



HAL
open science

Évaluation de l'utilisation d'une pompe à morphine type
“ Patient-Controlled Analgesia ” chez le patient âgé
douloureux, présentant un trouble cognitif, en situation
palliative, résidant en établissement d'hébergement pour
personnes âgées dépendantes : étude descriptive auprès
des médecins coordonnateurs des hospitalisations à
domicile de Nouvelle-Aquitaine en 2018

Caroline Gauthier

► To cite this version:

Caroline Gauthier. Évaluation de l'utilisation d'une pompe à morphine type “ Patient-Controlled Analgesia ” chez le patient âgé douloureux, présentant un trouble cognitif, en situation palliative, résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : étude descriptive auprès des médecins coordonnateurs des hospitalisations à domicile de Nouvelle-Aquitaine en 2018. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02499796

HAL Id: dumas-02499796

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02499796>

Submitted on 5 Mar 2020

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.

Université de Bordeaux
U.F.R. des sciences médicales

Année 2019

Thèse n°101

Thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine

présentée et soutenue publiquement le 10 juillet 2019

par Caroline Gauthier

née le 8 mars 1988

**Évaluation de l'utilisation d'une pompe à morphine type
« Patient-Controlled Analgesia » chez le patient âgé douloureux,
présentant un trouble cognitif, en situation palliative, résidant en
établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.**

Étude descriptive auprès des médecins coordonnateurs des hospitalisations à domicile de Nouvelle-Aquitaine en 2018.

Directeur de thèse

Madame le Docteur Julie Pouget

Jury

| | |
|---|--------------------|
| Madame le Professeur Nathalie Salles | Président |
| Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph | Rapporteur |
| Monsieur le Docteur Philippe Castera | Juge |
| Monsieur le Docteur Vincent Hernandez | Juge |
| Madame le Docteur Julie Pouget | Directeur de thèse |

« Un grand pouvoir implique de grandes responsabilités. »

Benjamin Parker

Remerciements

A Madame le Professeur Nathalie Salles,

Gériatre

Professeur des universités à l'université de Bordeaux

Praticien hospitalier au CHU de Bordeaux

Chef du pôle de gérontologie clinique du CHU de Bordeaux

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail. Je vous prie d'accepter l'expression de mon profond respect et le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph,

Médecin généraliste

Professeur des universités de médecine générale à l'université de Bordeaux

Directeur du département de médecine générale du CHU de Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Philippe Castera,

Médecin généraliste

Professeur associé des universités de médecine générale à l'université de Bordeaux

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Recevez ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Vincent Hernandez,

Anesthésiste-réanimateur

Médecin coordonnateur de l'HAD de la MSP de Bordeaux-Bagatelle

Merci de me faire l'amitié de participer à ce jury et d'y avoir apporté ton expérience. Vois dans cette thèse toute ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Julie Pouget,

Médecin de soins palliatifs

Médecin coordonnateur du pôle de soins palliatifs de la MSP de Bordeaux-Bagatelle

Les mots me manquent pour te dire à quel point je te suis reconnaissante de m'avoir guidée et encouragée dans ce travail fastidieux qu'est la thèse. Merci d'avoir partagé ton savoir, ta rigueur et de m'avoir soutenue.

Ton amitié m'est précieuse. Je ne serais pas là où j'en suis sans toi.

Sois certaine de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux personnes qui ont contribué à ma formation, en particulier :

Au Dr Odile Streith de m'avoir reçue lors de mon premier stage en ambulatoire alors que je n'étais encore qu'externe et de m'avoir transmis le goût de la médecine générale.

Aux médecins et toute l'équipe des urgences de Bergerac pour m'avoir accompagnée dans mes premiers pas d'interne, mes premières gardes, mes premières frayeurs, mes premiers MCR ;

Au Dr Carine Courtault et l'équipe de médecine interne de MDM de m'avoir encadrée malgré les circonstances ;

Aux Dr Laurence Priqueler, Nadège Bacheré, Diana Koussa, Ingrid Prins et Sanaa Naji et l'équipe du service de pédiatrie de MDM pour m'avoir initiée aux joies de la pédiatrie ;

Aux Dr Anne Contis, Emmanuel Ribeiro pour votre rigueur universitaire et votre gentillesse à toute épreuve ;

Au Dr Xavier Saint-Genez de m'avoir si bien accueillie, initiée à la pratique de la médecine générale dans tous ses aspects et égayé mes journées sur fond de salsa ;

Aux Dr Marc Pages, Amandine Boisson, Olivier Bonidan pour m'avoir appris entre autre, à infiltrer des genoux sans douleur !

A mes pairs et collègues, le service de gériatrie, les LISP et l'HAD de la MSPB, l'équipe Garonne, merci de m'avoir soutenue et encouragée.

aux Dr Bénédicte Garnery, Dr Emmanuelle Reich Pain, Dr Stéphanie Hé, Dr Elise Chartier, merci de m'avoir accompagnée, supportée et témoignée votre sympathie.

A ma famille,

A mes parents, merci de m'avoir soutenue toutes ces années, de votre confiance indéfectible et de votre amour inconditionnel. Vous êtes de super parents, nul doute que vous serez de merveilleux grands-parents !

A Philippe, mon mari, tu es mon pilier, mon phare.

A mes frères, mes tantes, mes oncles et mes cousines pour votre soutien à distance.

To my family in the Philippines, for your generosity and your kindness. You'll always be in my heart.

A mes beaux-parents, de m'avoir accueillie dans votre famille.

Aux cousins, Dominique et Michel, merci de nous recevoir aussi généreusement.

A mes amis,

A Alain, merci de me gratifier de ton amitié et particulièrement de m'avoir épaulé durant cette période éprouvante. Tu sais que tu pourras toujours compter sur moi pour t'informer des bons plans sur La Redoute.

A mes amies de Fac, Pauline, Amandine, Laurène, nous avons fait nos premiers pas en médecine ensemble. Je suis comblée de l'amitié que vous me témoignez depuis toutes ces années et j'espère sincèrement que cela durera encore longtemps.

A Priscilla et Pauline, d'avoir cru en moi et de partager la passion des bonnes choses.

A Charlotte et Alex, pour votre soutien sans faille. Que la vie vous apporte le meilleur (et c'est déjà bien parti avec le petit Adam).

A la team « Salsa », Bowie, JD, Yannick, Flo, Chrispo, Moha, pour votre sens du rythme et de la répartie !

A Masaka et son épouse, d'être des vraies amies.

A Alissa, de me faire profiter de ton talent !

A Sarah et Hélène, nos mouclades resteront mémorables. Vive l'île de Ré !

A Mustapha, pour avoir partagé non pas un mais deux semestre avec moi !

A Sabri, d'avoir la patience de répondre à mes nombreuses questions de cardio !

A ceux qui ont croisé ma route durant l'internat,

A mes co-internes Bergeracois, Nico, Isa, Marion, Mona, Claire, Mathilde, Fabien, Benoit, Thomas pour ce premier semestre en Dordogne qui n'aurait pas été le même sans vous.

A Marion et Clément, belles rencontres montoises.

A Clémence, Adrian et Cécile pour ce dernier semestre ensoleillé à Agen.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Abréviations | 8 |
| Introduction | 9 |
| PARTIE I | 12 |
| 1) Description de la population résidant en EHPAD | 12 |
| 1.1) Description des pathologies présentes chez les résidents..... | 12 |
| 1.2) Les soins palliatifs en EHPAD | 13 |
| 1.3) La douleur en EHPAD, un symptôme omniprésent, une évaluation complexe | 14 |
| 2) Définition du concept de PCA et description de son utilisation | 17 |
| 2.1) Introduction de la PCA..... | 17 |
| 2.2) Présentation du matériel, modalités de prescription et de surveillance | 17 |
| 2.3) Indications et contre-indications à la PCA | 19 |
| 2.4) Alternatives pratiques à la PCA | 20 |
| 3) Présentation de l'HAD | 22 |
| 3.1) Description du fonctionnement de l'HAD..... | 22 |
| 3.2) Rôle et place des intervenants médicaux en HAD et des paramédicaux dans l'administration des bolus de morphine | 23 |
| 3.3) L'HAD en Nouvelle-Aquitaine | 26 |
| PARTIE II | 28 |
| 1) Etude | 28 |
| 2) Matériel et méthodes | 28 |
| 3) Résultats..... | 30 |
| 3.1) Répartition des participants sur le territoire de la Nouvelle-Aquitaine..... | 30 |
| 3.2) Fréquence d'utilisation de la PCA de morphine | 31 |
| 3.3) Modalités et déterminants de la prescription de la PCA de morphine..... | 33 |
| 3.4) Administration des bolus de morphine | 38 |
| 3.5) Formation des intervenants | 40 |
| 3.6) Procédure relative à l'utilisation de la PCA..... | 45 |
| 4) Discussion..... | 46 |
| 4.1) Intérêts..... | 46 |
| 4.2) Limites de l'étude | 46 |
| 4.3) Discussion..... | 47 |
| 5) Conclusion..... | 56 |
| Bibliographie : | 58 |
| Annexes :..... | 62 |

| | |
|----------------------------|----|
| Résumé | 79 |
| Serment d'Hippocrate | 81 |

Abréviations

- AACA : analgésie contrôlée par un agent autorisé
- ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- ASPMN : American society for pain management nursing
- AVC : accident vasculaire cérébral
- CAPALLIATIF : cellule d'animation régionale des soins palliatifs
- CH : centre hospitalier
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- ECPA : échelle comportementale pour personnes âgées
- EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées
- EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EMSP : équipe mobile de soins palliatifs
- FNEHAD : Fédération nationale des établissements d'HAD
- HAD : hospitalisation à domicile
- MARPA : maisons d'accueil rurales pour personnes âgées
- NCA : Nurse-Controlled Analgesia
- PAACO : Plateforme Aquitaine d'aide à la communication
- PAP : prescription anticipée personnalisée
- PCA : Patient-Controlled Analgesia
- PUI : pharmacie à usage intérieur
- SFAP : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

Introduction

En France, la population tend à vieillir. Cette tendance n'échappe pas aux établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Parmi les EHPA, on différencie les hébergements pour personnes âgées autonomes (les maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA), les logements foyers, les résidences services), les hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), lesquels sont médicalisés(1). Plus de 80 % des résidents de ces établissements vivent en EHPAD(2).

Selon l'enquête EHPA réalisée en 2015 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), la population en institution est plus nombreuse et plus âgée. L'âge moyen est de 85 ans et 8 mois. De même, les résidents très âgés y sont plus nombreux. La proportion de personnes âgées de 90 ans ou plus parmi les résidents en institution représente 35 %. De manière générale, les EHPAD accueillent les résidents les plus âgés. La moitié des résidents des EHPAD ont 88 ans ou plus et seuls 18 % ont moins de 80 ans(2).

D'autre part, l'admission s'y fait plus tardivement. La moitié d'entre eux a plus de 87 ans lors de l'admission. Les mesures de politiques publiques encourageant le maintien des personnes âgées au domicile en sont en partie responsables. Cela reflète aussi le vieillissement de la population générale mais également l'arrivée des générations du « baby boom » vers le grand âge(2).

Enfin, les personnes âgées entrent en institution à des niveaux de dépendance plus élevés qu'auparavant, 83 % d'entre elles présentent une perte d'autonomie. Cette dépendance traduit l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et/ou graves dont les maladies neurodégénératives(3).

De par ces comorbidités, elles se retrouvent en situation palliative et la douleur devient un symptôme fréquent. Il est estimé que près de 90 % des personnes âgées vivant en institution souffrent de douleur chronique(4). Or, l'évaluation de la douleur chez les sujets présentant une atteinte cognitive est complexe. En conséquence, la douleur est souvent sous-évaluée et sous traitée(4,5). Pour autant, cette population fragile a le droit à une analgésie efficace. Cette condition est sous-tendue par la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016(6), qui fait de l'analgésie en soins palliatifs une priorité. « Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager

sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée. »(7).

Le premier obstacle est donc de repérer la douleur chez des personnes qui ne sont plus aptes à s'exprimer clairement. Cela passe par une formation adéquate du personnel soignant dans les EHPAD, que ce soit les infirmières, les aides-soignantes ou les aides médico-psychologiques(5).

Le deuxième écueil concerne la méthode antalgique. La médecine dispose d'un panel d'antalgiques large, selon le type de douleur, l'intensité et les voies d'abord disponibles(4). En soins primaires, 98 % des médecins généralistes ont recours aux morphiniques lorsque les antalgiques de paliers 1 et 2 ne sont plus efficaces. Les voies d'abord les plus utilisées sont la forme transcutanée (85 %) et la forme per os (78 %). En seconde intention, sont utilisées les formes intraveineuse/sous-cutané (29 %), sublinguale (20 %) et transmuqueuse (20 %)(8).

Un modèle dit Patient-Controlled Analgesia (PCA) est fréquemment utilisé en soins palliatifs. Ce système permet au patient de s'auto-administrer, au moyen d'une pompe et d'un bouton presseur, des doses de morphine, par voie sous-cutanée ou intraveineuse, en fonction de la douleur ressentie.

L'utilisation d'un tel procédé est possible en soins primaires mais souvent jugée trop laborieuse à mettre en place par les médecins traitants, en raison d'un manque de temps ou de pratique. Son emploi est de fait peu courant sans le soutien d'une hospitalisation à domicile (HAD)(8).

En effet, l'HAD à vocation à intervenir dans les situations complexes, comme les situations palliatives. La prise en charge par l'HAD se fait sur le lieu de vie des patients, en l'occurrence l'EHPAD pour les personnes y résidant. De plus, leur intervention en EHPAD se justifie par une double complexité : technique et médicale. L'expérience du personnel de l'HAD dans l'utilisation de la PCA en fait un allié de choix pour le médecin traitant, pouvant se sentir démuni lorsque l'emploi d'un tel procédé devient nécessaire(8).

Durant mon exercice en tant que médecin généraliste remplaçant au sein d'une HAD, j'ai rencontré à plusieurs reprises l'utilisation de pompe à morphine type PCA chez des patients âgés résidant en EHPAD, présentant des troubles cognitifs, en situation palliative et douloureux. Cette pratique m'a interpellé car les recommandations d'utilisation de la PCA suggèrent une compréhension de la méthode de la part du patient, ce qui n'est pas le cas chez les patients présentant des troubles cognitifs. D'autre part, cette pratique pose la question de l'administrateur des bolus de morphine, puisque le patient n'est pas en mesure de le faire. Cette interrogation se pose en journée mais aussi et surtout la nuit. Seuls 14 % des EHPAD en France sont pourvus d'infirmières la nuit(9). Pour la grande majorité des établissements, des aides-soignantes sont présentes la nuit mais leur légitimité, notamment au regard de la législation quant à administrer de la morphine à un patient, ne semble pas bien établie.

Devant ce constat, j'ai réalisé des recherches et je me suis aperçue que la littérature était pauvre à ce sujet. Une pratique proche existe néanmoins en pédiatrie sous le modèle de Nurse-Controlled Analgesia (NCA), lors de laquelle les parents sont amenés à administrer des bolus de morphine à leur enfant.

L'utilisation de PCA, ou à plus juste titre de NCA, chez les patients âgés douloureux présentant des troubles cognitifs en EHPAD, reste peu étudiée. Cette pratique interroge pourtant les modalités de réalisation puisqu'il n'existe pas de référentiel.

L'objectif de cette étude est de faire un premier état des lieux de l'utilisation de la PCA chez les personnes âgées douloureuses, présentant un trouble cognitif, en situation palliative, résidant en EHPAD. Le terme de PCA est volontairement utilisé car plus connu et employé par les praticiens que celui de NCA. La retombée escomptée de ce travail est de comprendre les motivations de cette pratique et de définir s'il s'agit d'une pratique à la marge. Dans le cas contraire, ce travail permettra d'ouvrir la réflexion sur des modalités d'utilisation commune de la PCA chez cette population.

PARTIE I

1) Description de la population résidant en EHPAD

1.1) Description des pathologies présentes chez les résidents

D'après l'enquête EHPA, menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2015 et parue en juillet 2017, les résidents sont plus âgés et plus dépendants et ce dès leur admission(10). L'âge moyen des résidents en EHPAD est de 85 ans et 8 mois et la médiane est de 86 ans et 11 mois. La proportion de personnes âgées de 90 ans ou plus a augmentée et représente 35 %(2).

Avec le recul de l'âge, l'apparition des maladies est croissante. De fait, une majorité de personnes âgées vivant en EHPAD se retrouvent atteintes de plusieurs pathologies(3). Une étude descriptive des pathologies touchant les résidents des EHPAD a été menée sur le territoire français en 2006 par la DREES.

Selon cette étude, parmi les personnes âgées en institution, 85 % présentent une affection neuropsychiatrique. Il s'agit dans les deux tiers des cas d'états anxio-dépressifs ou de syndromes démentiels dont la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Les autres affections neuropsychiatriques recensées sont les troubles du comportement dans 28 % des cas, les syndromes confusionnels dans 15 % des cas. Les accidents vasculaires cérébraux représentent une proportion de 15 %.

Les maladies cardiovasculaires touchent les trois quarts des résidents. L'hypertension artérielle y est largement représentée avec 47 % des cas. Les autres affections cardiovasculaires mentionnées sont les insuffisances cardiaques dans 29 % des cas, les coronaropathies et les troubles du rythme qui représentent environ un quart des cas chacun.

La moitié des résidents présente par ailleurs au moins une affection ostéo-articulaire, surtout les femmes, avec une atteinte préférentielle au niveau du rachis et des hanches.

Par ailleurs, un tiers des personnes âgées vivant en institution présentent des affections uro-néphrologiques, avec une incontinence urinaire dans un tiers des cas et gastroentérologiques, dont 10 % de dénutrition.

Enfin, environ 10 % des résidents souffrent de cancers et d'hémopathies malignes, de diabète et de troubles sensoriels.

La plupart des résidents sont poly-pathologiques et reçoivent une poly-médication. En moyenne, on dénombre sept pathologies diagnostiquées. Ils consomment en moyenne 6,4 médicaments par jour, ce nombre atteignant 7,4 pour les personnes atteintes d'au moins huit pathologies(3).

1.2) Les soins palliatifs en EHPAD

Le modèle sociétal a évolué. Dans les années 1970, la maison de retraite ou foyer-logement constituait un nouveau projet de vie. Mais dans les années 1990, l'EHPAD est devenu le choix par défaut lorsque le maintien à domicile n'était plus possible(11). L'Observatoire national de la fin de vie précise que le nombre de décès à domicile est en diminution, soit 25 % en 2010 contre 27 % en 2008, alors qu'en maison de retraite on constate une augmentation (8 % en 1990 à 11,6 % en 2008)(12). Des personnes âgées viennent donc finir leurs jours en EHPAD. En moyenne, il survient en EHPAD plus d'un décès par mois(13).

Face au nombre grandissant de situations de fin de vie, les soins palliatifs en EHPAD ont une place importante. Les soins palliatifs sont définis par la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) comme étant « des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. » Et précise que : « Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. »(14).

Ainsi, l'HAS recommande dans son guide de bonnes pratiques relatif à l'accompagnement de la fin de vie des personnes âgées en EHPAD de définir un parcours de fin de vie et des objectifs thérapeutiques cohérents, de personnaliser l'accompagnement en prenant en compte les caractéristiques culturelles, l'histoire de vie de la personne, la douleur ou d'autres symptômes(13).

Dans la démarche palliative, la problématique de la douleur, quelle que soit sa dimension, est centrale et s'intègre plus largement dans celle de la qualité de vie du patient.

1.3) La douleur en EHPAD, un symptôme omniprésent, une évaluation complexe

Avec le recul de l'âge, la prévalence de la douleur augmente. Pour cause, en vieillissant, les pathologies chroniques se multiplient et engendrent des douleurs, qu'elles soient ostéo-articulaires, cancéreuses, neuropathiques suite à un accident vasculaire cérébral (AVC) ou au diabète, ou bien générales dans un contexte de dépression.

La proportion des personnes âgées ayant des douleurs chroniques est d'environ 60 %, dont un tiers souffrent de douleurs sévères. En fin de vie, la prévalence de la douleur peut atteindre 80 %.

La forte prévalence de la douleur chez les personnes âgées et ses conséquences (restriction de l'autonomie, répercussion sur le psychisme) imposent de rechercher et traiter ce symptôme(5).

Les principes fondamentaux de la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées restent les mêmes que dans la population générale, à condition de respecter les modifications pharmacologiques dues à l'âge.

La douleur chez les personnes âgées non communicantes ou présentant des troubles cognitifs est peu étudiée. Cependant, les personnes âgées ne pouvant s'exprimer ont un risque accru de ne pas voir leur douleur diagnostiquée et traitée. Plus encore, les troubles comportementaux et psychologiques résultant des douleurs peuvent être

attribués à tort à des troubles psychiatriques et entrainer le recours inutile à des psychotropes, dont les neuroleptiques, pouvant aggraver les déficits cognitifs(15).

Les raisons altérant la communication sont multiples et pour certains, comme nous l'avons décrit précédemment, fréquentes en EHPAD :

- Troubles cognitifs (syndromes démentiels de type Alzheimer, etc.) ;
- Troubles sensoriels (surdité, c civit , etc.) ;
- Troubles du comportement (agressivité, passivité, etc.) ;
- Pathologies psychiatriques (psychose vieillie, troubles envahissants du développement, etc.).

Les échelles d'auto-évaluation ne sont pas adaptées chez la personne âgée ayant des troubles cognitifs, en particulier du fait de :

- Défaut de compréhension ;
- Défaut de participation et de communication ;
- Troubles de la mémoire.

Les personnes âgées incapables de s'exprimer relèvent donc d'une hétéro-évaluation comportementale. Pour se faire plusieurs échelles existent(16) :

- L' chelle ALGOPLUS : cette évaluation comporte cinq items et repose sur l'observation des expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et enfin le comportement général. Un score supérieur ou égal à 2 permet de dépister une douleur avec une sensibilité de 87 % et une spécificité de 80 %. (Annexe 1)
- L'échelle comportementale pour personnes âgées (ECPA) : cette échelle comporte huit items, s'appuyant sur une observation avant et pendant les soins. Chacun des items est décliné en cinq degrés de gravité. Un score supérieur à 6 permet de définir une douleur intense. (Annexe 2)
- L' chelle Doloplus : cette échelle s'intéresse aux douleurs chroniques et comporte dix items répartis en trois sous-groupes (somatiques, psychomoteurs et psycho-sociaux). Un score supérieur à 5 permet de dépister une douleur chronique. (Annexe 3)

Cependant, ces échelles d'hétéro-évaluation comportementale restent sous-utilisées dans les établissements de santé et en médecine générale(15). Elles ont également des limites. En cas de doute, les gériatres préconisent de faire un test thérapeutique(17).

2) Définition du concept de PCA et description de son utilisation

2.1) Introduction de la PCA

Le concept de l'analgésie contrôlée par le patient, plus connu sous son acronyme anglais, PCA pour « Patient-Controlled Analgesia », repose sur l'administration d'un opioïde, par voie parentérale, en intraveineux ou en sous-cutané, de façon continue, avec possibilité d'auto-administration par le patient de doses supplémentaires d'antalgique prédéfinies (bolus). L'intérêt est d'obtenir un soulagement optimal et rapide des douleurs. Il s'agit d'une pratique répandue en milieu hospitalier mais également en ville. Initialement, cette méthode avait vocation à soulager les douleurs aiguës postopératoires par l'administration exclusive de bolus d'opioïde. Aujourd'hui, elle est largement utilisée en soins palliatifs. Son utilisation est particulièrement indiquée pour les douleurs cancéreuses, où elle y associe un débit de base et des bolus. L'opioïde le plus fréquemment utilisé reste la morphine(18–20).

2.2) Présentation du matériel, modalités de prescription et de surveillance

En pratique, cette méthode utilise une pompe électronique programmable qui comprend : un boîtier avec un microprocesseur, un écran de lecture et un clavier de programmation, un réservoir de 50 à 250 ml. Un bouton poussoir connecté par un câble à la pompe est à disposition du patient pour l'auto-administration des doses supplémentaires de morphine, en plus de la morphine administrée en continu. Cela est utile lors d'accès douloureux imprévisibles, mais est également intéressant pour prévenir les actes douloureux, notamment lors de certains soins ou simplement avant une mobilisation. Le modèle est portable. Le boîtier est rangé dans une sacoche afin de ne pas léser l'autonomie du patient(19).

Deux voies d'abord sont possibles, soit via une voie veineuse centrale, dans la majorité des cas il s'agit d'une chambre implantable déjà en place. La voie sous-cutanée est la voie privilégiée en soins palliatifs de par sa facilité d'accès. Cependant, sa fiabilité n'est

pas démontrée. Il y a peu d'études réalisées sur ce sujet. Dans certaines situations, la diffusion du traitement peut être altérée, notamment en cas d'œdème ou de malnutrition(19).

La programmation de la pompe et le remplissage des réservoirs sont effectués par le médecin ou l'infirmière. La prescription médicale doit comporter la concentration du médicament, la posologie du bolus, la dose de fond, la période réfractaire (intervalle de temps minimal entre deux administrations de bolus) et la dose maximale de bolus par période ou la dose maximale de l'antalgique par jour. La pompe PCA est sécurisée par un code qui permet de la verrouiller. Ainsi, l'accès à la programmation de la pompe est limité aux soignants(20).

La prescription médicale doit également faire mention de la surveillance clinique en précisant(20) :

- Le relevé des paramètres de la PCA (dose totale et nombre de bolus administrés/24h pour pouvoir adapter la posologie) ;
- L'évaluation de l'efficacité par l'évaluation de la douleur ;
- L'évaluation de la tolérance du traitement, dont la surveillance de la fréquence respiratoire.

La prescription doit également mentionner la conduite à tenir face à l'apparition d'effets secondaires ou d'un surdosage évalué par les paramètres de surveillance(20).

Les principaux effets secondaires sont la somnolence (\pm troubles cognitifs), les nausées et vomissements qui surviennent dans 10 à 30 % des cas à l'initiation du traitement par la morphine, la constipation (très fréquente) et plus rarement le prurit et la rétention urinaire.

Le premier signe de surdosage est l'apparition d'une sédation excessive ou l'apparition d'un syndrome confusionnel ou d'hallucinations. Ces signes précèdent toujours la survenue de signes de dépression respiratoire. La somnolence doit être évaluée régulièrement avec l'utilisation de l'échelle de sédation de Rudkin(21) ou de l'échelle de Richmond(22). (Annexes 4 et 5)

Le traitement de la dépression respiratoire sévère (fréquence respiratoire inférieure à 8/min) est dans un premier temps l'arrêt de l'opioïde, la stimulation du malade et l'injection de l'antidote de la morphine, la naloxone. L'oxygénothérapie peut être

discutée. L'indication de l'administration de la naloxone est raisonnée en fonction du contexte palliatif en raison d'un risque de réapparition des douleurs et agitation par syndrome de sevrage(19).

La surveillance est donc primordiale. Elle est réalisée par le personnel médical et paramédical. Le patient et son entourage sont acteurs de cette surveillance et doivent être sensibilisés au repérage des signes de surdosages. Cela implique donc une éducation au préalable du patient et de son entourage, ainsi qu'une bonne coopération avec l'équipe soignante.

Lorsque les indications sont bien posées, la PCA est une technique fiable et permettant une adaptation posologique fine.

2.3) Indications et contre-indications à la PCA

Les recommandations de bonnes pratiques concernant la PCA chez les patients en situation palliative reposent essentiellement sur des accords d'experts(19).

Les principales indications de la PCA concernent :

- Les patients avec des douleurs intenses nécessitant une titration rapide ;
- Les patients présentant des accès douloureux paroxystiques fréquents ou non prévisibles nécessitant des bolus de morphinique rapidement efficaces ;
- Les patients nécessitant un traitement antalgique morphinique mais chez qui le mode d'administration habituel par voie orale, transdermique ou parentéral avec seringue électrique n'est pas ou plus adapté, soit en raison d'un contrôle insuffisant de la douleur, soit en raison d'intolérance et ce malgré la rotation des opioïdes.

Les raisons rendant difficiles le maintien de la voie per os sont multiples. Cela concerne les patients anorexiques ou ayant des nausées et vomissements non contrôlés par un traitement symptomatique. Mais cela est également vrai dans de multiples situations : en cas de dysphagie ou de difficulté de déglutition. Outre les lésions des muqueuses digestives et autres fistules et compression tumorale, de nombreux patients sont sujets aux fausses routes. Cette situation est fréquemment rencontrée dans la population gériatrique présentant des troubles cognitifs.

La prise orale peut également être mise à mal à cause de malabsorption digestive (grêle radique, syndrome du grêle court, diarrhées profuses) ou occlusion digestive (carcinose péritonéale, obstacle digestif). Enfin, il est parfois préférable de limiter la prise per os chez les patients ayant une polymédication devenant gênante au quotidien.

La voie transdermique, quant à elle, présente le risque d'une fluctuation du passage transcutané chez la personne âgée. Il existe un risque de surdosage en cas de fièvre par augmentation de l'absorption. Cette molécule est particulièrement liposoluble et se lie aux protéines sériques, ce qui implique une élimination plus lente chez la personne âgée et une concentration sérique accrue. D'autre part, cette galénique présente un risque de décollement du patch si le patient présente une hypersudation ou une peau lésée. Enfin, il n'est pas recommandé d'initier un traitement morphinique par voie transdermique chez la personne âgée car le dosage le plus faible (12 µg) équivaut à 30-45 mg/24h de morphine orale. Son délai d'action (12 à 24h) n'est pas adapté à la phase d'équilibration antalgique. De même, son adaptation posologique est moins fine(4).

Les principales contre-indications en théorie à l'utilisation de la PCA(19,20) sont le refus du patient ou de son entourage familial, si le patient n'est pas coopérant ou s'il est dans l'incapacité de comprendre les explications relatives à cette technique. Cela contre-indique donc son utilisation chez les patients présentant des troubles cognitifs significatifs. Enfin, cette technique n'est indiquée que si le personnel médical et paramédical y est formé.

2.4) Alternatives pratiques à la PCA

En pédiatrie, chez les enfants de moins de 6 ans ou plus âgés mais dans l'incapacité d'utiliser une PCA (polyhandicapés), nécessitant le recours à une pompe à morphine avec bolus, ces derniers sont délivrés par une infirmière. Les parents peuvent également être administrateurs des bolus, après formation auprès du personnel

soignant. Ce système est intitulé NCA pour Nurse-Controlled Analgesia, autrement dit, analgésie contrôlée par l'infirmière. Les critères d'évaluation de la douleur pour l'administration d'un bolus reposent sur l'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur lorsque cela est possible ou sur une échelle comportementale(23).

Le débat français quant aux risques de mésusage de la PCA ou de la NCA est un thème récurrent aux Etats-Unis, si bien que même la délégation de l'administration des bolus par les parents n'est pas toujours autorisée dans certains hôpitaux américains. Cela s'explique par une alerte lancée en 2004 aux Etats-Unis suite aux rapports soumis à la « US Pharmacopeia », faisant état de 6 069 événements indésirables en lien avec l'utilisation de la PCA. Parmi lesquels, 460 ont entraîné des blessures ou la mort et 3 % étaient directement liés à la « PCA par procuration »(24).

L'American Society for Pain Management Nursing (ASPMN) propose également une alternative à la PCA, lorsque le patient n'est pas en mesure de s'auto-administrer un bolus. Il s'agit de la pratique de l'analgésie contrôlée par un agent autorisé (AACA). Cette pratique a été promue afin de limiter l'utilisation de la PCA par procuration (où un tiers administre un bolus sans formation ni qualification préalable).

Depuis 2006, le service de soins palliatifs du Eliza Coffee Memorial Hospital a recours à l'AACA. Son emploi est très encadré. L'ASPMN a émis des critères d'utilisation de l'AACA, des directives de sélection et de formation de l'agent autorisé, des recommandations clés en matière de prescription et de surveillance pendant le traitement. Les rares études sur le sujet font état d'un faible nombre de complications et d'événements indésirables(25).

3) Présentation de l'HAD

3.1) Description du fonctionnement de l'HAD

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une forme d'hospitalisation permettant d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux nécessitant une coordination pluridisciplinaire, une permanence des soins continue et/ou des actes techniques lourds. L'intervention de l'HAD se fait sur prescription médicale, soit par le médecin traitant, soit par le médecin hospitalier. Dans tous les cas, le médecin traitant doit donner son accord. De même, le patient et son entourage familial doivent adhérer au projet et le domicile être adapté à la prise en charge(26,27).

De façon pratique, avant l'admission du patient, une évaluation de la situation clinique et du domicile est réalisée par l'équipe de coordination du HAD, afin de déterminer la faisabilité de la prise en charge et déterminer les besoins du patient. L'admission du patient est validée par le médecin coordonnateur de l'HAD qui va déterminer un protocole de soins qui sera communiqué au médecin traitant, au patient et à son entourage. Le protocole de soins comporte la nature du soin, les horaires de passages et les conditions d'approvisionnement et d'administration des traitements(26).

La dispensation des soins dépend du fonctionnement des établissements d'HAD. Le médecin coordonnateur et les infirmières de coordination y sont toujours salariés. En revanche, le personnel paramédical amené à intervenir, tels que les infirmières de terrain ou les kinésithérapeutes, peuvent être libéraux et collaborer avec l'HAD. Cela permet notamment au patient de garder ses intervenants habituels le cas échéant.

Le matériel est acheminé au domicile du patient par l'HAD ou un prestataire extérieur. Les traitements médicamenteux peuvent être délivrés par la pharmacie de l'HAD (la pharmacie à usage interne, PUI) ou dispensés en officine de ville.

Un protocole d'alerte est transmis au patient et son entourage, consigné dans un livret, afin qu'il puisse contacter l'HAD en cas d'urgence. Depuis le décret du 2 octobre 1992, la permanence et la continuité des soins sont assurées à toutes heures et tous les jours de la semaine. Il s'agit au moins d'une permanence téléphonique. Une infirmière répond aux appels et organise l'assistance nécessaire. Certains établissements

disposent d'une astreinte médicale 24h/24 et la possibilité de déplacer un infirmier(e) à domicile la nuit(28).

La fin de la prise en charge en HAD est une décision médicale. Dans 20 % des séjours, le patient est ré-adressé en hospitalisation conventionnelle. Mais dans 9 % des cas, la fin de prise en charge est liée au décès du patient. Cela est en grande partie due à l'activité de soins palliatifs qui représente 25 % des patients en HAD. La plupart de ces décès surviennent au domicile selon la volonté du patient(26).

3.2) Rôle et place des intervenants médicaux en HAD et des paramédicaux dans l'administration des bolus de morphine

L'HAD permet un décloisonnement entre l'exercice libéral et hospitalier. La coopération entre les professionnels de santé est alors indispensable. De fait, lors d'une prise en charge en HAD, plusieurs médecins sont amenés à intervenir : le médecin généraliste, le médecin coordonnateur de l'HAD et le médecin hospitalier. Le rôle de chacun est défini dans le Code de la Santé Publique.

La circulaire de 1992 impose la présence d'un médecin coordonnateur dans chaque structure d'HAD et la possibilité pour le médecin traitant de prescrire une HAD.

Le médecin coordonnateur est le référent médical de la structure HAD et est responsable de la prise en charge globale du patient, du point de vue médical et administratif. Il donne son avis sur une admission ou une sortie de patient en HAD. Il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins, mais ne se substitue pas au médecin traitant(28). Enfin, le médecin coordonnateur d'HAD participe à la formation des intervenants libéraux dans leurs domaines de compétences, comme précisé dans la circulaire du 30 mai 2000. Cette circulaire insiste sur le rôle de formation du médecin coordonnateur dans la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, compte tenu des pathologies graves prises en charge en HAD(30).

Le médecin généraliste est désigné par le patient. Il est le pivot du système HAD et reste responsable du suivi médical de son patient. Son accord est requis pour chaque étape de la prise en charge : inclusion en HAD, définition du protocole de soins,

réévaluation des soins, réévaluation du traitement médicamenteux, et la fin de l'intervention de l'HAD.

Le médecin hospitalier peut être le prescripteur d'une demande de prise en charge par l'HAD. Il participe au projet thérapeutique et suit le patient au niveau hospitalier.

La circulaire du 5 octobre 2007 élargit les possibilités de prise en charge par l'HAD en autorisant son intervention dans les EHPAD(29). Ainsi, s'ajoute aux médecins déjà présents le médecin coordonnateur de l'EHPAD, qui définit et suit le projet de soins de l'établissement. Il est en charge de l'évaluation médicale des résidents et de l'animation de l'équipe soignante. Il ne remplace pas le médecin traitant des résidents(30).

L'intervention en EHPAD est renforcée par la circulaire de mars 2013, relative à l'intervention des HAD en EHPAD, stipulant : « Le recours à l'HAD se justifie lorsque la densité, la technicité et/ou la complexité des soins à prodiguer excèdent les possibilités offertes par la structure d'hébergement »(31).

Dans le cadre de cette intervention, une convention entre l'EHPAD et l'HAD est rédigée afin de définir le partage des tâches et des responsabilités.

Le médecin traitant et le médecin hospitalier sont prescripteurs des traitements et des soins pour le patient, contrairement aux médecins coordonnateurs d'HAD et d'EHPAD qui ne sont pas prescripteurs sauf en cas de situations d'urgence ou de risques vitaux en l'absence du médecin traitant, ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins(30,32).

Au niveau paramédical, les cadres infirmiers assurent des fonctions de coordination des soins en appui du médecin coordonnateur auprès des soignants. Les infirmiers mettent en œuvre le protocole de soins au chevet du patient et communiquent les éléments cliniques utiles dans la prise en charge du patient au travers du dossier de soins.

Ils sont habilités et formés aux soins techniques que requièrent l'HAD, notamment à l'utilisation des pompes à morphine type PCA. Ils ont un rôle dans la diffusion de la formation à ces soins auprès des intervenants libéraux ou salariés d'EHPAD.

Enfin, l'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de

l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. L'aide-soignant peut collaborer avec l'infirmier sous son contrôle et sa responsabilité, dans la limite des actes pour lesquels l'aide-soignant a reçu une formation théorique ou pratique. Cette pratique est encadrée par le Code de Santé Publique : « Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans la limite de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. »(33).

Ainsi, une collaboration infirmier/aide-soignant est possible dans le cadre de la distribution des traitements et de l'aide à la prise, sans transfert de responsabilité.

L'aide à la prise de médicaments sous forme non injectable (faire prendre et vérifier la prise) est définie dans l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'État d'aide-soignant.

Par ailleurs, la loi du 21 juillet 2009 stipule : « Art. L. 313-26.-Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante. L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier. Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante. »(34).

En conséquence, les aides-soignants exerçant en EHPAD peuvent aider à la prise de médicaments, pourvu qu'il s'agisse de comprimés et en excluant les traitements morphiniques qui relèvent d'une réglementation particulière. Ils ne sont donc pas habilités à administrer des bolus de morphine, notamment dans le cadre de l'utilisation d'une pompe à morphine mais peuvent en surveiller la tolérance et l'efficacité.

3.3) L'HAD en Nouvelle-Aquitaine

La Nouvelle-Aquitaine compte 29 établissements d'HAD dont 15 en ex-Aquitaine, 9 en ex-Poitou-Charentes et 5 en ex-Limousin(35). (Annexe 6)

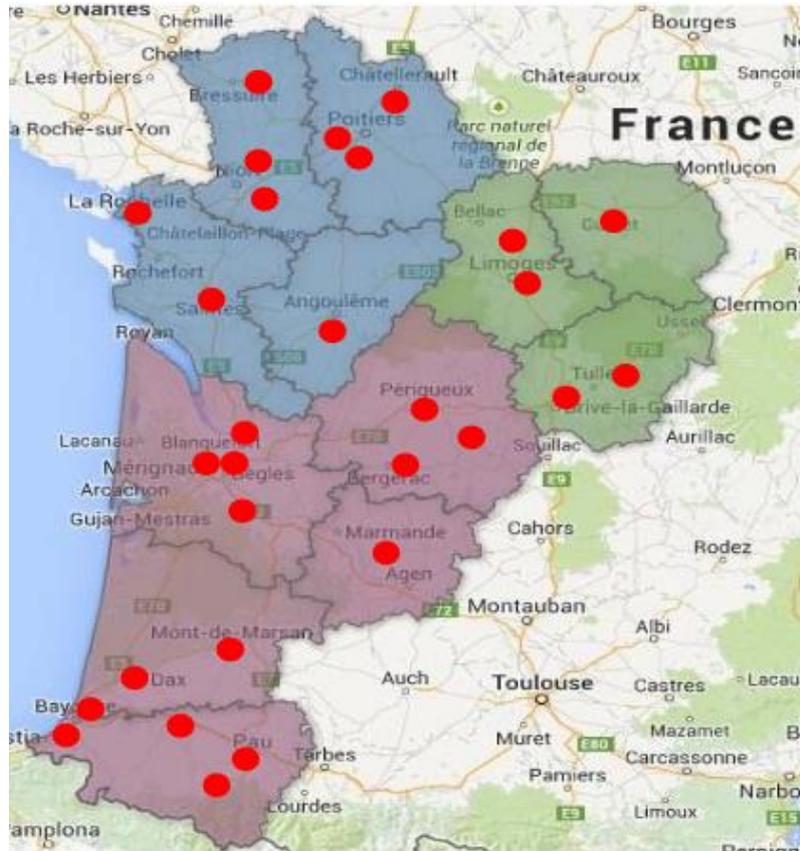


Figure 1 : Etablissements d'HAD en Nouvelle-Aquitaine (ARS, 2016)

L'évolution de l'activité tend à augmenter tant sur le territoire national qu'en Nouvelle-Aquitaine. L'activité a progressé de 7,6 % en France et de 11,7 % en Nouvelle-Aquitaine entre 2017 et 2018(36). Le nombre moyen de patients pris en charge par jour était de 25 pour 100 000 habitants en HAD en Nouvelle-Aquitaine pour une cible nationale de 30 pour 100 000.

Les modes de prise en charge les plus représentés en HAD en Nouvelle-Aquitaine sont les pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) pour près de 30 % des prises en charge et les soins palliatifs pour plus de 25 %. Les « soins de nursing lourds » représentent 13 % de l'activité en HAD et le mode « prise en charge de la douleur » 3 %. (Annexe 7)

Les modes de prise en charge répondent à un guide méthodologique dont les critères ont valeur de codage en HAD.

Ainsi, pour justifier du mode « soins palliatifs », le patient doit bien entendu être en situation palliative mais le projet de soins doit également comporter un caractère pluridisciplinaire impliquant du personnel médical et soignant mais également d'autres intervenants (psychologue, diététicien, assistant social, kinésithérapeute, etc.).

En d'autres termes, un patient en situation palliative dont la prise en charge ne remplit pas tous les critères exigés, ne peut bénéficier du codage « soins palliatifs ». Ce qui explique que les données HAD sous-estiment la proportion de patients en situation palliative.

Quant au mode « prise en charge de la douleur » chez l'adulte, il requiert l'utilisation d'un injecteur programmable comme dans la PCA pour justifier de ce codage.

En conclusion, les patients en situation palliative pris en charge par les HAD de Nouvelle-Aquitaine sont probablement plus nombreux que ce que laisse entendre la proportion de mode de prise en charge « soins palliatifs ». La « prise en charge de la douleur » représente le 9^e mode d'admission en HAD en Nouvelle-Aquitaine et est en progression pour les raisons démographiques sus-citées. Cela suggère que le recours à la PCA tend à se démocratiser.

Au regard de ces éléments et de l'usage pratique du dispositif de PCA par certains médecins en EHPAD, nous nous sommes interrogés sur les déterminants d'une prescription d'une pompe à morphine type PCA chez une population de sujets âgés dépendants présentant des troubles cognitifs en situation palliative et les modalités d'application.

Nous formulons les hypothèses suivantes : il s'agit d'un dispositif adapté et adaptable pour cette population. De fait, nous présumons que cette pratique est répandue en EHPAD.

PARTIE II

1) Etude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive multicentrique.

L'objectif principal est de faire un état des lieux de la fréquence et des modalités d'utilisation des pompes à morphine type PCA chez des patients âgés, ayant des troubles cognitifs, en situation palliative, vivant en EHPAD et pris en charge par une HAD.

Les objectifs secondaires sont de décrire les adaptations organisationnelles potentielles mises en œuvre autour de cette technique et les interroger.

2) Matériel et méthodes

Pour ce faire, nous avons créé un questionnaire en ligne à destination des médecins coordonnateurs d'HAD de Nouvelle-Aquitaine afin d'interroger leurs pratiques. Le choix de la population cible s'est porté sur les médecins coordonnateurs d'HAD car ils coordonnent la prise en charge et sont confrontés à l'utilisation de la PCA de par la population de patients admis en HAD. Ainsi, il semblait légitime de recueillir leur témoignage et leur expérience de cette pratique.

Bien que le terme de PCA soit erroné pour la population visée ayant des troubles cognitifs (il s'agirait comme nous l'avons vu en partie 1, plutôt d'une NCA voir d'une AACA) nous l'avons conservé. Effectivement, le terme de PCA est bien plus répandu dans le jargon médical et par abus de langage nous l'avons utilisé afin qu'il ne soit pas équivoque dès le départ pour le plus grand nombre.

Le questionnaire a été créé grâce à l'outil Google Forms. Nous l'avons choisi pour sa facilité d'utilisation et de diffusion via un lien internet. Il permet l'accès en ligne aux réponses horodatées des participants pour chaque item. Il était accessible via un ordinateur mais également via un smartphone, facilitant son utilisation pour les participants.

Nous avons réalisé une étude de faisabilité en testant le questionnaire auprès de 3 médecins coordonnateurs du HAD de Bagatelle afin de vérifier la fiabilité et la validité de notre questionnaire. Nous l'avons conçu de manière à ce qu'il soit rapidement rempli afin de limiter le nombre de non-répondants, limiter le risque de lassitude et conserver ainsi une qualité de réponse égale du début à la fin. Nous avons choisi de rendre anonyme les réponses afin d'encourager la participation des médecins coordonnateurs.

Le questionnaire a été diffusé aux médecins coordonnateurs d'HAD de Nouvelle-Aquitaine par mail via une liste de diffusion rassemblant l'ensemble des médecins inscrits à la Fédération Nationale des Etablissements d'HAD (FNEHAD). Un courrier d'information accompagnait le lien du questionnaire afin de présenter et définir l'enquête et son objectif. Nous les avons relancés à 3 reprises par mail également, sur une période de 3 mois. L'échange par mail permettait de répondre à une contrainte de temps.

Le questionnaire se compose de 21 questions formulées dans le but de recueillir plusieurs modalités de réponses :

- Les réponses dichotomiques, de type questions fermées oui/non ;
- Les réponses qualitatives ordonnées, les réponses sont proposées par graduation ;
- Les réponses à choix multiples avec plusieurs réponses de nature qualitative proposées, avec pour certaines questions la possibilité d'y adjoindre un commentaire.

La première question permettait d'identifier la structure de l'HAD du médecin coordonnateur participant. La deuxième question était éliminatoire pour la suite du questionnaire puisqu'elle interrogeait l'expérience de l'utilisation de la PCA chez cette population particulière. Les suivantes décrivaient la fréquence d'utilisation de la PCA dans notre population cible, les modalités d'utilisation en cherchant à définir qui était le prescripteur de la PCA, quels étaient les déterminants d'une telle prescription, les adaptations de prescriptions réalisées. Nous avons tenté de décrire qui étaient les administrateurs des bolus de morphine dans cette situation particulière, en questionnant leur formation à ce geste d'un point de vue technique avec la pompe en elle-même mais également à l'évaluation de la douleur et aux signes de surdosage

morphinique. Enfin, nous nous sommes demandés si cette pratique avait fait l'objet d'une réunion pluridisciplinaire avec les soignants des EHPAD concernés. Cette question vient finaliser notre observation et se justifie par la situation palliative et le degré de technicité qu'impose une telle pratique.

3) Résultats

Les résultats vont être présentés dans l'ordre de l'élaboration du questionnaire qui est divisé en 6 parties. Nous les avons reportés sous forme de graphiques grâce au logiciel Excel afin d'en faciliter la lecture et l'analyse, mais ils ne présentent pas de caractère statistique.

3.1) Répartition des participants sur le territoire de la Nouvelle-Aquitaine

Question 1 : De quelle HAD êtes-vous le médecin coordonnateur ?

La Nouvelle-Aquitaine compte 29 structures d'HAD. Nous avons interrogé 44 médecins coordonnateurs de HAD. Nous avons obtenu 22 réponses sur Google Forms soit 50 % de participation auprès des médecins coordonnateurs des HAD de Nouvelle-Aquitaine. Les médecins coordonnateurs ayant participé ont déclaré exercer dans 16 structures différentes, ce qui représente 55 % des structures d'HAD de la Nouvelle-Aquitaine. Nous avons noté que plusieurs médecins d'une même structure ont répondu au questionnaire. Cependant, les réponses étant différentes, nous les avons inclus dans le recueil de données.

La répartition des médecins des différents services d'HAD ayant participé était la suivante :

- Un médecin a répondu à l'HAD Relais Santé Brive à Brive La Gaillarde (19100),
- Un médecin a répondu à l'HAD du centre hospitalier (CH) de Sarlat (24206),
- Un médecin a répondu à l'HAD du CH de Niort (79000),
- Un médecin a répondu à l'HAD du CH d'Orthez (64301),
- Un médecin a répondu à l'HAD du CH de Périgueux (24019),

- Un médecin a répondu à l'HAD du CH de Saintonge à Saintes (17108),
- Un médecin a répondu à l'HAD du CH Sud Gironde à Langon (33210),
- Un médecin a répondu à l'HAD du groupe hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis à La Rochelle (17019),
- Un médecin a répondu à l'HAD du groupe hospitalier Nord Vienne à Châtellerauld (86106),
- Un médecin a répondu à l'HAD 23 à Noth (23000),
- Un médecin a répondu à l'HAD des Vignes et Rivières à Libourne (33500),
- Deux médecins ont répondu à l'HAD Marsan-Adour à Bretagne de Marsan (40280),
- Quatre médecins ont répondu à l'HAD de la Maison de Santé Protestante Bagatelle à Talence (33401),
- Deux médecins ont répondu à l'HAD mutualiste de Charente à Angoulême (16025),
- Un médecin a répondu à l'HAD de Santé Service Dax à Narrosse (40180),
- Deux médecins ont répondu à l'HAD Santé Service Limousin à Limoges (87000).

3.2) Fréquence d'utilisation de la PCA de morphine

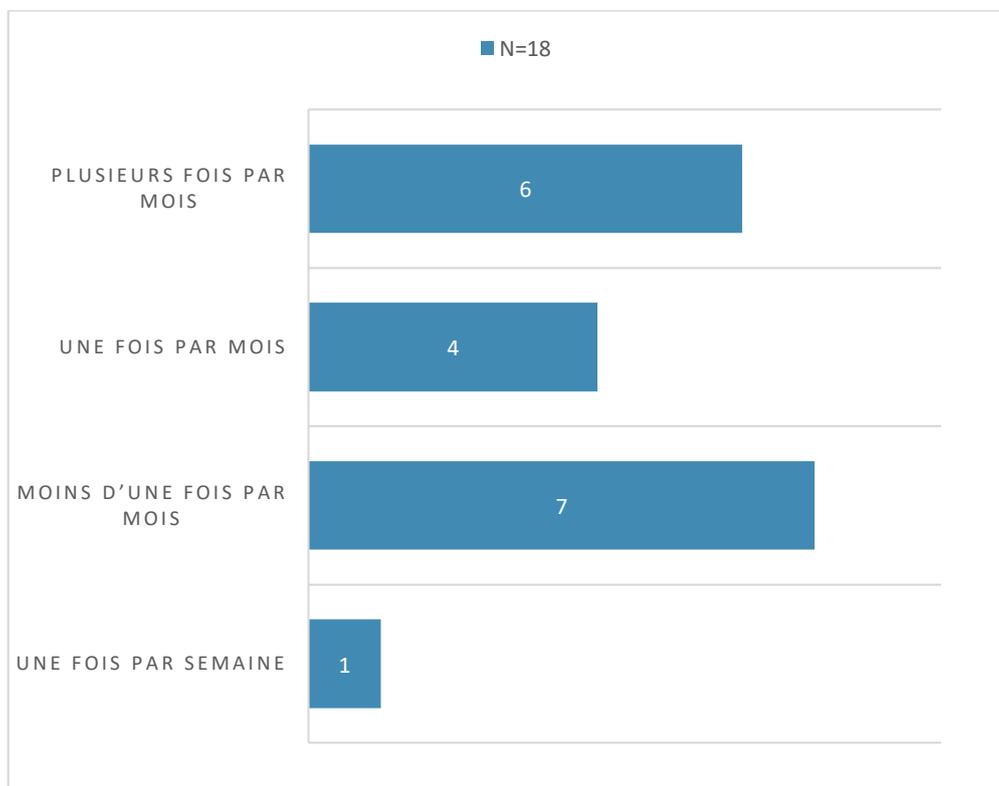
Question 2 : Avez-vous déjà eu dans votre patientèle des patients âgés ayant des troubles cognitifs, en phase palliative, vivant en EHPAD, bénéficiant d'une pompe à morphine type PCA ?

Parmi les 22 participants, 18 ont répondu avoir déjà eu l'expérience de ce cas de figure, soit 81,8 % et 4 ont répondu n'avoir jamais rencontré cette situation, soit 18,2 %.

Pour les participants ayant répondu négativement, le questionnaire s'arrêtait là.

Question 3 : A quelle fréquence estimez-vous la prescription de PCA dans la population définie ci-dessus ?

Figure 2 : Fréquence de prescription PCA

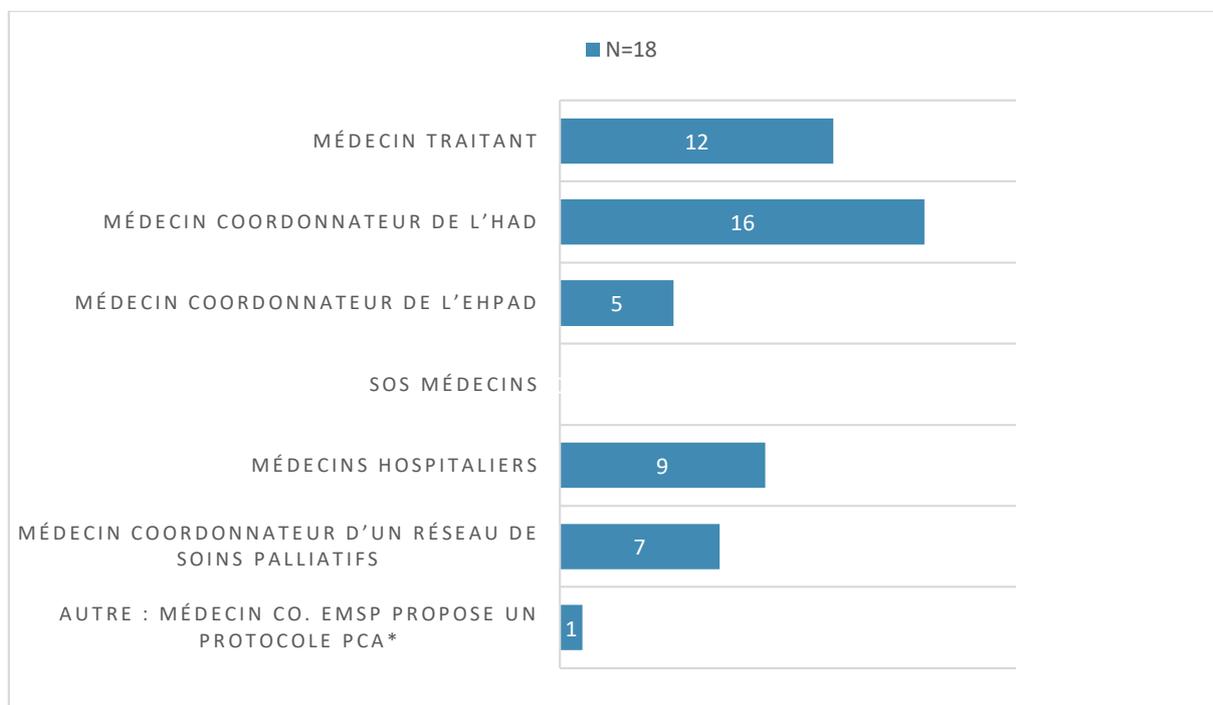


Parmi les 18 réponses obtenues à cette question, 7 ont estimé la prescription de PCA de morphine à moins d'une fois par mois, 6 ont estimé sa prescription à plusieurs fois par mois, 4 à une fois par mois et 1 médecin à une fois par semaine.

3.3) Modalités et déterminants de la prescription de la PCA de morphine

Question 4 : Qui prescrit la PCA ?

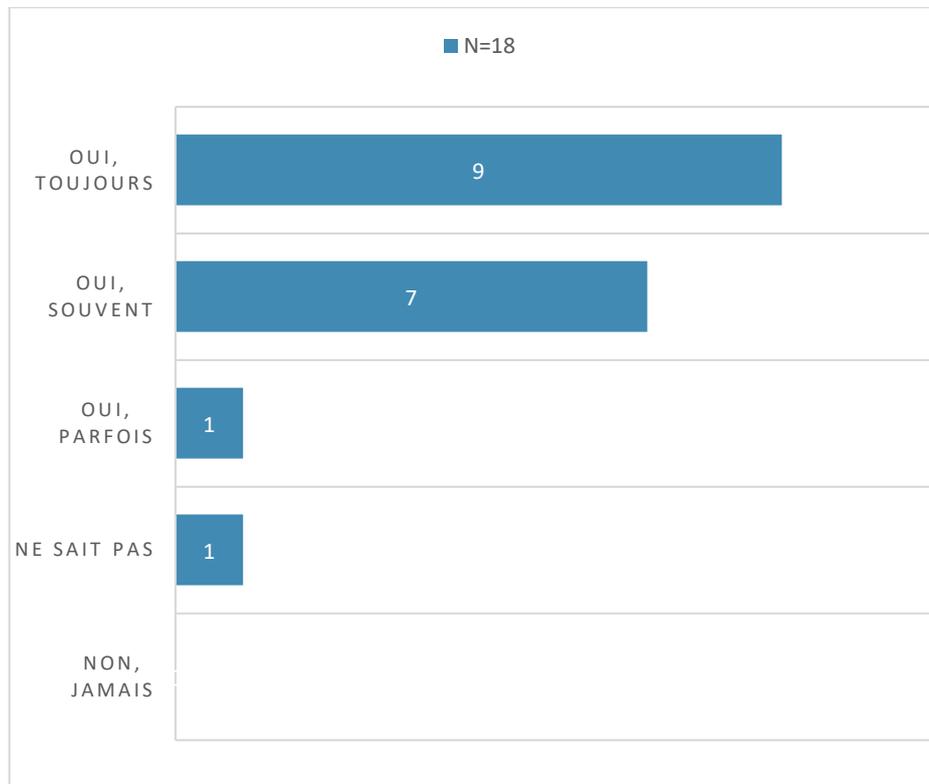
Figure 3 : Prescripteurs de la PCA



Il s'agissait d'une question à choix multiples avec plusieurs réponses possibles. La grande majorité des médecins, 16 d'entre eux, ont répondu que le médecin coordonnateur de l'HAD était le prescripteur de la PCA. Douze médecins ont répondu que le médecin traitant était l'auteur de cette prescription. Neuf d'entre eux ont répondu que la prescription était réalisée par le médecin hospitalier. Sept médecins ont identifié comme prescripteur le médecin coordonnateur d'un réseau de soins palliatifs et 5 médecins ont cité le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Un médecin a précisé que le prescripteur pouvait être le médecin de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).

Question 4b : Lorsque le médecin traitant prescrit la PCA, est-il aidé par un médecin ayant une compétence en soins palliatifs (médecin de l'EMSP, d'un réseau de soins palliatifs, de l'HAD...)?

Figure 4 : Fréquence de recours à un médecin compétent en soins palliatifs



La moitié des médecins a estimé que le médecin traitant était systématiquement aidé par un médecin possédant une compétence en soins palliatifs. Sept d'entre eux ont estimé que le médecin traitant bénéficiait souvent d'une aide à la prescription. Un médecin a estimé que le médecin traitant recevait parfois de l'aide et un médecin a répondu ne pas savoir. Globalement, la majorité des médecins pense que le médecin traitant reçoit de l'aide pour la prescription de la PCA.

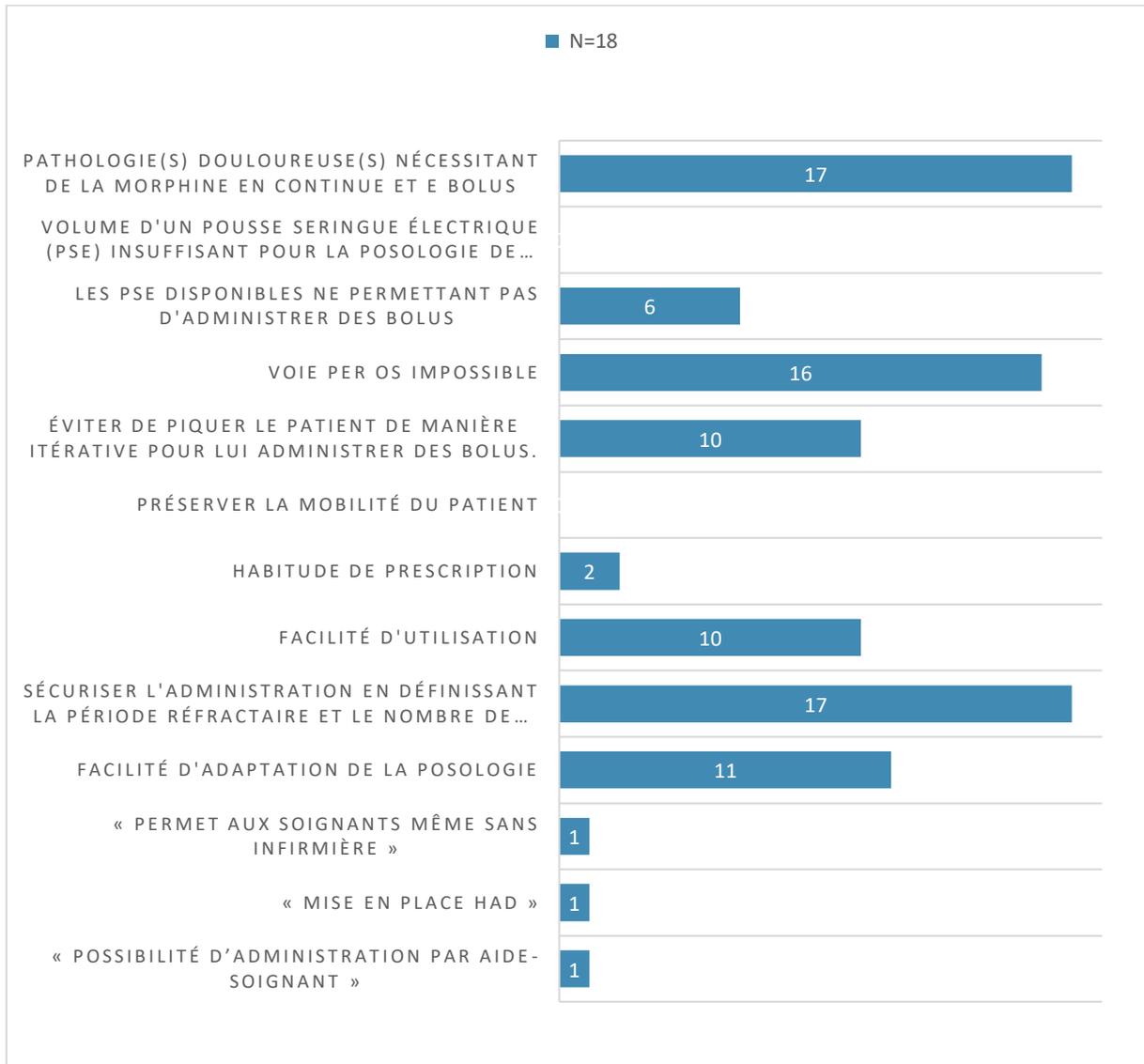
Question 5 : Quelle voie d'abord est utilisée le plus fréquemment ?

Cent pour cent des participants ont répondu que la voie sous-cutanée était la voie la plus utilisée.

Question 6 : Pour quelle(s) raison(s) la PCA a-t-elle été prescrite ?

Il s'agissait d'une question ouverte à choix multiples avec plusieurs réponses possibles et possibilité d'apporter d'autres éléments de réponses.

Figure 5 : Motifs de prescription de la PCA



Parmi les 18 médecins participants, 17 ont évoqués comme déterminants de prescription la présence d'une pathologie douloureuse nécessitant de la morphine en continu et en bolus. De même, 17 médecins ont évoqué la sécurité du dispositif pour l'administration de la morphine, avec la possibilité de définir à l'avance la période réfractaire et le nombre de bolus de morphine réalisables. Seize médecins ont également mentionné l'impossibilité d'une administration per os de la morphine. Onze médecins ont évoqué la facilité d'adaptation de la posologie de morphine. Dix

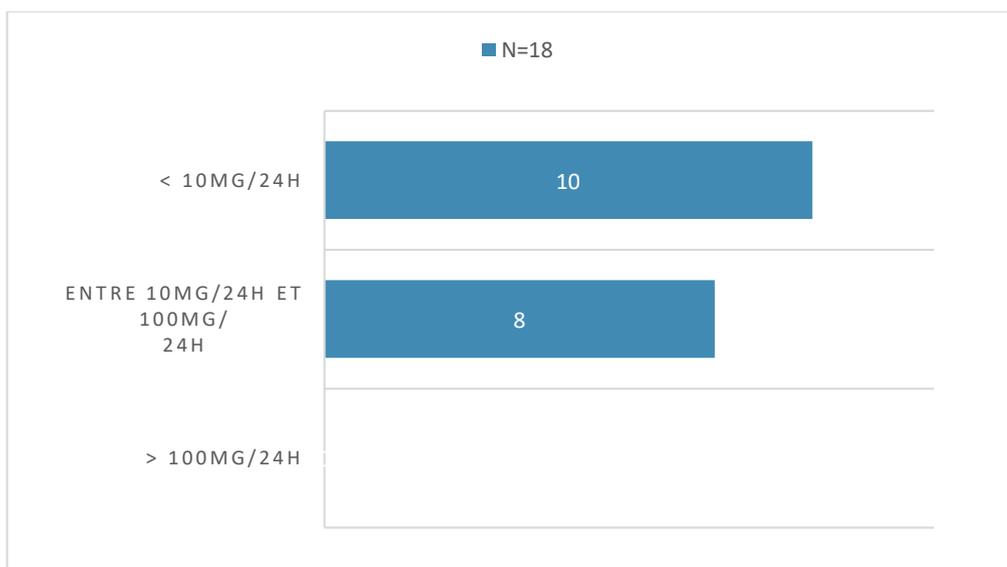
médecins ont cité comme raisons de prescription la facilité d'utilisation de la PCA et une raison de confort pour le patient en évitant les injections itératives de morphine. Six d'entre eux ont invoqué une raison technique à savoir que les PSE disponibles ne permettaient pas d'administrer des bolus. Deux des participants ont répondu qu'il s'agissait d'une habitude de prescription.

Parmi les réponses ouvertes, un médecin a ajouté que la PCA « permet aux soignants, même sans infirmière, de délivrer une inter-dose pour les mobilisations douloureuses ». Un médecin a apporté comme élément de la prescription de la PCA « la possibilité d'administration [des bolus] par les aides-soignants (souvent pas d'IDE la nuit dans EHPAD) ». Enfin un médecin a répondu qu'une des raisons de la prescription de la PCA était motivée par la « mise en place de l'HAD ».

Question 7 : Par quelle dose de fond débutez-vous le plus fréquemment ?

Près de 56 % des participants ont répondu débiter à moins de 10mg par jour de morphine. Tandis que 44 % débutent entre 10 et 100mg par jour.

Figure 6 : Dose de fond de morphine initiale

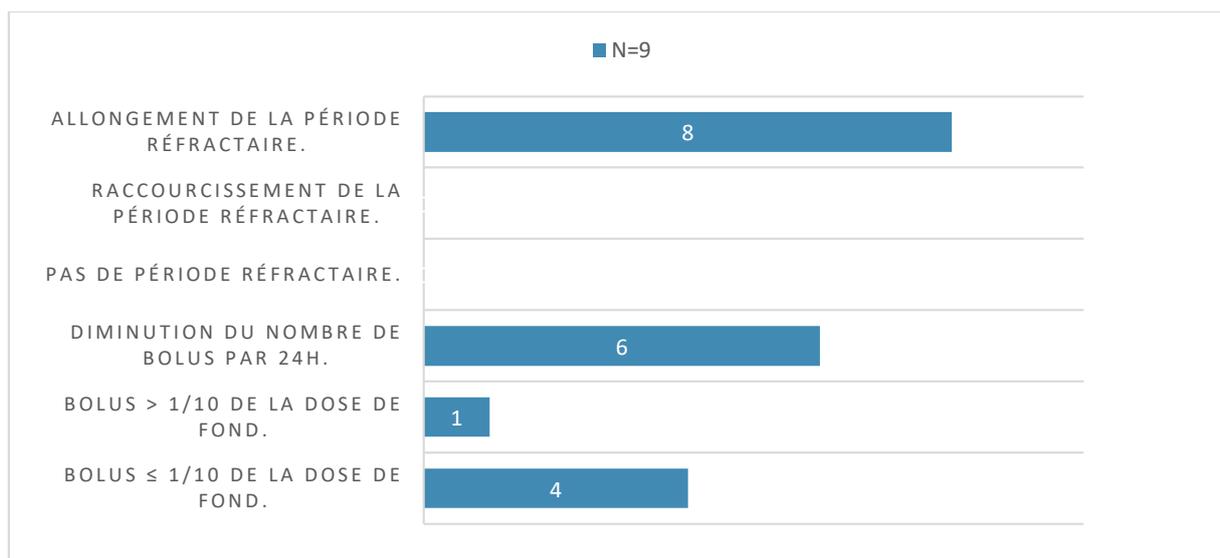


Question 8 : Modifiez-vous vos habitudes de prescription pour cette population de patients ? (Patients âgées en situation palliative ayant des troubles cognitifs)

Parmi les 18 médecins, la moitié a répondu adapter ses habitudes de prescription et l'autre moitié a indiqué ne pas les modifier. Ceux ayant répondu par la négative n'ont pas eu accès à la question suivante.

Question 8b : Si vous modifiez vos habitudes de prescription, sur quels paramètres ?

Figure 7 : Adaptation habitudes de prescription de la PCA



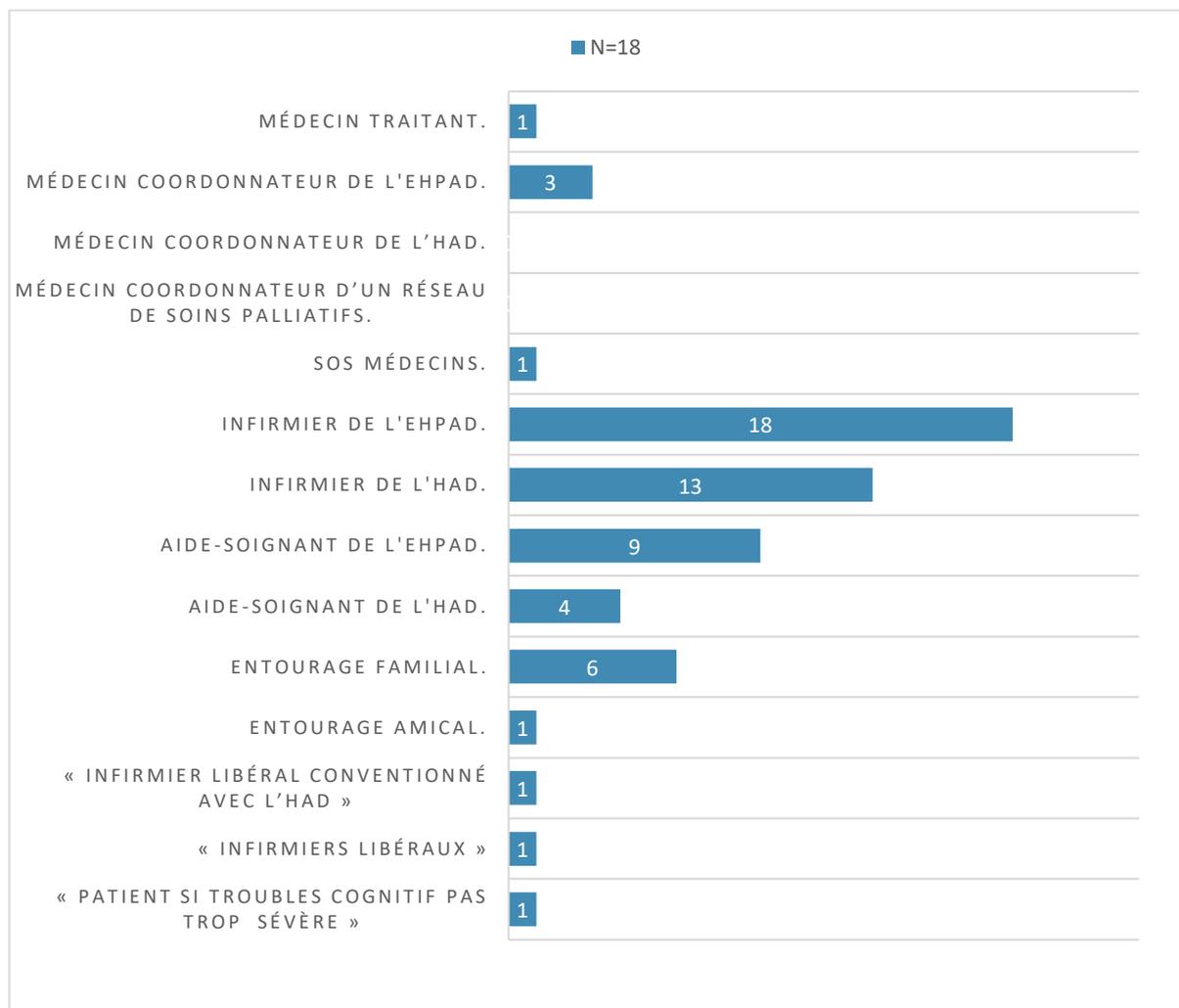
Parmi les 9 participants à cette question, 8 ont déclaré allonger la période réfractaire, 6 diminuent le nombre de bolus autorisés sur 24 heures et 4 médecins adaptaient la posologie des bolus en prescrivant des bolus égaux ou inférieurs à un dixième de la dose de fond. A noter que les 4 médecins prescrivant des bolus d'un dixième ou moins de la dose de fond, réalisaient dans le même temps un allongement de la période réfractaire. Un participant a déclaré prescrire des bolus supérieurs à un dixième de la dose de fond.

3.4) Administration des bolus de morphine

Question 9 : Qui administre les bolus de morphine la journée ?

Il s'agissait une nouvelle fois d'une question à choix multiples avec plusieurs réponses possibles et possibilité d'apporter d'autres éléments de réponses.

Figure 8 : Administrateurs des bolus la journée



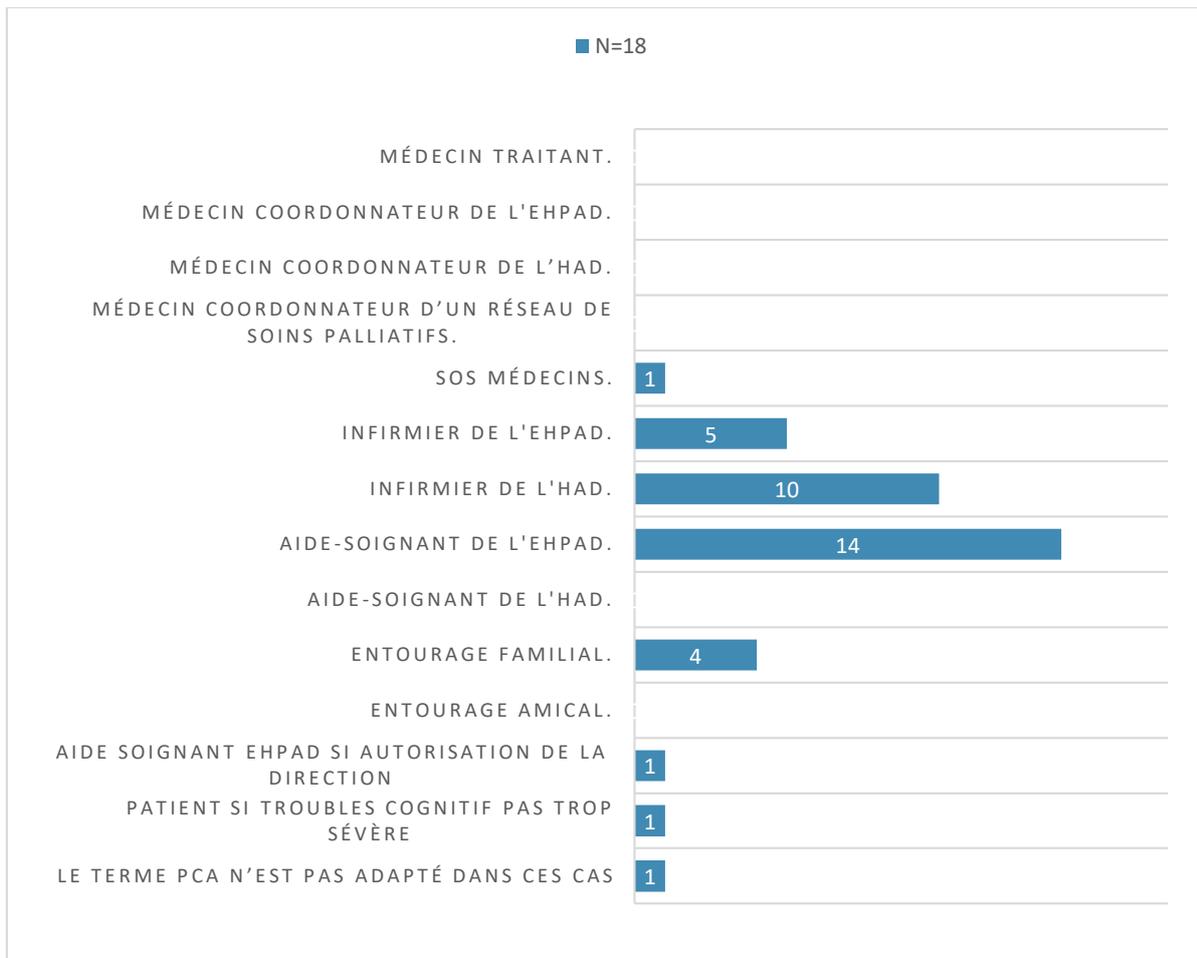
Les 18 médecins participants ont tous identifié l'infirmier(e) de l'EHPAD comme administrateur des bolus de morphine durant la journée. Treize d'entre eux ont cité l'infirmier du HAD. Neuf médecins ont indiqué que l'administrateur pouvait être l'aide-soignant de l'EHPAD. Pour 6 d'entre eux, l'entourage familial pouvait administrer les bolus de morphine la journée et pour 4 médecins, l'aide-soignant du HAD était également administrateur du bolus. Trois médecins ont identifié le médecin coordonnateur de l'EHPAD comme potentiel administrateur de bolus la journée.

En moindre proportion, un médecin a identifié comme administrateur du bolus la journée : le médecin traitant, SOS médecins et l'entourage amical.

Un médecin a ajouté en commentaire libre : « l'Infirmier libéral conventionné avec l'HAD ». De même, un médecin a précisé qu'il pouvait s'agir selon lui des infirmiers libéraux. Enfin, un médecin a jugé que le patient pouvait être l'initiateur des bolus si les troubles cognitifs n'étaient pas trop sévères.

Question 10 : Qui administre les bolus de morphine la nuit ?

Figure 9 : Administrateurs des bolus la nuit

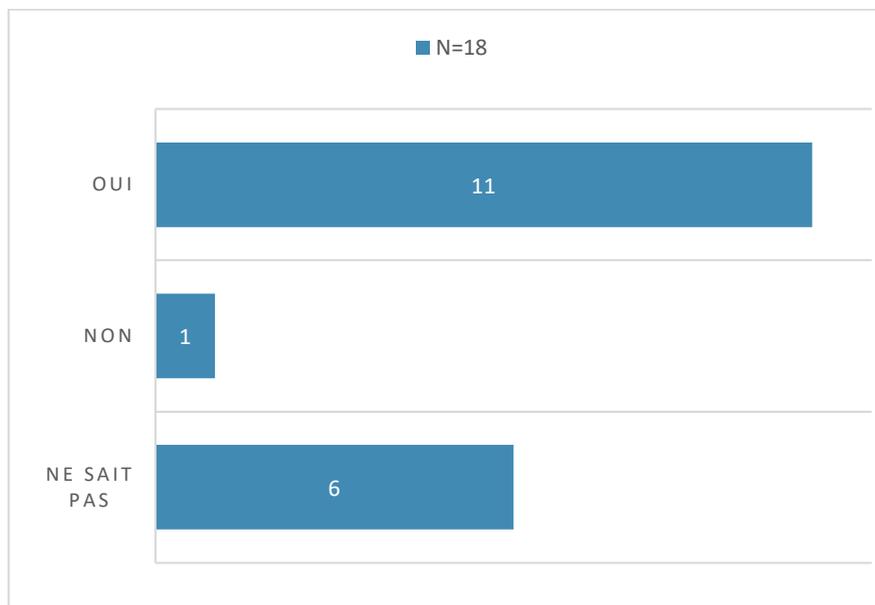


Près de 78% des participants ont répondu qu'il s'agissait de l'aide-soignant de l'EHPAD. Un médecin a précisé qu'il pouvait s'agir de l'aide-soignante de l'EHPAD sous couvert d'une autorisation de la direction de l'EHPAD. Par ailleurs, plus de la moitié des médecins ont suggéré que l'infirmière de l'HAD administrait les bolus de morphine la nuit. Enfin, cinq médecins ont cité l'infirmière de l'EHPAD.

3.5) Formation des intervenants

Question 11 : La ou les personnes administrant le bolus de morphine (en dehors du personnel de l'HAD) sont-elles formées à l'évaluation de la douleur ?

Figure 10 : Formation à l'évaluation de la douleur

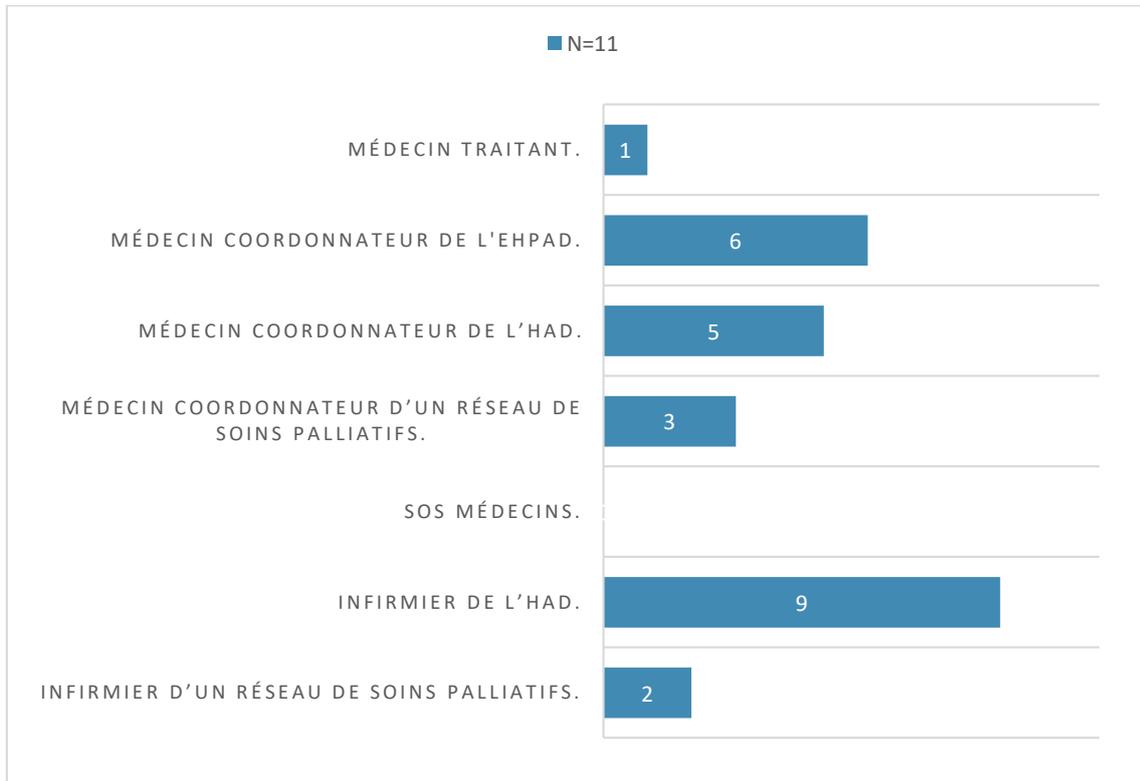


Onze médecins parmi les 18 ayant participé ont répondu que les administrateurs du bolus étaient formés à l'évaluation de la douleur. Six médecins ont déclaré ne pas savoir si ces personnes étaient formées. Enfin, un médecin a répondu qu'il ne pensait pas que ces personnes avaient bénéficié d'une formation à l'évaluation de la douleur.

Seuls ceux ayant répondu oui ont eu accès aux deux questions suivantes.

Question 11b : Si l'administrateur du bolus (en dehors du personnel de l'HAD) est formé à l'évaluation de la douleur, qui le forme ?

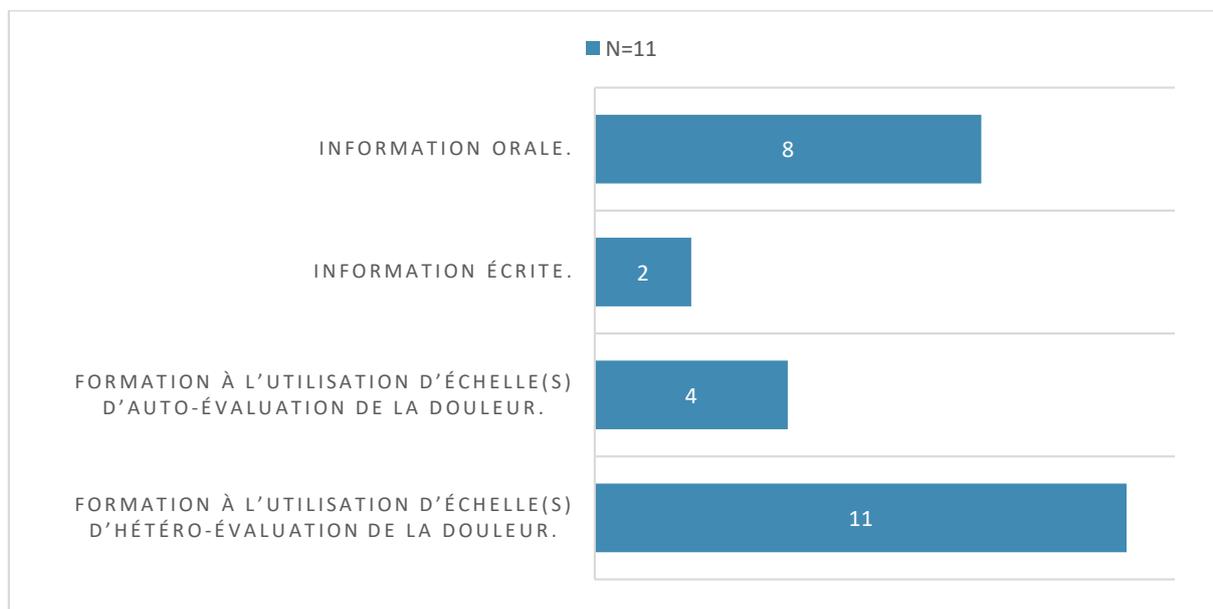
Figure 11 : Formateurs à l'évaluation de la douleur



Neuf des 11 participants pour cette question ont répondu que l'infirmier du HAD était le formateur à l'évaluation de la douleur. Six d'entre eux ont cité le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Cinq d'entre eux ont identifié le médecin coordonnateur de l'HAD. Dans une moindre mesure, ont été cités le médecin coordonnateur ou l'infirmier d'un réseau de soins palliatifs, ainsi que le médecin traitant.

Question 11c : Si l'administrateur du bolus (en dehors du personnel de l'HAD) est formé à l'évaluation de la douleur, par quel(s) moyen(s) ?

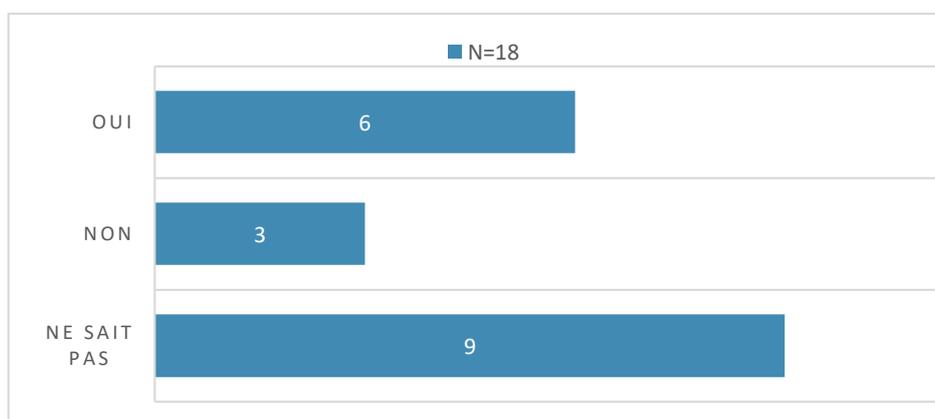
Figure 12 : Moyens d'évaluation de la douleur



Pour 8 des médecins, l'information était orale. De façon unanime, les 11 médecins ont répondu que les administrateurs potentiels des bolus étaient formés à l'utilisation d'échelle(s) d'hétéro-évaluation de la douleur.

Question 12 : L'administrateur du bolus (en dehors du personnel de l'HAD) a-t-il bénéficié d'une formation à l'utilisation de la pompe à morphine ?

Figure 13 : Formation à l'utilisation de la pompe à morphine

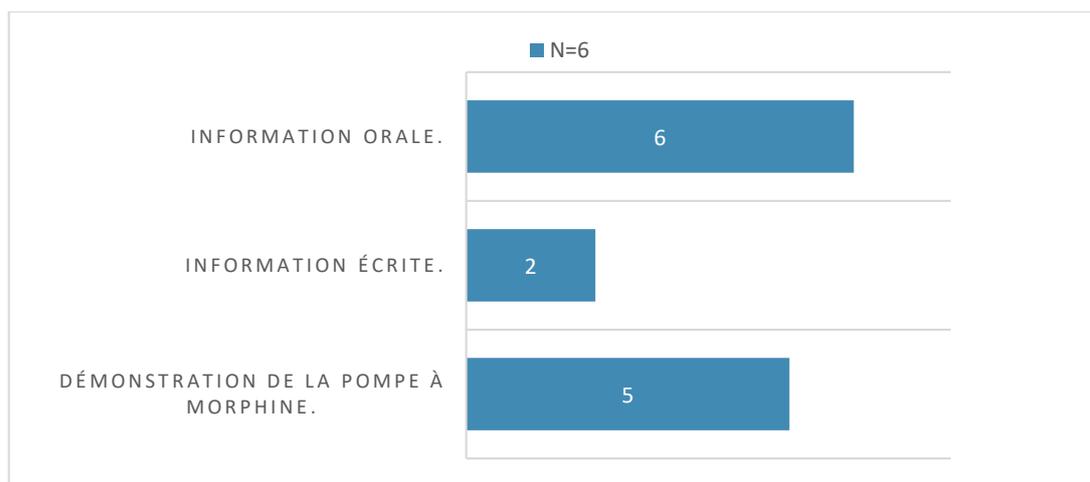


A cette question, 9 des 18 médecins ayant répondu ont déclaré ne pas savoir si l'administrateur du bolus avait reçu une formation à l'utilisation de la pompe. Six des médecins pensent que oui et les 3 restants pensent que non.

Seuls ceux ayant répondu positivement ont eu accès à la question suivante.

Question 12b : Si l'administrateur du bolus (en dehors du personnel de l'HAD) est formé à l'utilisation de la pompe à morphine, par quel(s) moyen(s) l'est-il ?

Figure 14 : Moyens de formation à l'utilisation de la pompe



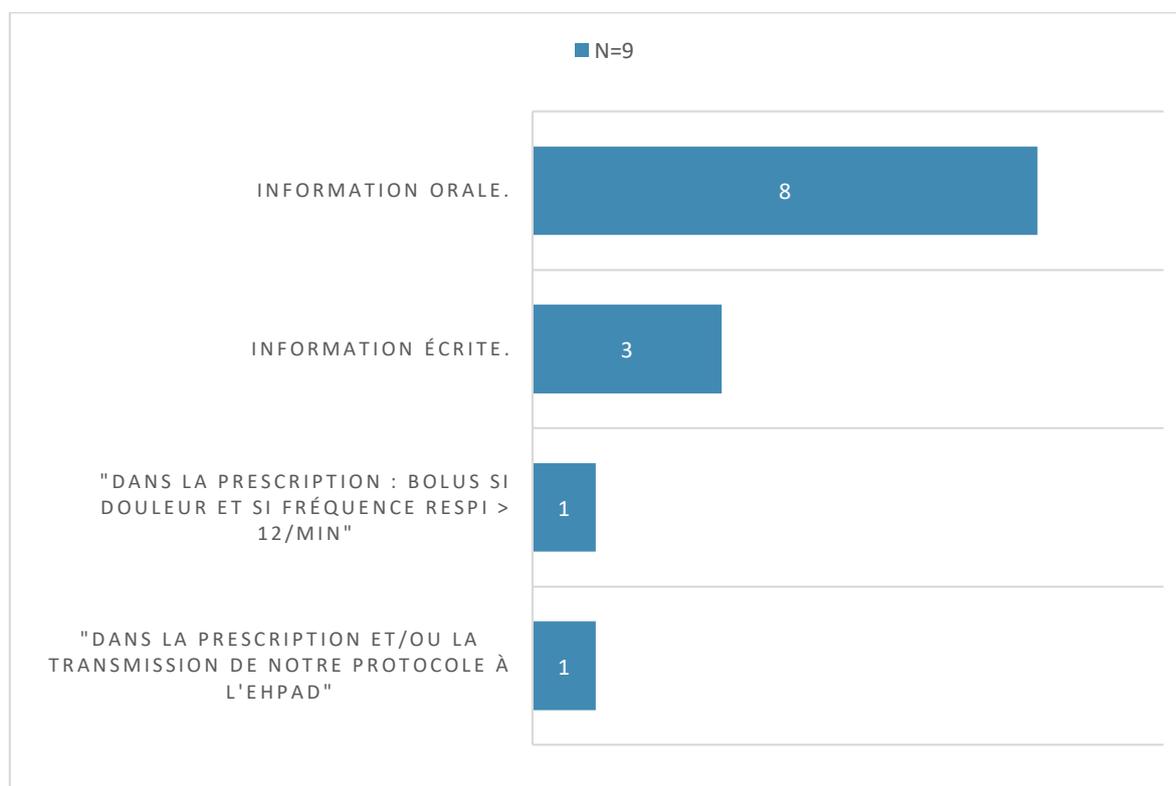
Tous les participants ont répondu que la formation à la pompe se faisait de manière orale. Deux des médecins citent également une information écrite. Enfin, la majorité des médecins estime qu'une démonstration de la pompe à morphine a été réalisée.

Question 13 : Est-il sensibilisé aux signes de surdosage en morphine ?

La moitié des médecins a répondu ne pas savoir, l'autre moitié estime que l'administrateur du bolus de morphine est formé aux signes de surdosage de la morphine. De même, seuls ces derniers ont eu accès à la question suivante.

Question 13b : S'il est sensibilisé aux signes de surdosage en morphine, par quel(s) moyen(s) ?

Figure 15 : Sensibilisation aux signes de surdosage



Huit des 9 médecins ayant répondu ont estimé qu'une information orale avait été délivrée et 3 d'entre eux qu'une information écrite avait été donnée. Deux médecins ont précisé que l'information pouvait être délivrée sur la prescription médicale.

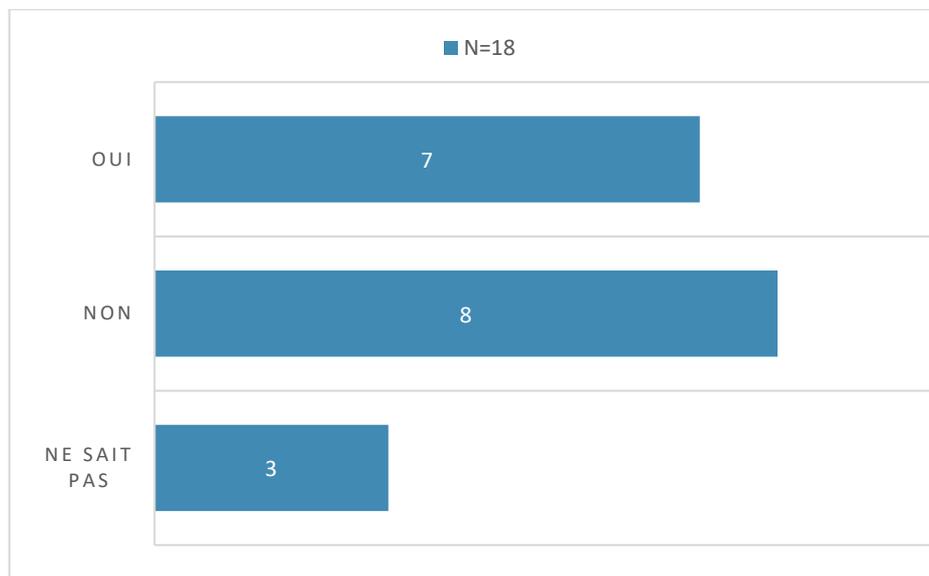
3.6) Procédure relative à l'utilisation de la PCA

Question 14 : L'avis médical est-il requis avant l'administration d'un bolus de morphine ?

Cent pour cent des médecins ont répondu que l'avis médical n'était pas recherché avant l'administration d'un bolus de morphine.

Question 15 : La prescription d'une pompe à morphine de type PCA a-t-elle fait l'objet d'une concertation en réunion pluridisciplinaire avec les soignants de l'EHPAD ?

Figure 16 : Concertation en réunion pluridisciplinaire



Huit des 18 médecins ont décrété qu'aucune concertation en réunion pluridisciplinaire avec les soignants de l'EHPAD n'avait été réalisée, tandis que 7 d'entre eux confirment qu'une telle réunion a eu lieu. Enfin 3 médecins ont répondu ne pas savoir.

4) Discussion

4.1) Intérêts

Cette étude montre que l'utilisation de la PCA chez le sujet âgé résidant en EHPAD et présentant des troubles cognitifs dans un contexte palliatif est une réalité.

Plus de quatre-vingt pourcents des médecins participants en témoignent.

En moyenne, la fréquence de prescription de PCA en HAD en Nouvelle-Aquitaine, chez le sujet âgé présentant des troubles cognitifs, est mensuelle. Cela suggère que l'utilisation d'une pompe à morphine avec possibilité de délivrance de bolus est un besoin chez cette population de patients et que les troubles cognitifs ne constituent pas un obstacle en soit si tant est que des adaptations y sont apportés.

En revanche, notre étude montre que les stratégies d'adaptation du modèle de la PCA aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs et vivant en EHPAD diffèrent d'un médecin à un autre, et pour cause, aucune recommandation n'existe à ce jour pour cette population. Il était donc pertinent de préciser les variations de pratiques, d'où l'intérêt de cette étude.

4.2) Limites de l'étude

L'une des limites de cette étude est directement liée au choix méthodologique. En effet, l'utilisation d'un questionnaire avec des questions fermées à choix multiples et formulation ouverte engendre un risque de perte d'information. Nous avons pris le risque d'induire, par cette méthode, des choix de réponses peu réfléchis ou orientés selon la norme sociale (considérés comme la réponse attendue car jugée « positive » dans notre société). Ce dernier biais a été limité par l'anonymisation du questionnaire.

D'autre part, seuls les médecins adhérant à la FNEHAD ont été sollicités, mais quelques médecins coordonnateurs d'HAD n'y sont pas inscrits et donc non représentés dans notre étude.

Aussi, l'échantillon de répondant est relativement modeste et ne permet pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble des structures d'HAD en France.

4.3) Discussion...

Des déterminants de la prescription d'une PCA :

L'étude montre que les déterminants de la prescription de la PCA de morphine sont essentiellement cliniques, à savoir l'état douloureux du patient relevant d'une alternative aux méthodes antalgiques usuelles, notamment du fait de l'impossibilité d'utiliser d'autres voies d'administration et le confort du patient en lui épargnant des piqûres de morphine.

L'autre élément déterminant semble être la technique de la PCA elle-même : facilité et sécurité d'utilisation, voire par défaut des autres techniques usuelles (PSE ne permettant pas l'administration de bolus).

Un des médecins a répondu prescrire la PCA afin de justifier le recours à l'HAD, ce qui laisse entrevoir une dérive d'utilisation. Effectivement, l'intervention de l'HAD en EHPAD doit être motivée par la complexité clinique et technique, ce qui est le cas dans les situations palliatives avec un symptôme douloureux réfractaire ou non accessible aux techniques antalgiques usuelles. Mais en aucun cas, l'intervention du HAD nécessite la mise en place d'une PCA de morphine. Cette dérive survient sûrement dans un souci administratif de valorisation de l'intervention du HAD en EHPAD mais cela est discutable sur le plan déontologique et éthique.

Des modalités de prescription d'une PCA :

L'étude montre que la majorité des médecins prescrit de très petites doses de morphine lors de l'initiation de la PCA, moins de 10mg de morphine par 24h. Il est d'usage de débiter à la plus petite dose possible les morphiniques chez le sujet âgé, surtout si ce dernier est naïf de morphine. Cela peut aussi correspondre au relais de la prise per os de la morphine, 10mg de morphine sous-cutanée étant l'équivalent de 20mg per os(37).

Les autres médecins ont répondu introduire la PCA de morphine à des doses supérieures à 10mg par jour mais aucun d'entre n'utilise de très fortes doses chez cette population (plus de 100mg/24h).

Aussi, la moitié des médecins interrogés a répondu ne pas modifier leurs modalités de prescription de la PCA pour les personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Cela suggère donc, que la moitié des médecins estime que la PCA, tel que le modèle est conçu, est adapté aux personnes âgées dans l'incapacité de s'auto administrer les bolus de morphine.

Or le concept de la PCA repose sur l'auto administration de la morphine et limite ainsi le risque de surdosage. En effet, un des premiers signes de surdosage aux opioïdes est la somnolence. Alors, une personne hypovigilante n'est pas en capacité de s'administrer une nouvelle dose de morphine et donc le risque de survenue d'une dépression respiratoire est moindre. En revanche, ce risque existe lorsqu'un tiers est amené à administrer les bolus de morphine, a fortiori, ce risque est encore plus important s'il ne s'agit pas d'un membre du personnel médical ou paramédical formé à l'utilisation de la PCA.

Il semble donc nécessaire de fixer un cadre de prescription et d'administration afin de limiter les mésusages et le risque thérapeutique. Cela questionne également l'autonomie laissée aux soignants via l'ordonnance pour l'administration des bolus de morphine, d'autant plus si l'avis médical n'est pas consulté en amont. L'administration d'une dose supplémentaire de morphine à mauvais escient par méconnaissance augmente le risque de survenu d'effet indésirable.

L'autre moitié des participants a confirmé adapter leur manière de prescrire la PCA chez cette population particulière, en allongeant la période réfractaire et en limitant le nombre de bolus par 24 heures. Cette adaptation permet de prévenir le risque de surdosage en morphine. En revanche, cette pratique de prescription implique un risque de sous traitement de la douleur. Cela exige donc une réévaluation rapprochée de l'efficacité de la PCA et un ajustement rapide des posologies afin de limiter ce risque.

D'autre part, certains médecins prescrivent des bolus de morphine à petites doses, un dixième ou moins de la dose de fond mais toujours en augmentant la période réfractaire. Cette adaptation semble répondre une fois encore à la crainte d'un surdosage de morphine et risque de ne pas permettre une antalgie suffisante.

Devant ce constat, il semble donc essentiel de penser les modalités d'adaptation de la prescription de la PCA afin de garantir le suivi clinique par du personnel formé à l'évaluation de la douleur auprès de cette population cible qui nécessite l'usage d'outils diagnostiques particuliers et adaptés. Un dispositif permettant aux médecins d'avoir accès aux nombres de bolus effectués en temps réel, tel qu'une pompe connectée, permettrait une meilleure réactivité dans l'adaptation de la posologie de la morphine.

La personne âgée est certes une personne fragile présentant un risque accru d'effets secondaires et de surdosage(5), mais une prescription adaptée de la PCA de morphine et une surveillance attentive par un personnel médical et paramédical formé, limite les risques de complication. La crainte d'un effet secondaire ou d'un surdosage morphinique ne doit pas limiter l'utilisation de la morphine au risque d'une analgésie insuffisante, chez le patient en situation palliative, d'autant plus si ce dernier est en phase avancée ou terminale de sa maladie.

En soins palliatifs, on parle du principe du double effet que l'on peut définir comme l'acceptation de la survenue d'un effet « négatif », c'est-à-dire un effet non souhaité tel qu'un surdosage ou la survenue d'un effet secondaire pouvant conduire au décès prématuré du patient, lors de l'utilisation d'une thérapeutique indispensable au soulagement du patient en situation palliative avancée voire terminale. L'application du double effet doit répondre à quatre critères moraux : (38)

- l'intention doit être de soulager le patient,
- l'effet secondaire doit être prévisible mais non intentionnel,
- l'effet secondaire ne doit pas être le moyen d'obtenir l'effet recherché (en aucun être une euthanasie déguisée),
- l'effet recherché doit l'emporter sur l'effet secondaire, involontaire.

Enfin, le principe du double effet est intégré dans la loi Claeys-Leonetti : « Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie. » (6)

De la voie d'administration :

La voie sous-cutanée est la voie privilégiée pour tous les participants. En effet, cette voie est particulièrement adaptée au domicile et très utilisée en soins palliatifs et en gériatrie. Elle est largement utilisée en France et pour cause, il s'agit d'une alternative intéressante lorsque la voie orale est inutilisable et que le capital veineux est réduit ou inappropriée au regard du confort du patient.

Bon nombre de thérapeutiques sont par ailleurs administrables par cette voie bien qu'elles ne disposent pas toujours de l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication et bénéficient d'un grade de recommandation et un niveau de preuve scientifique parfois faible.

Parmi les classes thérapeutiques éligibles, on retrouve en plus des antalgiques, des antibiotiques, des anti-sécrétoires, des laxatifs, des antiémétiques, des antihistaminiques ou encore des benzodiazépines, autant de thérapeutiques utiles en soins palliatifs(39,40).

On observe ici en pratique que cette voie est la voie de choix pour l'administration des molécules visant au confort symptomatique dans cette population. Il conviendra donc de prendre en considération cette modalité d'administration d'un point de vue pharmacologique si des règles de bonnes pratiques devaient voir le jour.

De l'administrateur des bolus de morphine :

Les recommandations de la SFAP(19) contre indiquent l'utilisation de la PCA chez les patients présentant des troubles de la compréhension. En effet, le dispositif de la PCA repose sur l'auto-administration de bolus.

Un médecin souligne dans cette étude l'utilisation erronée du terme de PCA. De fait, cette pratique se rapporte d'avantage au principe de la NCA utilisée et bien décrite en pédiatrie. Cette pratique peut également s'apparenter à l'AACA décrit dans certains établissements de soins aux Etats-Unis, suggérant l'intervention d'un tiers formé pour l'administration des bolus, du fait de la pénurie d'infirmière la nuit au sein des EHPAD.

Ainsi, les médecins ayant participé à l'étude ont identifié dans l'étude comme potentiel administrateur des bolus de morphine en journée, dans 100% des cas l'infirmier de

l'EHPAD. Par ordre de fréquence estimée s'ensuivaient : l'infirmier de l'HAD, puis les aides-soignants de l'EHPAD et de l'HAD.

Cette réponse montre le glissement de tâche opéré en EHPAD. Les aides-soignants sont amenés à administrer des bolus de morphine. Or, selon la législation en cours, ils n'y sont pas autorisés. Seule la collaboration avec l'infirmière est possible dans les textes. Pourtant, il s'agit d'une réalité, bien plus marquée encore la nuit en EHPAD où 79 % des répondants ont estimé que l'administrateur des bolus de morphine était l'aide-soignant. Cette dérive s'explique en partie par le manque d'infirmier la nuit en EHPAD dans la grande majorité des cas. Pour rappel, comme nous l'avons vu en introduction, seuls 14 % des EHPAD en France disposent d'une infirmière la nuit sur place, laissant la responsabilité de la continuité des soins aux aides-soignants(9).

Cela illustre bien la problématique rencontrée sur le terrain de la dichotomie entre la volonté de nos tutelles de privilégier le maintien au domicile en proposant des soins adaptés et un accompagnement de qualité, notamment chez les personnes en fin de vie et les moyens disponibles pour y parvenir. Devant la vulnérabilité physique et psychologique des personnes âgées vivant en EHPAD, des efforts sont encore nécessaires pour limiter les aller retours aux urgences injustifiés et la prise en charge dans les meilleurs délais des symptômes.

Selon l'observatoire national de la fin de vie, lorsqu'il n'y a pas d'infirmière la nuit, un quart des résidents qui décèdent en EHPAD de façon non-soudaine est hospitalisé en urgence au moins une fois au cours des deux semaines avant le décès. Ce chiffre diminue à 16 %, lorsqu'une infirmière est présente la nuit dans ces établissements(9).

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), propose des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et met l'accent sur la sensibilisation et la formation à la démarche palliative du personnel soignant, recommande le partage des savoirs et des expériences au sein de réunions pluridisciplinaires et propose également la mise en œuvre d'un relais du personnel pour les fins de vie difficiles(13). Autant de propositions de bon sens qui sont difficilement réalisables devant les problématiques de ressources humaines que rencontrent la majorité des EHPAD en France.

De la formation :

L'utilisation de la PCA en EHPAD pose la question de la formation de ses administrateurs potentiels des bolus de morphine. A cette interrogation, la majorité des participants (61 %) a affirmé que les administrateurs avaient bénéficié d'une formation. Cependant, 33 % avaient déclaré ne pas savoir. Or l'une des conditions de sécurité d'utilisation du dispositif de PCA repose sur la compétence des soignants et de l'entourage et de fait, sur leur formation.

Parmi les domaines de formation, nous nous sommes intéressés à l'évaluation de la douleur. La grande majorité des médecins (81 %) a estimé que l'infirmier de l'HAD participait à la formation de l'évaluation de la douleur. Nous pouvons nous interroger sur la qualité de la formation dispensée et de sa nature : est-ce du compagnonnage ou une formation initiale ou continue du soignant ? Ou est-ce un partage d'expérience ?

Aussi, les participants ont identifié les médecins coordonnateurs d'EHPAD, de l'HAD et des réseaux de soins palliatifs. Cela correspond aux attentes des recommandations de bonnes pratiques en matière de soins palliatifs où il est recommandé de faire appel à un expert en soins palliatifs qu'il s'agisse d'un soignant formé au sein de l'établissement ou d'un référent extérieur.

En pratique, on observe donc bien un échange des connaissances des référents en soins palliatifs où la PCA est très utilisée. Cette échange s'inscrit dans la diffusion de la démarche palliative souhaitée et suggérée par nos tutelles.

Les médecins ont estimé que les personnes formées à l'évaluation de la douleur ont été sensibilisées à l'utilisation d'échelles d'hétéro-évaluation de la douleur ce qui est tout à fait approprié à une population présentant des troubles cognitifs.

Cependant, un tiers des répondants a également cité une formation à l'utilisation d'échelle d'auto-évaluation de la douleur. Cela pose question sur la nature de l'évaluation de la douleur chez cette population de patients dont on sait que les renseignements apportés par l'usage de ces échelles manquent de fiabilité de manière certaine.

Nous nous sommes également intéressé à la sensibilisation aux signes de surdosage morphinique où seule la moitié des participants a estimé qu'une telle information avait été délivrée.

De manière générale, les conditions de formation à l'évaluation de la douleur et la sensibilisation aux signes de surdosage reposant essentiellement sur une information orale laissent présager qu'il ne s'agit pas d'une formation approfondie auprès du personnel soignant, que ce soit les infirmières ou les aides-soignants de l'EHPAD. Pourtant, de la qualité de cette formation découle la responsabilité de l'administration ou non d'un bolus de morphine. Si le personnel n'est pas suffisamment formé, cela peut conduire à la délivrance inappropriée de morphine favorisant la survenue d'un effet indésirable, voire au décès prématuré du patient. Les conséquences d'un tel mésusage vont aussi impacter les représentations du soignant. En effet, le soignant confronté à cette situation peut avoir une représentation erronée de l'action de la morphine dans ces situations palliatives, où la morphine peut être perçue comme une forme d'euthanasie.

D'autre part, nous nous sommes interrogés sur la formation à l'utilisation de la pompe à morphine en elle-même. Dans seulement un tiers des cas, les médecins ont estimé qu'une telle information avait été dispensée. Mais seulement deux médecins faisaient état de l'utilisation d'un support écrit. Ce résultat nous a surpris car l'utilisation de la PCA requiert l'utilisation de protocoles notamment concernant la dilution de la morphine et de la programmation de la pompe, des modalités d'administration des doses ainsi que le suivi permettant d'assurer la qualité de la sécurité des soins. Nous entrevoyons des lacunes dans l'exploration de cette donnée qui aurait mérité d'être approfondie et qui pourra faire l'objet d'un travail ultérieur.

Globalement, cette étude montre que l'accompagnement de cette technique passe peu par une information écrite. Pourtant, des supports sont accessibles sur le site de la SFAP, mais ils semblent peu utilisés en pratique en Nouvelle-Aquitaine(41). (Annexe 8) Les freins à cette utilisation restent à questionner. Est-ce un problème de compatibilité avec les logiciels métier ou une méconnaissance de ces supports ?

Il existe donc encore une marge de progression dans le domaine de la formation afin que tout administrateur bénéficie bien des connaissances nécessaires à l'utilisation de la PCA. Cette formation passe par la traçabilité, voire la rédaction d'un protocole afin

de s'assurer de la qualité et de la dispensation de la formation à ce dispositif. Cette réflexion pourrait s'inscrire au sein d'un groupe de travail à la cellule d'animation régionale des soins palliatifs et d'accompagnement (CAPALLIATIF) de Nouvelle-Aquitaine, afin d'élaborer un outil à la formation à l'utilisation de ce dispositif en EHPAD.

De l'avis médical avant administration d'un bolus :

La prescription de ces bolus de morphine fait partie des « prescriptions anticipées personnalisées » (PAP), c'est-à-dire de prescriptions réalisées en prévention de symptômes prévisibles au vue de la situation clinique.

Ainsi, la prescription anticipée permet au soignant de réaliser un bolus tel qu'il est prescrit. Cependant, la prescription de PAP sous-entend une qualité d'évaluation clinique de la part du soignant, lui permettant de suivre la prescription.

La totalité des participants a estimé qu'aucun avis médical n'était requis avant l'administration d'un bolus de morphine. L'absence de sollicitation d'avis médical suggère que l'administrateur est suffisamment aguerri au repérage de la douleur afin de pouvoir appliquer la PAP. Or, nous avons vu précédemment que les informations concernant la PCA n'étaient pas toujours exhaustives. Au regard de la qualité de la formation dispensée, nous pouvons nous questionner sur l'autonomie laissée aux soignants quant à la réalisation des bolus et de manière plus générale, sur les conditions de réalisation et d'application des PAP par des soignants ne disposant pas toujours des connaissances et de l'analyse clinique nécessaires.

Cependant, ce constat est à relativiser. Seuls les médecins coordonnateurs d'HAD ont été interrogés dans notre étude. Un avis auprès du médecin traitant ou du médecin coordonnateur d'EHPAD n'est pas exclu.

De la démarche palliative diffusée en EHPAD :

Les médecins ayant participé à l'étude ont identifié comme prescripteurs de la PCA pour près de 90 % d'entre eux le médecin coordonnateur de l'HAD, puis par ordre d'estimation de fréquence : le médecin traitant, le médecin hospitalier, le médecin

coordonnateur d'un réseau de soins palliatifs et enfin le médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Étonnamment, les médecins ont donc désigné en majorité le médecin coordonnateur d'HAD, alors que ce dernier n'a pas vocation à prescrire dans les textes. Il en va de même pour le médecin coordonnateur d'EHPAD et le médecin coordonnateur d'un réseau de soins palliatifs qui sont force de proposition mais non prescripteurs. Ce glissement de tâche peut s'expliquer par la compétence particulière en soins palliatifs de ces médecins, plus habitués à l'emploi de pompe à morphine.

Cela témoigne de la diffusion de la démarche palliative en EHPAD, avec le recours de médecins formés en soins palliatifs, comme l'illustre la question du recours à un médecin ayant une compétence en soins palliatifs (EMSP, réseau, HAD...) par le médecin traitant lorsqu'il prescrit une PCA, où la quasi-totalité des participants estiment qu'une telle aide est apportée.

Par ailleurs, la démarche palliative implique la pluridisciplinarité du fait de la complexité des situations rencontrées. Or, nous constatons que seuls 39 % des médecins interrogés ont affirmé avoir discuté de la prescription de la PCA en concertation pluridisciplinaire avec les soignants de l'EHPAD. L'instauration d'une PCA, qui plus est dans un contexte palliatif, justifierait pourtant l'organisation de réunions collégiales et pluridisciplinaires qui pourraient être l'occasion d'un temps de formation des soignants amenés à appliquer ces prescriptions et de discuter les représentations des soignants vis-à-vis de l'utilisation de la morphine dans un contexte palliatif.

Enfin, cela permettrait de renforcer la place des médecins coordonnateurs dans ce compagnonnage d'évaluation, de prise en charge des patients en situation palliative complexe mais relevant d'une prise en charge à domicile qu'il convient de faciliter et de fluidifier pour favoriser le maintien à domicile et épargner les hospitalisations souvent délétères aux patients dans leur accompagnement.

Cette étude montre que la démarche palliative semble se développer en EHPAD mais des améliorations sont encore possibles afin d'y faciliter les prises en charge palliative.

5) Conclusion

L'adaptation du concept de la PCA de morphine chez le sujet âgé douloureux en situation palliative ayant des troubles cognitifs est un réel besoin en EHPAD. Les médecins coordonnateurs des structures d'HAD en Nouvelle-Aquitaine y ont déjà recours.

Néanmoins, les modalités de prescription sont très disparates d'un médecin à un autre. Une réflexion serait nécessaire afin de définir et d'homogénéiser les pratiques. L'élaboration d'un outil d'information et d'aide à la prescription et au suivi pourrait faire l'objet d'un travail d'approfondissement. Un groupe de travail pourrait voir le jour au sein de la cellule régionale CAPALLIATIF via un appel à projet.

Aussi, le cadre législatif actuel ne permet pas d'autoriser ce modèle en EHPAD en l'absence du HAD, du fait de la pénurie d'infirmier présent la nuit dans ces institutions. En effet, les aides-soignants ne sont légalement pas autorisés à utiliser la PCA.

A l'avenir, devant le nombre grandissant de situations palliatives en EHPAD, la formation des différents soignants pourrait être complétée, que ce soit au niveau des connaissances en soins palliatifs, de sa clinique, de l'évaluation de la douleur chez les personnes dans l'incapacité de s'exprimer, ou encore de l'usage de matériel spécifique telle que la PCA, en s'appuyant sur des documents écrits, actuellement sous-utilisés, afin de permettre la diffusion de la démarche palliative et d'améliorer la qualité des soins.

Notre étude montre que le recours aux intervenants ayant des compétences en soins palliatifs est d'ores et déjà effectif en EHPAD. Cependant, malgré tous ces efforts pour maintenir au domicile ces patients fragiles, il persiste des difficultés liées aux ressources humaines et aux moyens mis en œuvre en EHPAD.

Nul doute que l'avancée technologique participera à l'amélioration des prises en charge, avec l'arrivée des pompes à morphine connectées, permettant de transmettre les informations en temps réel aux réseaux de soins (HAD, EMSP, réseaux de soins palliatifs) et ainsi d'assurer un meilleur suivi des bolus administrés, des besoins et des adaptations posologiques nécessaires au soulagement. Reste à évaluer la coordination entre les différents intervenants au regard des différents prescripteurs

pour une meilleure prise en charge de la douleur. Des outils métiers de coordination (tel que la Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication, PAACO) semblent nécessaires afin de coordonner ces prises en charge complexes relevant de plusieurs prescripteurs(42).

Bibliographie :

1. maisons-de-retraite.fr. Les différents types d'établissement [Internet]. [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.maisons-de-retraite.fr/Bien-choisir-sa-maison-de-retraite/Les-differents-types-d-etablissement>
2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 [Internet]. 2017 [cité 17 nov 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
3. Dutheil N, Scheidegger S. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. *Études Résultats*. juin 2006;(494):8.
4. Capriz F, Chapiro S, David L, Floccia M, Guillaumé C, Morel V, et al. Consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie : utilisation des antalgiques dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée (hors anesthésie). *Douleurs Éval - Diagn - Trait*. 1 oct 2017;18(5):234-47.
5. 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]. 2000 [cité 9 oct 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
6. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-87 févr 2, 2016.
7. Code de la santé publique - Article L1110-5-3.
8. Inspection générale des affaires sociales. Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile [Internet]. 2017 janv p. 86. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-064R_.pdf
9. Observatoire national de la fin de vie. Fin de vie en EHPAD : les premiers résultats de l'étude sont disponibles [Internet]. [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie//EHPAD>
10. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Le Plan Alzheimer : une prise en charge globale des malades d'Alzheimer [Internet]. 2016 [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/plans-de-sante-publique/plan-alzheimer-2008-2012>
11. Marmet T. Médecine palliative et prise en charge des personnes âgées en EHPAD. *Empan*. 15 oct 2013;n° 91(3):98-104.
12. Observatoire national de la fin de vie. Vivre la fin de vie chez soi [Internet]. 2013 [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000186.pdf>
13. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux. Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD [Internet]. 2017 [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_synthese_findevie_ehpad.pdf

14. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. Définition et organisation des soins palliatifs en France [Internet]. [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
15. Société française d'étude et de traitement de la douleur. Livre blanc de la douleur 2017 [Internet]. 2017 [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: https://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/livreblanc_2017.pdf
16. Société française d'étude et de traitement de la douleur. Outils d'hétéro-évaluation [Internet]. [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/adulte-0>
17. Cabayé-Borgès Da Silva G, Iahns P, Mabriez J-C. Carence de traitement de la douleur chez les personnes âgées présentant une grave altération cognitive. *Sante Publique* (Bucur). 2005;Vol. 17(1):87-93.
18. Rostaing-Rigattieri S. PCA de morphine en médecine [Internet]. 2004 [cité 17 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.cnrdr.fr/PCA-de-morphine-en-medecine.html>
19. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. Recommandations pour l'indication et l'utilisation de la PCA à l'hôpital et à domicile pour l'administration de morphine chez le patient atteint de cancer et douloureux, en soins palliatifs [Internet]. 2006. Disponible sur: https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/recommandation_SFAP_PCA-2.pdf
20. Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique de Haute-Normandie. Guide de bon usage des pompes PCA utilisées dans les douleurs chroniques de l'adulte, essentiellement d'origine cancéreuse. 2014 juin p. 33.
21. Rudkin GE, Osborne GA, Finn BP, Jarvis DA, Vickers D. Intra-operative patient-controlled sedation. Comparison of patient-controlled propofol with patient-controlled midazolam. *Anaesthesia*. mai 1992;47(5):376-81.
22. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 nov 2002;166(10):1338-44.
23. Tourniaire B. PCA et NCA chez l'enfant [Internet]. 2003 [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.pediadol.org/PCA-et-NCA-chez-l-enfant.html>
24. Dannemiller Education Center. Parent/Nurse-Controlled Analgesia (PNCA) as a Standard of Care: How to Make it Safe [Internet]. [cité 27 févr 2019]. Disponible sur: <https://cme.dannemiller.com/articles/activity?id=301&f=1>
25. Webb RJ, Shelton CP. The Benefits of Authorized Agent Controlled Analgesia (AACA) to Control Pain and Other Symptoms at the End of Life. *J Pain Symptom Manage*. 1 sept 2015;50(3):371-4.
26. Direction générale de l'offre de soins. L'hospitalisation à domicile [Internet]. 2018 [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>

27. Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. Qu'est-ce que l'HAD ? [Internet]. [cité 25 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/>
28. Décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code.
29. Circulaire DHOS/O3/DGAS/2C n°2007-365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées [Internet]. 2007 [cité 24 mars 2019]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso3dgas2c-n-2007-365-du-5-octobre-2007-relative-aux-modalites-dintervention-des-structures-dhospitalisation-a-domicile-dans-les-etablissements-d/>
30. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Le médecin coordonnateur [Internet]. 2018 [cité 24 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/le-medecin-coordonnateur>
31. Circulaire DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social [Internet]. [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/03/cir_36720.pdf
32. Circulaire DHOS/O3 n°2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-01/a0010030.htm>
33. Code de la santé publique - Article R4311-4.
34. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
35. Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine. Journée régionale HAD 28 novembre 2016 [Internet]. 2016 nov 28 [cité 28 mars 2019]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/HAD_Journee_regionale_HAD_28_11_2016.pdf
36. Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. Le baromètre n°8 - Le trimestriel de l'Observatoire de l'hospitalisation à domicile. 2019.
37. Fédération des activités de soins palliatifs et de soins de support du CHU de Grenoble-Alpes. Table pratique d'équianalgie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception [Internet]. 2016 [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: http://www.sfap.org/system/files/table_pratique_dequianalgie_octobre_2016.pdf
38. Anwar D, Corbaz P. L'éthique dans le contexte des soins palliatifs. Guide Soins Palliatifs Médecin Vaud. 2009;(11-2009):24.

39. Vassal P. Thérapeutiques médicamenteuses administrables par voie sous-cutanée en soins palliatifs : revue de la littérature [Internet]. 2015 oct 9 [cité 18 nov 2018]. Disponible sur: http://www.sfap.org/system/files/dr_vassal.pdf
40. Forestier E. Antibiothérapie par voie sous-cutanée : Résultats de l'étude tolérance SPILF/SFGG et actualités [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/2015/2015-j-inf-rhoalpauv-atb-sc-forestier.pdf>
41. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. PCA [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/pca>
42. Pourtier J-M. La technologie au service d'une meilleure prise en charge de la douleur au domicile. Rev Infirm. avr 2013;62(190):36-8.

Annexes :

Annexe 1 : Echelle Algoplus(16)

|  | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Evaluation de la douleur Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale | | | | | | | | | | | | |
| Identification du patient | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Date de l'évaluation de la douleur |/...../..... |/...../..... |/...../..... |/...../..... |/...../..... |/...../..... |/...../..... |/...../..... |/...../..... |/...../..... |/...../..... |/...../..... |
| Heure |h..... |h..... |h..... |h..... |h..... |h..... |
| | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON |
| 1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé. | | | | | | | | | | | | |
| 2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés. | | | | | | | | | | | | |
| 3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris. | | | | | | | | | | | | |
| 4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées. | | | | | | | | | | | | |
| 5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement. | | | | | | | | | | | | |
| Total OUI | <input type="checkbox"/> /5 | <input type="checkbox"/> /5 | <input type="checkbox"/> /5 | <input type="checkbox"/> /5 | <input type="checkbox"/> /5 | <input type="checkbox"/> /5 |
| Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation | <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe | <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe | <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe | <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe | <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe | <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe | <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe | | | | | |

Annexe 2 : Echelle ECPA(16)

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

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

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

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

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

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

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

N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...

| | |
|---|---|
| Même type de contact que d'habitude* | 0 |
| Contact plus difficile à établir que d'habitude* | 1 |
| Évite la relation contrairement à l'habitude* | 2 |
| Absence de tout contact contrairement à l'habitude* | 3 |
| Indifférence totale contrairement à l'habitude* | 4 |

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

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

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

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

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

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

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

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

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

PATIENT

NOM :

Prénom :

Sexe :

Âge :

Date :
Heure :

Service :
Nom du Cotateur :

SCORE

Annexe 3 : Echelle Doloplus(16)

NOM :

Prénom :

DATES

Service :

Observation comportementale

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

Annexe 4 : Echelle de sédation de Rudkin(21)

ÉCHELLE DE SÉDATION DE RUDKIN

| Score | État du patient | |
|-------|---|--------------------------|
| 1 | Éveillé, orienté | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Somnolent | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Yeux fermés, répondant à l'appel | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Yeux fermés, répondant à une stimulation tactile légère* | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Yeux fermés, ne répondant pas à une stimulation tactile légère* | <input type="checkbox"/> |

*Pincement ferme, mais non douloureux, du lobe de l'oreille

Annexe 5 : Echelle de vigilance-agitation de Richmond(22)

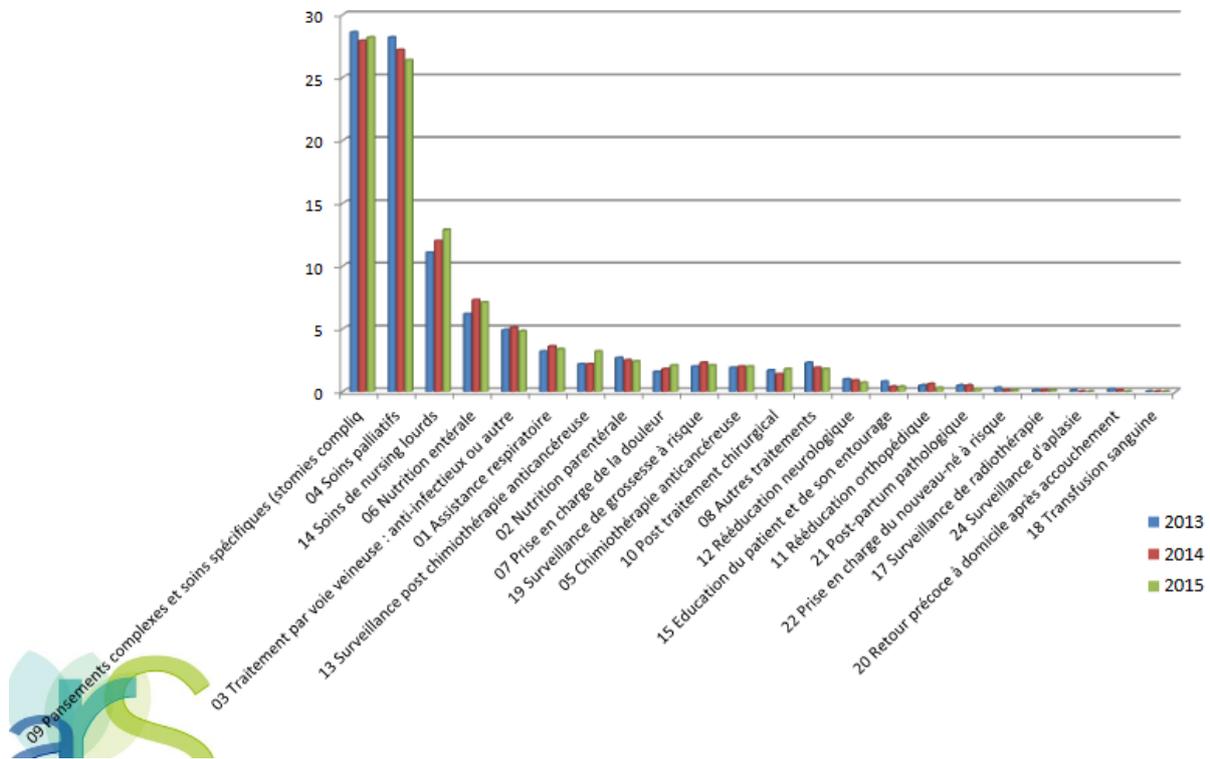
| | | |
|----|-------------------------------------|--|
| +4 | combatif | combatif, danger immédiat envers l'équipe. |
| +3 | très agité | tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe |
| +2 | agité | mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur |
| +1 | ne tient pas en place | anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs |
| 0 | éveillé et calme | |
| -1 | somnolent | Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec) |
| -2 | diminution légère de la vigilance | Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10sec) |
| -3 | diminution modérée de la vigilance | N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux) mais pas de contact visuel |
| -4 | diminution profonde de la vigilance | Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum) |
| -5 | non réveillable | Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum) |

Annexe 6 : Liste des 29 établissements d'HAD de Nouvelle-Aquitaine(35)

Les 29 établissements d'HAD de la grande région

| Région | Département | Commune | Nom de l'établissement |
|------------------|----------------------|---------------------|---------------------------------------|
| Aquitaine | Dordogne | Périgueux | CH PERIGUEUX |
| | | Bergerac | HAD DE LA CLINIQUE PASTEUR |
| | | Sarlat | CH JEAN LECLAIRE |
| | Gironde | Libourne | HAD VIGNES ET RIVIERES |
| | | Langon | CHISUD GIRONDE |
| | | Le Bouscat | HOPITAL SUBURBAIN BOUSCAT |
| | | Bordeaux | MSP.BORDEAUX BAGATELLE |
| | Landes | Dax | HAD SANTE SERVICE DAX |
| | | Bretagne de Marsan | HAD MARSAN ADOUR |
| | Lot-et-Garonne | Boe | HAD 47 |
| | Pyrénées-Atlantiques | Bayonne | SANTE SERVICE BAYONNE |
| | | Oloron Sainte Marie | HAD HAUT BEARN ET SOULE |
| | | Bayonne | CH COTE BASQUE |
| Orthez | | CH ORTHEZ | |
| Limousin | Corrèze | Tulle | CH TULLE |
| | | Brive-la-Gaillarde | HAD RELAIS SANTE |
| | Creuse | Noth | HAD 23 CRRF ANDRE LALANDE |
| | Haute-Vienne | Limoges | CHU LIMOGES |
| | | Limoges | HAD SANTE SERVICE LIMOUSIN |
| Poitou-Charentes | Charente | Soyaux | HAD MUTUALITE 16 |
| | Charente-Maritime | La Rochelle | CH LA ROCHELLE-RE-AUNIS |
| | | Saintes | CH SAINTONGE |
| | Deux-Sèvres | Niort | CH NIORT |
| | | Saint Maixent | CH GH&MS HAUT VAL DE SEVRE ET MELLOIS |
| | | Parthenay | HAD 79 |
| | Vienne | Poitiers | HAD Clinique saint Charles |
| | | Chatelleraut | CH CHATELLERAULT |
| Poitiers | | CHU POITIERS | |

Répartition des journées d'HAD selon les modes de prise en charge (en %) en NA



Annexe 8 : Documents relatifs à l'utilisation de la PCA par la SFAP(41)

| | |
|---|---|
| Logo Hôpital | Fiche de SURVEILLANCE de PCA de MORPHINE |
| Étiquette ou Nom Prénom Date de naissance..... | Service : |

PARAMÈTRES DE REMPLISSAGE :

Type de Pompe : N° :

Concentration : mg/ml Voie d'administration : SC IV

Mettre dans la cassette : morphine : amp. de mg
 amp. de mg

Sérum physiologique : ml

| | J1 : | J2 : | J3 : | J4 : | J5 : | J6 : | J7 : |
|---|------|------|------|------|------|------|------|
| Débit Continu | | | | | | | |
| Bolus en mg | | | | | | | |
| Nbre bolus/h | | | | | | | |
| Période réfractaire | | | | | | | |
| EVA/EN/EVS | | | | | | | |
| Sédation (Rudkin voir verso) | | | | | | | |
| FR | | | | | | | |
| Nbre Bolus reçus / 24h | | | | | | | |
| Nbre Bolus demandés / 24h | | | | | | | |
| Morphine reçue | | | | | | | |
| Volume résiduel en ml | | | | | | | |
| Heure de remise à zéro du compteur bolus Signature IDE | | | | | | | |
| Heure de verrouillage Signature IDE | | | | | | | |
| Heure changement : | | | | | | | |
| Programmation | | | | | | | |
| Réservoir | | | | | | | |
| Tubulure | | | | | | | |
| Piles | | | | | | | |

Extrait des recommandations du groupe de travail "Pôle Qualité" de la S.F.A.P.
pour l'administration de morphine par PCA.

Février 2006

Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
106 avenue Emile Zola * 75015 Paris * www.sfap.org

CONSIGNES DE SURVEILLANCE

| DOULEUR | SÉDATION | SURDOSAGE |
|--|--|--|
| Échelles d'autoévaluation EVA/EN de 0 à 10 EVS de 0 à 4 | Patient éveillé-orienté.....1 Somnolent.....2 Yeux fermés répondant à l'appel.....3 Yeux fermés répondant à une stimulation tactile légère (traction lobe oreille).....4 Yeux fermés ne répondant pas à une stimulation tactile légère.....5 | Si score de sédation >2 et FR<10 : appel du médecin. Si score de sédation >3 et FR<8 : appel du médecin et préparer une seringue de naloxone : 1 ampoule de 0,4 mg dans 1 ml + 9 ml de sérum physiologique. Réaliser la titration de naloxone : On injecte 1 ml toutes les 2 mn, soit 0,04 mg, jusqu'à récupération d'une fréquence respiratoire supérieure à 10/mn. Puis perfusion dose titration dans 250 ml sur 3 à 4 heures (Cf. Vidal) |
| Pas de douleur.....0 Douleur légère.....1 Douleur modérée.....2 Douleur intense.....3 Douleur très intense.....4 | À partir du score 2, surveiller la fréquence respiratoire. | |

CONSIGNES DE MAINTENANCE

————— **AVANT TOUTE MANIPULATION, ARRÊTER LA POMPE :** —————

POMPE LEGACY :

Maintenir marche/arrêt enfoncée jusqu'à l'apparition des trois traits, puis du mot "arrêt" à l'écran, idem pour la remise en route (disparition des trois traits ; puis apparition du mot "marche").

POMPE ABBOTT :

Boutons : FIN et DÉBUT.

PILES : à changer toutes les 72 h.

NB : le fait de remplacer les piles ne déprogramme pas la pompe, si celle-ci est bien en position arrêt.

TUBULURES : s'assurer qu'il n'y a pas d'obstruction (coude, clamps).

POINT DE PONCTION : à changer au moindre doute : érythème, induration, œdème, mauvaise diffusion du produit. S'il n'y a pas de problème local, on peut changer tous les 3 jours pour l'administration par voie SC (selon les protocoles propres à chaque institution, la durée peut aller jusqu'à 10 jours). Pour la voie IV, suivre les protocoles du CLIN.

SURVEILLANCE DU VOLUME RÉSIDUEL DE MORPHINE DANS LA CASSETTE : affiché en millilitre à l'écran. Si il est bas, changer rapidement de réservoir.

L'antalgique le plus utilisé : la morphine

- La morphine suscite parfois des craintes et pourtant c'est un médicament qui, bien indiqué et utilisé selon des règles précises, est bien toléré et rapidement efficace sur les douleurs. C'est celui le plus souvent utilisé avec la PCA.
- Les risques d'accoutumance (besoin de + en + de morphine au cours du temps) ou les risques de dépendance (réaction de manque à l'arrêt du traitement) sont rares et peuvent aujourd'hui être évités par un traitement bien conduit.
- La morphine peut entraîner des effets indésirables plus ou moins gênants, à surveiller et à signaler. Il peut s'agir principalement de nausées et/ou vomissements, de constipation et de somnolence. Ces effets sont variables d'une personne à l'autre et feront l'objet d'une surveillance personnalisée.

L'utilisation de la PCA vous permettra plus d'autonomie et de rapidité d'action dans le traitement de votre douleur.

Bien comprise, il s'agit d'une pratique très performante qui cependant reste indissociable d'un partenariat entre vous et l'équipe soignante qui vous accompagne.

N'hésitez pas à les contacter si besoin :

- Médecin :
Tél. :
- Infirmière :
Tél. :
- Réseau, pharmacien
ou prestataire :
Tél. :

*Extrait des recommandations du groupe
de travail "Pôle Qualité" de la S.F.A.P
pour l'administration de morphine par PCA.*

Février 2006

**Société Française d'Accompagnement
et de Soins Palliatifs**
106 avenue Emile Zola - 75015 Paris
www.sfap.org

Comment utiliser la PCA ?

*Plaquette à destination des patients
et de leurs familles*

Vous êtes porteur d'une pompe PCA
(Analgésie Contrôlée par le Patient).

Cette méthode très sûre vous permet
d'agir vous même sur la douleur dès
qu'elle se fait sentir, au moyen d'une
pompe qui vous administrera immédia-
tement un supplément d'antalgique.

Cette plaquette a pour objectif de vous
aider à participer à la prise en charge
de votre douleur en vous donnant des
informations utiles.

Présentation de la pompe



**Présence pompe
+ bouton-presseur**

Comment cela fonctionne ?

Lors de la mise en place de la pompe, une programmation est effectuée par l'infirmière sur prescription médicale.

Elle permet :

- une administration continue d'antalgique,
- une possibilité de doses supplémentaires d'antalgique appelées bolus et gérées par vous en fonction de la douleur, de vos activités ou en prévision de certains soins douloureux (ex : pansement, toilette, mobilisations...).

Intérêts du système

- Autonomie vis-à-vis de la douleur.
- Meilleure adaptation du traitement et donc meilleure efficacité de prise en charge.
- Gain en terme de qualité de vie par la diminution des douleurs et par les mobilisations facilitées au quotidien.
- Sécurité du système qui mémorise toutes vos demandes d'antalgiques et facilite le suivi du traitement par l'équipe soignante.

Conseils d'utilisations

- C'est vous seul(e) qui jugez si vous avez mal et qui décidez (dans la mesure du possible) de vous administrer un supplément d'antalgique en vue de soulager la douleur.
- N'hésitez pas à appuyer sur le bouton-poussoir dès que la douleur se fait sentir. Il est préférable de ne pas attendre que la douleur soit trop intense car elle serait plus difficile à soulager.
- Sachez qu'il faudra quelques minutes pour que le produit agisse.
- Si les douleurs persistent, le traitement devra être réévalué ; n'hésitez pas à en parler à votre médecin ou infirmier(e).

Annexe 9 : Questionnaire adressé aux médecins coordonnateurs d'HAD de Nouvelle-Aquitaine

Bonjour,

Je m'appelle Caroline Gauthier, je suis médecin remplaçant.

Je prépare actuellement ma thèse sur l'utilisation de pompe à morphine type PCA chez les patients âgés, en situation palliative, ayant des troubles cognitifs, en EHPAD et pris en charge par l'HAD.

Je sais d'expérience que cette pratique existe mais elle reste très peu étudiée. En effet, il n'existe pas dans la littérature de recommandation à l'utilisation d'un modèle type PCA chez le sujet âgé ayant des troubles cognitifs.

Je réalise donc une étude descriptive des pratiques actuelles en interrogeant les médecins coordonnateurs des différents HAD de Nouvelle-Aquitaine via un questionnaire sur internet (plateforme Google Forms)

L'objectif de cette étude est de faire un premier état des lieux de l'utilisation de la PCA chez cette population particulière afin de comprendre les motivations de cette pratique et de définir s'il s'agit d'une pratique répandue.

Le questionnaire est anonyme et ne demande que quelques minutes.

Les résultats seront communiqués aux participants qui le désirent.

Je vous remercie pour votre aide.

Bien cordialement.

<https://goo.gl/forms/61k4X5AzVCsISEml1>

Questionnaire de thèse d'exercice en médecine générale : utilisation de la PCA de morphine chez les patients âgés ayant des troubles cognitifs, en EHPAD, pris en charge par l'HAD

Évaluation de l'utilisation d'une pompe à morphine type Patient-Controlled Analgesia (PCA) chez le patient âgé douloureux, présentant des troubles cognitifs, en situation palliative, résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD), en Nouvelle-Aquitaine en 2018.

Nous entendons par situation palliative, toute situation en lien avec une maladie grave, en phase avancée, d'évolution fatale, dont la finalité de la prise en charge consiste à améliorer la qualité de vie du patient.

Nous entendons par "PCA", l'utilisation d'une pompe à morphine par voie par entérale avec possibilité d'administration de bolus par le patient et par extension, par un tiers.

*Obligatoire

1. Question 1 – De quelle HAD êtes-vous le médecin coordonnateur ? *

2. Question 2 – Avez-vous déjà eu dans votre patientèle des patients âgés ayant des troubles cognitifs, en phase palliative, vivant en EHPAD, bénéficiant d'une pompe à morphine type PCA ? *

Une seule réponse possible.

- Oui. *Passez à la question 3.*
- Non. *Passez à "Fin du questionnaire."*

Prescription de la PCA de morphine

3. Question 3 – À quelle fréquence estimez-vous la prescription de PCA dans la population définie ci-dessus ? *

Une seule réponse possible.

- Moins d'une fois par an.
- Moins d'une fois par mois.
- Une fois par mois.
- Plusieurs fois par mois.
- Une fois par semaine.
- Plusieurs fois par semaine.
- Une fois par jour.

Prescription de la PCA de morphine

4. Question 4 – Qui prescrit la PCA ? *

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Médecin traitant.
- Médecin coordonnateur de l'HAD.
- Médecin coordonnateur de l'EHPAD.
- SOS Médecins.
- Médecins hospitaliers.
- Médecin coordonnateur d'un réseau de soins palliatifs.
- Autre : _____

5. Question 4b – Lorsque le médecin traitant prescrit la PCA, est-il aidé par un médecin ayant une compétence en soins palliatifs (médecin de l'EMSP, d'un réseau de soins palliatifs, de l'HAD...) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, parfois.
- Oui, souvent.
- Oui, toujours.
- Non, jamais.
- Ne sait pas.

Modalités et déterminants de la prescription de PCA de morphine

6. Question 5 – Quelle voie d'abord est utilisée le plus fréquemment ? *

Une seule réponse possible.

- Intra-veineuse.
- Sous-cutanée.

7. **Question 6 – Pour quelle(s) raison(s) la PCA a-t-elle été prescrite ? ***

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Pathologie(s) douloureuse(s) nécessitant de la morphine en continu et en bolus.
- Volume d'un pousse seringue électrique (PSE) insuffisant pour la posologie de morphine.
- Les PSE disponibles ne permettant pas d'administrer des bolus.
- Voie per os impossible.
- Éviter de piquer le patient de manière itérative pour lui administrer des bolus.
- Préserver la mobilité du patient.
- Habitude de prescription.
- Facilité d'utilisation.
- Sécuriser l'administration en définissant la période réfractaire et le nombre de bolus.
- Facilité d'adaptation de la posologie.
- Autre : _____

8. **Question 7 – Par quelle dose de fond débutez-vous le plus fréquemment ? ***

Une seule réponse possible.

- < 10mg/24h.
- Entre 10mg/24h et 100mg/24h.
- > 100mg/24h.

9. **Question 8 – Modifiez-vous vos habitudes de prescription pour cette population de patients ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui. *Passez à la question 10.*
- Non. *Passez à la question 11.*

Modalités de prescription de la PCA de morphine

10. **Question 8b – Si vous modifiez vos habitudes de prescription, sur quels paramètres ? ***

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Allongement de la période réfractaire.
- Raccourcissement de la période réfractaire.
- Pas de période réfractaire.
- Diminution du nombre de bolus par 24h.
- Bolus > 1/10 de la dose de fond.
- Bolus ≤ 1/10 de la dose de fond.

Administration des bolus de morphine

11. **Question 9 – Qui administre les bolus de morphine la journée ? ***

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Médecin traitant.
- Médecin coordonnateur de l'EHPAD.
- Médecin coordonnateur de l'HAD.
- Médecin coordonnateur d'un réseau de soins palliatifs.
- SOS Médecins.
- Infirmier de l'EHPAD.
- Infirmier de l'HAD.
- Aide-soignant de l'EHPAD.
- Aide-soignant de l'HAD.
- Entourage familial.
- Entourage amical.
- Autre : _____

12. **Question 10 – Qui administre les bolus de morphine la nuit ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Médecin traitant.
- Médecin coordonnateur de l'EHPAD.
- Médecin coordonnateur de l'HAD.
- Médecin coordonnateur d'un réseau de soins palliatifs.
- SOS Médecins.
- Infirmier de l'EHPAD.
- Infirmière de l'HAD.
- Aide-soignant de l'EHPAD.
- Aide-soignant de l'HAD.
- Entourage familial.
- Entourage amical.
- Autre : _____

13. **Question 11 – La ou les personnes administrant le bolus de morphine (en dehors du personnel de l'HAD) sont-elles formées à l'évaluation de la douleur ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui. *Passez à la question 14.*
- Non. *Passez à la question 16.*
- Ne sait pas. *Passez à la question 16.*

Formation à l'évaluation de la douleur

14. **Question 11b – Si l'administrateur du bolus (en dehors du personnel de l'HAD) est formé à l'évaluation de la douleur, qui le forme ? ***

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Médecin traitant.
- Médecin coordonnateur de l'EHPAD.
- Médecin coordonnateur de l'HAD.
- Médecin coordonnateur d'un réseau de soins palliatifs.
- SOS Médecins.
- Infirmier de l'HAD.
- Infirmier d'un réseau de soins palliatifs.
- Autre : _____

15. **Question 11c – Si l'administrateur du bolus (en dehors du personnel de l'HAD) est formé à l'évaluation de la douleur, par quel(s) moyen(s) ? ***

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Information orale.
- Information écrite.
- Formation à l'utilisation d'échelle(s) d'auto-évaluation de la douleur.
- Formation à l'utilisation d'échelle(s) d'hétéro-évaluation de la douleur.
- Autre : _____

Formation à l'utilisation de la pompe à morphine

16. **Question 12 – L'administrateur du bolus (en dehors du personnel de l'HAD) a-t-il bénéficié d'une formation à l'utilisation de la pompe à morphine ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui. *Passez à la question 17.*
- Non. *Passez à la question 18.*
- Ne sait pas. *Passez à la question 18.*

Formation à l'utilisation de la pompe à morphine

17. **Question 12b – Si l'administrateur du bolus (en dehors du personnel de l'HAD) est formé à l'utilisation de la pompe à morphine, par quel(s) moyen(s) l'est-il ? ***

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Information orale.
- Information écrite.
- Démonstration de la pompe à morphine.
- Autre : _____

Formation aux signes de surdosage morphinique

18. Question 13 – Est-il sensibilisé aux signes de surdosage en morphine ? *

Une seule réponse possible.

- Oui. *Passez à la question 19.*
- Non. *Passez à la question 20.*
- Ne sait pas. *Passez à la question 20.*

Formation aux signes de surdosage morphinique

19. Question 13b – S'il est sensibilisé aux signes de surdosage en morphine, par quel(s) moyen(s) ? *

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Information orale.
- Information écrite.
- Autre : _____

20. Question 14 – L'avis médical est-il requis avant l'administration d'un bolus de morphine ? *

Une seule réponse possible.

- Oui.
- Non.
- Ne sait pas.

21. Question 15 – La prescription d'une pompe à morphine de type PCA a-t-elle fait l'objet d'une concertation en réunion pluridisciplinaire avec les soignants de l'EHPAD ? *

Une seule réponse possible.

- Oui.
- Non.
- Ne sait pas.

Fin du questionnaire.

Merci de votre participation.

Résumé

Évaluation de l'utilisation d'une pompe à morphine type « Patient Controlled Analgesia » chez le patient âgé douloureux, présentant un trouble cognitif, en situation palliative, résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Introduction : L'utilisation d'une pompe à morphine selon le modèle de l'analgésie contrôlée par le patient (PCA) est une pratique qui existe dans la prise en charge de la douleur chez les sujets âgés présentant des troubles cognitifs, en situation palliative, résidant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et pris en charge en Hospitalisation à Domicile (HAD) mais aucune recommandation n'accompagne cette pratique à ce jour. L'objectif de notre étude est d'interroger les déterminants d'une prescription d'une PCA et les modalités d'application chez cette population.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive multicentrique auprès des médecins coordonnateurs des HAD de Nouvelle-Aquitaine, de novembre 2018 à février 2019 via un questionnaire auto-administré.

Résultats : Parmi les 44 médecins sollicités, 22 ont participé à notre étude. 81% d'entre eux utilisaient la PCA dans ce contexte de manière mensuelle. La prescription était le plus souvent réalisée par le médecin coordonnateur de l'HAD lui-même. Lorsque le médecin traitant prescrivait la PCA, il avait quasi systématiquement recours à un confrère ayant une compétence en soins palliatifs. Les déterminants de cette prescription étaient cliniques et techniques (facilité et sécurité d'utilisation). La voie d'administration privilégiée était sous-cutanée. Les infirmiers et les aides-soignants étaient identifiés comme les principaux administrateurs des bolus de morphine. Les modalités de prescription de la PCA restaient disparates, tout comme la formation qui l'entoure.

Conclusion : Nos résultats suggèrent que l'utilisation de la PCA est un besoin chez cette population de patients et que les troubles cognitifs ne constituent pas un obstacle en soi. Un travail devra être conduit afin d'encadrer et d'homogénéiser les pratiques.

Mots clés : PCA, soins palliatifs, gériatrie, troubles cognitifs, EHPAD, HAD

Discipline : médecin générale

Abstract

Assessment of the use of a morphine pump type Patient-Controlled Analgesia in elderly patients with severe pain, a cognitive disorder, and in a palliative situation as residents in accommodation facilities for the dependent elderly.

Introduction: Although the use of a morphine pump using the Patient Controlled Analgesia (PCA) model is a practice that has existed for some time now in the management of pain in elderly people with cognitive impairment, in palliative situations, residing in accommodation facilities for the dependent elderly and supported in home care, there has been so far no recommendation to accompany that practice to date. The objective of our study is to question the determinants of a PCA prescription and the application modalities in that population.

Method: A multicenter observational study was carried out with the coordinating physicians of the home care program of New Aquitaine, from November 2018 to February 2019 using a self-administered questionnaire.

Results: out of the 44 physicians contacted, 22 participated in our study. 81 % of them used PCA in this context on a monthly basis. The prescription was most often performed by the coordinating physician of the home care himself/herself. When the general practitioner prescribed the PCA, he almost always asked the medical opinion of a colleague expert in palliative care. The determinants of this prescription were clinical and technical (ease and safety of use). The preferred route of administration was subcutaneous. Nurses and caregivers were identified as the main administrators of morphine boluses. The prescribing terms of the PCA remained disparate, as did the training surrounding it.

Conclusion: Our results suggest that PCA use is needed in the afore mentioned patient population and that cognitive impairment is not an obstacle in itself. Research will have to be conducted to supervise and standardize such practices.

Key words: PCA, palliative care, geriatrics, cognitive disorders, nursing home, home care

Discipline: general practice

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES
Université de Bordeaux,
146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex

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 leurs 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 sont 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.