiale incluant un apprentissage de la dimension relationnelle et psychologique des personnes et notamment des personnes âgées (nous avons commencé à le faire grâce à la mise en place du DES médecine générale) ;
- une formation continue centrée autant sur le savoir-être que sur le savoir-faire ;
- la délégation d'un certain nombre de tâches qui relèvent d'autres compétences.

Le médecin pourra alors améliorer la part de son exercice tournée vers les patients qui réclament le plus de soins et d'attentions, telles que la personne âgée, en particulier celle qui souffre. ■

Références

Site ADEMA : www.douleur.com.fr

ANAES, Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale, octobre 2000.

ANAES, Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, 1999.

URCAMIF, étude sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Île de France - 2003. www.urcamif.assurance-maladie.fr/FgestionRisque.html

URMIF, enquête sur les difficultés de prise en charge des personnes en perte d'autonomie en Île de France - 2003. www.urml-idf.org/Public/Site_Personnes_Agées_qui_fait_quoi? www.urml-idf.org/Site_PA/index.htm

Education à la santé : l'exemple des affections ostéo-articulaires

Liana EULLER-ZIEGLER
Chef de service de rhumatologie, CHU de Nice

L'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique, en multipartenariat, doivent prendre une place importante dans la structuration et l'organisation de la prise en charge des personnes âgées douloureuses. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique : la participation active des usagers à leur propre état de santé est cruciale, face à l'impact croissant sur la personne et la société des maladies chroniques, dans le contexte actuel d'allongement de la durée de vie.

L'information de la population et des professionnels, qui vise à modifier durablement les comportements, dans une optique de prévention, doit, pour être efficace en surmontant les difficultés, être réalisée dans des conditions précises d'organisation et d'évaluation des coûts et des besoins. Elle allie au mieux campagnes nationales et actions de proximité. Les acteurs impliqués dans ce multi-partenariat sont nombreux : citons, outre les media, qui jouent un rôle important, les professionnels de santé (exerçant en libéral ou en milieu institutionnel, avec un intérêt particulier pour les réseaux) ; les enseignants ; les associations (relais très utiles) ; l'industrie pharmaceutique (LEEM) ; les caisses d'Assurance Maladie, Mutuelles, Caisses de retraite ; les collectivités locales (CLIC...) ; et bien sur les organismes nationaux, régionaux, départementaux (CRES, CODES...). Parmi toutes les actions, je soulignerai notamment celles de l'INPES, ainsi que celles du Bureau des Maladies Chroniques de la Direction Générale de la Santé.

L'éducation du patient, ou éducation thérapeutique, constitue un autre volet important.

Nous prendrons l'exemple des affections rhumatismales. Douleurs aiguës, douleurs chroniques, souffrance morale : la douleur est le maître symptôme de ces affections. Elles représentent dans le monde la cause la plus fréquente de handicap physique et de douleurs. Le vieillissement de la population augmente encore l'impact humain et sociétal considérable notamment de l'arthrose et de l'ostéoporose.

Après 65 ans, les affections articulaires représentent plus de la moitié des maladies chroniques ; 40% des femmes de 50 ans (et 14 % des hommes) auront avant la fin de leur vie au moins une fracture ostéoporotique. La décennie 2000-2010 est devenue, sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé et des Nations-Unies, la Bone and Joint Decade (BJD) ou « décennie des os et des articulations », dont l'objectif central est l'amélioration de la qualité de vie et de l'autonomie.

Malheureusement, on doit encore combattre de nombreuses idées fausses («c'est la vieillesse», «il n'y a rien à faire») risquant de conduire à une attitude fataliste, alors que nous disposons de moyens de diagnostic et d'interventions et de mesures préventives efficaces. D'autre part, ces douleurs peuvent induire chez la personne âgée des troubles du comportement rendant difficiles leur évaluation voire leur reconnaissance. Outre le maniement optimal des antalgiques, les stratégies thérapeutiques visant à contrôler et éviter douleurs et handicaps associent, dans une prise en charge globale personnalisée, tenant compte des comorbidités, de la polymédication et du contexte médico-social, médicaments, rééducation, ergothérapie, hygiène de vie, prise en charge sociale, chirurgie si besoin, information et éducation toujours, de la personne âgée et de son entourage. Pour de telles actions, la formation des formateurs est importante. L'âge ne constitue pas un obstacle en soi à une telle démarche, sous réserve de tenir compte des particularités des personnes âgées.

Je vous soumetts **l'exemple de l'ostéoporose**. Il s'agit en effet d'une maladie très fréquente, douloureuse et handicapante, potentiellement invalidante voire mortelle par ses conséquences fracturaires. On estime le nombre de nouvelles fractures de l'extrémité supérieure du fémur à plus de 55 000 par an ; leur incidence croît très rapidement avec l'âge, surtout après 70 ans. La mortalité est de l'ordre de 20 % dans l'année qui suit la fracture, et moins de la moitié des patients parviennent à retrouver leur autonomie antérieure. Les fractures vertébrales entraînent

L'exemple de l'ostéoporose, enjeu de santé publique

Maladie fréquente, invalidante voire mortelle

- 150.000 fractures / an, la 1^{re} fracture multiplie le risque
- douleurs, handicaps, ↓ qualité de vie, ↑ morbidité, ↑ mortalité
- fr. ESF : 20 % décès / 1^{re} année, perte d'autonomie > 50 %

Moyens de prise en charge d'efficacité prouvée

- médicaments antifracturaires
- moyens non pharmacologiques / prévention / capital osseux
 - nutrition, exercice physique
 - prévention des chutes

le plus tôt est le mieux, mais il n'est jamais trop tard

Information – Education ++

« les fractures ne sont pas une fatalité »

également douleurs et limitations fonctionnelles, avec atteinte parfois sévère de la qualité de la vie. L'ostéoporose doit donc être diagnostiquée et traitée très précocement, pour prévenir la survenue de fractures, on dispose pour cela de moyens d'efficacité prouvée. Les mesures d'hygiène de vie, activité physique régulière (surtout en charge) adaptée à l'âge, alimentation équilibrée avec apports suffisants en calcium et protéines (Programme National Nutrition Santé), si besoin supplémentation vitamino-calcique, sont très importantes; de même, des mesures souvent simples peuvent prévenir la survenue des chutes.


L'information du public, des patients et de leur entourage, fait partie des missions de l'AFLAR, Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale, seule association reconnue d'utilité publique dans le domaine des os et des articulations en France.

Ostéoporose : actions d'information - éducation

Expérience de l'AFLAR

Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale

- Actions de sensibilisation nationales et de proximité
- Rapport DGS / actions d'information
- Plan Douleur
- Programme National Nutrition Santé
- Programme National « Bien Vieillir »
- Plan d'Action Européen
- Bone & Joint Decade*
- Loi de Santé Publique 2004



L'AFLAR est partenaire de la Bone and Joint Decade et mène ses actions en multipartenariat. Elle avait été associée à la réflexion en vue du Plan Douleur et est partenaire du programme national «Bien Vieillir».

Un de ses grands thèmes d'action est bien entendu la lutte contre l'ostéoporose, enjeu reconnu de Santé Publique. Le premier volume du Programme National Nutrition Santé, «prévention des fractures liées à l'ostéoporose – nutrition de la personne âgée», que j'ai eu l'honneur de coordonner, a été réalisé en partenariat AFLAR/DGS, et largement diffusé. L'information en tant qu'objectif de santé publique figure également en bonne place dans le cadre du Plan d'Action Européen, publié en 2003.

Outre ses congrès francophones, l'AFLAR mène de nombreuses actions d'information, par l'intermédiaire de ses sections thématiques (Ostéoporose, AFLAR Ortho,...) et de ses sections régionales, à l'occasion notamment de la semaine d'action du BJD et de la Journée Mondiale de l'Ostéoporose.

Parmi les actions de proximité, des actions d'éducation pour la santé sont ainsi menées par le service de Rhumatologie du CHU de Nice et l'AFLAR Côte d'Azur, en particulier dans le cadre du Programme National «Bien vieillir» et de la Journée Mondiale de l'Ostéoporose.

Ostéoporose : Education pour la Santé

Expérience du Service de Rhumatologie du CHU de Nice

- **Multipartenariat**
 - AFLAR et associations affiliées
 - Professionnels médecins / non médecins, ville + hôpital
 - Mairie de Nice et son CLIC
 - Conseil Général + media !
 - Université de Nice - Sophia Antipolis
 - Jeunesse et Sports, Gymnastique Volontaire, Retraités Sportifs...
- **Actions → grand public et seniors :**
 - «Causeries du mardi» dans les 4 espaces sociaux du CCAS
 - Réunions grand public, journées « portes ouvertes »
 - Journée d'info / Journée Mondiale de l'Ostéoporose

L'information du public et notamment des seniors se fait en multipartenariat associant les secteurs hospitalier, libéral et associatif, des experts de disciplines diverses (rhumatologues, nutritionnistes, gérontologues, médecins de Santé Publique...) et de nombreux professionnels non-médecins, avec le Conseil Général des Alpes Maritimes, la Mairie de Nice et les CLIC, le CHU, la Faculté de Médecine et l'Université de Nice Sophia Antipolis, l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, la Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports, la Gymnastique Volontaire... - et les media qui relaient très utilement les informations. La manifestation est organisée en lien avec la BJD, le

GRIO et l'IOF (International Osteoporosis Fondation). Avec comme fil conducteur la notion que «les fractures ne sont pas une fatalité : il existe des moyens simples à tout âge pour protéger son capital osseux», des questions très pratiques sont proposées : «qu'est-ce que l'ostéoporose ?», «êtes-vous à risque ?», «comment bien s'alimenter ?», «calculez votre ration de calcium et de protéines», «activités physiques : pourquoi et comment ?», «quels exercices pratiquer pour entretenir vos muscles et vos os ?», «comment éviter les chutes ? dépister les pièges dans la maison», les animations sont déclinées en divers cadres : espaces sociaux du CCAS («causeries du mardi»), conférences Grand Public, par exemple au Centre Universitaire Méditerranéen...

A l'occasion de la Journée Mondiale de l'Ostéoporose, une journée annuelle d'information comportant de nombreux ateliers, exercices pratiques est organisée par le Service de Rhumatologie du CHU dans le cadre de la Décennie des Os et des Articulations. Cette journée rencontre un grand succès puisqu'elle réunit environ 600 personnes. Accueillis par l'équipe du Service et les étudiants de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, les participants se voient proposer de nombreuses animations interactives. Munis chacun d'un «passeport», ils visitent la maison miniature avec l'ergothérapeute, jouent à rechercher et corriger les causes de chutes et tous les pièges domestiques, calculent avec les diététiciennes leur propre ration calcique, jugent la qualité de leur plateau repas et enfin, jouent au jeu des «mille milligrammes». Ils voient et testent également les exercices physiques simples à intégrer dans la vie quotidienne, l'entretien de l'équilibre et la prévention des chutes, grâce aux kinésithérapeutes et aux membres de la Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports et de la Gymnastique Volontaire. De très nombreux documents d'informations pratiques sont mis à leur disposition, leur expliquant par exemple que l'os est un organe vivant et qu'il convient de l'entretenir, par une bonne hygiène de vie, bonne nutrition et activité physique. Les questions très nombreuses posées aux animateurs lors des conférences et des débats témoignent de l'intérêt du public, des familles, des proches, pour la prévention. La participation des Associations d'usagers potentialise encore ces actions de prévention.

A côté de l'éducation pour la Santé du Grand Public, des actions **d'information-éducation du patient (éducation thérapeutique)** sont régulièrement réalisées dans notre service pour la prise en charge globale de maladies rhumatismales chroniques ("Ecole de la Polyarthrite", "Ecole du Dos"...). Elles sont également proposées à des patient(e)s ostéoporotiques

ambulatoires en petit groupes de même stade évolutif (fracturaires ou non encore fracturaires) : c'est l'«Ecole de l'Ostéoporose» ou «Club Ostéoporose».

La journée, planifiée et préparée par le cadre infirmier, commence par une information médicale sur l'ostéoporose, ses circonstances d'apparition, ses dangers, sa prévention et ses traitements. Chaque patient(e) est ensuite reçu(e) individuellement par le rhumatologue (complément d'évaluation), par la kinésithérapeute (enquête sur l'activité physique journalière) et par la diététicienne (enquête alimentaire). Une séance est ensuite consacrée à l'apprentissage (collectif) d'une gymnastique adaptée, avec : échauffement, exercices en charge et avec contractions musculaires, exercices d'équilibre et de prévention des chutes. Le déjeuner est pris en commun, avec conseils alimentaires personnalisés.

Les malades visitent ensuite avec l'ergothérapeute «l'Appartement Conseil de mise en situation pour personnes handicapées» ; cet appartement comporte notamment les différents aménagements de salle de bain, de WC, de cuisine, un espace repos-chambre et un espace séjour. On peut y voir et essayer les aides techniques indiquées de façon personnalisée pour toutes les activités de la vie quotidienne, petits outils («technical gadgets») pour s'habiller, se chausser, préparer et prendre ses repas, écrire, lire le journal, sortir de chez soi (clé à poignée élargie...) pour améliorer l'autonomie et la qualité de vie au quotidien. Le volet pédagogique, bien que personnalisé, utilise les principes de la dynamique de groupe, qui fonctionne très bien. L'assistante sociale et la psychologue interviennent si besoin. La journée se termine par la remise de conseils écrits à suivre à domicile et une synthèse en commun avec évaluation.

Ecole de l'Ostéoporose : Organisation

- | | |
|---|---|
| • Activités collectives | • Activités individuelles |
| - Cours sur l'ostéoporose | - Entretien avec le médecin |
| - Élaboration d'un repas riche en calcium | - Evaluation nutritionnelle / Diététicienne |
| - Gymnastique | - Evaluation des activités physiques / Kinésithérapeute |
| - Relaxation | - Ergothérapie |
| - Synthèse de la journée | - Psychologue |
| - Conseils écrits | - Assistante sociale |
| - Evaluation | |

- Lieu : Hôpital de Jour du service de Rhumatologie CHU Nice
- Nombre de participants : 4 - 6, interactivité ++
- Convocation et organisation pratique : infirmière chef

**Appartement Conseil
pour prise en charge préventive / palliative
des handicaps locomoteurs**

Service de Rhumatologie du CHU de Nice - AFLAR

- Transformation d'une chambre de malades →
espaces fonctionnels : hygiène, habillement, cuisine,
ménage, repas, loisirs... documentation
- Présentation en dimension réelle de :
 - Activités vie quotidienne
 - Aides techniques, aménagement environnement

*information – éducation personnalisée
↑ qualité de vie, lutte contre perte autonomie*

L'évaluation de telles actions d'éducation est encore rarement rapportée. Elle montre alors globalement des effets positifs ; sur la population des personnes âgées, on attend de l'éducation thérapeutique une amélioration de l'état physique général et de l'état moral, une meilleure observance thérapeutique et même une diminution du recours aux soins.

Au total, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique, encore insuffisamment développées, ont un vaste champ d'application : elles doivent trouver toute leur place dans la structuration et l'organisation de la prise en charge des affections douloureuses et handicapantes des personnes âgées. ■

Conclusion et clôture

Nadine MEMRAN (SFETD, Nice), Jacques TRETON (Président de la SFGG, Paris)

Au cours de ces débats, nous avons stigmatisé une difficulté de prise en charge du patient âgé, liée notamment à la définition de la douleur. Sa composante subjective mais surtout psycho-émotionnelle est compliquée à cerner.

Nous avons appelé de nos vœux la constitution d'équipes, la mise en place d'une vie d'équipe qui ne peut se faire contre le médecin, c'est-à-dire sans lui ; soumis à de trop nombreuses tâches, celui-ci parvient difficilement à assurer correctement ses différentes missions.

Chaque institution, chaque acteur de la lutte contre la douleur rencontre aussi des contraintes de temps, des problèmes financiers, ainsi que des difficultés dans l'application des référentiels.

Il convient donc de travailler ensemble, d'assurer la formation de tous, y compris du patient, comme le fait déjà, en toute intelligence, le Professeur Euler-Ziegler à Nice. ■