



HAL
open science

Prise en charge antalgique de la personne âgée en structure médicalisée : état des lieux en France

Laurent Richaud

► **To cite this version:**

Laurent Richaud. Prise en charge antalgique de la personne âgée en structure médicalisée : état des lieux en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02388956

HAL Id: dumas-02388956

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02388956>

Submitted on 2 Dec 2019

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.



**PRISE EN CHARGE ANTALGIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE EN
STRUCTURE MÉDICALISÉE : ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE**

T H È S E

**Présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

Le 16 Octobre 2019

Par Monsieur Laurent RICHAUD

Né le 21/05/1990 à Montpellier (34)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de Médecine Générale

Membres du jury de la Thèse :

Madame le Professeur MICALLEF Joelle

Présidente

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie

Directrice

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Assesseur

Madame le Docteur BELMELIANI Sonia

Assesseur



Faculté
de Médecine

Aix-Marseille Université

**PRISE EN CHARGE ANTALGIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE EN
STRUCTURE MÉDICALISÉE : ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE**

THÈSE

**Présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

Le 16 Octobre 2019

Par Monsieur Laurent RICHAUD

Né le 21/05/1990 à Montpellier (34)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de Médecine Générale

Membres du jury de la Thèse :

Madame le Professeur MICALLEF Joelle

Présidente

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie

Directrice

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Assesseur

Madame le Docteur BELMELIANI Sonia

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Assesseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAI RES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIEDLUND Danielle Surnombre</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINIZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

<i>ACHARD Vincent (disponibilité)</i>	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
<i>ANGELAKIS Emmanouil (dispo oct 2018)</i>	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
<i>ATLAN Catherine (disponibilité)</i>	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	VION-DURY Jean
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Héléne
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI - TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI - TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS et MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIÉS, MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOON-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU-PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE ;
MÉDECINE D'URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIÈNE HOSPITALIÈRE 4501

CHARREL Rémi (PU-PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIÈRE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoît (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOPHYSIQUE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNÉCOLOGIE MÉDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

CHIRURGIE GÉNÉRALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHI RURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGI QUE 5002

GUERIN Carole (MCU PH)

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CHI RURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERRROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHI RURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHI RURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHI RURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHI RURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIEDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRÉTELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIETNAMIEN ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
 BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i>	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIETILLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) <i>Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) <i>Surnombre</i> MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	PHILOSOPHIE 17
RANQUE Stéphane (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) MATHIEU Marion (MAST)
PEDIATRIE 5401	PHYSIOLOGIE 4402
ANDRE Nicolas (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) <i>(disponibilité)</i> DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH) RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)
PSYCHIATRIE D'ADULTES; ADDICTOLOGIE 4903	
BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)	
PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16	
AGHABABIAN Valérie (PR)	
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302	PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOITRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANUEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)	ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) CHARPIN Denis (PU-PH) <i>Surnombre</i> GREILLIER Laurent (PU-PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH) MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)
REANIMATION MEDICALE; MEDECINE URGENCE 4802	THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804
GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH) HRAIECH Sami (MCU-PH)	AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH) DAUMAS Aurélie (MCU-PH)
RHUMATOLOGIE 5001	UROLOGIE 5204
GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)	BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)

« Guérir parfois, soulager souvent, soigner toujours. »

Remerciements :

Aux membres du Jury :

A Madame le Professeur Micallef, de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury, ainsi que pour votre implication et votre regard sur ce projet. En espérant pouvoir collaborer à nouveau avec vous à l'avenir.

A Madame le Professeur Bonin-Guillaume, pour la confiance que vous avez placée en moi, et pour votre réassurance tout au long de ce travail dont vous avez accepté d'être la directrice.

A Monsieur le Professeur Gentile, pour votre implication dans l'enseignement de la médecine générale et votre travail auprès des étudiants

A Madame le Docteur Belmeliani, pour avoir accepté de faire partie de ce jury, et pour avoir été une présence incessamment bienveillante tout au long de mon passage au sein du SSR de Ste Marguerite. En tant que futur gériatre, tu es un exemple pour moi. Ta gentillesse et ton écoute auprès des patients n'ont d'égal que celle que tu as pour tes internes.

Aux personnes m'ayant aidé dans la réalisation de ce travail

A l'ensemble des médecins ayant fournis les données nécessaires à la réalisation de ce travail.

Un remerciement tout particulier à Thomas SOEIRO, dont l'implication dans ce travail fut capitale, et sans qui il n'aurait jamais pu être réalisé. J'espère pouvoir un jour t'apporter une aide arrivant à la cheville de celle que tu m'as donnée.

A ma famille

Avant toute chose, à mes parents, Michelle et Jean-Pierre. Je crois que nous ne sommes pas toujours très doués dans la famille quand il s'agit de partager nos sentiments, mais je vois ici une bonne occasion de le faire. Vous m'avez tout offert, et je ne pourrais jamais espérer vous en rendre assez. Vous êtes des parents formidables et des exemples pour moi. Je vous aime, Maman et Papa.

A mes frères, Olivier et Vincent. Presque mes deux autres papas. Merci d'avoir toujours été géniaux, d'avoir toujours voulu me faire découvrir de nouvelles choses, et de m'avoir toujours inclus. Vous aussi je vous aime, et je ne le dis pas assez souvent.

A mes beaux-parents, Isabelle et Jean-Paul, d'être des personnes aussi adorables et de m'avoir si gentiment accepté dans leur famille. Et merci de tant nous aider pour la maison.

Aux vieux amis

A Guillaume, mon ami de toujours. Même si la vie nous éloigne physiquement, et que l'on ne peut que rarement se parler, tu gardes une place capitale dans mon cœur et nos souvenirs d'enfants restent inébranlables. Je suis si heureux pour toi et le bonheur que tu t'es construit.

Aux amis du lycée, Damien, Aloïs, Arthur, Romain, Ludovic et Julien. A Thibault, qui continue de poursuivre des chimères aux quatre coins du globe. A Benjamin, et maintenant Kim, devenus indissociables, continuez d'être un conte de fée vivant.

A l'Ecole de Rugby du Pic St Loup, pour m'avoir offert l'amour de ce sport et une bande d'amis jamais oubliés.

A mes compagnons d'études (et amis)

A mes amis de P1, tout spécialement Nikita et FX. Pour avoir partagé, les cours, les places en amphis, les polys, les angoisses, les déceptions et les joies.

A tous mes co-externes Nîmois. Vous avez tous été des camarades géniaux et rendus ces études extraordinaires.

A l'ensemble de l'équipe du service de Gériatrie du CHU de Nîmes, pour avoir allumé une étincelle.

A Pierre-Alexis, pour être un type extraordinaire. Je ne sais toujours pas comment tu fais, ni où tu trouves l'énergie de faire tout ce que tu fais. Merci d'avoir été mon parrain.

A Nicolas d'avoir été mon deuxième parrain et de m'avoir fait découvrir les joies du tutorat.

A Aurélie, la plus sage des sage-femmes, la plus nîmoise des Nîmoises.

A Benoit, mein brüder, Arthur et Sofiène (la meilleure colocation de Nîmes). Soso, s'occuper du tutorat avec toi fut plus qu'un plaisir, ce fut un honneur.

A Charlotte, d'être une amie aussi géniale, douce et cultivée. Tu es une femme extraordinaire et tu mérites le meilleur. Avec un pack de bière et un bouquin, je t'ai logé trois semaines. Rajoute deux bouteilles de vins et je te loge dix ans.

A Thibault, Bastien et Tom, d'avoir été tout au long de l'externat des compagnons aussi exceptionnels. Merci pour les sous-colles, pour les blagues, pour l'Islande, pour les bières à l'Instant T. C'est une vraie tristesse de ne plus pouvoir vous voir autant.

A mes compagnon d'internat (et néanmoins amis !)

A Sara, d'avoir partagé les angoisses, la fatigues et les joies de notre premier semestre d'interne. Ce fut exceptionnel, merci d'avoir été là, et d'avoir partagé le bureau avec nos chefs (un peu) fous.

A l'ensemble du service de Gériatrie du CH Henri Duffaut en Avignon, pour leur humanité et leur travail qui n'ont fait que confirmer mon amour de cette spécialité.

A Sonia, Blandine, Benoît, Julien, Bastien et Quentin, d'avoir partagé mon semestre en médecine interne à la Timone. Ce fut probablement pour moi le stage le plus dur, mais grâce à vous aussi le plus extraordinaire, remplis de rires fatigués, de chansons débiles et d'IGG4. A défaut d'une raclette en juillet, je peux vous proposer un barbecue en décembre.

A Claire, Thomas et Anne pour la pédiatrie et la gynéco. Vous êtes géniaux. Merci pour les tests d'échographies abdominales.

A l'ensemble du service de Pédiatrie du CH Henri Duffaut, pour être aussi adorables et bienveillants.

A Julie et Sébastien, pour avoir étouffé dans le bureau du secteur 2 pendant 6 mois au SSR de Ste Marguerite avec moi. Vous avez été des co-internes géniaux. Vous donnez le meilleur de vous-même pour vos patients et je suis fier d'avoir travaillé avec vous.

A mes co-internes du service d'Urgence de l'Hôpital Nord de Marseille, Gaeliz, Gaby, Sabrina, Anne-So, Raphaël, Ariane, Timothée, Fabien, Alexis, Fanny, Antoine, Astrid, Florine, Aymeric, Camille, Julie, Rachel, Marion, Julien et Guillaume. Vous faites tous partie de ce qui rend ce stage super et c'est un bonheur de bosser avec vous.

A l'ensemble du service des Urgences de l'Hôpital Nord pour leur travail et leur encadrement.

A Andréa

Déjà pour toute l'aide que tu m'as apporté dans ce travail, les relectures, les corrections, les avis et les mises en pages. Je n'aurai jamais pu y arriver sans toi.

Mais surtout merci d'être mon soutien de chaque instant, de me donner tout ton amour et ton énergie que je ne mérite pas. Merci de me permettre de t'aimer. Merci de partager ma vie depuis quatre ans maintenant dans les joies, la fatigue, les mauvais et les bons moments. Merci pour ton regard, merci pour ton sourire, merci pour ta patience. Merci pour tout ce que tu m'apportes chaque jour.

Mon amour, ma régulière.

Je serai toujours là.

Je t'aime.

PS : taille 51, c'est bien ça ?

**PRISE EN CHARGE ANTALGIQUE DE LA
PERSONNE ÂGÉE EN STRUCTURE
MÉDICALISÉE : ÉTAT DES LIEUX EN
FRANCE**

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION	3
II - METHODE	4
III - RESULTATS	5
II.1 - DONNEES GENERALES SUR LA POPULATION (TAB. 1)	6
II.2 - DONNEES MEDICALES SUR LA POPULATION (TAB. 1)	6
II.3 - ÉVALUATION DE LA DOULEUR ET RETENTISSEMENT (TAB. 2)	8
II.4 - PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DE LA DOULEUR (TAB. 3)	11
II.5 - PRISE EN CHARGE NON-MEDICAMENTEUSE DE LA DOULEUR (TAB. 4)	13
III - DISCUSSION	14
III.1 - DESIGN DE L'ETUDE	14
III.2 - POPULATION	14
III.3 - ÉVALUATION DE LA DOULEUR	15
III.4 - PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES	16
III.5 - PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE	18
IV - CONCLUSION	19
V - BIBLIOGRAPHIE	20
VI - ANNEXES	23
VI.1 QUESTIONNAIRE ENQUETE PUGG 2018	23
VI.2 TOPOGRAPHIE DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE	36
VII - SERMENT D'HIPPOCRATE	37

I - Introduction

La prise en charge de la douleur est un enjeu de santé publique devenu capital dans la médecine moderne. Cette prise en charge est à la fois précise et variée de par la diversité des thérapeutiques envisageables.

Il est régulièrement convenu que les patients âgés, notamment dépendants ou présentant des troubles de la communication, sont insuffisamment pris en charge sur ce plan(1,2). Le système de santé Français comprend de nombreuses spécificités, notamment dans les différentes structures de prise en charge de ces patients. Du fait de la diversité au sein même de la population gériatrique tant d'un point de vue organisationnel que médical, la prise en charge antalgique chez la personne âgée s'avère être un sujet extrêmement vaste.

Pourtant, la consommation d'antalgiques de ces patients, et leur prise en charge thérapeutique dans leur ensemble n'a donné naissance qu'à un faible volume de littérature. Pour exemple, bien qu'il existe des conférences de consensus plus récentes(3), les dernières recommandations françaises sur ce sujet datent de l'an 2000(4).

On peut retrouver une littérature récente sur ce sujet dans les pays anglo-saxons(5-8), et en Europe du Nord(9-13), mais encore peu en France, et/ou souvent ne s'intéressant qu'à des populations d'assez faible volume(14).

Par cette étude nous avons fait un état des lieux sur la prise en charge antalgique des patients âgés en France et ce dans l'ensemble des différentes structures gériatriques médicalisées.

L'objectif est d'abord de vérifier si les pratiques correspondent aux recommandations de bonne pratique actuelles mais aussi de noter les différences potentielles selon les types de structure de prise en charge.

II – Méthode

La recherche bibliographique concernant ce sujet a été effectuée dans la base de données PubMed(15). En 2018, la société Française de gériatrie et gérontologie a lancé une étude descriptive transversale multicentrique réalisée de juillet à octobre(16).

Un questionnaire au format Google Form (Annexe.1) a été transmis aux gériatres ayant acceptés de participer dans différentes structures gériatriques (CSG, SSR, USLD et EHPAD). Tout patient ayant un traitement antalgique était éligible. Il était d'abord demandé de répondre à des questions concernant la structure elle-même (CSG, SSR, EHPAD ou USLD) et sa taille (nombre de patients au moment du remplissage du questionnaire). Les informations concernant le patient et ses prescriptions devaient être récupérées par l'intermédiaire des prescriptions et du plan de soin de la veille.

On récupérait ensuite des informations sur le terrain du patient, telles que le sexe, l'âge, l'index de Charlson, la présence ou non de troubles de la communication, et éventuellement si le patient était considéré comme relevant d'une prise en charge palliative. Les résultats concernant l'Index de Charlson ont été divisé en 3 catégories : les patients ne présentant que peu de comorbidités (index de 1 à 6 inclus), ceux présentant un nombre moyen de comorbidités (index de 7 à 10 inclus) et ceux présentant des comorbidités lourdes ou en grand nombre (index supérieur à 10)

Étaient ensuite recueillies les données cliniques concernant la douleur du patient: douleur aigue ou chronique, nociceptive, neuropathique ou mixte, l'éventuelle origine cancéreuse de la douleur, ainsi que l'échelle d'évaluation utilisée. Le questionnaire portait ensuite sur les prescriptions médicamenteuses antalgiques, avec les molécules concernées et leurs posologies.

Enfin la dernière partie du questionnaire portait sur l'éventuelle utilisation de moyens non médicamenteux et leur nature (ergothérapie, kinésithérapie, entretiens psychologiques, hypno-analgésie, musicothérapie...). Les questionnaires ont été recueillis de juillet à octobre 2018. Les données ont été rapportées dans le logiciel Microsoft Excel et traitées à l'aide du logiciel R.

III - Résultats

Au total 855 questionnaires ont été initialement recueillis dans toute la France (Fig.1).

Ont été exclus : 3 questionnaires présentant des erreurs de remplissage ainsi que 22 questionnaires dans lesquels les patients rapportés n'avaient aucune prescription antalgique. Les centres participants étaient répartis sur l'ensemble du territoire français.

Le taux de remplissage était globalement bon, cependant certaines variables avaient un taux de réponse moindre, notamment l'index de Charlson et les précisions concernant les thérapeutiques non médicamenteuses

Les variables qualitatives ont été décrites avec les effectifs et les pourcentages par modalités. Les comparaisons entre les types de structures ont été effectuées par le test du χ^2 d'homogénéité ou le test exact de Fisher. Les variables quantitatives ont été décrites avec la moyenne et l'écart-type. Les comparaisons entre les types de structures ont été effectuées par ANOVA. Le risque α a été fixé à 5 %. Les analyses statistiques ont été conduites avec R version 3.6.0(17)

II.1 – Données générales sur la population (Tab. 1)

Au total 830 patients ont été inclus, (235 en EHPAD, 213 en SSR, 246 en UGA et 136 en USLD). Le ratio homme/femme de la population totale était de 1 homme pour 2 femmes avec un âge moyen de 87 ans. Ce ratio passait à 1 homme pour 3 femmes en EHPAD avec un âge moyen de 87,3 ans. L'âge moyen en USLD était de 83,3 ans avec un écart type de 10,3 ans.

II.2 - Données médicales sur la population (tab. 1)

Au sein de la population totale, 78 % des patients présentaient au moins un trouble de la communication, 58% présentaient des troubles cognitifs, 19,3% une confusion et 15,9% un trouble du langage (dysarthrie ou aphasie séquellaire d'AVC). On relevait 2,2% de patients présentant des troubles psychiatriques limitant la communication, et 1% de limitation de communication du fait d'une surdité marquée.

Concernant l'index de Charlson, 40,5% des patients présentaient un index inférieur à 7, 43,1% présentaient un index entre 7 et 10 inclus et 6,3% entre 11 et 20. Cette donnée n'a pas été rapportée pour 82 patients, soit 9,9% des cas.

Sur la population totale, 10,1% des patients étaient considérés comme étant dans le cadre d'une prise en charge palliative. Ce chiffre s'élevait à 14,7% en USLD, 11,1% en EHPAD, 9,3% en UGA et 7% en SSR.

La durée de séjour des patients au moment du questionnaire était très variable selon les structures. Ainsi, En EHPAD 74,1% des patients étaient résidents depuis 1 an et plus, alors qu'en UGA 55,7% des patients étaient admis depuis moins d'une semaine

Tableau 1. Population de l'étude

	Total	EHPAD	SSR	UGA	USLD	p
Population	830	235	213	246	136	
Hommes-femmes n	267-563	52-183	76-137	87-159	52-84	0,001
Hommes-femmes %	32,2-67,8	22,1-77,9	35,7-64,3	35,4-64,6	38,2-61,8	0,001
Age moyen [écart type]	87 [7,85]	87,3 [7,69]	85,3 [7,36]	87,3 [6,10]	83,3 [10,31]	< 0,001
<u>Troubles de communication*</u>						
Troubles cognitifs n (%)	481 (58,0)	153 (65,1)	98 (46)	138 (56,1)	92 (67,6)	< 0,001
Confusion n (%)	160 (19,3)	29 (12,3)	22 (10,3)	64 (26)	45 (33,1)	< 0,001
Troubles du langage n (%)	132 (15,9)	50 (21,3)	8 (3,8)	32 (13)	42 (30,9)	< 0,001
Aucun trouble n (%)	266 (32,0)	62 (26,4)	99 (46,5)	73 (29,7)	32 (23,5)	< 0,001
<u>Indice de Charlson</u>						0,002
Charlson 0-6 n (%)	336 (40,5)	95 (40,5)	87 (40,8)	110 (45,5)	44 (32,3)	
Charlson 7-10 n (%)	358 (43,1)	92 (39,1)	76 (35,7)	113 (45,9)	77 (56,6)	
Charlson 11-20 n (%)	52 (6,3)	10 (4,3)	20 (9,4)	8 (3,3)	14 (10,3)	
Soins palliatifs n (%)	84 (10,1)	26 (11,1)	15 (7)	23 (9,3)	20 (14,7)	0,124
<u>Durée de séjour</u>						<0,001
0-7 jours n (%)	193 (23,3)	2 (0,9)	52 (24,4)	137 (55,7)	2 (1,5)	
8-30 jours n (%)	199 (24,0)	4 (1,7)	101 (47,4)	91 (37)	3 (2,2)	
30-180 jours n (%)	94 (11,3)	28 (11,9)	54 (25,4)	11 (4,5)	21 (15,4)	
181-365 n (%)	48 (5,8)	27 (11,5)	2 (0,9)	1 (0,4)	18 (13,2)	
>365 jours n (%)	168 (20,2)	174 (74,1)	1 (0,5)	2 (0,8)	91 (66,9)	

**plusieurs choix étaient possibles dans le questionnaire, donc l'effectif peut être supérieur à n et les pourcentages totaux peuvent être supérieurs à 100 %*

II.3 - Évaluation de la douleur et retentissement (Tab. 2)

Parmi les patients inclus, 32,4% se plaignaient de douleur aiguë. Cela concernait 67,9% des patients de court-séjour, 36,2 % des patients de SSR, 12,5% des patients d'USLD et 3,4% des patients d'EHPAD. Les douleurs chroniques concernaient 84,3% des patients d'EHPAD, 61,8% des patients d'USLD, 47,9% des patients de SSR et 23,2% des patients d'UGA. Les douleurs associées aux soins concernaient 17,6% des patients (majoritairement en USLD où ils représentaient 29,4% des patients rapportés), et les accès douloureux aigus concernaient 20,2 % des patients (17,4% en EHPAD, 12,2% en UGA, 29,4% en USLD et 26,8% en SSR).

Les patients souffraient majoritairement de douleurs nociceptives seules (73,4%). Seulement 2% présentaient des douleurs neuropathiques seules. Des douleurs mixtes ont été rapportées pour 24% des patients. (25,1% en EHPAD, 16% en SSR, 16,3% en UGA et 49,3% en USLD).

Les douleurs, qu'elles soient nociceptives, neuropathiques ou mixtes, étaient évaluées comme étant d'origine cancéreuse dans 5,4% des cas (0,8% en UGA, 4,7% en EHPAD, 8,1% en USLD et 9,9% en SSR).

Concernant l'évaluation de la douleur, les échelles d'auto-évaluations (Échelle Verbale Simple, Échelle Visuelle Analogique et Échelle Numérique) étaient les plus largement utilisées, soit dans 59,2% des cas. Les échelles d'hétéro-évaluations telles qu'Algoplus(18) étaient utilisées pour 17,5% des patients. Aucune échelle n'avait été utilisée dans 11,2% des cas (17% en EHPAD, 14,6% en UGA, 5,1% en USLD et 4,7% en SSR). D'autres échelles ont pu être utilisées de manière exceptionnelle, telle que l'échelle FLACC (9 cas).

Concernant les délais d'évaluation, sur l'ensemble de la population, 28,7% des patients avaient été évalués dans la semaine, 11,7% des patients entre une semaine et un mois, 12,6% de 1 à 6 mois, et 7,9% depuis plus de 6 mois. Les délais d'évaluations étaient variables selon les structures. Ainsi 17% des patients d'EHPAD avaient reçu une évaluation de leur douleur dans la semaine précédant le remplissage du questionnaire, cela fut également le cas pour 34,3% des patients de SSR, 35,8% des patients d'UGA et 27,2% des patients d'USLD. Les patients ayant reçu une évaluation entre 1 et 6 mois étaient recensés à 34,5% en EHPAD et 25,6% des patients n'avaient pas reçu d'évaluation depuis au moins 6 mois dans cette même structure dont 9,4% qui n'en avaient reçu aucune depuis plus d'un an.

Le retentissement de la douleur sur les patients se présentait de façon variable. On a noté que 40,7% de la population totale de l'étude ne présentait aucun retentissement (18,3% des patients d'EHPAD, c'était également le cas pour 61% des patients de SSR, 49,2% des patients d'UGA et 32,4% des patients d'USLD). Le retentissement s'exprimait par de l'agitation chez 20,5% des patients (31,1% en EHPAD, 8,5 % en SSR, 16,3% en UGA et 28,7% en USLD), une dépression dans 22,9% des cas (45,1% en EHPAD, 13,6% en SSR, 10,2% en UGA et 22,1% en USLD), voire un prostration dans 21,2% des cas (31,9% en EHPAD, 13,1% en SSR, 17,1% en UGA et 22,8% en USLD) ou un refus de soin pour 21,9% des patients (32,8% en EHPAD, 10,8% en SSR, 13,8% en UGA et 34,6% en USLD).

Tableau 2. Évaluation et retentissement de la douleur

	Total	EHPAD	SSR	UGA	USLD	p
Population n	830	235	213	246	136	
<u>Etiologie de la douleur*</u>						
Douleur nociceptive n (%)	610 (73.4)	167 (71,1)	174 (81,7)	203 (82,5)	66 (48,5)	<0,001
Douleur neuropathique n (%)	17 (2)	8 (3,4)	4 (1,9)	2 (0,8)	3 (2,2)	0,255
Douleur mixte n (%)	200 (24)	59 (25,1)	34 (16)	40 (16,3)	67 (49,3)	<0,001
<u>Echelle d'évaluation*</u>						
Echelle algoplus/doloplus n (%)	146 (17.5)	79 (33,6)	28 (13,1)	39 (15,8)	86 (63,3)	
Echelle EVA/EVS/EN n (%)	492 (59.2)	114 (48,6)	175 (82,2)	161 (65,4)	42 (30,9)	
Aucune échelle n (%)	93 (11,2)	40 (17)	10 (4,7)	36 (14,6)	7 (5,1)	
<u>Type de douleur*</u>						
Douleurs chroniques n (%)	441 (53.1)	198 (84,3)	102 (47,9)	57 (23,2)	84 (61,8)	<0,001
Douleur associée aux soins n (%)	146 (17.6)	40 (17)	34 (16)	32 (13)	40 (29,4)	0,001
Accès douloureux aigus n (%)	168 (20.2)	41 (17,4)	57 (26,8)	30 (12,2)	40 (29,4)	<0,001
Douleur aiguë n (%)	269 (32.4)	8 (3,4)	77 (36,2)	167 (67,9)	17(12,5)	<0,001
Douleur d'origine cancéreuse n (%)	45 (5.4)	11 (4,7)	21 (9,9)	2 (0,8)	11 (8,1)	<0,001
<u>Retentissement de la douleur*</u>						
Agitation n (%)	170 (20.5)	73 (31,1)	18 (8,5)	40 (16,3)	39 (28,7)	<0,001
Dépression n (%)	190 (22.9)	106 (45,1)	29 (13,6)	25 (10,2)	30 (22,1)	<0,001
Prostration n (%)	176 (21.2)	75 (31,9)	28 (13,1)	42 (17,1)	31 (22,8)	<0,001
Refus de soin n (%)	181 (21.9)	77 (32,8)	23 (10,8)	34 (13,8)	47 (34,6)	<0,001
Aucun n (%)	338 (40.7)	43 (18,3)	130 (61)	121 (49,2)	44 (32,4)	<0,001
<u>Dernière évaluation de la douleur</u>						
1 à 7 jours n (%)	238 (28.7)	40 (17)	73 (34,3)	88 (35,8)	37 (27,2)	<0,001
8 à 30 jours n (%)	97 (11.7)	38 (16,2)	14 (6,6)	4 (1,6)	41 (30,1)	<0,001
31 à 180 jours n (%)	105 (12.6)	81 (34,5)	2 (0,9)	2 (0,8)	20 (14,7)	<0,001
181 à 365 jours n (%)	42 (5)	38 (16,2)	0 (0)	0 (0)	4 (2,9)	<0,001
>365 jours n (%)	24 (2.9)	22 (9,4)	0 (0)	0 (0)	2 (1,4)	<0,001

**plusieurs choix étaient possibles dans le questionnaire, donc l'effectif peut être supérieur à n et les pourcentages totaux peuvent être supérieurs à 100 %*

II.4 - Prise en charge médicamenteuse de la douleur (Tab. 3)

Le paracétamol était utilisé pour 94,3% des patients. Dans la moitié des cas il s'agissait d'une prescription continue. Le nefopam était utilisé dans 3,4% des cas, principalement en USLD (10,3% des patients) et en UGA (4,1%). Un traitement par Meopa concernait 1,6% et 3,5% ont reçu un antalgique local (patch de lidocaïne ou de capsaïcine).

Les AINS étaient utilisées pour 2,7% des patients au total, dont 1,8% sous forme topique. Les corticoïdes étaient utilisés dans 4,7% des cas (3,4% en EHPAD, 4,7% en SSR, 4,5% en UGA et 7,4% en USLD)

Un traitement par palier 2 a été administré à 18,4% des patients, (14,9% en EHPAD, 31,9% en SSR, 14,2% en UGA et 11% en USLD). Le médicament le plus utilisé dans cette catégorie était le tramadol (10,7% de la population totale ; 6,8% en EHPAD, 19,2% en SSR, 8,5% en UGA et 8,1% en USLD), suivi par la poudre d'opium (Lamaline ® et Izalgy ® : 6,6% des patients) puis par la codéine (1,2% des patients).

Les médicaments de palier 3, étaient prescrits à 23,6% des patients (20% en EHPAD, 13,1% en SSR, 34,1% en UGA et 27,2% en USLD). La morphine était utilisée pour 13,2% des patients (8,5% des patients en EHPAD, 8,5% en SSR, 24,8% en UGA et 8,1% en USLD). L'oxycodone était utilisée pour 7,8% des patients, et l'hydromorphone pour un seul patient de la population totale (0,1%). Le citrate de fentanyl a été utilisé pour 4 patients, soit 0,4% de la population totale. Le fentanyl sous forme transdermique était prescrit à 7,5% des patients (14% en EHPAD, 4,2% en SSR, 0,4% en UGA et 14% en USLD)

Concernant les autres traitements antalgiques, les antidépresseurs étaient prescrits à 10,1% des patients (12,8% en EHPAD, 8,9% en SSR, 6,9% en UGA et 13,2% en USLD). Ils étaient également prescrits à visée non antalgique à 30,5% des patients (33,6% en EHPAD, 23% en SSR, 27,6% en UGA et 41,9% en USLD). Un traitement antiépileptique à visée antalgique a été administré à 7,5% des patients (6,8% en EHPAD, 3,8% en SSR, 7,3% en UGA et 14,7% en USLD). Seulement 1% des patients ont reçu un traitement normothymique dans un but antalgique, et 2,3% l'ont reçu sans un but autre (1,3% en EHPAD, 0,9% en SSR, 3,3% en UGA et 4,4% en USLD).

En tout, 60,3% des patients recevaient un traitement psychotrope sans but antalgique (54,5% en EHPAD, 62% en SSR, 58,1% en UGA et 72,1% en USLD). Il s'agissait principalement d'anxiolytiques (41,7% des patients au total ; 34% en EHPAD, 46,5% en SSR, 39,8% en UGA et 50,7% en USLD) et d'antidépresseurs. Les médicaments hypnotiques étaient prescrits à 19,9%

des patients. Un traitement antipsychotique a été prescrit pour 12% des patients (15,7% en EHPAD, 10,8% en SSR, 8,9% en UGA et 12,5% en USLD)

Tableau 3. Prise en charge médicamenteuse

	Total	EHPAD	SSR	UGA	USLD	p
Population	830	235	213	246	136	
Paracetamol n (%)	738 (94.3)	221 (94)	206 (96,7)	236 (95,9)	120 (88,2)	0,004
Nefopam n (%)	28 (3.4)	2 (0,9)	2 (0,9)	10 (4,1)	14 (10,3)	<0,001
AINS n (%)	22 (2.7)	3 (1,3)	13 (6,1)	4 (1,6)	2 (1,5)	0,011
Corticoïdes n (%)	39 (4.7)	8 (3,4)	10 (4,7)	11 (4,5)	10 (7,4)	0,405
Tramadol n (%)	89 (10.7)	16 (6,8)	41 (19,2)	21 (8,5)	11 (8,1)	<0,001
Codeine n (%)	10 (1.2)	3 (1,3)	2 (0,9)	5 (2)	0 (0)	0,414
Opium n (%)	55 (6.6)	16 (6,8)	25 (11,7)	10 (4,1)	4 (2,9)	0,002
Morphine n (%)	110 (13.2)	20 (8,5)	18 (8,5)	61 (24,8)	11 (8,1)	<0,001
Oxycodone n (%)	65 (7.8)	16 (6,8)	8 (3,8)	24 (9,8)	17 (12,5)	0,014
Hydromorphone n (%)	1 (0.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,7)	0,163
Fentanyl transdermique n (%)	62 (7.5)	33 (14)	9 (4,2)	1 (0,4)	19 (14)	<0,001
Citrate de fentanyl n (%)	4 (0.5)	3 (1,3)	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)	0,176
Antalgiques antidépresseur n (%)	84 (10.1)	30 (12,8)	19 (8,9)	17 (6,9)	18 (13,2)	0,094
Antalgiques antiépileptique n (%)	62 (7.5)	16 (6,8)	8 (3,8)	18 (7,3)	20 (14,7)	0,002
Antalgique normothymique n (%)	8 (1)	1 (0,4)	2 (0,9)	3 (1,2)	2 (1,5)	0,761
<u>Non antalgiques*</u>						
Antidépresseur n (%)	253 (30.5)	79 (33,6)	49 (23)	68 (27,6)	57 (41,9)	0,001
Anxiolytique n (%)	346 (41.7)	80 (34)	99 (46,5)	98 (39,8)	69 (50,7)	0,176
Normothymiques n (%)	19 (2.3)	3 (1,3)	2 (0,9)	8 (3,3)	6 (4,4)	0,151
Hypnotiques n (%)	165 (19.9)	36 (15,3)	60 (28,2)	41 (16,7)	28 (20,6)	0,004
Antipsychotiques n (%)	99 (12)	37 (15,7)	23 (10,8)	22 (8,9)	17 (12,5)	0,027

**plusieurs choix étaient possibles dans le questionnaire, donc l'effectif peut être supérieur à n et les pourcentages totaux peuvent être supérieurs à 100 %*

II.5 - Prise en charge non-médicamenteuse de la douleur (Tab. 4)

Sur la population étudiée, 27,5%, soit 228 patients, ont bénéficié de moyens antalgiques non médicamenteux. Cela représentait 17,4% des patients en EHPAD, 13,4% des patients en court-séjour, 41,9% des patients en USLD et 45,4% des patients en SSR. L'hypnose était utilisée pour 0,8% des patients, l'ergothérapie pour 6,2% (1,3% en EHPAD, 3,3% en SSR, 4,5% en UGA et 22,8% en USLD), la psychothérapie pour 6,6% et l'art-thérapie pour 1,3% des patients.

Le moyen non médicamenteux le plus utilisé était la kinésithérapie, dont bénéficiaient 20,7% des patients (15,7% en EHPAD, 39,4% en SSR, 8,9% en UGA et 21,3% en USLD). Parmi les différentes techniques de kinésithérapie, étaient principalement utilisés les massages (16,5% de la population totale), et dans une moindre mesure des techniques telles que la thermothérapie (2%) et le TENS (2,6% de la population totale). Le taux de réponse concernant l'utilisation ou non de moyen non médicamenteux était satisfaisant, mais celui-ci devenait nettement plus faible pour préciser de quel moyen il s'agissait (40,6% des questionnaires ne répondaient pas à cette question).

Tableau 4. Prise en charge non-médicamenteuse

	Total	EHPAD	SSR	UGA	USLD	p
Population	830	235	213	246	136	
Non médicamenteux n (%)	228 (27.5)	41 (17,4)	97 (45,5)	33 (13,4)	57 (41,9)	
Hypnose n (%)	7 (0.8)	1 (0,4)	0 (0)	3 (1,2)	3 (2,2)	0,024
Psychothérapie n (%)	55 (6.6)	6 (2,6)	33 (15,5)	5 (2)	11 (8,1)	0,037
Ergothérapie n (%)	52 (6.2)	3 (1,3)	7 (3,3)	11 (4,5)	31 (22,8)	<0,001
Art-thérapie n (%)	11 (1.3)	2 (0,9)	4 (1,9)	1 (0,4)	4 (2,9)	0,919
<u>Kinesithérapie n (%)*</u>	172 (20.7)	37 (15,7)	84 (39,4)	22 (8,9)	29 (21,3)	<0,001
- Thermotherapie n (%)	17 (2)	1 (0,4)	8 (3,8)	7 (2,8)	1 (0,7)	
- Tens n (%)	22 (2.6)	15 (6,4)	5 (2,3)	0 (0)	2 (1,5)	
- Massage n (%)	137 (16.5)	34 (14,5)	81 (38)	11 (4,5)	11 (8,1)	
- Autre n (%)	38 (4.6)	5 (2,1)	9 (4,2)	4 (1,6)	20 (14,7)	

**plusieurs choix étaient possibles dans le questionnaire, donc l'effectif peut être supérieur à n et les pourcentages totaux peuvent être supérieurs à 100 %*

III - Discussion

III.1 - Design de l'étude

Le fait de procéder à une étude multicentrique dans différentes structures gériatriques à l'échelle nationale nous a permis de conserver une population homogène et représentative. Nous avons pu récupérer dans le même temps de nombreuses données cliniques et pharmacologiques concernant les patients, ce qui n'avait pas pu être fait à cette échelle jusqu'alors.

Au final, il s'agit à ce jour d'une des études les plus complètes et les plus représentatives de la population gériatrique faite en France

Cependant, cette étude rétrospective transversale, de par sa nature même, ne porte qu'un faible niveau de preuve. On doit rappeler qu'elle présente également un biais de déclaration non négligeable. Les dossiers patients rapportés étaient choisis par les médecins des établissements participants, et non pas rapportés systématiquement dans leur totalité. Ils ne représentent donc qu'un échantillon choisis par les praticiens de chacune de ces structures. Et de plus une autre limite venait des dossiers eux-mêmes, et surtout de leur bonne tenue.

Dans tous les cas, cette étude a pu permettre d'obtenir un instantané de la prise en charge des patients dans les structures gériatriques.

III.2 – Population

La population au sein des différentes structures se répartie de façon attendue avec notamment une plus grande part de femmes. On remarque aussi un âge moyen plus élevé pour les patients d'EHPAD (87,3 ans), par rapport, surtout, aux patients d'USLD (83,3 ans). Cela s'explique par le caractère plus lourd d'un point de vue médical des patients d'USLD qui présentent aussi plus de comorbidités, comme le montrait l'index de Charlson en moyenne supérieur en USLD par rapport aux EHPAD.

Le nombre de patients rapportés par structure s'avère également cohérent avec notamment moins de patients rapportés par les USLD, structures devenues plus rares en France(19,20).

On remarque aussi la prévalence moins importante de troubles de la communication dans les SSR. Cela est plutôt attendu compte tenu des objectifs de soin de ces structures axés sur la réadaptation. Les patients présentant peu ou pas de troubles de la communication ayant de meilleures perspectives de participation à la rééducation.

Enfin, les temps de séjour s'avèrent généralement cohérents avec les types de structures. Plus de la moitié des patients d'UGA y étaient depuis moins d'une semaine, et près de 93% depuis moins d'un mois, tandis que 47,4% des patients de SSR y étaient hospitalisés entre une semaine et un mois, et que la très large majorité des patients d'EHPAD et USLD y résidaient depuis au moins 6 mois.

III.3 - Évaluation de la douleur

Concernant les différents types de douleur rapportés, on remarque une nettement plus forte proportion de douleurs neuropathiques en USLD (51,5% contre 28,5% en EHPAD, 17,9% en SSR et 17,1% en court-séjour), compatible encore une fois avec les patients éligibles à ce type de structure, plus lourds médicalement.

On peut constater que les délais depuis la dernière évaluation de la douleur peuvent s'avérer anormalement longs dans certaines structures. C'est principalement le cas en EHPAD, où moins de la moitié des patients ont bénéficié d'une évaluation de leur douleur dans le mois précédant le questionnaire. Toujours en EHPAD plus du quart des résidents n'avaient pas été évalués depuis plus de 6 mois. Même si on peut admettre que les résidents d'EHPAD, souvent plus stables sur le plan clinique, nécessitent éventuellement une moins grande fréquence d'évaluation, de tels délais paraissent anormalement longs. Il est recommandé que tout patient douloureux soit évalué régulièrement(21), mais sans intervalle de temps précisé cependant. De tels délais entre les évaluations nous amènent à poser la question des moyens matériels et humains au sein de ce type de structure, et de se demander s'ils permettent une évaluation régulière de tous les patients(22). On note que d'après notre étude, près des $\frac{3}{4}$ des patients d'EHPAD présentent au moins un trouble de la communication et ne sont donc pas forcément en mesure d'exprimer spontanément et clairement leur douleur. Le taux de réponse concernant cette question s'avérait plutôt faible pour les SSR et les UGA, la rendant difficilement évaluable ici.

En outre on peut mettre en avant que les échelles d'évaluation utilisées dans l'ensemble des structures s'avèrent souvent inadaptées, avec l'utilisation largement majoritaire

d'échelles d'autoévaluation telles que l'EVA, l'EVS ou l'EN (59,2% des cas), tandis que les échelles d'hétéro évaluation telles qu'Algoplus n'étaient utilisées que dans 17,5% des cas. Là encore, ces chiffres ne sont pas adaptés aux troubles de communications présentés par les patients, pour qui il faudrait donc utiliser de manière beaucoup plus large des échelles d'hétéro évaluation(23). L'utilisation même d'une échelle ne se faisait pas dans 11,2% des cas, notamment en EHPAD (17%), mais aussi en UGA (14,6%). On doit encore une fois se poser la question des moyens humains. En effet, une échelle d'autoévaluation est toujours plus rapidement et plus facilement faite qu'une échelle d'hétéro évaluation.

Deux questions se posent suite à ce constat : celle de la formation des équipes à l'utilisation d'échelles adaptées en fonction du patient ; Mais aussi la question de la bonne tenue du dossier patient où les données de cette étude ont été recueillies.

Enfin, il a été rapporté que la douleur n'avait pas de retentissement pour plus de la moitié des patients de SSR et d'UGA. On peut émettre l'hypothèse que d'éventuels signes de retentissement de la douleur ont pu être considérés comme des signes cliniques d'autres pathologies chroniques ou aiguës présentées par le patient.

III.4 - Prescriptions médicamenteuses

Le paracétamol est d'utilisation très largement répandu dans l'ensemble des structures, et de loin le médicament le plus utilisé dans la prise en charge de la douleur, ce qui correspond aux tendances des études françaises précédentes dans ce domaines(14,24), voire légèrement supérieur aux autres pays européens(12). Son utilisation se fait dans la majorité des cas dans les posologies indiquées chez la personne âgée. Dans de rares instances, il était prescrit à dose trop élevé, soit seul, soit du fait d'association avec des traitements de palier 2. Par exemple : 3g de paracétamol par jour et 1 g d'Ixprim® (association de paracétamol et tramadol). Cette utilisation s'explique de par la facilité d'accès de ce traitement, ses nombreuses formes galéniques et son faible nombre de contre-indications, y compris chez la personne âgée où l'adaptation de dose est simple.

On constate que le Nefopam et les AINS ne sont utilisés que dans de rares instances, ce qui montre globalement un bon respect de leur non-indication théorique chez la personne de plus de 75 ans. On remarque aussi que la plus grande part de l'utilisation des AINS se fait sous forme topique.

Les médicaments dérivés de l'opium, type tramadol, poudre d'opium et codéine, que ce soit seuls ou en association avec le paracétamol sont régulièrement utilisés. Cela est acceptable chez les patients âgés pour qui ces traitements sont indiqués à doses adaptées(3).

Le tramadol reste la molécule de choix dans cette catégorie. On peut également remarquer que ces traitements n'étaient jamais utilisés en même temps que des traitements morphiniques de palier 3, ce qui respecte les recommandations concernant ces molécules(25).

Concernant les médicaments morphiniques forts, ou de palier 3, on peut constater que leur utilisation se fait plus fréquemment en UGA et USLD, ce qu'on peut attendre dans des structures prenant en charge des pathologies aiguës ou chroniques souvent lourdes. Cependant on peut remarquer que leur utilisation s'avère non négligeable dans les autres structures, notamment en EHPAD où un cinquième des patients reçoivent un traitement morphinique. Cette fréquence d'utilisation en EHPAD s'explique par une bien plus grande utilisation des patchs de fentanyl en comparaison des autres structures. En effet, parmi les patients d'EHPAD recevant un traitement par palier 3, deux tiers d'entre eux reçoivent un patch de fentanyl. Bien qu'on puisse argumenter que les patients d'EHPAD y résident sur de longues périodes et que leurs traitements ont pu être titrés et stabilisés, une telle utilisation de patch de fentanyl amène à se poser à nouveau la question des moyens de prise en charge en EHPAD. On rappelle que la majorité des EHPAD n'emploient pas d'IDE la nuit et uniquement des aides-soignants. Or les traitements de palier 3 ne peuvent être administrés que par des IDE. On peut donc émettre l'hypothèse que les patchs de fentanyl, ne nécessitant qu'une application quotidienne sont sur prescrits en EHPAD pour des raisons de convenances de d'administration.

Par ailleurs, on remarque également que l'utilisation de paliers 3 se fait chez un plus grand nombre de patients que ceux présentant une douleur d'origine cancéreuse ou en soins palliatifs, ce qui nous permet de rappeler que ces traitements ne sont pas l'apanage de ces situations, mais peuvent bien être prescrits dans toute situation de douleur. Cela fait l'objet d'un consensus reconnu(25) mais encore souvent oublié. A l'inverse, on retrouve une extrêmement faible fréquence d'utilisation du citrate de fentanyl comparé aux accès douloureux aigus et aux douleurs d'origine cancéreuse. Son indication reste aujourd'hui encore limitée aux douleurs cancéreuses aigus(26), mais il semblerait qu'il soit encore en sous-utilisation, même dans ces indications.

Enfin, les traitements psychotropes à visée antalgiques étaient relativement peu répandus, notamment par rapport au nombre de patient présentant des douleurs neuropathiques(27). A l'inverse, les psychotropes, et surtout les anxiolytiques, étaient souvent prescrits, mais sans visée antalgiques.

III.5 - Prise en charge non médicamenteuse

Les moyens non médicamenteux sont utilisés chez un quart des patients, ce qui semble peu. On note également que les structures y recourant le plus sont les USLD et les SSR. Cependant même dans ces structures moins de la moitié des patients bénéficient de prise en charge antalgique non médicamenteuse. En EHPAD, moins d'un patient sur cinq en bénéficie. Pourtant, l'efficacité de ce type de traitement, permettant a pu être démontrée dans de précédentes études(28)

La nature exacte de ces moyens est peu précisée (faible taux de réponse). Le moyen le plus souvent rapporté est la kinésithérapie. Les autres moyens, tels que l'hypnose, l'ergothérapie et l'art-thérapie sont très peu utilisés.

Un si faible taux d'utilisation de ces moyens nous amène à rappeler qu'ils ne sont accessibles qu'à conditions d'employer des professionnels formés en nombre suffisants. Ceux-ci peuvent être difficiles à trouver et la mise en place de ce type de prise en charge dans de nombreuses structures peut s'avérer décourageante. D'autant plus que ces professionnels représentent un coût non négligeable pour des structures ayant souvent un souci de rentabilité et d'adaptation des budgets. On pourrait discuter de la possibilité de former d'autres professionnels déjà présents dans ces structures, mais cela pourrait amener un glissement de tâche provoquant une surcharge de travail chez des personnes souvent déjà très sollicitées(29).

IV – Conclusion

Cette étude se sera avéré être une des première à s'intéresser à la prise en charge antalgique des patients âgés en France à si grande échelle. Elle nous aura permis de faire un état des lieux des pratiques et mettre en avant des tendances de prise en charge différentes selon les structures.

Au total les recommandations de bonnes pratiques concernant les prescriptions antalgiques des personnes âgées sont suivies de manière satisfaisante toutes structures confondues, hormis en ce qui concerne l'évaluation de la douleur et l'utilisation de moyens non médicamenteux ou il semblerait que des améliorations soient encore possible..

Il ressort de cette étude deux constats concernant l'organisation des structures gériatriques médicalisées en France : l'importance des USLD qui accueillent des patients médicalement complexes, du fait très dépendants et selon une prise en charge spécifique. Et également un problème de moyens notamment humains alloués aux structures gériatriques, en particulier les EHPAD dans lesquels on retrouve des stratégies d'adaptation au manque de personnel.

Il serait intéressant de développer l'utilisation de moyens non médicamenteux pour étoffer la prise en charge globale et pluridisciplinaire que demande le patient gériatrique, d'autant plus que ce type de prise en charge permet de diminuer l'utilisation de médicaments.

Enfin, cette étude a permis de mettre en avant des hypothèses pouvant servir de pistes de réflexions sur lesquels axer de futures études dans le but de continuer d'améliorer la prise en charge gériatrique. De plus, les données récupérées dans cette étude pourront également être étudiées plus en profondeur et donner naissance à d'autres travaux plus spécifiques.

V – Bibliographie

1. Bauer U, Pitzer S, Schreier MM, Osterbrink J, Alzner R, Iglseider B. Pain treatment for nursing home residents differs according to cognitive state – a cross-sectional study. *BMC Geriatr* [Internet]. 17 juin 2016 [cité 1 sept 2019];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4912815/>
2. Closs SJ, Barr B, Briggs M. Cognitive status and analgesic provision in nursing home residents. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* déc 2004;54(509):919-21.
3. Masson E. Consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie : utilisation des antalgiques dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée (hors anesthésie) [Internet]. EM-Consulte. [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/1178803/article/consensus-multidisciplinaire-d-experts-en-douleur->
4. Haute Autorité de Santé - Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale [Internet]. [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272123/fr/evaluation-et-prise-en-charge-therapeutique-de-la-douleur-chez-les-personnes-agees-ayant-des-troubles-de-la-communication-verbale
5. Guthrie B, McCowan C, Davey P, Simpson CR, Dreischulte T, Barnett K. High risk prescribing in primary care patients particularly vulnerable to adverse drug events: cross sectional population database analysis in Scottish general practice. *BMJ.* 21 juin 2011;342:d3514.
6. Gisev N, Larance B, Cama E, Nielsen S, Roxburgh A, Bruno R, et al. A nationwide study of the extent and factors associated with fentanyl use in Australia. *Res Soc Adm Pharm.* 1 mars 2018;14(3):303-8.
7. Degenhardt L, Gisev N, Cama E, Nielsen S, Larance B, Bruno R. The extent and correlates of community-based pharmaceutical opioid utilisation in Australia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2016;25(5):521-38.
8. Steinman MA, Komaiko KDR, Fung KZ, Ritchie CS. Use of Opioids and Other Analgesics by Older Adults in the United States, 1999–2010. *Pain Med Malden Mass.* févr 2015;16(2):319-27.
9. Samuelsen P-J, Svendsen K, Wilsgaard T, Stubhaug A, Nielsen CS, Eggen AE. Persistent analgesic use and the association with chronic pain and other risk factors in the population—a longitudinal study from the Tromsø Study and the Norwegian Prescription Database. *Eur J Clin Pharmacol.* 1 août 2016;72(8):977-85.
10. Pitkala KH, Juola A-L, Hosia H, Teramura-Gronblad M, Soini H, Savikko N, et al. Eight-Year Trends in the Use of Opioids, Other Analgesics, and Psychotropic Medications Among Institutionalized Older People in Finland. *J Am Med Dir Assoc.* 1 nov 2015;16(11):973-8.
11. Hoffmann F, Schmiemann G. Pain medication in German nursing homes: a whole lot of metamizole. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2016;25(6):646-51.
12. Wastesson JW, Martikainen JE, Zoëga H, Schmidt M, Karlstad Ø, Pottegård A. Trends in Use of Paracetamol in the Nordic Countries. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2018;123(3):301-7.
13. Damsgård E, Solgård H, Johannessen K, Wennevold K, Kvarstein G, Pettersen G, et al. Understanding Pain and Pain Management in Elderly Nursing Home Patients Applying an

- Interprofessional Learning Activity in Health Care Students: A Norwegian Pilot Study. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses*. 2018;19(5):516-24.
14. Clot-Faybesse P, Bertin-Hugault F, Blochet C, Denormandie P, Rat P, Hay P-E, et al. Analgesic consumption in nursing homes: observational study about 99 nursing homes. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2017;15(1):25-34.
 15. pubmeddev. Home - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
 16. Enquête PUGG 2018 : étude des traitements antalgiques en structures gériatriques – SFGG [Internet]. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). 2018 [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: <https://sfgg.org/actualites/enquete-pugg-2018-etude-des-traitements-antalgiques-en-structures-geriatriques/>
 17. R: The R Project for Statistical Computing [Internet]. [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.r-project.org/>
 18. echelle-algoplus_.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/echelle/echelle-algoplus_.pdf
 19. er689.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er689.pdf>
 20. Le nombre d'USLD a fortement diminué entre 2007 et 2011 - maisons-de-retraite.fr [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.maisons-de-retraite.fr/Actualites/Actualites-generales/Le-nombre-d-USLD-a-fortement-diminue-entre-2007-et-2011>
 21. douleur_chronique_recommandations.pdf [Internet]. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf
 22. Économie — La Drees note un recul tendanciel des dépenses des Ehpad... - HOSPIMEDIA [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20190910-economie-la-drees-note-un- recul-tendanciel-des>
 23. ipaqss_20090730_fiche_trd.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Fiche-IPAQSS-2016/ipaqss_20090730_fiche_trd.pdf
 24. Chev e H, Marinthe A-C, Lelong-Boulouard V, Lescure P, Guillaum e C. Status report of analgesic prescriptions by general practitioners in elderly people aged 75 and over, upon admission in geriatric medicine. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 juin 2018;16(2):133-44.
 25. recos_opioides_forts_sfetd_version_longue.compressed.pdf [Internet]. [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: [http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos_opioides_forts_sfetd_version_lo
ngue.compressed.pdf](http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos_opioides_forts_sfetd_version_longue.compressed.pdf)
 26. Poulain P, Michenot N, Ammar D, Delorme C, Delorme T, Diquet B, et al. Mise au point sur l'utilisation du fentanyl transmuqueux chez le patient pr esentant des douleurs d'origine cancéreuse. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*.  evr 2012;13(1):34-9.
 27. Stomp r M, Grodzicki T, Stomp r T, Wordliczek J, Dubiel M, Kurowska I. Prevalence of Chronic Pain, Particularly with Neuropathic Component, and Its Effect on Overall Functioning of Elderly Patients. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res*. 12 avr 2019;25:2695-701.

28. Ardigo S, Herrmann FR, Moret V, Déramé L, Giannelli S, Gold G, et al. Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study. *BMC Geriatr.* 15 janv 2016;16:14.
29. dd05.pdf [Internet]. [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

VI – annexes

VI.1 Questionnaire enquête PUGG 2018

06/07/2018

ENQUÊTE PUGG 2018 - les antalgiques

ENQUÊTE PUGG 2018 - les antalgiques

Chers amis gériatres,

Cette nouvelle enquête PUGG porte cette année sur les traitements antalgiques dans les différentes structures gériatriques.

La douleur du sujet âgé est un symptôme fréquent qui reste encore sous diagnostiqué mais surtout « maltraité » en particulier chez les sujets ayant des troubles de la communication verbale. Il s'agit, grâce à cette enquête de connaître les pratiques gériatriques, en situation réelle.

Voici les instructions :

- les données à noter sont celles de la veille de votre réponse à cette enquête
- remplissez un formulaire pour chaque patient à qui des antalgiques ont été prescrits (en bas du formulaire cliquez sur "Ajouter un patient")

Merci du temps que vous consacrerez à cette enquête.

Amicalement,

Sylvie Bonin-Guillaume, Françoise Capriz et Yves Passadori

*Required

1. Email address *

La structure

2. Dans quelle structure exercez-vous ? *

Mark only one oval.

- UGA (Unité gériatrique aigüe)
- SSR (Soins de suite et réadaptation)
- USLD (Unités de soins de longue durée)
- EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

3. Combien de patients / résidents séjournent dans votre structure (au jour d'aujourd'hui) ? *

Le patient

Merci de répondre patient par patient (il vous suffira en fin de formulaire de cliquer sur "ajouter un patient").

4. Code patient : *

5. Est-il : *

Mark only one oval.

- Un homme
- Une femme

6. Son âge : *

7. Sa date d'entrée dans la structure : *

Example: 15 December 2012

8. Notez l'index de comorbidité de Charlson après l'avoir calculé en vous rendant sur ce site :

<http://www.rdqif.org/calculateurs/pages/charlson/charlson.html>

9. Quels troubles de la communication présente-t-il ? *

Tick all that apply.

- Troubles cognitifs
 Confusion
 Troubles du langage
 Aucun
 Other: _____

10. Motifs de prescription antalgique :

Tick all that apply.

- Douleur algûe
 Accès douloureux algûs transitoires (ADT)
 Douleur induite par les soins
 Douleur chronique

11. Présente-t-il une douleur d'origine cancéreuse ?

Mark only one oval.

- Oui
 Non

12. Est-il en soins palliatifs ? *

Mark only one oval.

- Oui
 Non

13. Son type de douleur : *

Mark only one oval.

- Nociceptive
 Neuropathique
 Mixte (nociceptive + neuropathique)
 Other: _____

14. Retentissement comportemental :

Tick all that apply.

- Dépression
- Prostration / repli
- Agitation
- Refus des soins / opposition
- Aucun
- Other: _____

15. Quand la dernière évaluation douleur a-t-elle été réalisée (tracée dans le dossier médical) ?

*

Example: 15 December 2012

16. Quelles échelles ont été utilisées ? *

Mark only one oval.

- EVA
- EN
- EVS
- Algoplus
- Doloplus
- Aucune
- Other: _____

Traitements antalgiques**17. Un traitement antalgique était-il bien présent sur le dossier du patient la veille de l'enquête ? ***

Mark only one oval.

- Oui
- Non Skip to question 83.

Les traitements antalgiques (palier 1)

Palier 1 (douleurs légères à modérées)

Paracétamol**18. Prescription de Paracétamol ?**

Mark only one oval.

- Non Skip to question 23.
- Oui

Prescription de Paracétamol**19. Si vous la connaissez : date d'introduction de Paracétamol**

Example: 15 December 2012

20. Prescription de Paracétamol

Mark only one oval.

- PO
- Injectable
- Suppositoire

21. Prescription de Paracétamol

Mark only one oval.

- Continu
- Si besoin

22. Quelle posologie journalière ?

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)**23. Prescription AINS ?**

Mark only one oval.

- Oui
- Non Skip to question 27.

Prescription d'Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)**24. Si vous la connaissez : date d'introduction d'AINS**

Example: 15 December 2012

25. Prescription d'AINS

Mark only one oval.

- PO
- Injectable
- Transdermique (crème, gel, emplâtre)

26. Prescription d'AINS :

Mark only one oval.

- Continu
- Si besoin

27. Posologie journalière :

Corticothérapie

28. Prescription de Corticothérapie ?

Mark only one oval.

- Oui
- Non Skip to question 32.

Prescription de Corticothérapie

29. Si vous la connaissez : date d'introduction de Corticothérapie

Example: 15 December 2012

30. Prescription de corticothérapie

Mark only one oval.

- PO
- Injectable
- Transdermique (crème, pommade)

31. Prescription de corticothérapie :

Mark only one oval.

- Continu
- Si besoin

32. Posologie journalière :

NEFOPAM (Acupan)

33. Prescription de NEFOPAM ?

Mark only one oval.

- Oui
- Non Skip to "Les traitements antalgiques (paller 2)."

Prescription de NEFOPAM (Acupan)

34. Si vous la connaissez : date d'introduction de Nefopam

Example: 15 December 2012

35. Prescription de Nefopam

Mark only one oval.

- Injectable
- Orale

36. Prescription de Nefopam :

Mark only one oval.

- Continu
- Si besoin

37. Posologie journalière :

Les traitements antalgiques (palier 2)

Palier 2 (douleurs modérées à sévères)

Tramadol

38. Prescription de Tramadol ?

Mark only one oval.

- Oui
- Non Skip to question 42.

Prescription de Tramadol ?

39. Si vous la connaissez : date d'introduction de Tramadol

Example: 15 December 2012

40. Prescription de Tramadol

Mark only one oval.

- PO Libération Immédiate
- PO Libération prolongée
- PO Association fixe avec Paracétamol
- Injectable

41. Prescription de Tramadol :

Mark only one oval.

- Continu
- Si besoin

42. Posologie journalière :

Codéine

43. Prescription de Codéine ?

Mark only one oval.

- Oui
- Non Skip to question 47.

Prescription de Codéine

44. Si vous la connaissez : date d'introduction de Codéine

Example: 15 December 2012

45. Prescription de Codéine :

Mark only one oval.

- Continu
- Si besoin

46. Prescription de Codéine

Mark only one oval.

- PO Libération prolongée
- PO Association fixe avec Paracétamol

47. Posologie journalière :

Poudre d'Opium**48. Prescription de l'association fixe Poudre d'Opium / Paracétamol (Lamaline®,Izalgi®)**

Mark only one oval.

- Oui
- Non

Prescription de l'association fixe Poudre d'Opium / Paracétamol (Lamaline®,Izalgi®)**49. Si vous la connaissez : date d'introduction de l'association fixe Poudre d'Opium / Paracétamol**

Example: 15 December 2012

50. Prescription de l'association fixe Poudre d'Opium / Paracétamol (forme)

Mark only one oval.

- Oui
- Non

51. Prescription association fixe Poudre d'Opium / Paracétamol

Mark only one oval.

- PO Association fixe avec avec paracétamol
- Suppositoire Association fixe avec paracétamol

52. Prescription de l'association fixe Poudre d'Opium / Paracétamol :

Mark only one oval.

- Continu
- Si besoin

53. Posologie journalière :

Les traitements antalgiques (palier 3)

Paller 3 (douleurs Intenses)

Morphine

54. Prescription de morphiniques ?

Mark only one oval.

- Oui
- Non Skip to question 58.

Prescription de Morphine ?

55. Si vous la connaissez : date d'introduction de morphine ?

Example: 15 December 2012

56. Prescription de morphine (sulfate ou chlorhydrate) :

Mark only one oval.

- PO Libération Immédiate
- PO Libération prolongée
- Injectable

57. Prescription de morphine :

Mark only one oval.

- Continu
- Si besoin

58. Posologie journalière :

Fentanyl transdermique

59. Prescription de Fentanyl ?

Mark only one oval.

- Oui
- Non Skip to question 62.

Prescription de Fentanyl

60. Si vous la connaissez : date d'introduction de Fentanyl

Example: 15 December 2012

61. Prescription de Fentanyl :

Mark only one oval.

- Continu
- Si besoin

62. Posologie journalière :

Oxycodone

63. Prescription d'Oxycodone ?

Mark only one oval.

- Oui
- Non Skip to question 67.

Prescription d'Oxycodone

64. Si vous la connaissez : date d'introduction d'Oxycodone

Example: 15 December 2012

65. Prescription d'Oxycodone

Mark only one oval.

- PO Libération Immédiate
- PO Libération prolongée
- Injectable

66. Prescription d'Oxycodone :

Mark only one oval.

- Continu
- Si besoin

67. Posologie journalière :

Hydromorphone

68. Prescription d'Hydromorphone

Mark only one oval.

- Oui
- Non Skip to question 71.

Prescription d'Hydromorphone

69. Si vous la connaissez : date d'introduction d'Hydromorphone

Example: 15 December 2012

70. Prescription d'Hydromorphone :

Mark only one oval.

- Continu
- Si besoin

71. Posologie journalière :

Citrates de Fentanyl trans-muqueux

72. Prescription de citrates de Fentanyl trans-muqueux ?

Mark only one oval.

- Oui
- Non Skip to question 77.

Prescription de citrates de Fentanyl trans-muqueux

73. Si vous la connaissez : date d'introduction de Citrates de Fentanyl trans-muqueux

Example: 15 December 2012

74. Prescription de Citrates de Fentanyl trans-muqueux (forme)

Mark only one oval.

- Sublingual
- Gingival
- Intranasal

75. Prescription de Citrates de Fentanyl trans-muqueux

Mark only one oval.

- Continu
- Si besoin

76. Prescription de Citrates de Fentanyl trans-muqueux : nombre de prises par jour

77. Posologie journalière :

Autres traitements à visée antalgique

78. Antidépresseurs

Mark only one oval.

- Oui
- Non

79. Antiépileptiques

Mark only one oval.

- Oui
- Non

80. Normo-thymiques (Carbamazépine...)

Mark only one oval.

- Oui
 Non

81. Anesthésiques locaux (patch, spray, crème...)

Mark only one oval.

- Oui
 Non

82. MEOPA

Mark only one oval.

- Oui
 Non

83. Autres (lesquels ?) :

Traitement par psychotropes (hors traitement à visée antalgique)**84. Prescription d'un traitement par psychotropes (hors traitement à visée antalgique) ?**

Mark only one oval.

- Oui
 Non Skip to question 89.

Prescription d'un traitement par psychotropes (hors traitement à visée antalgique) ?**85. Antidépresseurs**

Mark only one oval.

- Oui
 Non

86. Anxiolytiques, Benzodiazépiniques et apparentés

Mark only one oval.

- Oui
 Non

87. Hypnotiques

Mark only one oval.

- Oui
 Non

88. Normo-thymiques

Mark only one oval.

- Oui
 Non

89. Antipsychotiques

Mark only one oval.

- Oui
 Non

Thérapies non médicamenteuses à des fins antalgiques**90. Prescription de thérapies non médicamenteuses à des fins antalgiques ?**

Mark only one oval.

- Oui
 Non Skip to question 97.

Prescription de thérapies non médicamenteuses à des fins antalgiques**91. Hypno-analgésie**

Mark only one oval.

- Oui
 Non

92. Psychothérapie/sophrologie

Mark only one oval.

- Oui
 Non

93. Ergothérapie

Mark only one oval.

- Oui
 Non

94. Kinésithérapie antalgique

Mark only one oval.

- Oui
 Non

95. Kinésithérapie antalgique (si oui)

Tick all that apply.

- Thermothérapie / cryothérapie
- TENS
- Massages
- Autre
- NSP

96. Musicothérapie, art-thérapie

Mark only one oval.

- Oui
- Non

97. Autres (lesquels)


Nouveau patient

98. Avez-vous un autre patient sous antalgiques ? *

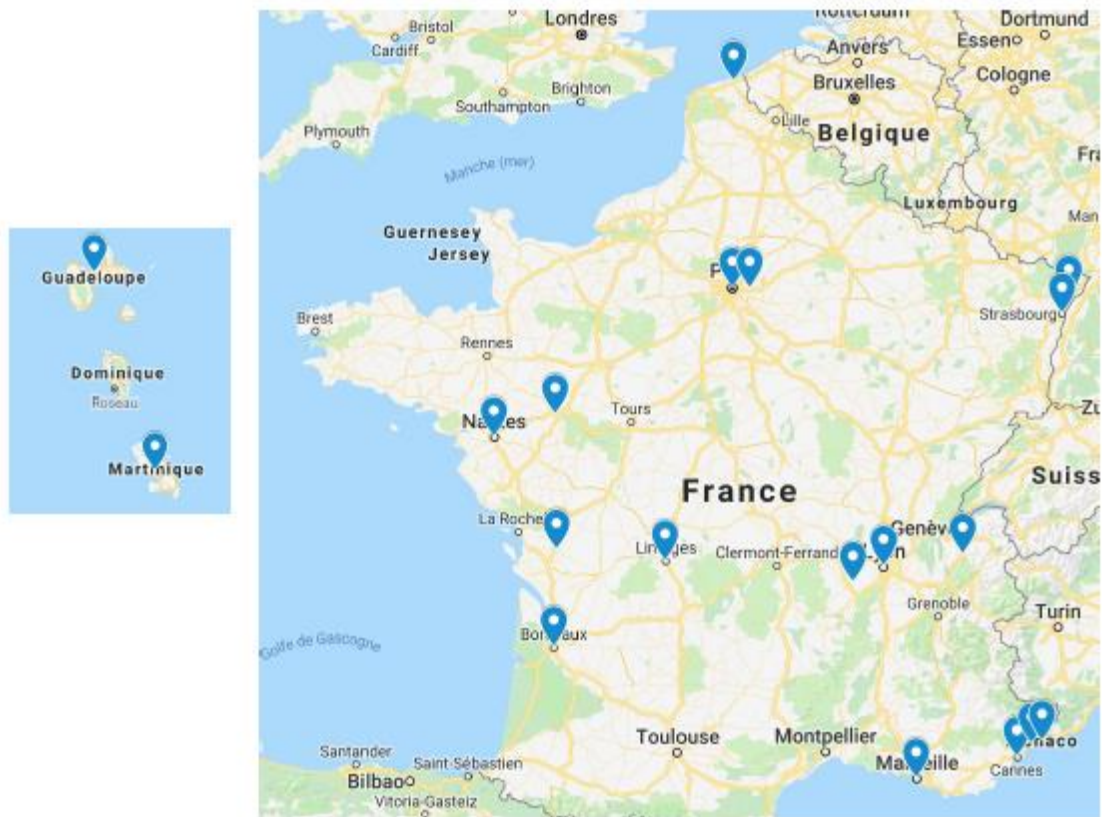
Mark only one oval.

- Oui
- Non Stop filling out this form.

- Send me a copy of my responses.

Powered by
 Google Forms

VI.2 Topographie des réponses au questionnaire



VII – serment d’Hippocrate

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.



Résumé

Introduction

La prise en charge de la douleur est un enjeu devenu capital en médecine mais la consommation d'antalgiques, malgré les particularités de prescriptions liées à l'âge et aux comorbidités, reste encore peu étudiée chez la personne âgée. Pour exemple, les dernières recommandations françaises concernant ce sujet datent de l'an 2000. Ainsi, il a paru utile de réaliser une enquête nationale afin d'évaluer les pratiques de prescriptions d'antalgiques chez ces patients.

Méthode

En 2018, la société Française de gériatrie et gérontologie a lancé une étude descriptive transversale multicentrique réalisée de juin à octobre. Un questionnaire était transmis aux gériatres ayant acceptés de participer dans différentes structures gériatriques (UGA, SSR, USLD et EHPAD). Tout patient ayant un traitement antalgique était éligible. Les données cliniques étaient recueillies sur le dossier patient (troubles de la communication, index de Charlson, retentissement de la douleur sur le comportement du patient, échelle d'évaluation utilisée...).

Résultats

830 patients purent être inclus, répartis de façon relativement équivalente entre les différents types de structures (235 en EHPAD, 213 en SSR, 246 en UGA et 136 en USLD) avec un âge moyen de 87 ans et une proportion de 2 femmes pour 1 homme ; 69% présentaient des troubles de la communication verbale, notamment des troubles cognitifs ; 53% souffraient de douleurs chroniques, 73% souffraient de douleurs nociceptives seules. 5,3% des douleurs étaient rapportées comme dues à un cancer, et 10% des patients étaient considérés comme étant en soins palliatifs. 91,6% des patients prenaient du paracétamol ; 10 % du tramadol, et de 6% de l'opium. 13% prenaient de la morphine, 8% de l'oxycodone et 7% du fentanyl en patch. 27,4% des patients bénéficiaient de prise en charge non médicamenteuse, majoritairement de kinésithérapie.

Discussion

Les posologies étaient presque systématiquement adaptées à la gériatrie. On notait des tendances de prescription en fonction du type de structure concernant les opioïdes, par exemple pour le fentanyl, prescrit à 33 patients en EHPAD, contre un seul patient en court-séjour, ou pour la morphine, prescrite à 3 fois plus de patient en CSG qu'en EHPAD. Les taux de patient étiquetés « soins palliatifs », ou présentant des douleurs d'origine cancéreuse étaient faibles comparés à la proportion de morphiniques prescrits. Une portion non négligeable de patients (plus de 10%) n'étaient pas évalués sur le plan de la douleur par une échelle, et plus de la moitié l'étaient à l'aide d'une échelle non adaptée aux personnes âgées présentant des troubles de communications (qui représentaient près de 70% de notre population).

Conclusion

Cette étude, bien que comportant de nombreuses limites, permet de mettre en avant des tendances de prises en charge différentes selon les types de structures pouvant amener à des hypothèses portant notamment sur les contraintes organisationnelles inhérentes à chacune, et qu'il sera nécessaire d'explorer par d'autres travaux.

Mots Clés : antalgiques, douleur, gériatrie, EHPAD, personnes âgées