



HAL
open science

Impact des campagnes d'information sur la vaccination contre la rougeole de 2011 sur la couverture et l'activité vaccinales antirougeoleuses des jeunes adultes parisiens fréquentant les centres de vaccination de la Ville de Paris et des professionnels de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris.

Christine Gauthey Grelot

► **To cite this version:**

Christine Gauthey Grelot. Impact des campagnes d'information sur la vaccination contre la rougeole de 2011 sur la couverture et l'activité vaccinales antirougeoleuses des jeunes adultes parisiens fréquentant les centres de vaccination de la Ville de Paris et des professionnels de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris.. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01615434

HAL Id: dumas-01615434

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615434v1>

Submitted on 12 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 106

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Quelle est la qualité du contrôle de la douleur chez les patients
adultes admis en hospitalisation à domicile ?

Présentée et soutenue publiquement
le 20 octobre 2016

Par

Hélène GACHE

Née le 16 novembre 1988 au Puy-en-Velay (43)

Dirigée par Mme Le Docteur Elisabeth Balladur

Jury :

M. Le Professeur Serge Perrot..... Président

M. Le Professeur Alain Serre

M. Le Professeur Alain Lorenzo

M. Le Docteur Marc Brodin



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	4
LISTE DES ABREVIATIONS.....	7
PREAMBULE.....	8
1. La douleur.....	8
1.1. Définitions.....	8
1.2. Aspects législatifs.....	9
1.3. Les acteurs.....	10
1.4. Evaluation.....	11
1.5. Traitements.....	12
2. L'HAD.....	13
2.1. Historique.....	13
2.2. Caractéristiques.....	14
2.3. L'HAD de l'AP-HP.....	15
2.4. Parcours d'admission en HAD.....	16
INTRODUCTION.....	17
MATERIEL ET METHODES.....	20
1. Etude.....	20
2. Patients.....	21
3. Notion de séjour.....	21
4. Données recueillies.....	22
4.1. Données démographiques.....	22
4.2. Prescriptions.....	23
4.3. Fiche de recueil.....	23
5. Soignants.....	24
6. Analyse des données.....	25
6.1. Anonymisation.....	25
6.2. Douleur.....	25
6.3. Prescriptions.....	25
7. Prise en compte des données manquantes.....	26

RESULTATS.....	27
1. Diagramme de flux.....	27
2. Caractéristiques de la population.....	28
3. Analyse de la douleur.....	32
3.1. A l'inclusion.....	32
3.1.1. Prévalence de la douleur.....	32
3.1.2. Caractéristiques démographiques des séjours avec douleur à l'inclusion et sans douleur à l'inclusion.....	32
3.2. Au cours du suivi.....	33
3.2.1. Incidence cumulée de la douleur.....	33
3.2.2. Délai de survenue de la douleur.....	34
3.2.3. Douleur liée aux soins.....	34
4. Analyse des traitements antalgiques.....	34
4.1. Validité des prescriptions.....	34
4.1.1. Séjours avec douleur à l'inclusion.....	34
4.1.2. Séjours sans douleur à l'inclusion.....	35
4.2. Analyse selon les molécules.....	35
4.2.1. Traitements de fond.....	35
4.2.2. Prémédications et traitements anticipés.....	36
4.3. Analyse selon la voie d'administration.....	37
4.3.1. Traitements de fond.....	37
4.3.2. Prémédications et traitements anticipés.....	38
5. Délai d'intervention du prescripteur.....	38
6. Délai de modification effective du traitement.....	39
DISCUSSION.....	40
CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	52
ANNEXES.....	55

Remerciements

Au Président du jury,

A M. Le Professeur Serge PERROT,

Par votre expertise dans le domaine de la douleur, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Aux membres du jury,

A M. Le Professeur Alain SERRIE,

En tant qu'expert dans le domaine de la douleur, vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à l'évaluation de cette thèse. Je vous en remercie sincèrement.

A M. Le Professeur Alain LORENZO,

Merci infiniment pour ta présence dans mon jury de thèse, et plus encore pour ta bienveillance quotidienne depuis mon premier jour de SASPAS. Merci de ta confiance.

A M. Le Docteur Marc BRODIN,

Merci d'avoir accepté d'évaluer ce travail à la lumière de votre expérience de l'Hospitalisation à Domicile de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Je vous remercie sincèrement de faire partie de ce jury.

A ma directrice de thèse,

A Mme Le Docteur Elisabeth BALLADUR,

Je vous remercie de m'avoir accueillie comme interne en stage à l'HAD. J'ai appris beaucoup à vos côtés et j'espère imprégner ma pratique de cette expérience des soins à domicile. Merci de m'avoir guidée durant ce travail, par vos conseils avisés et vos nombreuses corrections.

Aux membres de l'unité de soins de l'HAD de La Pitié Salpêtrière,

Je vous remercie de m'avoir si bien intégrée à votre équipe pendant mon stage. Je garde de très bons souvenirs des tournées de visites avec vous et j'ai appris beaucoup en travaillant à vos côtés.

Aux membres des unités de soins de l'HAD de Saint Louis et de La Pitié Salpêtrière,

Un très grand merci à tous (soignants, secrétaires, cadres, référents douleur, etc...) d'avoir donné de votre temps et de votre énergie pour ce travail de thèse, qui n'aurait pas vu le jour sans votre active participation. J'espère avoir su mettre en valeur la grande qualité de votre travail quotidien auprès des patients, soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

A Mme le Docteur Odile MARQUESTAUT,

Je vous remercie de vos précieux conseils méthodologiques.

A Mme Le Docteur Isabelle LESAGE,

Je vous remercie de m'avoir accompagnée tout au long de mon internat en tant que tutrice.

A mes co-internes, en particulier de Pédiatrie, merci pour tous les bons moments que nous avons passés ensemble pendant et après le semestre, et ceux à venir.

A mes collègues, Alain, Delphine et Muriel, c'est un plaisir de travailler chaque jour avec vous.

Merci pour la bonne humeur qui règne au cabinet !

A mes amis, que l'on se soit rencontré au Puy, à Clermont, à Paris ou ailleurs, merci d'être toujours là.

A ma famille et à ma belle-famille, merci de m'avoir toujours soutenue dans les différentes étapes des études de médecine, y compris celles qui nous ont (géographiquement) éloignés.

A François, merci pour ton infini soutien et ta contribution indispensable à cette thèse, (on sera entraînés pour les deux que tu prépares !) Et surtout merci pour TOUT...

...A toi, p'tit Gaillard qui vit tout ça de l'intérieur et que nous avons hâte de rencontrer.

Liste des abréviations

ADER : Anti Dépresseurs En Rhumatologie

ADL : Activities of Daily Living

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

APHP : Assistance Publique –Hôpitaux de Paris

CEDR : Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie

CETD : Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

CNRD : Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur

DN4 : Questionnaire Douleur Neuropathique 4

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HAD : Hospitalisation à domicile

IASP : International Association for the Study of Pain

IDEC : Infirmier(ère) de Coordination

MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCA : Patient Controlled Analgesy

QDSA : Questionnaire Douleur de Saint Antoine

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

US : Unité de Soins

Préambule

Ce travail de thèse porte sur l'évaluation et le contrôle de la douleur dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. Afin de mieux comprendre le contexte de l'étude, voici l'état des lieux sur ces notions.

1. La douleur

1.1. Définitions

L'Association Internationale d'Etude de la Douleur (IASP : International Association for the Study of Pain) définit la douleur comme «une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes». Il s'agit donc d'une notion subjective : la douleur est ce que le patient dit qu'elle est.

Schématiquement, on distingue trois grands types de douleurs : aiguë, chronique, provoquée par les soins.

La douleur aiguë est un signal d'alarme de l'organisme. Elle correspond à une pathologie et à une lésion d'organe que l'on « voit ». On donne parfois la limite de trois mois pour distinguer douleur aiguë et douleur chronique.

Cependant, la douleur chronique (ou syndrome douloureux chronique) est définie par des critères plus larges que la durée. En effet, il s'agit d'un syndrome multidimensionnel, lorsqu'une douleur, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée (notamment au delà de trois mois), répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient. (1)

Par ailleurs, les types de douleurs peuvent être classés selon leur physiopathologie : par excès de nociception, neuropathique et dysfonctionnelle.

La douleur par excès de nociception est la plus fréquente, surtout dans le cadre des douleurs aiguës. Elle est la conséquence d'une stimulation persistante et excessive des nocicepteurs.

La douleur neuropathique est définie par l'IASP comme une douleur liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel. Elle est souvent liée à une atteinte directe du système nerveux (compression d'une racine nerveuse par exemple) mais peut survenir aussi dans les suites d'une chirurgie. Parfois, les deux mécanismes coexistent, on parle de douleurs mixtes.

La douleur dysfonctionnelle est une douleur liée à un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur sans lésion identifiée (par exemple les céphalées de tension).

1.2. Aspects législatifs

Parallèlement à ces considérations scientifiques fortes, la douleur est aussi un sujet d'intérêt pour le législateur.

En 1994, un groupe de travail est créé au Sénat « sur les problèmes posés, en France, par le traitement de la douleur ».

Ce sujet devient rapidement un enjeu majeur de santé publique puisque le premier Plan Douleur voit le jour en 1998. Un de ses objectifs est d'améliorer la prise en compte de la demande du patient et l'information du public.

C'est précisément cette avancée qui est portée par la très médiatique loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, dite loi « Kouchner ». En effet, elle précise que « toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée. » (Article L1110-5-3 du Code de la Santé Publique). La « culture de lutte contre la douleur » est instaurée.

Le deuxième Plan Douleur (2002-2005) met l'accent sur l'amélioration de l'accès aux structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique.

Sur ce point, les progrès sont notables avec la création en 5 ans de plus de 100 structures de prise en charge de la douleur chronique et la création du Centre National de Ressources de la Douleur qui a un rôle d'information scientifique (2).

Le 2 mars 2006, à l'aube du troisième Plan Douleur, le Ministère de la Santé publie une circulaire relative aux droits des personnes hospitalisées qui place la prise en charge de la douleur en point essentiel. En plus d'être un droit du patient, cela devient un critère de qualité des soins d'un établissement hospitalier, et est pris en compte dans les procédures de certification.

Par contre, l'amélioration de l'offre de soins en ambulatoire et la prise en charge des personnes vulnérables en dehors des établissements de soins restent encore à faire (2). La prise en charge de la douleur lorsque le patient est hospitalisé à domicile était un des objectifs du quatrième Plan Douleur qui n'a malheureusement pas vu le jour comme cela était prévu en 2013.

1.3. Les acteurs

Les différents textes officiels insistent sur l'implication de tous les professionnels de santé. Ceux-ci sont nombreux et la complémentarité de leurs actions est fondamentale pour le bon fonctionnement du système de lutte contre la douleur.

Dans les établissements de soins, les actions sont coordonnées par les Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD). Ceux-ci sont composés de soignants volontaires, de professions et de disciplines variées, qui se réunissent régulièrement pour réfléchir à des améliorations dans la prise en charge de la douleur, adaptées à la situation locale. Ils participent également à la formation et à l'information des personnels.

Dans l'organisation de la lutte contre la douleur, il est apparu nécessaire de créer des unités spécialisées au sein même des établissements de soins. On les appelle Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, ou plus communément Centres anti-douleur. Il en existe une trentaine en France. Ils proposent une prise en charge globale de la douleur, quelque soit la pathologie causale, lorsqu'une expertise transversale est souhaitable. Ils sont particulièrement importants pour les patients souffrant de douleur chronique.

Avant la prise en charge médicale, les infirmiers et les aides-soignants sont en première ligne face à la douleur des patients.

Comme cela est défini par la loi, la mission infirmière est « de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. » (Article R4311-2 du Code de la Santé Publique). De la même façon, la formation d'un aide-soignant comporte l'acquisition de la compétence : « identifier les signes de détresse et de douleur » (Arrêté du 22 octobre 2005).

Bien sûr, les soignants sont témoins de la douleur des patients mais ils en sont parfois la source par les soins qu'ils prodiguent. Leur action est donc primordiale dans l'évaluation de la douleur puis dans la transmission de l'information à l'ensemble de l'équipe afin d'obtenir une prise en charge efficace.

1.4. Evaluation

Pour évaluer correctement la douleur, il est souhaitable de faire une analyse à la fois qualitative et quantitative de la douleur ainsi que de son retentissement.

La douleur est, par définition, une donnée subjective dont seul le patient est juge. L'autoévaluation est donc la méthode de référence de quantification de la douleur. Le médecin ne doit en aucun cas en interpréter l'intensité. Cependant, pour les patients dans l'incapacité de communiquer, des échelles d'hétéro évaluation ont été créées.

L'analyse quantitative correspond à la mesure de l'intensité de la douleur par des échelles adaptées. Parmi les échelles d'auto évaluation, on peut citer l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) et l'Echelle Numérique. Elles sont toutes les deux graduées de 0 à 10 (0 = absence de douleur, 10 = douleur maximale imaginable). L'EVA s'utilise avec une réglette adaptée que l'on présente au patient, l'EN s'utilise en posant la question au patient qui doit donner une note à sa douleur.

Lorsque ces outils ne sont pas utilisables (patient avec troubles cognitifs, troubles de communication, barrière linguistique, ...), le soignant devient alors l'évaluateur. Il observe le patient afin de détecter des signes physiques qui traduisent une douleur. C'est le principe de l'échelle Algoplus. Elle est composée de 5 questions portant sur le comportement du patient (visage, regard, plaintes, corps et comportement), le nombre de réponses « oui » établit un score entre 0 et 5. On considère qu'il existe une douleur lorsque le score est supérieur ou égal à 2. (3)

Cependant, la mesure isolée de l'intensité n'est pas toujours suffisante pour traiter correctement une douleur.

En effet, les douleurs de mécanisme neuropathique requièrent des thérapeutiques particulières. Il est donc primordial de les identifier. Le questionnaire DN4 permet de poser le diagnostic de douleur neuropathique. Il se compose de 10 items dont 3 sont en lien avec l'examen physique. Si le score du patient est supérieur ou égal à 4/10, il existe une douleur neuropathique. (sensibilité 82,9%, spécificité 89,9%).(4)

Enfin, pour l'évaluation des douleurs chroniques, l'utilisation d'échelles multidimensionnelles est indispensable. Ces échelles sont conçues pour mesurer les différentes composantes de la douleur, elles permettent donc d'apprécier le retentissement sur la vie quotidienne. La plus commune est le Questionnaire Douleur de Saint Antoine (QDSA). Il possède des critères de sémiologie, d'intensité et de vécu de la douleur.

1.5. Traitements

Une fois la douleur caractérisée selon ses différents aspects, une prise en charge adaptée devient possible. Pour cela, on dispose de divers traitements médicamenteux et non médicamenteux.

Les antalgiques sont habituellement classés selon des paliers définis par l'OMS. Initialement, ce classement en trois paliers a été réalisé pour les douleurs d'origine cancéreuse. (5) Actuellement, il est employé dans les douleurs nociceptives quelle qu'en soit leur origine puisque les paliers sont appliqués à l'intensité de la douleur et non à la pathologie causale.

On peut citer également les recommandations de Limoges (6) qui concernent l'utilisation de la morphine dans les douleurs chroniques non cancéreuses en rhumatologie. Elles ont été conçues pour aider le clinicien au bon usage de la morphine.

Cependant, l'efficacité des antalgiques varie selon le type de douleur. En effet, les douleurs neuropathiques sont peu sensibles aux antalgiques classiques. On utilise dans ce cas certains anti-épileptiques et les antidépresseurs tricycliques. Leur utilisation en tant qu'antalgiques est encadrée par les Recommandations ADER (7) pour les anti dépresseurs et les recommandations du CEDR (8) pour les anti épileptiques.

Il est quelquefois utile d'associer aux médicaments des thérapeutiques « physiques » : stimulation thermique, électrique, massage, hypnose, acupuncture, relaxation, etc...

Au delà de ces différentes prescriptions, la prise en charge des composantes émotionnelles, psychologiques et sociales de la douleur est fondamentale dans le traitement.

Parfois, un accompagnement psychologique est bénéfique.

C'est cette variété de « douleurs » et la multitude de thérapeutiques possibles qui fait prendre tout son sens aux services et consultations anti-douleur.

2. L'hospitalisation à domicile

2.1. Historique

Pour appréhender l'hospitalisation à domicile aujourd'hui, il est important d'en connaître l'histoire.

Il s'agit d'un concept assez récent puisque la première structure de ce type voit le jour en 1945 à New-York sous l'impulsion du Dr Bluestone qui crée ce qu'il nomme « home care », littéralement « soins à domicile ».

En France, c'est en 1950 que naît l'idée de soigner à leur domicile des patients atteints de cancer. Mais ce n'est que 7 ans plus tard qu'est fondé le premier établissement d'Hospitalisation à Domicile, au sein de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Il faut attendre la loi hospitalière du 30 décembre 1970 pour que l'HAD acquiert une existence légale. « Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant. » Le patient et son médecin traitant sont clairement placés au centre du dispositif.

En 1991, elle est reconnue comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle, afin d'éviter ou de réduire la durée d'une hospitalisation à temps complet. Elle s'inscrit donc dans le réseau de soins ambulatoire sans remplacer les soins effectués par les soignants libéraux.

En effet, les particularités des soins en HAD sont reconnues par les circulaires ministérielles du 30 mai 2000 et du 1er décembre 2006. Elles stipulent que les soins en HAD «se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes » ; il s'agit de « soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés ».

En 2007, la notion de « domicile » est élargie puisque l'HAD peut intervenir dans les EHPAD. Cela concourt à son développement et diversifie ses missions.

Afin de garantir une qualité et une sécurité des soins comparables à celles des autres établissements de soins, les services d'HAD sont soumis à la procédure de certification.

2.2. Caractéristiques des patients

L'offre d'HAD est répartie sur tout le territoire français et comporte des établissements publics et des établissements privés.

Il est important de connaître le profil des patients hospitalisés en HAD afin de comprendre la complexité et la lourdeur des soins réalisés.

En effet, la proportion de patients âgés et dépendants est très importante en HAD. Les patients de plus de 80 ans représentent 29% des patients admis en HAD en 2014. Plus de la moitié des journées d'hospitalisation concernent des patients avec un niveau de dépendance élevée (indice de Karnofsky inférieur à 40%).

Les pathologies cancéreuses concernent un tiers des journées d'hospitalisation en HAD. Par ailleurs, le nombre de journées réalisées pour administration au domicile de chimiothérapie anti cancéreuse est en forte progression (+20% en 2014).

L'HAD est particulièrement concernée par les soins palliatifs, en effet cela représente un quart des motifs d'admission.

De la même façon, les pansements complexes et les soins spécifiques, par exemple pour des stomies compliquées sont très fréquents en HAD (25% des journées d'HAD).

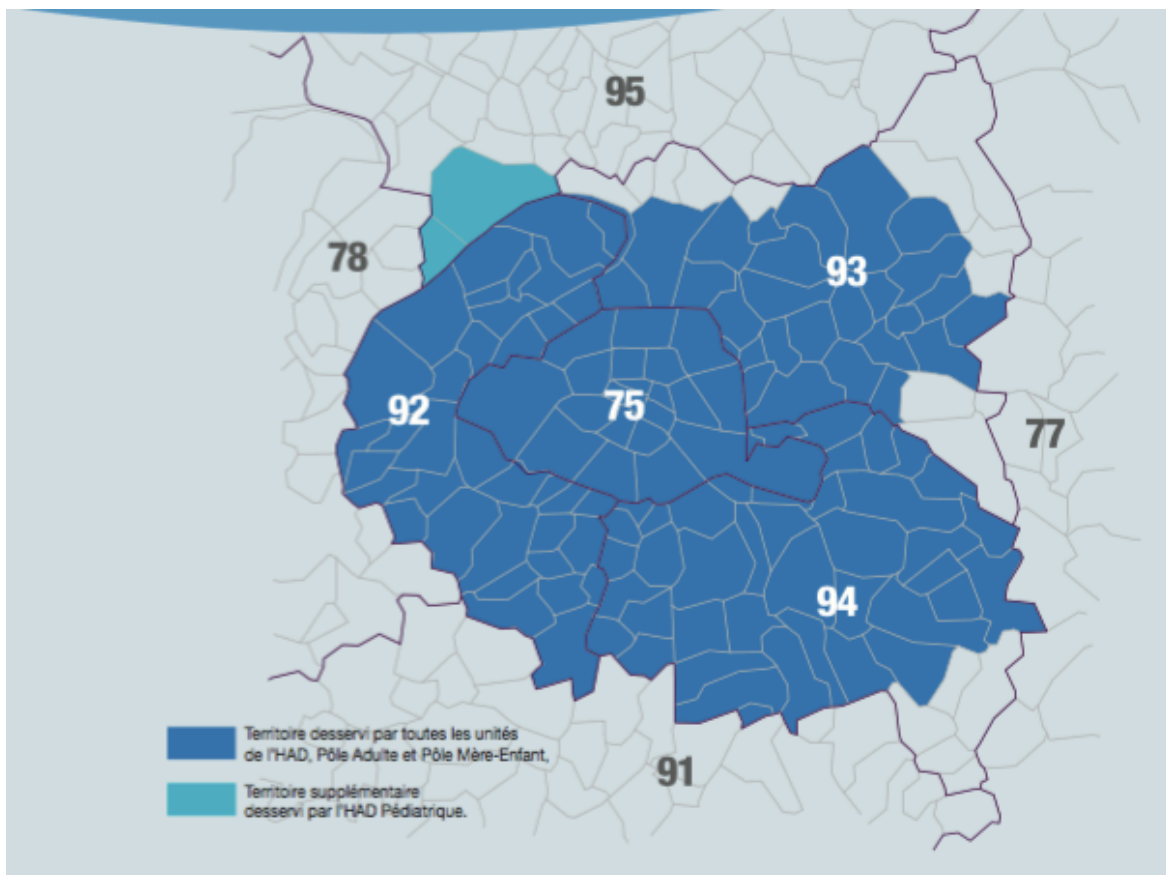
Les patients nécessitant des soins de nursing lourd représentent plus de 10% des journées d'hospitalisation à domicile.(9)

C'est cette population de patients âgés et dépendants, relevant de soins longs, complexes, techniques qui est représentative des patients admis en HAD.

2.3. L'HAD de l'AP-HP

L'HAD de l'AP-HP se distingue par sa taille puisqu'il s'agit d'une structure de 820 lits. Elle représente 35 % de l'offre d'HAD en Ile de France, ce qui en fait la plus grande structure d'HAD publique en France.

Elle est accessible à tous les patients domiciliés à Paris et dans les 111 communes limitrophes, comme on peut le voir sur la carte ci-dessous.



Livret d'accueil patient, « Bienvenue à l'HAD », HAD de l'AP-HP

L'HAD de l'AP-HP est organisée en 4 pôles qui travaillent en coordination :

- Pôle de soins Adulte
- Pôle Mère-enfant
- Pharmacie et logistique
- Admissions Filières et spécialités

Elle représente une part non négligeable de l'activité de l'AP-HP puisqu'on recense plus de 15 000 admissions par an, et près de 275 000 journées d'hospitalisation.

Elle est formée d'environ 650 professionnels répartis sur le territoire francilien, en 18 unités de soins. Une unité de soins correspond à un secteur géographique (en moyenne 3 arrondissements parisiens et les communes limitrophes) et est constituée d'environ 30 soignants. Il existe une véritable collaboration des unités de soins avec les professionnels de santé libéraux, les SSIAD, les réseaux de soins palliatifs et d'oncologie du secteur.

2.4. Parcours d'admission en HAD

La demande d'admission en HAD peut être faite par le médecin hospitalier responsable du patient ou par le médecin traitant, en accord avec le patient. Celui-ci est donc soit à domicile, soit en hospitalisation traditionnelle avant le début de l'HAD.

Une fois la demande faite, un infirmier de coordination (IDEC) rencontre le patient et ses proches ainsi que l'équipe médicale afin d'établir le projet de soins (objectifs de l'HAD, soins à prévoir, personnels paramédicaux et sociaux à solliciter, ...). Le médecin coordonnateur émet un avis médical sur ce projet et valide l'admission ou non en HAD en fonction de la faisabilité du projet. Il est ensuite responsable de la coordination des soins pendant toute la durée du séjour. Le médecin traitant choisi par le patient donne son accord pour l'HAD et s'engage à venir en visite régulièrement au domicile du patient. C'est lui qui est le médecin prescripteur tout au long du séjour.

Introduction

Imaginée dès les années 1950, l'hospitalisation à domicile est à l'interface entre la ville et l'hôpital. Elle devient une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle en 1991. Elle prend en charge un nombre grandissant de malades et son activité est en forte augmentation, puisque le nombre de journées d'hospitalisation a presque doublé depuis 2007 pour atteindre 4,4 millions en 2014 (9).

La particularité de l'HAD est d'assurer des soins complexes, longs, fréquents et techniques ; et cela au domicile du patient, c'est à dire dans un environnement qui n'est pas initialement organisé en ce sens. Pourtant, le but de l'HAD est de proposer aux patients une qualité et une technicité de soins équivalente à certains soins hospitaliers tout en préservant le cadre de vie du patient et de son entourage. Cela nécessite une adaptation constante des soignants au patient et inversement. Le patient a un rôle actif, il est placé au centre du réseau de professionnels médicaux et paramédicaux qui interviennent chez lui.

Au sein de ce réseau, le médecin généraliste a une place de choix, il est le pivot des soins à domicile en général, et de l'HAD en particulier. Son accord est nécessaire pour l'admission d'un patient dont il est le médecin traitant et il est responsable du suivi et des prescriptions tout au long du séjour.

En première ligne de la prise en charge ambulatoire, le médecin généraliste est donc confronté à une variété de symptômes pouvant survenir lors de l'hospitalisation à domicile, en particulier la douleur. En effet, les patients admis en HAD sont des malades parfois graves et instables ou qui nécessitent des soins douloureux.

En dehors de toute hospitalisation, la douleur est un symptôme très fréquent en médecine générale. Selon l'enquête de la DREES en 2004, elle est même le motif de consultation chez 40 % des patients qui viennent chez un médecin généraliste. (10) Meunier et al. dans une étude rétrospective en 2004, constatent que 41,5% des consultations et visites de médecine générale

comportent une ou plusieurs pathologies douloureuses. (11) Dans sa thèse, S.L. Mak observe sur les consultations de médecine générale en 2010 une prévalence de la douleur à 74%. (12) Les études menées en hospitalisation à domicile font le même constat : l'équipe canadienne de C.J. Maxwell qui s'est intéressée à des patients âgés de plus de 65 ans, recevant des soins à domicile a observé que 48 % des patients avaient une douleur quotidienne. (13) Dans l'étude allemande de Leiske et al, c'est encore plus marquant puisque 68,5% des patients recevant des soins à domicile se plaignent de douleur.(14)

En France, quelques travaux se sont intéressés à l'évaluation de la douleur chez les patients en HAD. Dans sa thèse, E. Boule a étudié une population particulière : celle des patients admis en HAD pour le motif « prise en charge de la douleur ». Son étude rétrospective comporte 114 patients. Elle retrouve un taux d'évaluation de la douleur de 75%. (15) Dans une population similaire, M. Gonnot a constaté un taux d'évaluation de la douleur à 89%. (16)

Ces deux travaux mettent donc en évidence une relative sous évaluation de la douleur mais n'apportent pas d'informations sur la prise en charge. Combien de patients sont douloureux ? Combien ont une prescription d'antalgiques ? Sont-ils soulagés ?

Le travail mené par V. Chappuis à l'HAD de Nice s'intéresse aux deux versants : évaluation et prise en charge de la douleur. Cette étude rétrospective a été conduite chez 35 patients. 74% d'entre eux ont une évaluation de la douleur le jour de l'admission et 35% sont douloureux à l'admission. Pourtant, dans cette étude, tous les patients douloureux ont une prescription d'antalgiques. (17) Cette étude soulève donc la question de la qualité et de l'applicabilité des prescriptions d'antalgiques en HAD.

En effet, l'HAD a des contraintes logistiques particulières qui nécessitent des prescriptions adaptées aux soins à domicile. Les prescriptions hospitalières ne sont pas toujours transposables telles quelles au domicile. On peut donc supposer que la douleur du patient en HAD soit parfois liée à une impossibilité de mettre en œuvre la prescription d'antalgiques.

Il existe alors un risque de rupture dans la prise en charge du patient aux charnières entre l'hôpital, l'HAD et la médecine de ville.

Par ailleurs, la part des visites à domicile dans l'activité d'un médecin généraliste a tendance à diminuer chaque année. En 2003, elles représentent en moyenne 22% (18) de l'activité d'un médecin généraliste. Pourtant, avec le développement de l'HAD, les médecins généralistes

seront de plus en plus fréquemment sollicités pour cette modalité de soins qui nécessite des visites à domicile régulières.

L'objectif de cette thèse est de mesurer le contrôle de la douleur chez les patients en HAD en étudiant la prévalence de la douleur, la faisabilité des prescriptions d'antalgiques au domicile et le délai de modification de la prescription après l'apparition du symptôme douloureux.

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons choisi de mener une étude prospective dans une population de patients admis en HAD, quelque soit le motif d'admission, afin de se rapprocher d'une population de médecine générale.

Matériel et Méthodes

1. Etude

Il s'agit d'une étude observationnelle en pratique courante, prospective multicentrique. Elle a été menée du 24 septembre 2015 au 30 Décembre 2015 dans 2 unités de soins de l'HAD de l'AP-HP.

Les critères de jugement sont :

- La prévalence de la douleur à l'inclusion, définie par le nombre de patients avec un score Algoplus supérieur ou égal à 2 ou un score à l'Echelle Numérique supérieur ou égal à 4, à l'évaluation le jour de l'accueil en HAD (J0). Ceci prend en compte la douleur hors soin et/ou pendant les soins et/ou la douleur maximale des dernières 24 heures.
- Le délai de survenue de la douleur, défini comme la durée moyenne (en jours) entre l'admission du patient et la survenue d'une douleur (selon la définition de l'EN ou Algoplus). Cette mesure exclut les patients douloureux à l'admission.
- Le délai d'intervention du prescripteur, défini comme la durée moyenne (en jours) entre la survenue d'une douleur (selon la définition de l'EN ou Algoplus) et la détection d'une modification de prescription d'antalgique.
- Le délai de modification effective du traitement, défini comme la durée moyenne (en jours) entre la modification de prescription d'antalgique et le changement de traitement administré au patient.

2. Patients

L'étude a été conduite dans deux unités de soins de l'HAD de l'APHP : Saint Louis (US St Louis) et La Pitié Salpêtrière (US Pitié).

L'US St Louis se situe au sein de l'hôpital du même nom, elle couvre les 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, 10^{ème} (moitié est) et 19^{ème} arrondissements parisiens.

L'US Pitié se situe au sein de l'hôpital La Pitié-Salpêtrière. Le territoire qu'elle recouvre comporte les 5^{ème} et 13^{ème} arrondissements parisiens ainsi que certaines communes du Val de Marne (94) : Arcueil, Gentilly, Le Kremlin Bicêtre et Ivry sur Seine.

Les critères d'inclusion de l'étude sont : âge supérieur ou égal à 18 ans, patient débutant un séjour en HAD entre le 24 septembre et le 30 décembre 2015 à l'US Pitié et entre le 8 octobre et le 24 décembre 2015 à l'US St Louis.

Les critères d'exclusion sont : âge inférieur à 18 ans, grossesse en cours, patients admis en HAD pour des cures répétées de chimiothérapie ou d'immunoglobulines.

3. Notion de séjour

Un patient et ses dates d'entrée et de sortie d'HAD définissent un séjour. Ainsi, un patient qui a réalisé plusieurs hospitalisations en HAD pourra être inclus plusieurs fois c'est à dire qu'un même patient peut avoir plusieurs séjours. Dans l'étude, nous parlerons donc en « séjours » et non en « patients ».

La fin du suivi correspond à la survenue d'un de ces événements :

- sortie d'HAD (en établissement de soins, sortie simple, décès) pendant les 14 premiers jours du séjour
- quinzième jour du séjour.

Les différents motifs d'entrée en HAD (appelés « modes de prise en charge ») sont les suivants (19) :

01 – Assistance respiratoire

- 02 – Nutrition parentérale
- 03 – Traitement intraveineux
- 04 – Soins palliatifs
- 05 – Chimiothérapie anticancéreuse
- 06 – Nutrition entérale
- 07 – Prise en charge de la douleur
- 08 – Autres traitements
- 09 – Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
- 10 – Post traitement chirurgical
- 11 – Rééducation orthopédique
- 12 – Rééducation neurologique
- 13 – Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse
- 14 – Soins de nursing lourds
- 15 – Éducation du patient et/ou de son entourage
- 17 – Surveillance de radiothérapie
- 18 – Transfusion sanguine
- 19 – Surveillance de grossesse à risque
- 21 – Post partum pathologique
- 22 – Prise en charge du nouveau-né à risque
- 24 – Surveillance d'aplasie

NB : Dans notre étude étaient exclus les modes de prise en charge 19, 21 et 22 puisqu'ils ne concernent pas la population ciblée.

4. Données recueillies

4.1. Données démographiques

Premièrement, nous avons recueilli des données démographiques : âge, sexe, unité de soins d'appartenance, lieu des soins (domicile personnel, EHPAD).

Ensuite, nous avons recueilli des données administratives sur le séjour : dates d'entrée et de sortie, mode d'entrée (domicile ou établissement de soins), mode de sortie (établissement de soins, domicile, décès).

Enfin, nous avons récolté des informations médicales sur le séjour : indice de Karnofsky, mode de prise en charge principal en HAD, diagnostic principal selon la CIM10 au début du séjour.

Ces informations sont issues des données du Département d'Information Médicale de l'HAD de l'AP-HP.

Elles ont été recueillies pour tous les séjours inclus dans l'étude, et les données ont été comparées à celles de tous les séjours répondant aux critères d'inclusion de l'étude au sein de l'HAD de l'AP-HP pendant la même période.

4.2.Prescriptions

Nous avons recueilli les prescriptions d'antalgiques à l'inclusion en HAD ainsi que les prescriptions au cours des 15 jours de suivi.

Cela a été fait grâce aux dossiers de soins et au logiciel PECHAD (dossier informatisé) dans lequel sont numérisées au jour le jour les prescriptions de chaque patient.

4.3.Fiche de recueil

Pour l'étude, nous avons élaboré une fiche de recueil pour réunir les informations suivantes :

- Autonomie du patient vis à vis de son traitement antalgique : le patient a-t'il accès à son traitement antalgique et a-t'il les capacités physiques et cognitives de le préparer et/ou de se l'administrer selon la voie prescrite (avalé, déclencher un bolus de PCA, ...) ?
- Présence ou non de l'entourage du patient : une personne est-elle présente 24h/24 avec le patient et a-t'elle les capacités physiques et cognitives de préparer et/ou de lui administrer le traitement antalgique selon la voie prescrite ?
- Echelle d'évaluation de la douleur (EN ou Algoplus)
- Douleur en présence du soignant, hors soins, une fois par jour, dès l'entrée en HAD
- Douleur pendant les soins, une fois par jour, dès l'entrée en HAD
- Douleur maximale des dernières 24 heures, une fois par jour, dès l'entrée en HAD

- Modification du traitement antalgique administré au patient (oui / non)

Un exemple de cette fiche de recueil se trouve en annexe 1.

Cette fiche a été réalisée en deux exemplaires pour chaque séjour, un exemplaire étant positionné dans le dossier au domicile du patient (fiche identifiée « DOMICILE »), l'autre étant inclus dans le diagramme de soins du dossier restant sur l'Unité de Soins (fiche identifiée « UNITE DE SOINS »).

Après prise en compte des critères d'inclusion, les secrétaires des unités de soins étaient chargées de disposer les fiches de recueil dans les dossiers des patients concernés par l'étude.

A l'accueil du patient (J0), le soignant présent (en général infirmier/ère) devait compléter les 2 questions sur l'autonomie du patient et la présence ou non de l'entourage et choisir une échelle d'évaluation adaptée aux possibilités de communication du patient.

Les soignants avaient le choix entre deux échelles d'évaluation de la douleur : l'Echelle Numérique et l'échelle Algoplus.

Ensuite, chaque jour, le premier soignant en contact avec le patient devait faire une évaluation de la douleur.

5. Soignants

Les soignants impliqués dans l'évaluation de la douleur au domicile sont exclusivement les infirmiers et les aides-soignants des unités de soins. En HAD, les soignants n'ont pas de « tournée » fixe, ils sont donc amenés à connaître tous les patients de l'unité de soins.

L'évaluation de la douleur a parfois été faite par un soignant qui connaît le patient depuis plusieurs jours ou parfois lors du premier contact avec celui-ci.

Un même patient a pu être évalué par plusieurs soignants différents.

L'évaluation de la douleur a été faite à des moments variables de la journée (variabilité d'un patient à l'autre et variabilité selon les jours pour un même patient).

6. Analyse des données

6.1. Anonymisation

Les données des patients ont été anonymisées et chaque séjour a été identifié par un numéro utilisé uniquement dans le cadre de l'étude.

6.2. Douleur

Nous avons réalisé une analyse descriptive avec calcul de moyennes et de médianes. Nous avons calculé la prévalence à l'inclusion et l'incidence cumulée au cours du suivi.

6.3. Prescriptions

Pour analyser les prescriptions d'antalgiques à l'inclusion, nous avons séparé les prescriptions en deux groupes : prescriptions anticipées (mention « si besoin » et / ou prémédication avant un soin) et traitement de fond (prescription systématique).

Nous avons ensuite construit deux algorithmes (traitements de fond et prescriptions anticipées) qui permettent de les séparer en prescriptions « applicables » et « non applicables ».

Une prescription est considérée applicable si :

- elle comporte uniquement des molécules utilisables en ville (exclusion des spécialités à usage uniquement hospitalier)
- la voie d'administration choisie est compatible avec les contraintes temporelles des soins infirmiers
- la voie d'administration est compatible avec l'autonomie du patient et la présence ou non de son entourage.

En ce qui concerne les traitements de fond, les voies d'administration sous cutanée discontinue et intraveineuse discontinue ont été exclues d'emblée.

Les voies intraveineuse continue, sous cutanée continue et transdermique sont applicables dans tous les cas.

Pour les autres (orale, cutanée locale, rectale), le patient doit être autonome ou bien son entourage doit être présent afin que la prescription soit applicable.

Le deuxième algorithme concerne les prémédications avant les soins.

La voie sous cutanée est considérée inapplicable.

Les voies intraveineuse, cutanée locale, inhalée et transmuqueuse sont applicables.

Les voies orale et rectale sont applicables seulement si le patient est autonome avec son traitement ou si son entourage est présent.

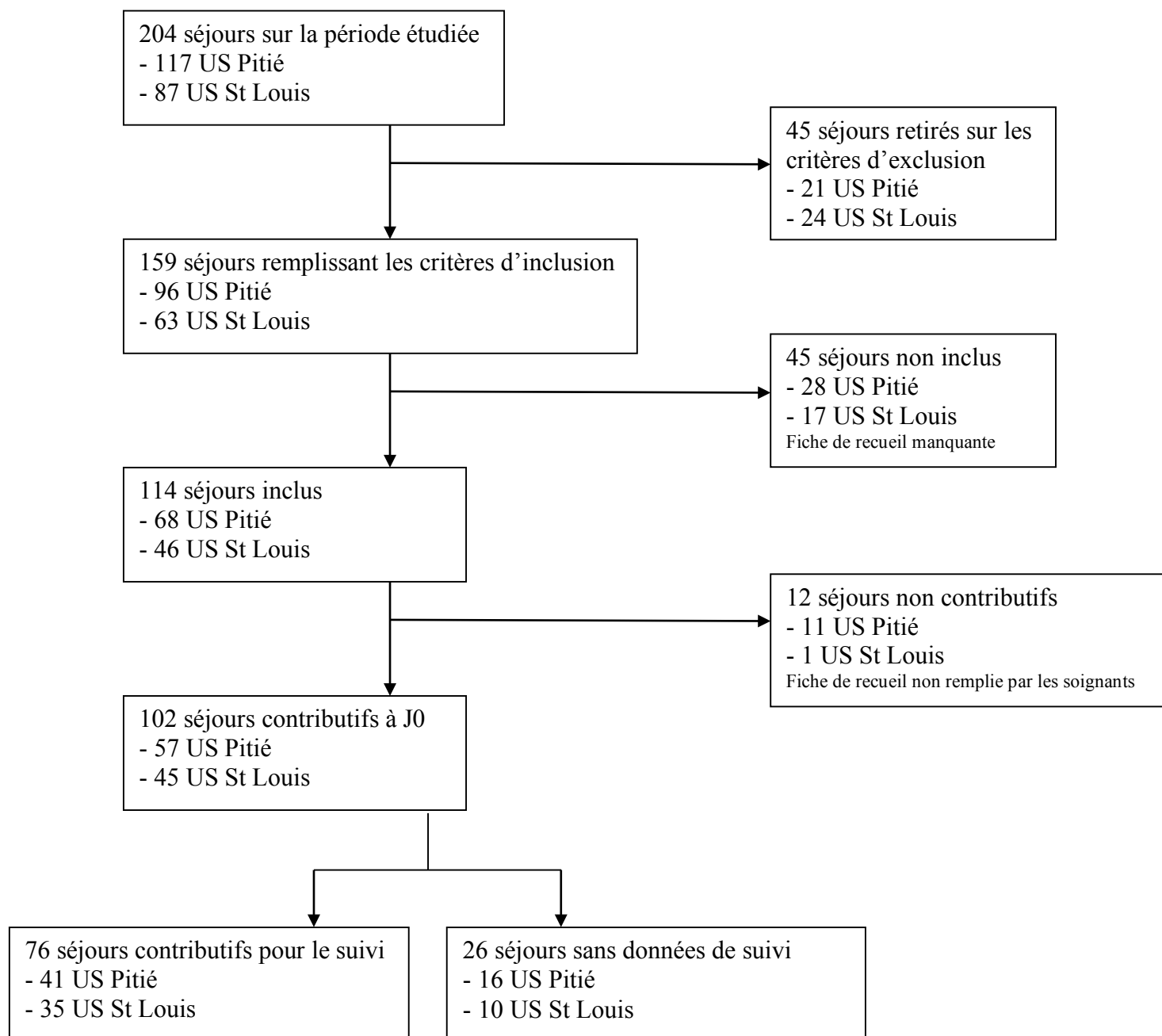
7. Prise en compte des données manquantes

Les 2 fiches « DOMICILE » et « UNITE DE SOINS » étaient récupérées à la fin du séjour et les données d'évaluation de la douleur étaient confrontées. En cas de discordance, les données de la fiche « DOMICILE » ont été retenues.

En cas d'absence de réponse aux questions sur l'autonomie du patient et la présence de son entourage, la situation la plus défavorable a été choisie (patient non autonome avec son traitement antalgique, entourage absent).

Résultats

1. Diagramme de flux



2. Caractéristiques de la population

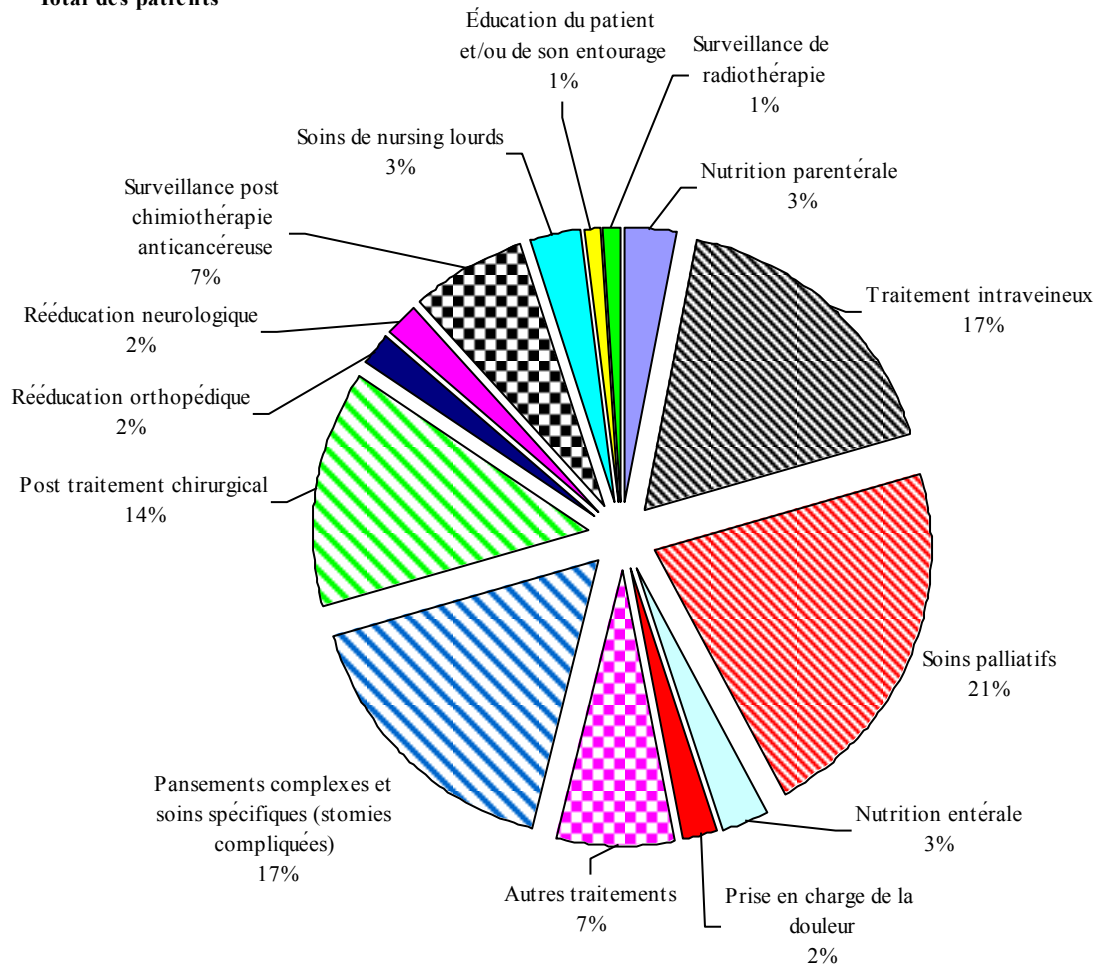
Les caractéristiques démographiques sont présentées dans le tableau 1.

	US Pitié (n=57)	US St Louis (n=45)	Total (n=102)
Age (années)			
Moyenne (écart-type)	67,9 (16,4)	69,1 (17,9)	68,4 (17)
Médiane (min-max)	71 (25-93)	72 (27-98)	71 (25-98)
Sexe			
Femmes (%)	32 (56)	25 (56)	57 (56)
Durée de séjour (jours)			
Moyenne (écart-type)	30,8 (28)	30,6 (32)	30,7 (30)
Médiane (min-max)	22 (2-122)	15 (2-131)	20 (2-131)
Lieu des soins			
Domicile (%)	56 (98)	43 (96)	99 (97)
EHPAD (%)	1 (2)	2 (4)	3 (3)
Mode d'entrée			
Etablissement de soins (%)	47 (82)	38 (84)	85 (83)
Domicile (%)	10 (18)	7 (16)	17 (17)
Mode de sortie			
Etablissement de soins (%)	15 (26)	24 (53)	39 (38)
Domicile (%)	36 (63)	16 (36)	52 (51)
Décès (%)	6 (11)	5 (11)	11 (11)
Diagnostic CIM10 (principal ou secondaire) « douleur » (%)			
	11 (19)	7 (16)	18 (18)
Durée de suivi (jours)			
Moyenne (écart-type)	11,9 (4,6)	11,3 (4,3)	11,7 (4,4)
Médiane (min-max)	15 (1-15)	14 (1-15)	15 (1-15)
Echelle d'évaluation			
Algoplus (%)	7 (12)	13 (29)	20 (20)
Autonomie			
Dépendance (%)	20 (35)	23 (51)	43 (42)
Entourage			
Absent (%)	24 (42)	21 (47)	45 (44)

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques

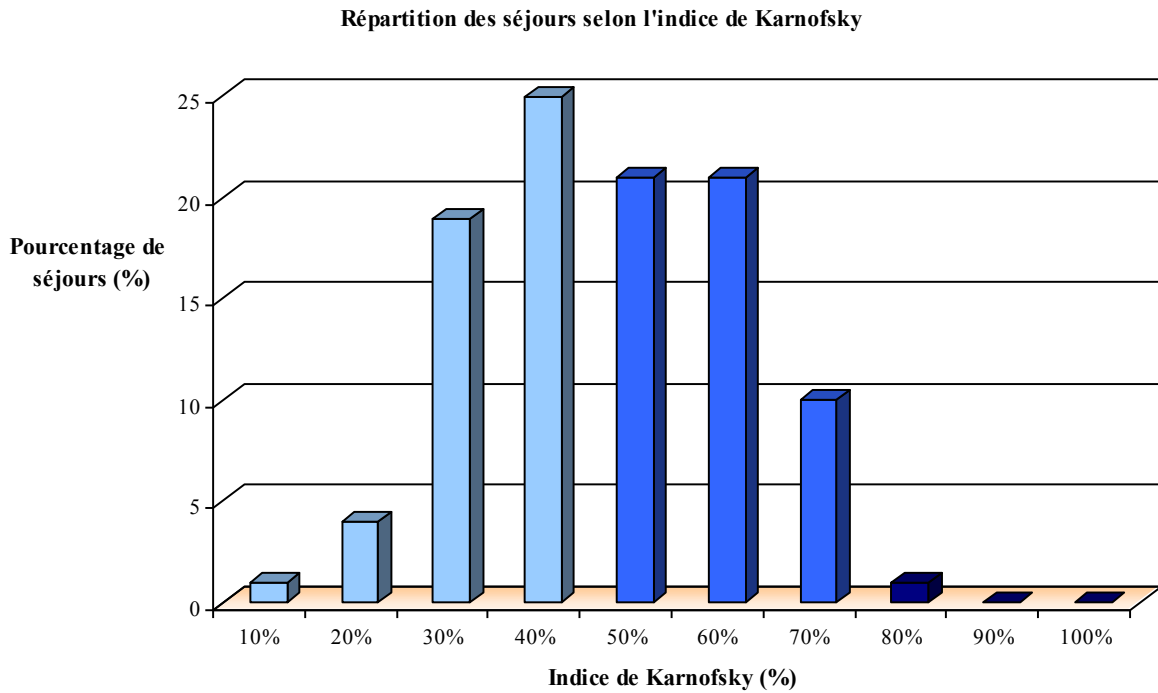
La répartition des séjours selon les modes de prise en charge est résumée dans le graphique 1.

**Mode de prise en charge principal
Total des patients**



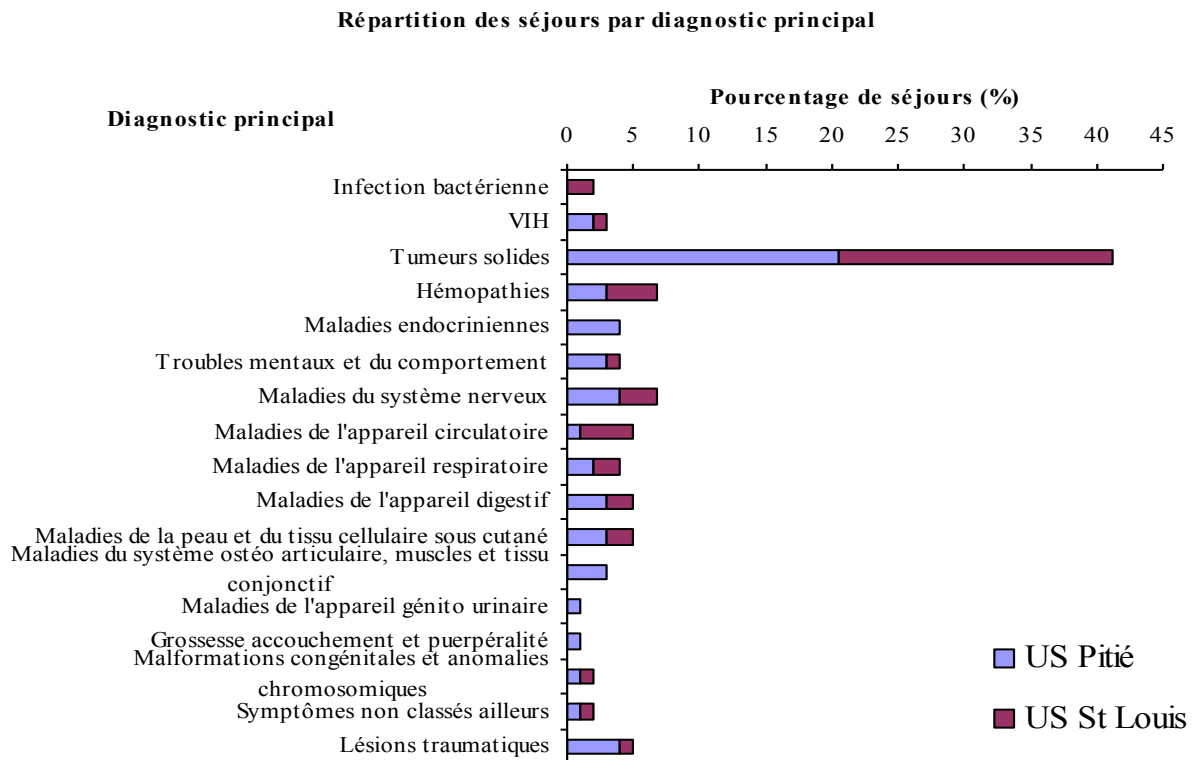
Graphique 1 : Répartition des séjours par mode de prise en charge principal

La répartition des séjours en fonction de l'indice de Karnofsky est représentée dans le graphique 2.



Graphique 2 : Répartition des séjours en fonction de l'indice de Karnofsky

La répartition des séjours par diagnostic principal établi selon la Classification Internationale des Maladies 10 est représentée dans le graphique 3.



Graphique 3 : Répartition des séjours selon le diagnostic principal

	Entourage absent (n=45)	Entourage présent (n=57)
Pourcentage de séjours avec patient dépendant (n=43)	16	27
Pourcentage de séjours avec patient autonome (n=59)	29	30

Tableau 2 : Répartition des séjours selon la présence ou non de l'entourage et l'autonomie des patients avec leur traitement antalgique

Les populations des deux unités de soins sont comparables en terme d'âge, de sexe, de durée de séjour et de suivi, de mode d'entrée.

On remarque une plus grande proportion de séjours avec patients dépendants vis-à-vis de leur traitement médicamenteux à l'US St Louis (la moitié environ contre un tiers sur l'US Pitié), et une plus grande fréquence d'utilisation de l'échelle Algoplus à l'US St Louis (29% contre 12%).

L'entourage est absent dans quasiment la moitié des séjours sur les deux US.

16% des patients ne sont pas autonomes avec leur traitement antalgique et n'ont pas d'entourage présent pour combler cette incapacité.

Les pathologies tumorales sont les plus fréquentes dans la population de l'étude, elles représentent presque la moitié des séjours.

Le motif d'admission « prise en charge de la douleur » concerne 2% des séjours.

L'indice de Karnofsky est dans la moitié des séjours entre 10 et 40%, et dans l'autre moitié entre 50 et 70%. Il y a un seul séjour avec un patient considéré comme « capable de mener une activité normale ».

3. Analyse de la douleur

3.1.A l'inclusion

3.1.1. Prévalence de la douleur

La prévalence de la douleur à l'inclusion dans l'étude est de 31,3% des séjours.

3.1.2. Caractéristiques démographiques des séjours avec douleur à l'inclusion et sans douleur à l'inclusion

	Présence de douleur (n=32)	Absence de douleur (n=70)
Age (années)		
Moyenne (écart-type)	68,5 (18,8)	68,4 (16,2)
Médiane (min-max)	69,5 (27-98)	71,5 (25-96)
Sexe		
Femmes (%)	18 (56)	39 (56)
Lieu des soins		
Domicile (%)	30 (94)	69 (99)
EHPAD (%)	2 (6)	1 (1)
Mode d'entrée		
Etablissement de soins (%)	23 (72)	62 (89)
Domicile (%)	9 (28)	8 (11)
Diagnostic CIM10 (principal ou secondaire) « douleur » (%)		
	6 (19)	12 (17)
Echelle d'évaluation		
Algoplus (%)	7 (22)	20 (29)
Autonomie		
Dépendance (%)	13 (41)	30 (43)
Entourage		
Absent (%)	10 (32)	35 (50)

Tableau 3 : Caractéristiques démographiques des séjours avec douleur à l'inclusion et des séjours sans douleur à l'inclusion

Les séjours avec patient douloureux à l'inclusion sont comparables aux séjours avec patient sans douleur à l'inclusion en terme d'âge et de sexe.

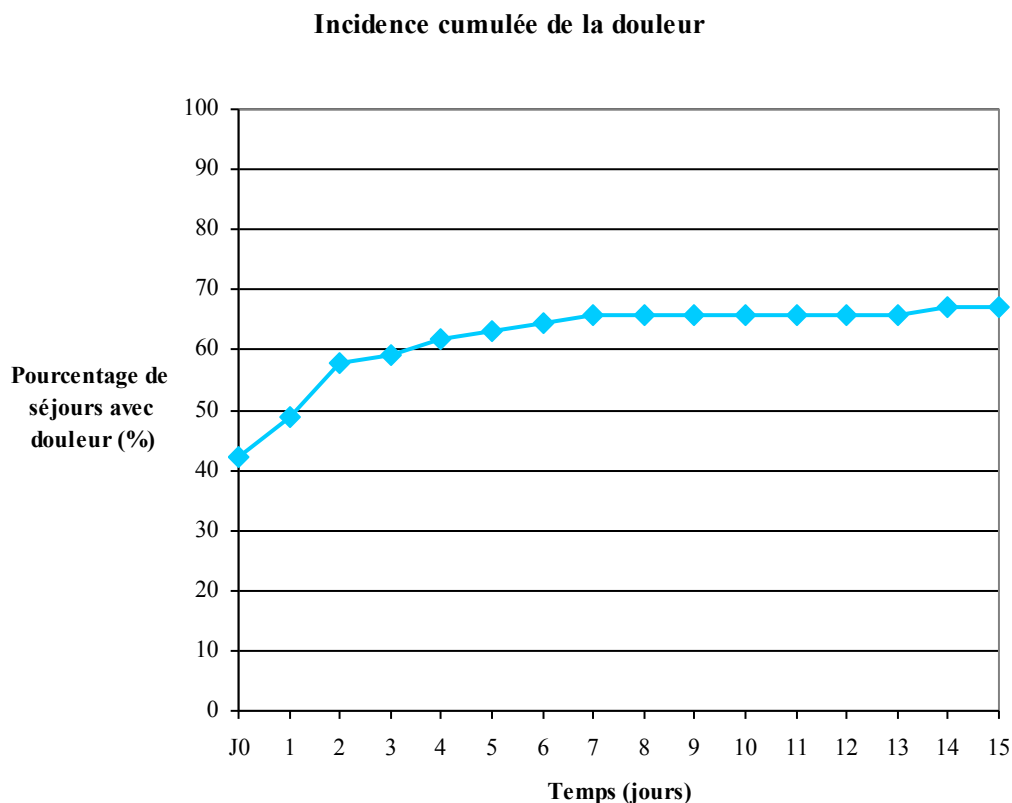
Dans les séjours avec patient douloureux à l'inclusion, la proportion de patients venant du domicile est plus élevée que dans les séjours avec patient non douloureux à l'inclusion.

L'échelle Algoplus est utilisée un peu plus fréquemment dans les séjours avec patients non douloureux à l'inclusion.

3.2. Au cours du suivi

3.2.1. Incidence cumulée de la douleur

L'incidence cumulée de la douleur au cours du suivi est de 67% (graphique 4).



Graphique 4 : incidence cumulée de la douleur

3.2.2. Délai de survenue de la douleur

Le délai moyen de survenue de la douleur est de 2,4 jours.

32 séjours sont avec un patient douloureux dès l'inclusion. Ensuite, 12 séjours ont une survenue de douleur dans les deux premiers jours. La douleur survient dans la quasi-totalité des séjours dans les 7 premiers jours du séjour.

3.2.3. Douleur liée aux soins

Dans les séjours avec survenue de douleur, la prévalence de la douleur liée aux soins est de 29% (15 séjours sur 51).

Dans les séjours avec douleur liée aux soins, 73% présentent une douleur liée aux soins isolée (absence de douleur hors soins).

4. Analyse des traitements antalgiques

Il existe une prescription d'antalgiques dans 81% des séjours.

4.1. Validité des prescriptions

4.1.1. Séjours avec douleur à l'inclusion

1 séjour ne comporte aucune prescription d'antalgique (3%).

19 % des séjours (6 séjours sur 32) ont des prescriptions **non** applicables selon les algorithmes définis précédemment.

Les causes de non applicabilité sont les suivantes :

- Voie d'administration inadaptée (n=2) (voie sous cutanée discontinuée)
- Inadéquation avec la dépendance du patient (n=2)
- Molécule non disponible en ville (n=2) (Perfalgan®)

4.1.2. Séjours sans douleur à l'inclusion

20% des séjours (14 séjours sur 70) sans douleur à l'inclusion ont des prescriptions **non** applicables.

Les causes de non applicabilité sont les suivantes :

- Voie d'administration inadaptée (n=3) (2 prescriptions par voie sous cutanée discontinuée, 1 prescription par voie intraveineuse discontinuée)
- Inadéquation avec la dépendance du patient (n=10)
- Molécule non disponible en ville (n=1) (Oxynorm® solution injectable)

4.2. Analyse selon les molécules

4.2.1. Traitements de fond

54% des séjours ont une prescription en traitement de fond.

	Prescriptions d'entrée des séjours avec douleur à l'inclusion (n=46)	Prescriptions d'entrée des séjours sans douleur à l'inclusion (n=41)	Total (n=87)
Antalgiques selon l'OMS			
Palier 1 (%)	13 (28)	13 (32)	26 (30)
Palier 2 (%)	8 (18)	7 (17)	15 (17)
Palier 3 (%)	14 (31)	14 (34)	28 (32)
Anti épileptiques (%)	6 (13)	6 (15)	12 (14)
Antidépresseurs tricycliques (%)	4 (9)	1 (2)	5 (6)
MEOPA (%)	0	0	0
Lidocaïne (%)	0	0	0
Ropivacaïne (%)	1 (2)	0	1 (1)

Tableau 4 : Répartition des traitements de fond selon la classe d'antalgique

Les prescriptions sont similaires dans les deux groupes, les antalgiques de palier 1 et de palier 3 représentent chacun un tiers des prescriptions. Les antidépresseurs tricycliques semblent plus fréquents dans les séjours avec douleur à l'inclusion.

4.2.2. Prémédications et traitements anticipés

66% des séjours ont une prescription anticipée.

	Prescriptions d'entrée des séjours avec douleur à l'inclusion (n=34)	Prescription d'entrée des séjours sans douleur à l'inclusion (n=64)	Total (n=98)
Antalgiques selon l'OMS			
Paliers 1 (%)	12 (35)	27 (42)	39 (40)
Paliers 2 (%)	8 (24)	13 (20)	21 (21)
Paliers 3 (%)	10 (29)	18 (28)	28 (29)
Anti épileptiques (%)	0	1 (2)	1 (1)
Antidépresseurs tricycliques (%)	0	0	0
MEOPA (%)	2 (6)	1 (2)	3 (3)
Lidocaïne (%)	2 (6)	4 (6)	6 (6)
Ropivacaïne (%)	0	0	0

Tableau 5 : Répartition des prescriptions anticipées selon la classe d'antalgique

Les antalgiques de palier 1 sont les plus fréquemment prescrits dans les prescriptions anticipées, ils représentent 42% des prescriptions des séjours sans douleur à l'inclusion.

4.3. Analyse selon la voie d'administration

4.3.1. Traitements de fond

	Prescriptions d'entrée des séjours avec douleur à l'inclusion (n=46)	Prescription d'entrée des séjours sans douleur à l'inclusion (n=41)	Total (n=87)
Orale (%)	35 (76,1)	35 (85,4)	70 (80,5)
Intraveineuse			
Continue (%)	2 (4,4)	1 (2,4)	3 (3,5)
Discontinue (%)	2 (4,4)	1 (2,4)	3 (3,5)
Sous cutanée			
Continue (%)	1 (2,1)	1 (2,4)	2 (2,25)
Discontinue (%)	2 (4,4)	0	2 (2,25)
Transdermique (%)	3 (6,5)	2 (5)	5 (6)
Cutanée locale topique (%)	0	0	0
Rectale (%)	0	1 (2,4)	1 (1)
Périnerveuse (%)	1 (2,1)	0	1 (1)

Tableau 6 : Répartition des traitements de fond selon la voie d'administration

La voie orale est très largement majoritaire dans les deux groupes (76,1% et 85,4%).

4.3.2. Prémédications et traitements anticipés

	Prescriptions d'entrée des séjours avec douleur à l'inclusion (n=34)	Prescription d'entrée des séjours sans douleur à l'inclusion (n=64)	Total (n=98)
Orale (%)	26 (76,4)	53 (82,8)	79 (81)
Intraveineuse			
Continue (%)	0	0	0
Discontinue (%)	2 (5,9)	0	2 (2)
Sous cutanée			
Continue (%)	0	1 (1,6)	1 (1)
Discontinue (%)	2 (5,9)	3 (4,6)	5 (5)
Transdermique (%)	0	0	0
Cutanée locale topique (%)	2 (5,9)	4 (6,2)	6 (6)
Rectale (%)	0	1 (1,6)	1 (1)
Périnerveuse (%)	0	0	0
Inhalée (%)	2 (5,9)	1 (1,6)	3 (3)
Gastrique (%)	0	1 (1,6)	1 (1)

Tableau 7 : Répartition des prescriptions anticipées selon la voie d'administration

Pour les prescriptions anticipées, la voie orale est également la plus fréquemment prescrite. Les voies injectables discontinues représentent 12% environ des prescriptions dans les séjours avec douleur à l'inclusion.

5. Délai d'intervention du prescripteur

Dans les séjours avec survenue de douleur, nous avons détecté 12 modifications de prescriptions (cela concerne 10 séjours soit 20% des séjours).

Dans ces cas, le délai moyen d'intervention du prescripteur après survenue de la douleur est de 4,3 jours.

Les extrêmes sont de 0 à 9 jours.

6. Délai de modification effective du traitement

Il s'agit d'un objectif de l'étude auquel nous ne pouvons malheureusement répondre en raison d'un manque de données.

Discussion

Notre étude dont l'objectif était de mesurer le contrôle de la douleur des patients adultes admis en HAD a mis en évidence une prévalence de la douleur à l'admission en HAD de 31% des séjours. L'analyse des ordonnances a montré que les prescriptions d'antalgiques au domicile n'étaient pas applicables dans 20% des séjours. Le délai moyen de survenue de la douleur est de 2,4 jours. En cas de douleur, le délai moyen d'intervention du prescripteur après l'apparition du symptôme douloureux est de 4,3 jours.

Afin d'évaluer la réactivité de la chaîne de soins en HAD, nous avons choisi de nous intéresser à la douleur. En effet, il s'agit d'un symptôme fréquent, auquel les soignants sont sensibles et qui peut impliquer une prescription médicale.

Plusieurs éléments distinguent notre travail des études précédentes (15–17). En premier lieu, nous avons choisi de réaliser une étude prospective avec recueil des données de l'évaluation de la douleur directement au domicile du patient. Par rapport aux autres travaux qui sont exclusivement rétrospectifs, cette approche nous a permis de limiter le biais de mémorisation lié au report des données par le soignant sur le dossier de soins se trouvant sur l'unité de soins. La fiche de recueil mise à disposition uniquement pour consigner les données de l'étude a permis aussi de limiter les erreurs de copie.

Ensuite, nous avons fait le choix d'étudier le contrôle de la douleur plutôt que de se limiter à l'évaluation de la douleur. En effet, le contrôle de la douleur est beaucoup moins étudié que l'évaluation de la douleur, que ce soit dans la population de patients hospitalisés en établissements de soins ou en HAD ainsi qu'en médecine générale ambulatoire. Cette variable est plus en aval que l'évaluation de la douleur dans le processus de prise en charge du patient. Ainsi, on peut imaginer que le contrôle de la douleur puisse être considéré comme un critère cliniquement très pertinent de qualité des soins. Afin de limiter au maximum l'effet de l'étude sur la pratique des soignants, nous avons proposé deux échelles qu'ils utilisent habituellement et auxquelles ils sont formés. De plus, ces deux échelles sont validées (3) (20) et utilisées régulièrement en médecine générale. Ainsi, l'évaluation de la douleur dans notre étude est facilement transposable à la pratique courante. La présence d'une échelle d'hétéro évaluation

permet d'élargir au maximum la population incluse dans l'étude, se rapprochant de la population hétérogène et variée d'un cabinet de médecine générale.

Enfin, nous avons choisi d'inclure les patients admis pour un motif autre que la prise en charge de la douleur, contrairement à la plupart des études antérieures menées en HAD. En effet, comme nous l'avons vu la douleur est un symptôme fréquent quelque soit le motif d'admission.

Pour l'échelle Algoplus, nous avons retenu le seuil de douleur à 2/5 puisqu'il s'agit de celui défini par les concepteurs pour l'utilisation de cette échelle (3). Pour l'EN, nous avons retenu 4/10 comme seuil de douleur car c'est le seuil communément admis pour définir une douleur modérée, pour laquelle un traitement est recommandé.

Nous avons défini la présence d'une douleur liée aux soins par une différence d'au moins un point dans la douleur hors soins et la douleur pendant les soins avec un minimum de 2/5 à l'échelle Algoplus et 4/10 à l'EN. En effet, il semble que la variation minimale cliniquement significative d'une douleur mesurée avec l'EVA soit autour de 1,3 point. (21) Puisque nous ne pouvions pas utiliser le seuil précis de 1,3 point avec nos échelles, nous avons fait le choix de considérer comme significative une variation d'un point afin de ne pas minorer la proportion de douleur liée aux soins.

Une part importante des résultats concernant l'applicabilité des prescriptions en HAD, il nous a fallu définir des critères d'applicabilité. Lorsque nous avons réalisé les algorithmes pour séparer les prescriptions « applicables » des prescriptions « non applicables » au domicile, nous avons considéré plusieurs paramètres : techniques, logistiques, pharmacodynamiques.

Les paramètres techniques sont essentiellement représentés par les voies d'administration. En effet, la voie sous cutanée discontinue est inadaptée quelque soit l'autonomie du patient car elle n'est pas utilisable par le patient ou par son entourage. De même une voie intraveineuse en l'absence de soignant est inenvisageable.

Les paramètres logistiques sont essentiellement liés à l'organisation des soins en HAD. Ainsi la voie intraveineuse discontinue dans le cadre d'un traitement de fond antalgique (par exemple une injection intraveineuse de 5 mg de morphine toutes les 6 heures), est inadaptée puisque les contraintes logistiques sont telles qu'un infirmier (libéral ou en HAD) ne peut être présent à

heure fixe ou sur demande urgente du patient en réponse à une douleur afin de garantir l'administration des antalgiques en temps voulu.

Enfin, la pharmacodynamie rend certaines molécules inutilisables dans certains cas. Par exemple, une prémédication par voie sous cutanée n'est pas adaptée car le délai d'action d'un antalgique administré par voie sous cutanée est en général de 30 minutes (CNRD). Le délai d'attente entre l'injection de l'antalgique et la possibilité de débiter le soin nous a semblé incompatible avec des soins ambulatoires (que ce soit en HAD ou par des soignants libéraux).

A l'inverse, compte tenu du délai d'action court (5-10 minutes) d'un antalgique administré par voie intraveineuse, nous avons admis que cette voie était adaptée à une prémédication avant un soin.

Nous avons considéré que les voies orale, locale topique et rectale étaient adaptées à la prise en charge de la douleur au domicile uniquement si le patient a l'autonomie suffisante pour s'administrer son traitement ou bien si une personne de son entourage est capable de le faire (ces voies d'administration ne nécessitent pas a priori de technique particulière réservée aux professionnels soignants et le patient peut anticiper la prise du médicament une heure avant le soin si besoin).

Enfin, les voies sous cutanée continue, intraveineuse continue et transdermique sont globalement applicables aux soins à domicile, y compris chez un patient isolé avec une dépendance importante. En effet, ces voies d'administration requièrent en général des interventions infirmières limitées en nombre et prévisibles, ce qui nous a semblé compatible avec les soins en HAD.

La construction de ces algorithmes nous a permis d'approcher les contraintes particulières liées aux soins à domicile. On peut supposer que les médecins hospitaliers prescripteurs aient des difficultés à envisager ces contraintes propres à la médecine ambulatoire et très différentes des possibilités d'un service hospitalier avec une présence infirmière et médicale quasi continue. Ces algorithmes ne sont pas spécifiques de la population de notre étude, ils ont été élaborés en amont de l'inclusion des patients et pourraient donc être utilisés dans d'autres études.

La population incluse dans notre étude est comparable à la population globale de l'HAD sur la majorité des critères. Une différence majeure concerne la durée moyenne de séjour, plus longue dans notre étude (30 jours contre 15 jours). Ceci s'explique par le fait que nous avons choisi

d'exclure les patients admis en HAD pour des cures répétées de chimiothérapie ou d'immunoglobulines. En effet, ces séjours très courts ne nous semblaient pas adaptés à la méthode de l'étude. Cela nous a conduit à exclure 45 séjours sur 204 pendant la période de l'étude.

Il faut noter que 57 séjours n'ont pas été inclus pour cause d'absence de données, ce qui peut conduire à un biais de traçabilité. En réalité, ce chiffre regroupe deux entités bien distinctes. En effet, 45 séjours n'ont pas été inclus en raison de l'absence de la fiche de recueil de données dans le dossier de soins des patients. Par conséquent, les soignants ne sont pas responsables de ces données manquantes. En réalité l'implication des soignants a été très bonne puisque sur 114 séjours incluables, 102 sont finalement analysables soit près de 90% des séjours. Les données de suivi sont disponibles pour 76 séjours. Là aussi, plusieurs paramètres sont à prendre en compte.

Les patients sont, certains jours, pris en charge par des infirmiers libéraux (en coordination avec l'HAD) qui n'ont pas été associés au projet pour des raisons logistiques. Parfois, les patients ne nécessitent des soins qu'un jour sur deux ou sur trois ; dans ces cas l'évaluation quotidienne de la douleur par les soignants n'était pas possible.

Malgré ces limites, nous retrouvons une prévalence de la douleur à l'admission en HAD de 31% des séjours. Ce résultat est comparable à celui retrouvé à l'HAD de Nice où la prévalence de la douleur à l'admission était de 35%. (17) Il s'agit de la seule étude comparable à la notre. En effet, l'étude de C.J. Maxwell chez des patients canadiens recevant des soins à domicile s'intéresse à la douleur sur la durée totale du séjour et non sur la douleur à l'admission. Pour information, dans cette étude, la prévalence de la douleur est de 48 % au cours du séjour (13).

Dans notre étude, une hospitalisation traditionnelle précède l'admission en HAD dans 83% des cas. Par conséquent, il est important d'analyser la douleur lors de l'hospitalisation traditionnelle afin de comprendre la douleur à l'admission en HAD. Chez les patients en hospitalisation traditionnelle, la prévalence de la douleur est comprise entre 66% dans une étude conduite au Centre hospitalier de Châteauroux (22) ainsi que dans l'hôpital francilien A. Chenevier (23) et 80% à l'hôpital du Puy en Velay (24). Pour des raisons de faisabilité, nous n'avons pas mesuré la douleur des patients de notre étude pendant leur séjour dans les services hospitaliers. Toutefois, plusieurs éléments semblent importants à souligner pour expliquer les différences

observées entre la prévalence de la douleur observée en HAD et en hospitalisation traditionnelle.

Premièrement, il est probable que les deux populations ne soient pas comparables en terme de pathologies lors des séjours. Une deuxième explication pourrait être le traitement de la pathologie causale de douleur lors de l'hospitalisation traditionnelle qui permettrait une baisse de la douleur lorsque le patient entre en HAD. Une autre interprétation de cette différence pourrait être liée aux soins et aux explorations (souvent nombreux en hospitalisation traditionnelle) responsables de douleurs induites. Enfin, le caractère multidimensionnel de la douleur et sa composante psychologique pourraient également être impliqués. En effet, on peut supposer que l'hospitalisation soit vécue comme une expérience stressante pour de nombreux patients et que le retour dans les conditions de vie habituelles puisse avoir un effet bénéfique sur la douleur. A l'inverse, pour certains patients la sortie d'hospitalisation, le changement d'environnement avec le retour au domicile en HAD et une présence des soignants moins importante qu'à l'hôpital est possiblement source d'inquiétude avec un effet délétère sur la douleur. Malheureusement il est très difficile de faire la part entre ces différentes explications tant les données de la littérature sont parcellaires sur le sujet. Enfin, notre étude n'était pas destinée à comparer l'HAD et l'hospitalisation traditionnelle, raison pour laquelle nous n'avons pas recueilli les données de la population hospitalisée pendant le temps de l'étude.

Nous avons observé que la proportion de patients venant directement du domicile est plus importante chez les patients douloureux (28%) que chez les patients non douloureux (11%). Ainsi il semble que l'absence d'hospitalisation préalable soit un facteur de risque de présence de douleur pendant le séjour en HAD.

La présence de douleur chez ces patients issus directement du domicile est, peut être, le reflet de la difficulté à gérer la douleur en ambulatoire. En effet, le suivi est très probablement moins rapproché que celui en hospitalisation (moindre fréquence des actes d'évaluation) ce qui complique la prise en charge de la douleur. On peut supposer que celle ci soit précisément le motif requis par le médecin traitant pour la demande d'HAD. Cependant, cela n'est pas mis en évidence dans notre étude car seulement deux séjours ont pour motif principal d'admission en HAD la prise en charge de la douleur. De plus, on relève la même proportion de diagnostics « Douleur » côtés selon la CIM-10 dans les dossiers des séjours avec douleur et des séjours sans douleur.

Compte tenu de la prévalence de la douleur à l'admission, il est étonnant de constater que la quasi totalité des patients concernés a un traitement antalgique prescrit (97%). Nos résultats se rapprochent de ceux de V.Chappuis qui observe que tous les patients douloureux ont des antalgiques prescrits à l'admission alors que dans l'étude de C.J. Maxwell, seuls 78,4 % ont un antalgique (13). Cette plus faible prescription d'antalgiques dans l'étude canadienne peut expliquer une prévalence de douleur plus importante.

Malgré une prescription d'antalgiques très importante dans notre étude, la prescription n'est pas adaptée aux soins au domicile et aux capacités du patient et/ou de son entourage à gérer son traitement dans 20% des séjours. Les causes de non applicabilité sont majoritairement liées à la dépendance du patient et/ou l'absence de son entourage (60% des cas).

Par exemple, dans notre étude, le taux de prescriptions d'antalgiques par voie injectable est autour de 10% (12% pour les traitements de fond, 8% pour les prémédications). Or, cette voie d'administration est inadaptée aux conditions du domicile, en particulier pour les prescriptions d'injections à heure régulière ou « à la demande », « si douleur ». En effet, dans ce cas, le patient n'est pas autonome pour obtenir un soulagement rapide de sa douleur puisqu'il dépend de soignants qui ne sont pas sur place. De plus, c'est un cas dans lequel l'entourage ne peut intervenir à la place des soignants compte tenu de la technicité du geste à réaliser.

La question de la voie d'administration et du choix de la molécule est donc fondamentale lors d'une prescription d'antalgiques au domicile, avant de s'intéresser à l'intensité de la douleur. Cela confirme que la transition hôpital-ville est une période charnière pour la prescription médicamenteuse et que les prescriptions hospitalières ne sont pas toujours transposables en l'état aux soins en HAD. Le terme d'hospitalisation à domicile peut être un piège pour les médecins hospitaliers qui voient dans cette structure une exacte reproduction dans un autre lieu de ce qu'ils connaissent à l'hôpital. Cela risque de les conduire à poursuivre un traitement « hospitalier » sans prendre en compte l'adaptation nécessaire aux conditions du domicile (adaptation à la vie du patient et de son entourage, adaptation à la présence non continue des soignants). Il existe probablement un manque de formation des médecins hospitaliers aux soins de ville qui ne leur permet pas toujours de se rendre compte véritablement des limites des soins à domicile, y compris en HAD. Cela pourrait être une explication des 20% de prescriptions non applicables au domicile, que nous avons mis en évidence dans notre étude.

Les algorithmes que nous avons établis pourraient être utilisés à des fins d'information des médecins hospitaliers et des médecins généralistes qui peuvent également méconnaître les limites des soins au domicile.

En effet, l'autonomie du patient est une donnée essentielle à connaître lorsqu'on envisage un traitement antalgique à domicile. Dans notre étude, nous avons spécifiquement demandé aux soignants d'évaluer l'autonomie du patient avec son traitement antalgique. Il ne s'agissait pas d'obtenir un score d'autonomie sur les actes de la vie quotidienne (comme les grilles AGGIR ou ADL par exemple) mais d'approcher spécifiquement ce que le patient est capable de faire avec ses médicaments antalgiques. A t'il accès physiquement aux médicaments, est-il capable de les préparer si besoin et de se les administrer selon la prescription ? Cette évaluation serait importante à réaliser pendant l'hospitalisation traditionnelle puisqu'elle permettrait d'augmenter l'implication du patient (et de son entourage) dans sa prise en charge et dans la connaissance de son traitement.

La présence ou l'absence d'entourage est aussi très importante à prendre en compte puisque cela a un fort impact sur l'accès du patient à son traitement antalgique. Un patient seul au domicile nécessite donc un traitement adapté à ses capacités physiques et cognitives en terme de galénique. L'accès physique à son traitement au domicile doit faire l'objet d'une réflexion spécifique afin de le faciliter. A l'inverse, la présence permanente d'un membre de la famille est généralement d'une grande aide dans la mise en place des soins au domicile, l'information et l'adhésion de l'entourage au projet de soins est souhaitable pour le bon déroulement du séjour en HAD.

Il est important de noter que la proportion de prescriptions non applicables est similaire dans les séjours avec et sans douleur à l'inclusion. Par contre, dans le total des séjours avec survenue de douleur au cours du séjour, le pourcentage de prescriptions non applicables est de 25 % alors qu'il est de 12 % seulement dans les séjours sans survenue de douleur. Le fait d'avoir une prescription non adaptée aux soins au domicile semble donc être un facteur de risque de survenue de la douleur, parfois décalée de quelques jours.

Dans notre étude, le délai moyen de survenue de la douleur est de 2,4 jours après l'inclusion et l'incidence cumulée de la douleur au terme des 14 jours de suivi atteint 67% des séjours.

La douleur survient donc rapidement après l'entrée en HAD et concerne une grande part des patients. Lors de la survenue de douleur, nous avons constaté un délai moyen d'intervention du prescripteur de 4,3 jours, et cette intervention n'existe que dans 20% des séjours. Pour autant, la survenue de douleur ne semble pas constituer une cause importante de ré-hospitalisation puisque la quasi totalité des séjours en HAD se poursuit plusieurs jours après la survenue de douleur. Il appartient donc au médecin traitant de gérer cette douleur.

Nous avons alors un contraste entre la rapidité d'installation du symptôme douloureux (2,4 jours) et le délai de réaction du médecin généraliste (4,3 jours). Ce délai moyen de 4,3 jours entre l'apparition de douleur et le changement de prescription ne nous semble pas satisfaisant. Par conséquent, la première visite du médecin généraliste à un patient en HAD devrait avoir lieu dans les 48 premières heures et des visites rapprochées semblent ensuite nécessaires pour ajuster le traitement. Cette visite précoce dès le retour du patient à domicile a un intérêt majeur pour le patient ainsi que pour le médecin traitant qui prend connaissance de la situation médicale du patient et a la possibilité de faire une relecture des prescriptions hospitalières en présence du patient et de son entourage dans les conditions de soins réelles. Une élaboration commune de la prescription de sortie par le médecin hospitalier et le médecin traitant en amont de la sortie d'hospitalisation traditionnelle pourrait également améliorer la proportion de prescriptions applicables et ainsi la prise en charge de la douleur.

Malheureusement, la démographie médicale actuelle rend cet objectif de visite précoce assez difficile à atteindre.

En effet, le nombre de médecins généralistes est assez stable actuellement, après avoir augmenté fortement entre 1960 et 1995. En 2009, on comptait autour de 60 000 médecins généralistes libéraux actifs (25). Cependant, la population française croît et vieillit et les besoins de soins augmentent, la densité médicale est donc en baisse. En 2016, la densité nationale de médecins généralistes est de 131 pour 100 000 habitants, elle a perdu 8,4% depuis 2007 (26). Les prévisions de la DREES envisagent une baisse jusqu'en 2030. Il est important de rappeler que de fortes disparités régionales existent, en Ile de France par exemple la densité de médecins généralistes est de 68 pour 100 000 habitants soit presque la moitié de la densité nationale.

Pourtant, ce sont presque exclusivement les médecins généralistes qui effectuent des visites à domicile.

En 2003, celles-ci représentent en moyenne 22% de l'activité d'un médecin généraliste (18). Cette part est de moins en moins importante. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette baisse. Premièrement, l'accord de bon usage des soins signé le 5 juin 2002 lors de la Convention Nationale des Médecins Généralistes comprenait une limitation du remboursement de la visite à domicile aux circonstances de véritable impossibilité pour le patient à se déplacer et une augmentation du tarif de la visite avec création de la majoration de déplacement. L'objectif de ce dispositif était de diminuer le nombre de visites à domicile (en particulier les visites injustifiées qui deviennent non remboursées) et ainsi d'en baisser les coûts pour le système de santé. Cette mesure a eu un effet significatif car le nombre de visites à domicile a chuté de 22,5% dans l'année qui a suivi (27). Nous ne savons pas si le délai entre la demande de visite et la visite elle-même a été allongé par cette baisse du nombre de visites puisqu'à notre connaissance, il n'y a pas de données disponibles sur ce sujet.

Parallèlement, les études faites sur le vécu de la visite à domicile par les médecins généralistes font ressortir qu'elle est souvent vue comme une contrainte et un investissement physique et psychologique important (28). Certains médecins renoncent à faire des visites à domicile en raison des conditions matérielles parfois difficiles (conditions d'hygiène, manque de matériel, manque du dossier médical,...) et du manque de temps (29). En effet, le temps moyen d'une visite est de 40,4 minutes alors qu'il est de 18 minutes en moyenne pour une consultation (30). De ce fait, le temps d'une visite à domicile correspond à celui de deux consultations au cabinet. Selon l'URML, 84,5% des médecins estiment que la visite à domicile n'est pas justement rémunérée. Pour rappel, en 2016, le tarif conventionné en secteur 1 d'une consultation de médecine générale est de 23€ alors que celui d'une visite est de 33€.

Cependant, d'autres médecins voient dans les visites à domicile un moment agréable de leur travail avec la construction d'une relation plus forte avec le patient et une approche médicale plus globale utile à la bonne prise en charge du patient. Ceux là ne s'imaginent pas arrêter les visites à domicile.

Malheureusement, notre étude ne nous a pas permis de connaître le délai entre l'intervention du prescripteur et la modification réelle du traitement administré au patient. Cette donnée manquante nous empêche de juger le temps nécessaire à l'ensemble de la « chaîne » de la prise en charge de la douleur. Pourtant, des données sur le trajet complet de l'information seraient intéressantes à recueillir. En effet, plusieurs obstacles peuvent exister : le patient signale-t-il au

soignant sa douleur ? Le soignant transmet t-il le message au médecin prescripteur ? Ce dernier le prend t-il en compte ? Et dans quel délai ?

Afin d'améliorer la prise en charge de la douleur, une réévaluation systématique de l'efficacité du traitement par les infirmiers pourrait être intéressante. En effet, il fait partie de la mission de chaque soignant de tout mettre en œuvre pour lutter contre la douleur, notamment en mesurant l'efficacité des antalgiques prescrits et administrés sans attendre que le patient soit à l'origine de la plainte. Que ce soit en HAD ou hors HAD, un travail d'équipe est alors primordial pour que les différents intervenants autour du patient se connaissent et communiquent plus facilement.

Notre étude nous a permis d'évaluer également la prévalence de la douleur liée aux soins, elle est de 29%.

Chez la plupart de ces patients, elle n'est pas associée à une douleur en dehors des soins. Cela confirme qu'une évaluation de la douleur au moment des soins est fondamentale même si le patient n'est pas douloureux le reste du temps. Il s'agit donc d'une douleur particulière qui doit être prise en charge de façon ciblée avec des antalgiques dont le délai d'action et la galénique sont adaptées, au patient, au soin et à l'intensité de la douleur générée.

Dans notre étude, les deux tiers des séjours comportent une prescription anticipée, telle que nous l'avons défini c'est à dire une prescription comportant la mention « si besoin » ou une prémédication avant un soin. Malheureusement, notre étude ne nous a pas permis de différencier ces deux cas de figures et d'autres études seraient nécessaires pour connaître l'efficacité des prémédications sur la douleur liée aux soins.

Cependant, dans notre étude, ces alternatives de prescription (avant un soin, si besoin) semblent connues des prescripteurs. Les molécules et les voies d'administration prescrites semblent adaptées, le MEOPA et la lidocaïne sont utilisées dans ces situations ainsi que les antalgiques des paliers de l'OMS avec une prépondérance de la voie orale.

Par contre, la prescription anticipée pourrait être utilisée beaucoup plus largement et plus précisément. En effet, une prescription anticipée correspond à une prescription dont la réalisation est soumise à une condition. Elle existe pour différents symptômes (nausées, dyspnée, agitation par exemple) et bien sûr pour la douleur. Elle est d'ailleurs assez adaptée à la prise en charge de la douleur puisque les échelles d'évaluation existent, ce qui n'est pas le

cas pour tous les symptômes. Cela permet de proposer un seuil précis comme condition d'administration de l'antalgique (par exemple, si Algoplus supérieure ou égale à 3), ce qui est un élément objectif, utilisable facilement par différents soignants pour un même patient. En effet, il est primordial dans les conditions de soins en HAD (ainsi que pour les soins à domicile hors HAD) que les prescriptions soient facilement applicables par les soignants seuls au domicile du patient.

Dans notre étude, les prescriptions d'antalgiques sont applicables pour 80% des séjours. Malgré tout, certains de ces patients sont douloureux. Il existe vraisemblablement une inadéquation entre l'intensité de la douleur et le traitement prescrit. Pourtant, les antalgiques de palier 3 sont prescrits dans une proportion non négligeable (30%), et de façon similaire chez les patients douloureux et les patients non douloureux. Dans l'étude de V. Chappuis, ils sont prescrits dans 23% des cas (17).

S'agit-il d'une variation de l'intensité de la douleur entre le moment de l'évaluation et celui de la prescription ?

L'utilisation plus fréquente de la prescription anticipée pourrait être une solution pour ces patients. En effet, elle permettrait aux patients et aux soignants de faire face à ces variations d'intensité sans être dépendants de la prescription médicale pour des changements mineurs.

Il faut envisager également la possibilité que le traitement prescrit ne soit pas réellement pris par le patient pour différentes raisons, notamment d'intolérance. Notre évaluation de l'efficacité du traitement serait alors faussée et la solution ne serait pas simplement d'augmenter la posologie ou de passer au palier supérieur pour obtenir un soulagement.

D'autres études seraient nécessaires pour mieux analyser ces phénomènes qui font partie intégrante de la chaîne du contrôle de la douleur.

Conclusion

Notre étude a mis en évidence une prévalence importante de la douleur chez les patients en HAD à l'inclusion et dans les trois premiers jours du séjour, ainsi qu'une réactivité insuffisante des prescripteurs face au symptôme douloureux.

Afin d'améliorer le contrôle de la douleur chez ces patients, plusieurs pistes d'action émergent. Compte tenu de la part non négligeable des prescriptions non adaptées au domicile, il semble que la transition hôpital-ville soit une étape clé dans la prise en charge du patient douloureux. Un travail commun du médecin hospitalier et du médecin traitant sur les prescriptions d'antalgiques en amont de la sortie d'hospitalisation paraît nécessaire.

Une visite précoce du médecin traitant à son patient permettrait de vérifier l'efficacité du traitement antalgique dans les conditions du domicile et ainsi de réduire le délai de réactivité du prescripteur.

Afin d'atteindre ce but, il serait également souhaitable d'impliquer plus amplement les soignants de l'ambulatorio, notamment par la réévaluation systématique de la douleur.

L'HAD est une modalité de soins en forte expansion, qui nous a permis d'étudier les soins extrahospitaliers dans un cadre précis. A notre connaissance, notre étude est la première qui s'intéresse au contrôle de la douleur en HAD. Toutefois, les soins au domicile ne se limitent pas à l'HAD et il serait intéressant de confronter nos résultats à des études au recrutement plus large, c'est à dire incluant les patients pris en charge au domicile hors HAD.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Recommandations professionnelles. Janvier 2009.
2. Haut Conseil de la Santé Publique. Evaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Mars 2011.
3. Rat, P., Jouve, E., Pickering, G., Donnarel, L., Nguyen, L., Michel, M., Capriz-Rivière, F., Lefebvre-Chapiro, S., Gauquelin, F. and Bonin-Guillaume, S. Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus®. *European Journal of Pain*. 2011 Feb ; 15 : 198.e1–198.e10.
4. Bouhassira D, Attal N, Fermanian J, Alchaar H, Gautron M, Masquelier E, et al. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *Pain*. 2004 Apr ; 108(3) : 248–57.
5. World Health Organization. Cancer Pain Relief : With a Guide to Opioid Availability. World Health Organization ; 1996. 74 p.
6. Perrot S, Bannwarth B, Bertin P, Javier RM, Glowinski J, Le Bars M, et al. Use of morphine in nonmalignant joint pain : the Limoges recommendations. The French Society for Rheumatology. *Rev Rhum Engl Ed*. 1999 Nov ; 66(11) : 571–6.
7. Perrot S, Javier R-M, Marty M, Le Jeune C, Laroche F, the CEDR (Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie France), French Rheumatological Society, Pain Study Section. Is there any evidence to support the use of anti-depressants in painful rheumatological conditions ? Systematic review of pharmacological and clinical studies. *Rheumatology*. 2008 Apr 29 ; 47(8) : 1117–23.
8. Vergne-Salle P, Mejjad O, Javier RM, Maheu E, Fallut M, Glowinski J, et al. ATS12-1 Utilisation des anti-épileptiques dans les douleurs rhumatologiques : les recommandations du cercle d'étude de la douleur en rhumatologie (CEDR). *Douleurs*. 2008 Apr 14 ; Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/140056>
9. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Analyse de l'activité hospitalière 2014 [ressource électronique]. Disponible sur : http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2790/analyse_activite_hosp_2014_mars_2016.pdf
10. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats - [ressource électronique]. *Etudes et résultats*. Mars 2006. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er471.pdf>

11. Meunier B, Hebbrecht G, Boisnault P, Duhot D,. SFMG – French Society of General Medicine – France. Do French GPs take care of pain ?
12. Mak SL. L'importance de la douleur en consultation de médecine générale. [ressource électronique] Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines. Octobre 2014.
Disponible sur :
http://www.sfm.org/publications/les_theses/limportance_de_la_douleur_en_consultation_de_medecine_generale.html
13. Maxwell CJ, Dalby DM, Slater M, Patten SB, Hogan DB, Eliasziw M, et al. The prevalence and management of current daily pain among older home care clients. *Pain*. 2008 Aug ; 138(1):208–16.
14. Leiske M, Lahmann NA, Lindena G, Centmayer R, Suhr R. Patients with pain in outpatient care. A nationwide cross-sectional survey with path model. *Schmerz Berl Ger*. 2015 Aug ; 29(4):431–9.
15. Boulle E. Evaluation de la douleur en hospitalisation à domicile : évaluation des pratiques professionnelles en Vendée. Université de Nantes. Avril 2010. Disponible sur :
archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/.../dd41c747-02fa-4c2a-9ca8-caad942eb01b.
16. Gonnot M. Evaluation de la prise en charge de la douleur dans une structure d'hospitalisation à domicile sur l'île de La Réunion : étude rétrospective sur 45 dossiers patients en 2010 [ressource électronique]. Université de Bordeaux, 2012. Disponible sur :
<http://www.biusante.parisdescartes.fr/chercher/theses/medecine.php?auteur=gonnot&univ=&toutindex=&annee=>
17. Chappuis V. Prise en charge de la douleur à domicile. Symposium HAS - BMJ : Impact clinique des programmes d'amélioration de la qualité, Nice, 19 avril 2010
18. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. *Etudes et résultats*. 2004.
19. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile, applicable au 1er mars 2015.
20. Paice JA, Cohen FL. Validity of a verbally administered numeric rating scale to measure cancer pain intensity. *Cancer Nurs*. 1997 Apr ; 20(2) : 88–93.
21. Gallagher EJ, Liebman M, Bijur PE. Prospective validation of clinically important changes in pain severity measured on a visual analog scale. *Ann Emerg Med*. 2001 Dec ; 38(6) : 633–8.
22. Clère F, Perriot M, Henry F, Kipper MC, Alcalay V, Voisine ML. TO01 Enquête de prévalence de la douleur chez les patients hospitalisés au centre hospitalier de Châteauroux. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 2007 Oct 1 ; 8:67.

23. Jeanfaivre V, Divine C, Akalin M-N, Anacharsis F, Montagne A, Parco J-CL. Enquête de prévalence de la douleur à l'Hôpital Albert-Chenevier [ressource électronique]. 2008 Feb 16 ; Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/74847>
24. André G. Evaluation et prise en charge de la douleur, Centre Hospitalier Emile Roux du Puy en Velay (43), bilan de l'existant en 2004.
25. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins [ressource électronique]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
26. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale interactive | Démographie médicale [ressource électronique]. Disponible sur : <http://www.demographie.medecin.fr/demographie>
27. Caisse Nationale De l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés - Direction des Statistiques et des Etudes. Des tendances de fond aux mouvements de court terme. Point de conjoncture n°14, Juin 2003.
28. Gautier E. La visite à domicile en médecine générale : opinions de six médecins généralistes de la région nantaise par la méthode du focus group. Université de Nantes, mai 2012.
29. Vialtel S-E. La visite à domicile : Perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir. Université de Lorraine, juillet 2012.
30. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France. La visite à domicile chez les médecins franciliens. 2005

Annexe 1

Ce travail s'inscrit dans le cadre de ma thèse de Médecine générale. Le but est d'évaluer le contrôle de la douleur des patients admis en HAD. Il comporte 2 étapes :

- Recueil quotidien de la douleur des patients pendant les 15 premiers jours du séjour
- Etude des prescriptions hospitalières (faisabilité au domicile, voies d'administration adaptées,...) : cette étape sera faite secondairement à partir des dossiers de soins.

Merci de votre aide.

Hélène Gache (interne)

Etiquette patient



DOMICILE

- Le patient est-il « autonome avec son traitement antalgique » = en pratique, a-t'il accès à son traitement et est-il capable de le préparer et de se l'auto administrer (avalier, manipuler la sonde de gastro/jéjunostomie, déclencher un bolus de PCA) ?

OUI NON
- A-t'il un « entourage présent » = une personne présente 24h/24 avec les capacités physique et cognitive d'administrer le médicament au patient selon la voie souhaitée (déclenchement PCA, gastrostomie, transmuqueux, per os) ?

OUI NON
- Evaluation une fois par jour, au **premier passage d'un soignant (IDE ou AS)**
- Choisir une échelle à l'accueil et la garder tout au long du séjour

Entourer l'échelle choisie : Echelle Numérique Algoplus

Date du séjour	Douleur en présence du soignant (hors soin)	Douleur maximale pendant les soins	Douleur maximale des dernières 24 heures	Changement de traitement antalgique administré	
				Oui	Non
ACCUEIL = J0				Oui	Non
J1				Oui	Non
J2				Oui	Non
J3				Oui	Non
J4				Oui	Non
J5				Oui	Non
J6				Oui	Non
J7				Oui	Non
J8				Oui	Non
J9				Oui	Non
J10				Oui	Non
J11				Oui	Non
J12				Oui	Non
J13				Oui	Non
J14				Oui	Non
J15				Oui	Non

PETIT MEMO SUR LES ECHELLES DE DOULEUR

- Utilisation de l'Echelle Numérique

Demander au patient quelle est la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de sa douleur.

La note 0 correspond à « pas de douleur ».

La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

- Utilisation de l'Echelle ALGOPLUS

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

	Oui / Non
1 – Visage : Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 – Regard : Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 – Plaintes : « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 – Corps : Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 – Comportement : Agitation ou agressivité, agrippement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Total oui	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 5

Collectif DOLOPLUS

Les médicaments antalgiques

Selon les paliers de l'OMS :

- palier 1 : paracétamol, AINS (ibuprofène, kétoprofène,...), Nefopam (Acupan®)
- palier 2 : tramadol, paracétamol + codéine, paracétamol + tramadol, paracétamol/opium/caféine (Lamaline®)
- palier 3 : morphine (Skenan®, Actiskénan®, Oramorph®), oxycodone (Oxycontin®, Oxynorm®), hydromorphone (Sophidone®), fentanyl (Durogesic®, Abstral®, Instanyl®,...)

Anti épileptiques : Pregabaline (Lyrica®), Gabapentine (Neurontin®)

Antidépresseurs tricycliques : Amitriptyline (Laroxyl®), Clomipramine (Anafranil®)

Lidocaïne (EMLA®, Versatis®, Xylocaïne spray®)

MEOPA

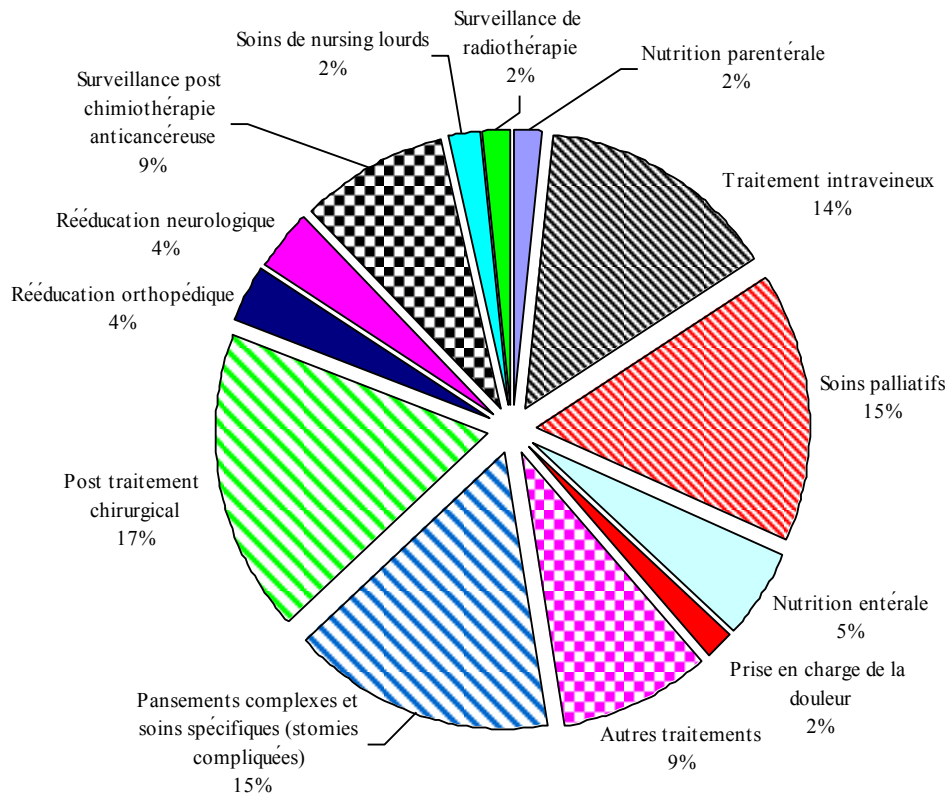
Annexe 2

INDICE DE KARNOFSKY

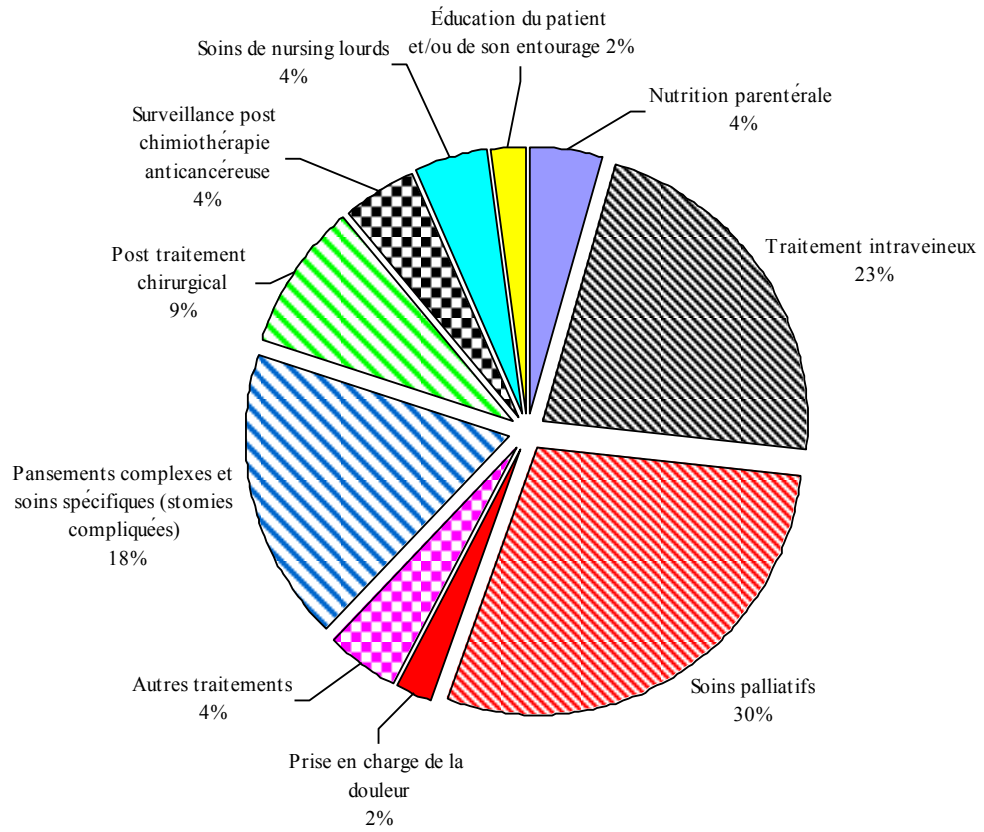
Capable de mener une activité normale	100 %	normal, pas de signe de maladie
	90 %	peut mener une activité normale, symptômes mineurs de la maladie, totalement autonome
	80 %	peut mener une activité normale, mais avec effort, symptômes ou signes mineurs, totalement autonome
Incapable de travailler, capable de vivre chez lui et d'assumer ses besoins personnels, une assistance variable est nécessaire	70 %	peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale, autonome mais à stimuler
	60 %	nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart des besoins, semi-autonome
	50 %	nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents, semi-autonome
	40 %	handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
Incapable de s'occuper de lui-même, nécessite des soins hospitaliers ou l'équivalent	30 %	sévèrement handicapé, dépendant
	20 %	très malade soutien actif, absence totale d'autonomie
	10 %	moribond, processus fatal progressant rapidement

Annexe 3

Mode de prise en charge principal US Pitié



**Mode de prise en charge principal
US St Louis**



Titre

Quelle est la qualité du contrôle de la douleur chez les patients adultes admis en HAD ?

Résumé

La prise en charge de la douleur est une priorité depuis le premier Plan Douleur en 1998. Actuellement, l'hospitalisation à domicile (HAD) connaît une forte progression résultant de choix de santé publique et d'une demande croissante des patients. Pourtant, aucune donnée n'existe sur l'efficacité de la prise en charge de la douleur dans cette population. Dans ce contexte, nous avons mené une étude prospective dont l'objectif était de mesurer le contrôle de la douleur chez les patients adultes admis en HAD, dans deux unités de soins de l'HAD de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Cent deux séjours ont été analysés entre septembre et décembre 2015, parmi eux, 76 ont été suivis pendant les quinze premiers jours du séjour. La douleur est présente à l'admission dans 31% des séjours, et pour 20% des séjours, la prescription d'antalgiques n'est pas applicable aux soins au domicile. Lorsque la douleur est absente à l'admission elle survient en moyenne 2,4 jours après l'admission, et le délai moyen d'intervention du prescripteur est de 4,3 jours après la survenue de la douleur. En conclusion, le contrôle de la douleur est encore insuffisant dans la population que nous avons étudiée. Une meilleure coordination entre le médecin généraliste et le médecin hospitalier afin de réduire la proportion de prescriptions non applicables au domicile ainsi qu'une visite systématique du médecin traitant au domicile dans les 48 heures suivant l'admission pourraient améliorer le contrôle de la douleur.

Mots clés

Gestion de la douleur, hospitalisation à domicile, analgésiques, étude prospective

Title

Pain management efficiency among home care adults patients

Abstract

Pain management has been a national priority since 1998 when the first « Plan Douleur » was released. For several years, homecare has faced a regular progression as an alternative to conventional hospitalisation, resulting from public health policies and patients demand. However, there are currently no data available on pain management efficiency among homecare patients. We conducted a prospective study to measure pain management efficiency among homecare patients in two homecare departments of Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. One hundred and two homecare stays were analysed between September and December 2015, among them 76 had a follow up of 15 days. On admission, pain is observed in 31% of the stays. In 20% of the stays, analgesic prescription is not appropriate for homecare. When pain is absent on admission, mean time to pain occurrence is 2.4 days after admission. Prescription changing regarding pain management occurs 4.3 days after pain onset. We conclude that pain management is insufficient among homecare patients. Better coordination with hospital doctors to reduce the proportion of inadequate homecare prescription and a general practitioner visit within 48 hours following homecare initiation could further improve pain management among homecare patients.

Keywords

Pain management, home care services, analgesics, prospective study

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06**