



HAL
open science

**Prise en charge ambulatoire de la douleur chronique non
cancéreuse du sujet âgé : état des lieux d'une
consultation conjointe gériatre/algologue au CETD de
Caen et étude du bénéfice obtenu sur le contrôle de la
symptomatologie douloureuse et son vécu**

Sandrine Lecarpentier

► **To cite this version:**

Sandrine Lecarpentier. Prise en charge ambulatoire de la douleur chronique non cancéreuse du sujet âgé : état des lieux d'une consultation conjointe gériatre/algologue au CETD de Caen et étude du bénéfice obtenu sur le contrôle de la symptomatologie douloureuse et son vécu. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02502958

HAL Id: dumas-02502958

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02502958>

Submitted on 9 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 CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 18 DECEMBRE 2019

par

Mlle Sandrine LECARPENTIER

Née le 23 FEVRIER 1988 à SAINT-LÔ (*MANCHE*)

TITRE DE LA THÈSE :

**Prise en charge ambulatoire de la douleur chronique non
cancéreuse du sujet âgé : état des lieux d'une consultation
conjointe gériatre/algologue au CETD de Caen et étude du
bénéfice obtenu sur le contrôle de la symptomatologie
douloureuse et son vécu.**

Président : Monsieur le Professeur GUILLAUME Cyril

Membres : Monsieur le Professeur MARCELLI Christian

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

Madame le Docteur LESCURE Pascale (Directrice de thèse)

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique

M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie

M. VIVIEN Denis

Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M. DE LA SAYETTE Vincent

Neurologie

Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne

Dermatologie

M. GUILLAUME Cyril

Médecine palliative

M. LE BAS François

Médecine Générale

M. SABATIER Rémi

Cardiologie

PRCE

Mme LELEU Solveig

Anglais

PROFESSEURS EMERITES

M. HURALT de LIGNY Bruno

Néphrologie

Mme KOTTLER Marie-Laure

Biochimie et biologie moléculaire

M. LE COUTOUR Xavier

Epidémiologie, économie de la santé et prévention

M. LEPORRIER Michel

Hématologie

M. VIADER Fausto

Neurologie

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Cyril Guillaumé, pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci de ton écoute et de ta bienveillance à mon égard tout au long de ce travail,

A Monsieur le Professeur Christian Marcelli, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à mon jury de thèse,

A Monsieur le Docteur Nicolas Sainmont, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à mon jury de thèse,

A Madame le Docteur Pascale Lescure, pour l'accessibilité, la bienveillance et l'enthousiasme avec lequel tu m'as transmis tes connaissances aussi bien pendant mon externat que pendant mon internat. Pour ta patience, ton écoute et ton encadrement tout au long de ce travail, je te remercie chaleureusement,

A mes deux formidables parents, merci à toi maman, qui en tant qu'infirmière passionnée m'a la première transmise la vocation de la médecine. Merci à toi papa d'avoir cru en mes capacités et de m'avoir encouragé à suivre cette voie. Vous m'avez soutenu de toutes les manières possibles tout au long de mes études, je n'y serais certainement pas parvenu sans la confiance, l'écoute, les encouragements et l'amour que vous me témoignez sans cesse,

A mon mimi, pour avoir supporté sans faillir les exigences de mon parcours, pour avoir toujours cru en moi, et surtout pour ton soutien indéfectible et ton aide précieuse durant la réalisation de ce travail,

A Caroline, pour ta si précieuse amitié. Pour la belle sincérité, la chaleur et le dévouement dont tu fais preuve aussi bien dans ton travail que dans ta vie. Ils sont pour moi un modèle vers lequel tendre et qui contribue à me faire donner le meilleur de moi-même en toutes circonstances,

A Axel et Charlotte, mon frère et ma petite belle-sœur que j'aime tendrement,

A ma famille, grand-mère, grand père, Evelyne et Guy, Cathy et Thierry, Guillaume, Vincent et Eve, Mamie et Gilbert, Manue et Titi, Martine, Sébastien, Boris et Audrey, Patrick et Annick, etc... Merci pour votre amour, vos encouragements, tous ces moments de joie qui m'ont porté tout au long de ces longues études,

A ma nouvelle famille, Nadine et Michel, Didic, Cam, Laetitia, Tine, Hypo et Bertrand, Jean-Marc et Marie-Catherine, Nine, etc... Merci pour votre chaleureux soutien et votre affection,

A Charlotte et Nico, Gwenn et Doudou, Ochoc et Yanou, Toinou et Béran. Nous ne nous sommes peut-être rencontré que grâce à Jérémie mais vos amitiés me sont infiniment

précieuses, vous êtes de formidables personnes, merci pour votre présence à mes côtés et vos encouragements qui ont grandement contribué à la réalisation de ce travail,

A Hélène, Paul et la petite Louise, tout ce temps passé dans la même promotion pour ne se découvrir qu'en premier semestre d'internat (ou un peu avant dans un cours de Karaté). On a bien rattrapé le temps perdu cela dit, un grand merci les amis,

A la clique, Ju et brioche, Manue, Nasta, Stef, Mic, Bati, Jeanot, PE, Choco, mes années étudiantes n'auraient pas été les mêmes sans vous, merci à tous,

A Hélène et amandine. C o-externe en gastro, co externe pour toujours !! Ca ne rime pas mais que de fous rires (une penser pour peter...), merci les filles,

A Luc Richard, pour m'avoir fait découvrir la médecine rurale de la plus belle des manières, tu es un médecin comme on en fait plus et travailler à tes côtés fût une expérience enrichissante à tout point de vu,

A Thibaut Raginel, Céline Chatalic et Marie-Aude Leroux-Zuinguedau, parce qu'en plus d'être des médecins excellents, passionnés par leur métier et dévoués à leurs patients, vous êtes également des personnes formidables, d'une incroyable bienveillance. Dire simplement que vous m'avait beaucoup appris et soutenu relève du plus pur euphémisme. Mille merci à vous trois pour tout ce que vous avez fait pour moi en tant qu'interne mais aussi en tant que jeune médecin,

A mes nouveau collègues, Lissia, Elo, Philippe, Pauline et Lisa pour leur compréhension et leurs encouragements pendant la dernière ligne droite,

A tous les étudiants, médecins, IDE, aides soignantes, etc... avec qui j'ai eu l'occasion de travailler et d'apprendre, un grand merci,

ABREVIATIONS

ADL	Activities of Daily Living
AGS	American Geriatric Society
ASA	American Society of Anesthesiologists
BPI	Brief Pain Inventory
CETD	Centres de Traitement et d'Evaluation de la Douleur
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
EN	Echelle Numérique
EHPAD	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EVA	Echelle Visuelle Analogique
HAS	Haute Autorité de Santé
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IASP	International Association for the Study of Pain
MNA	Mini Nutritional Assesment
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCS	Pain Catastrophizing Scale
PMP	Pain Management Program
QCD	Questionnaire Concis sur les Douleurs

QDSA	Questionnaire Douleur de Saint Antoine
SDC	Syndrome Douloureux Chronique
TCC	Thérapies Comportementales et Cognitives
TENS	Transcutaneous Electro-NeuroStimulation

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	Caractéristiques de la population étudiées	p.12
Tableau 2	Caractéristiques de la symptomatologie douloureuse	p.14
Tableau 3	Comparaison des prescriptions d'antalgiques par classes thérapeutiques avant et après prise en charge.	p.15
Tableau 4	Prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses à l'issue de la consultation.	p.18
Tableau 5	Comparaison des résultats obtenus au QCD initialement et en réévaluation.	p.19
Tableau 6	Comparaison des scores moyen obtenus à la PCS initialement et en réévaluation	p.20
Figure 1	Cycle de la fragilité	p.2
Figure 2	Evolution de la fragilité avec l'âge	p.2
Figure 3	Répartition au sein de notre population des différents types de traitement consommés quotidiennement	p.13
Figure 4	Consommation d'antalgiques par catégories au sein de la population avant et après évaluation	p.16
Figure 5	Modifications thérapeutiques par type d'antalgiques	p.17
Figure 6	Diagramme de flux pour la réévaluation du QCD	p.18

Figure 7	Diagramme de flux pour la réévaluation de la PCS	p.20
Figure 8	Diagramme de flux pour le questionnaire de satisfaction	p.21
Figures 9	Résultats du questionnaire de satisfaction	p.22
Figure 10	Recueil des éléments sources de satisfaction pour les patients vis-à-vis de la prise en charge proposée.	p.22
Figure 11	Recueil des éléments sources d'insatisfaction pour les patients vis-à-vis de la prise en charge proposée.	p.23

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	p.1
1. La douleur chronique : un syndrome fréquent dont la prévalence augmente avec l'âge	p.1
2. La population âgée : une population hétérogène et potentiellement fragile	p.2
3. Une évaluation et une prise en charge compliquée du SDC chez la personne âgée	p.3
3.1. Des difficultés diagnostiques	p.3
3.2. Des difficultés de prise en charge	p.4
4. La consultation « Douleur de la personne âgée »	p.4
5. Le choix de l'étude	p.8

II. MATERIEL ET METHODES :

1. Type d'étude	p.9
2. Population	p.9
3. Critère d'inclusion	p.9
4. Recueil des données	p.9
4.1 Caractéristiques de la population	p.9
4.2 Caractéristiques de la douleur et de sa prise en charge	p.10

4.3 Critères de jugement p.10

5. Exploitation des données p.11

III. RESULTATS p.12

1. Caractéristiques de la population p.12

2. Caractéristiques du syndrome douloureux chronique p.14

3. Prise en charge proposée aux patients douloureux chroniques p.15

3.1 Avant la consultation p.15

3.2 Après la consultation p.15

4. Le QCD p.18

5. La PCS-CF p.20

6. Enquête de satisfaction p.21

IV. DISCUSSION

1. Etat des lieux p.23

1.1. Population prise en charge : une population âgée, plutôt féminine,
indépendante mais fragile p.24

1.2. Une symptomatologie douloureuse essentiellement ostéoarticulaire p.25

1.3. Prise en charge médicamenteuse avant la consultation : des prescriptions
conformes aux recommandations. p.26

1.4. Pris en charge non médicamenteuse avant la consultation : La kinésithérapie en
première ligne, peu de recours aux psychothérapies p.26

1.5. Prise en charge à l'issue de la consultation p.28

- 1.5.1. Pas d'escalade thérapeutique p.28
- 1.5.2. Une place importante donnée au programme d'électro-neuro-stimulation transcutanée (TENS) p.28
- 1.5.3. Intégration des patients douloureux fragiles au sein de la filière de soins gériatriques p.29

2. Etude du bénéfice apporté par consultation sur le contrôle de la

symptomatologie douloureuse et son vécu p.31

2.1 Evolution des résultats du QCD : un possible effet bénéfique de la consultation sur l'intensité douloureuse et l'impact de la douleur sur l'humeur p.32

2.2 Evolution de résultat de la PCS : pas de différence significative p.32

2.3 Des limites à prendre en compte p.33

2.3.1. Un important biais de mémorisation p.33

2.3.2. Une puissance réduite par le nombre de sorties d'études p.33

2.3.3. Intérêt d'une étude prospective p.34

3 La satisfaction des patients p.34

V. CONCLUSION p.36

VI. BIBLIOGRAPHIE p.37

VII. ANNEXES p.44

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE CETD CAEN p.44

ANNEXE 2 : SUPPORT DE LA CONSULTATION EN BINÔME p.55

ANNEXE 3 : ENQUÊTE DE SATISFACTION p.69

I. INTRODUCTION

En tant que jeune médecin, la douleur (1) m'est un symptôme familier. Tout médecin y est confronté aux cours de ses études mais également tout au long de son exercice.

Quand elle persiste au-delà de ce qui peut être considéré comme habituel au regard de la lésion initiale, quand elle s'installe, la douleur devient chronique (2) ; (3). Elle affecte alors plus que le corps des patients qui en souffrent, elle modifie leur mode de pensée, leur comportement, leurs interactions sociales, leur autonomie, et leur moral. La douleur altère profondément la qualité de vie des patients. C'est une affection complexe, dont les manifestations et l'évolution dépendent fortement des facteurs environnementaux propres à chaque patient. La douleur chronique est par conséquent beaucoup plus difficile à prendre en charge et à soulager qu'une douleur transitoire ou aiguë (4) ; (5) ; (6) ; (7) ; (8) ; (9).

1. La douleur chronique : un syndrome fréquent dont la prévalence augmente avec l'âge

La douleur chronique, ou syndrome douloureux chronique (SDC) est une affection fréquente. D'après une revue systématique de la littérature publiée par l'IASP en 2003, la prévalence de la douleur chronique aux USA, en Europe et en Australie varie de 10,1 % à 55,2 % en fonction des études (10) ; (11) En France, l'enquête STOPNEP10, réalisée en 2004, a estimé la prévalence de la douleur chronique et des douleurs neuropathiques en population générale à 31,7 %. Elle affecte davantage les femmes, mais surtout sa prévalence augmente considérablement avec l'âge (12).

Chez les sujets âgés de 70 à 80 ans la prévalence de la douleur chronique se situe aux alentours de 25 à 30 %, elle s'élève à 40%-50% chez les sujets âgés de 80 à 90 ans et atteint 70 % à 80% des personnes âgées placées en institution (13) ; (14).

Cependant, le vieillissement à lui seul n'explique pas ces chiffres.

2. La population âgée : une population hétérogène et potentiellement fragile

Le vieillissement est en effet un phénomène naturel inéluctable qui conduit à l'altération progressive de nos capacités physiologiques et de nos capacités d'homéostasie (15).

Toutefois, c'est un phénomène hétérogène qui dépend en grande partie de facteurs génétiques et environnementaux. Ainsi tous les patients ne sont pas égaux face au vieillissement. Chez certains patients âgés, plus particulièrement s'ils ont plus 80ans, la baisse des réserves fonctionnelles liées au vieillissement physiologique et l'addition de comorbidités conduisent à un état de fragilité (16) ; (17).

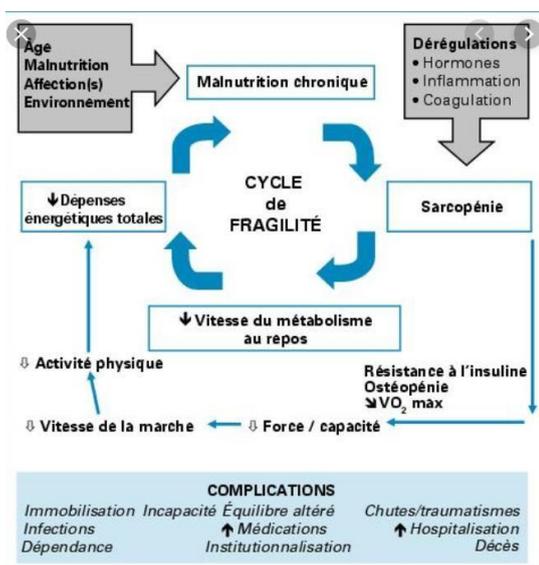


Figure N°1: Cycle de la fragilité

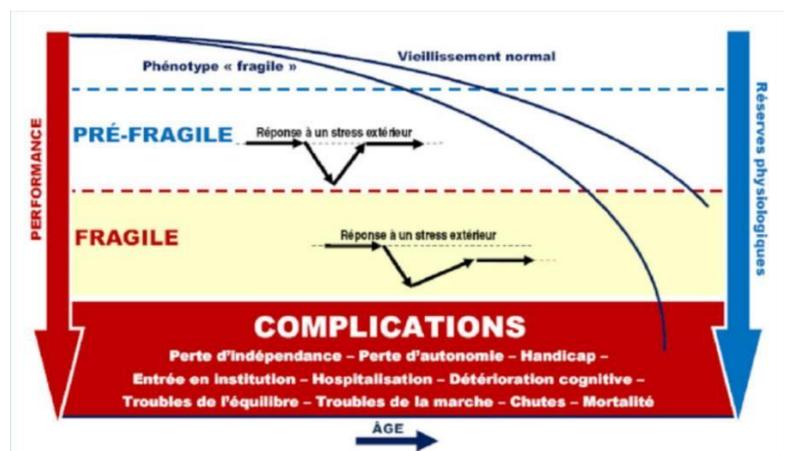


Figure N°2 : Evolution de la fragilité avec l'âge

Bien plus vulnérables, ces patients subissent davantage de complications et de décompensation de pathologies en cascade. Ils sont donc plus exposés aux risques d'hospitalisation, de dépendance, d'institutionnalisation et de décès.

L'étude de ces patients fragiles a permis de mettre en évidence un certain nombre de syndromes dits « gériatriques » caractérisés par :

- Une fréquence de survenue augmentant avec l'âge,

- Des facteurs prédisposants et précipitants multiples,
- Un risque de perte d'indépendance fonctionnelle et d'entrée en institution comme conséquence fréquente
- La nécessité d'une prise en charge multifactorielle requérant une approche multimodale et pluridisciplinaire du patient.

La douleur chronique répond à tous les critères qui définissent un syndrome gériatrique, elle en est donc un à part entière. Par conséquent, l'existence d'un SDC chez une personne âgée fragile entraîne davantage de complications et notamment la survenue d'autres syndromes gériatriques tels que les troubles du sommeil, la dépression, la dénutrition, les chutes et les troubles cognitifs (18) ; (19) ; (20) ; (21) ; (22) ; (23) ; (24) ; (25) ; (26).

3. Une évaluation et une prise en charge compliquée du SDC chez la personne âgée

Le SDC demeure sous diagnostiqué et insuffisamment pris en charge malgré l'intérêt croissant qu'il suscite auprès de la communauté scientifique (27) ; (14) ; (13) ; (28) ; (29) ; (30). Et également malgré l'évolution de l'enseignement reçu par les professionnels de santé et plusieurs plans d'action gouvernementaux visent à améliorer le repérage et la prise en charge de la douleur notamment chez les personnes âgées (31) ; (32).

3.1. Des difficultés diagnostiques

Le SDC est difficile à diagnostiquer chez les personnes âgées en particulier chez celles qui sont institutionnalisées (33) ; (34) ; (35) ; (36) ; (37).

Les modifications neurophysiologiques en lien avec le vieillissement ont un impact sur la perception de la douleur (38).

De plus les personnes âgées portent plus souvent un regard fataliste sur leurs douleurs (39) et un grand nombre d'entre elles estiment donc que le moyen le plus efficace de tolérer et gérer la douleur est encore de l'ignorer le plus possible, de vivre avec sans en parler. Ce

stoïcisme est d'ailleurs renforcé par la crainte des personnes âgées que l'expression de leur douleur ne conduise à la réalisation d'examen invasifs ou susceptibles d'entraîner un inconfort et/ou l'administration de traitement dont les effets secondaires viendraient d'avantage nuire à leur qualité de vie (39) ; (14).

Ainsi, les manifestations de SDC chez la personne âgée sont-elles parfois plus frustrées, avec au premier plan des troubles du sommeil, des manifestations anxiodépressives, l'aggravation d'une perte d'indépendance, d'autonomie et/ou de troubles cognitifs.

3.2. Des difficultés de prise en charge

Chez les personnes âgées, l'intrication fréquente de plusieurs comorbidités est à l'origine d'une polymédication à fort risque d'interactions médicamenteuses délétères. De plus, les modifications en lien avec le vieillissement physiologique qui impactent la pharmacodynamie et la pharmacocinétique, majorent fortement le risque d'effets secondaires chez la personne âgée, et ce d'autant plus qu'elle est fragile (40). Ceci peut en partie expliquer la sous-médication des syndromes douloureux chroniques chez les personnes âgées. (41)

Pour finir, le SDC est un problème complexe multidimensionnel qui nécessite une approche multimodale et pluriprofessionnelle dans sa prise en charge. Cela représente déjà un défi pour les professionnels de santé, mais il est double dans le cas des personnes âgées souffrant de douleurs chroniques. Car aux complexités du SDC s'ajoutent celles de la fragilité et des syndromes gériatriques nécessitant également une prise en charge multidimensionnelle spécifique (27) ; (14) ; (13) ; (28) ; (29) ; (30).

4. La consultation « Douleur de la personne âgée »

La prise en charge du SDC de la personne âgée nécessite une évaluation spécifique nécessaire à l'établissement d'un projet personnalisé de soin. Cette évaluation doit nécessairement inclure le repérage des syndromes gériatriques et de la fragilité (42), (43), (44), (45), (46).

Or, en dépit de l'existence depuis 2001 des consultations et centres pluridisciplinaires spécialisés dans l'évaluation et le traitement de la douleur (CETD), il n'existe pas en France de structure spécialisée dans la l'évaluation et la prise en charge de la douleur du sujet âgé. On note également que le peu d'études existantes sur le sujet s'accordent sur le fait que de telles structures associant les capacités et moyens gériatriques avec les spécialités de la douleur, seraient hautement intéressantes et bénéfiques (47) ; (48).

C'est dans le but de remédier à cet état de fait qu'une consultation « douleur du sujet âgé » faisant intervenir conjointement un algologue et un gériatre a vu le jour au CETD de Caen en Avril 2014. Le déroulement en est le suivant :

chaque patient devant faire l'objet d'une prise en charge au CETD doit au préalable renseigner un questionnaire (ANNEXE 1) permettant de recueillir les antécédents médico-chirurgicaux, la composition du traitement habituel, l'anamnèse de la symptomatologie douloureuse, les thérapeutiques antalgiques passées et en cours, ainsi que leur niveau d'efficacité et de tolérance. A ce questionnaire doit obligatoirement être joint un courrier d'adressage du médecin traitant (ou du spécialiste le cas échéant). Ces documents intègrent le dossier médical de chaque patient dont le cas sera discuté lors d'une réunion pluriprofessionnelle hebdomadaire visant à établir une orientation et un délai de prise en charge pour chaque patient demandeur.

Les deux médecins vont avoir pour objectif d'évaluer le plus exhaustivement possible chaque patient qui leur est adressé, au moyen d'un entretien semi-dirigé, d'échelles d'évaluation uni et multidimensionnelles, et d'un examen physique complet principalement centré sur l'examen ostéoarticulaire, musculaire et neurologique (49) ; (50) ; (51) (ANNEXE 2).

Au cours d'une consultation d'une heure, le médecin algologue, assisté par une IDE formée à la prise en charge des douleurs, retrace avec le patient l'histoire de sa douleur au sein de sa propre histoire. Il identifie le type de syndrome douloureux chronique, les mécanismes physiopathologiques en jeu et l'existence d'une éventuelle pathologie curable. Il retrace

également les différentes mesures thérapeutiques auxquelles le patient a pu avoir recours, la qualité de l'observance et la tolérance vis-à-vis de ces traitements. Il tente également de préciser les attentes du patient vis-à-vis de la prise en charge. Enfin, il caractérise en détail la symptomatologie douloureuse en recueillant :

- Une description des symptômes ressenties, via le Questionnaire Douleur de Saint Antoine (QDSA, version française abrégée McGill Pain Questionnaire, MPQ).
- L'intensité de la symptomatologie douloureuse, via des échelles d'auto-évaluations telles que : « L'Échelle Numérique (EN) ou encore l'Échelle Verbale Simple (EVS) ». Ces échelles constituent le gold standard pour l'évaluation de la douleur quel que soit l'âge des patients (5), mais en cas de troubles cognitifs faibles à modérées, on préférera l'EN ou l'EVS. Toutefois, en cas d'impossibilité pour le patient de comprendre le fonctionnement de ces échelles ou s'il éprouve des difficultés de communication, le médecin peut alors avoir recours à des échelles d'hétéro évaluation de la douleur chronique telle que l'échelle DOLOPLUS (52).
- Le retentissement émotionnel du SDC sur le patient grâce, de nouveau au QDSA.
- Les mécanismes cognitifs et comportementaux impliqués dans la chronicisation du SDC et qui conditionnent également l'efficacité de la prise en charge. Le plus fréquent (surtout chez les personnes âgées), et le plus étudié des mécanismes en cause, est de loin le « catastrophisme » (53). Il correspond à une tendance du sujet à se focaliser sur la douleur (ruminant), à se sentir menacé par elle (amplification) et à se sentir incapable de gérer une telle menace (impuissance)(28). On l'évalue au moyen de la « Pain Catastrophizing Scale » (PCS) (54) ; (55).
- Le retentissement global de la douleur chronique sur la qualité de vie du patient via une échelle multidimensionnelle, le Questionnaire Concis sur les Douleur (QCD, version française abrégée du Brief Pain Inventory, BPI) (56) ; (57).

Au cours d'une autre heure de consultation, le médecin gériatre entreprend de définir le contexte de vie de chaque patient (lieu de vie, situation familiale, entourage, plan d'aide à domicile, centres d'intérêts et loisirs) et de déterminer son statut de fragilité en repérant l'existence d'un ou plusieurs syndromes gériatriques. Il entreprend donc :

- D'évaluer l'autonomie et l'indépendance du patient au moyen de l'« Instrumental Activities of Daily Living » (IADL ; Echelle de LAWTON) qui comporte 4 items quottés de 0 (indépendant) à 1 (dépendant) et de l'« Activities of Daily Living » (ADL ; Echelle de KATZ) qui comporte 6 items quottés de 0 (dépendant) à 1 (autonome).
- De repérer l'existence d'une plainte mnésique qui pourrait faire l'objet d'une évaluation à distance.
- De repérer l'existence de facteur de risque, ou de syndrome dépressif avéré (58) ; (59) ; (60)
- De repérer l'existence de facteur de risque, ou de dénutrition avérée au moyen du « Mini Nutritional Assesment » (MNA).
- De repérer l'existence chutes et/ou de facteurs de risques de chutes

A l'issu de cette double évaluation, les deux médecins échangent les conclusions et décident, en collaboration avec le patient, de l'orientation et de la prise en charge adaptée à chaque patient.

Les patients fragiles intègrent la filière de soins gériatriques via une hospitalisation de jour (HDJ) ou de semaine (HDS). Cette prise en charge spécifique permet :

- D'approfondir le bilan étiologique (examens complémentaires, avis spécialisé)
- D'approfondir l'évaluation en y incluant notamment un bilan fonctionnel débouchant sur une prise en charge kinésithérapique et ergothérapique
- De familiariser le patient avec les TENS
- D'adapter le plan d'aide au domicile si besoin.

L'ensemble des patients bénéficient ensuite d'un suivi régulier au CETD par le médecin algologue seul qui se charge de réévaluer l'évolution de la symptomatologie douloureuse, d'adapter les thérapeutiques, de travailler avec le patient sur sa conception de la douleur et les comportements qui la favorise.

5. Le choix de l'étude

Au regard de ces données et compte tenu du vieillissement continu de la population, mon activité toute récente de médecin généraliste m'a rapidement et fréquemment confronté à la réalité des SDC chez la personne âgée ainsi qu'aux difficultés de leur prise en charge. J'ai trouvé particulièrement complexe et chronophage de comprendre, d'évaluer et de définir le plus précisément possible une symptomatologie douloureuse qui, très souvent, était multiple, ancienne, et dont les effets délétères se mêlaient à ceux d'autres comorbidités. J'ai souvent ressenti la nécessité de devoir travailler sur plusieurs fronts en même temps sans toujours savoir par où commencer.

C'est pour ces raisons que j'ai choisi de faire porter le sujet de ma thèse sur l'évaluation et la prise en charge du SDC chez la personne âgée.

La consultation en binôme au CETD de Caen a quatre ans d'existence lorsque je m'y intéresse. Y voyant une ressource intéressante pour mes confrères et moi-même dans l'évaluation et la prise en charge des patients âgés souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses, je décide de réaliser ma thèse sur ce sujet.

Elle a pour objectif notamment la réalisation d'un état des lieux de la consultation conjointe algologue-gériatre après quatre ans de mise en place (de 2014 à 2018) pour permettre :

- De définir le profil des patients pris en charge,
- Les différents types de SDC pris en charge,
- De constater la proportion de patient fragile finalement identifiés et spécifiquement pris en charge,

- De constater la prise en charge finalement proposée aux patients.

Mais également et surtout d'évaluer le bénéfice de la consultation « douleur de la personne âgée » sur le contrôle de la symptomatologie douloureuse et le vécu des patients.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, uni centrique, observationnelle, descriptive, rétrospective.

2. Population

La population visée était l'ensemble des patients orientés et reçus à la consultation douleur du sujet âgé au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Caen de la création de cette consultation en 2014 à décembre 2018.

3. Critère d'inclusion

L'unique critère d'inclusion était d'avoir bénéficié de la consultation conjointe algologue-gériatre, mise en place au CETD du CHU de Caen.

4. Recueil des données

La liste des patients concernés par cette étude a été fournie par le secrétariat du CETD du CHU de Caen.

4.1 Caractéristiques de la population

Les données nécessaires pour caractériser la population de notre étude ont été obtenues à partir des dossiers médicaux des patients.

Les données recueillies étaient les suivantes : Age, sexe, lieu de vie, score ADL et IADL (relatif l'indépendance et à l'autonomie), présence de risques ou signes avérés de dénutrition, chute, dépression et troubles cognitifs, traitements habituels dont traitements antalgiques.

4.2 Caractéristiques de la douleur et de sa prise en charge

Les données recueillies étaient les suivantes : siège, ancienneté, étiologie et type de la douleur, traitement antalgique en cours, recours à une prise en charge non médicamenteuse avant la consultation.

Elles ont été obtenues à partir des dossiers médicaux du CETD.

4.3 Critères de jugement

Pour l'évaluation du bénéfice apporté aux patients sur le contrôle de leur symptomatologie douloureuse et leur vécu douloureux, nous avons choisi comme critères de jugements principaux :

- L'évolution des résultats obtenu au QCD avant et après la consultation
- L'évolution du score obtenue à la PCS avant et après consultation.

La satisfaction des patients, évaluée au moyen d'un simple questionnaire, était notre critère de jugement secondaire.

Concernant le QCD, les résultats étaient, pour chaque critère, exprimés de la façon suivante : absence de douleur, gêne ou soulagement si EN à 0 ; douleur, gêne ou soulagement faible si EN entre 1 et 3 ; douleur, gêne ou soulagement modéré si EN à 4 ou 5 ; douleur, gêne ou soulagement intense si EN à 6 ou 7 ; et enfin douleur, gêne ou soulagement insupportable ou maximal si EN entre 8 et 10.

Le score obtenu à la PCS correspond à une note comprise entre 0 et 52.

Les résultats initiaux ont été obtenus à partir des dossiers médicaux des patients du CETD, puisque ces deux questionnaires faisaient partie du questionnaire de demande de prise en charge au CETD (ANNEXE). En revanche, ils ne faisaient pas l'objet d'une réévaluation systématique. Ils ont donc dû être envoyés par courrier postal aux patients concernés afin que nous puissions bénéficier des résultats à comparer.

L'avis et la satisfaction des patients concernant la prise en charge dont ils ont fait l'objet étaient recueillis au moyen d'un questionnaire de satisfaction comprenant :

- une question à choix multiples : « Diriez-vous que la prise en charge que vous avez reçue au centre antidouleur vous a été très utile, utile, moyennement utile, peu utile ou pas utile du tout ? »
- deux questions ouvertes invitant les patients à énumérer les points positifs et négatifs de la consultation selon eux.

5 Exploitation des données

Les données ont été saisies via le logiciel Microsoft Excel.

Nous avons procédé à l'analyse descriptive et évaluative des données.

Les variables quantitatives sont décrites par leurs moyennes et leur écart-type (DS = dérivation standard). Les variables qualitatives sont représentées par effectifs et pourcentages.

La comparaison des réponses au QCD avant et après consultation a été obtenue par le test des rangs de Wilcoxon pour variable qualitative ordinale sur échantillons appariés

La comparaison du score moyen obtenu à l'échelle PCS-CF, avant et après consultation, a été faite par le test student pour échantillons appariés.

Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

Les analyses statistiques ont été réalisées par le Dr. Vincent KOWALSKI, spécialiste en médecine générale.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques de la population :

Notre population était composée de 74 patients évalués en consultation « douleur du sujet âgé » au CETD du CHU de Caen entre 2014 et 2018. Ses caractéristiques sont exposées dans le tableau suivant (tableau N°1)

	Population étudiée n= 74
Age, en années	83,2 + 6,6
Sexe : F	61 (82,4%)
H	13 (17,6%)
Lieu de vie : Domicile	59 (79,7%)
EHPAD	9 (12,1%)
Foyer logement	3 (4%)
Famille d'accueil	0 (0%)
Autre	1 (1,4%)
Données manquantes	2
Entourage au domicile : (Hors EHPAD n = 65)	
Seul(e)	28 (43,1%)
Conjoint(e)	30 (46,2%)
Enfants	3 (4,6%)
Données manquantes	4
Autonomie : IADL, score moyen sur 4	1,6 + 1,4
ADL, score moyen sur 6	5,1 + 1,4
Detail, score moyen sur 1 : Toilette	0,85+ 0,37
Habillage	0,87 + 0,34
WC	0,93 + 0,24
Marche	0,82 + 0,39
Continence	0,76 + 0,43
Repas	0,97 + 0,18
Syndromes gériatriques : Risque de/ou dénutrition	29 (39,2%)
Risque de/ ou dépression	41 (55,4%)
Risque de/ou chutes	54 (73%)
Troubles cognitifs possibles ou avérés	27 (36,5%)
Traitement habituel, nombre moyen	9,9 + 3,8

Tableau N°1 : Caractéristiques de la population étudiées

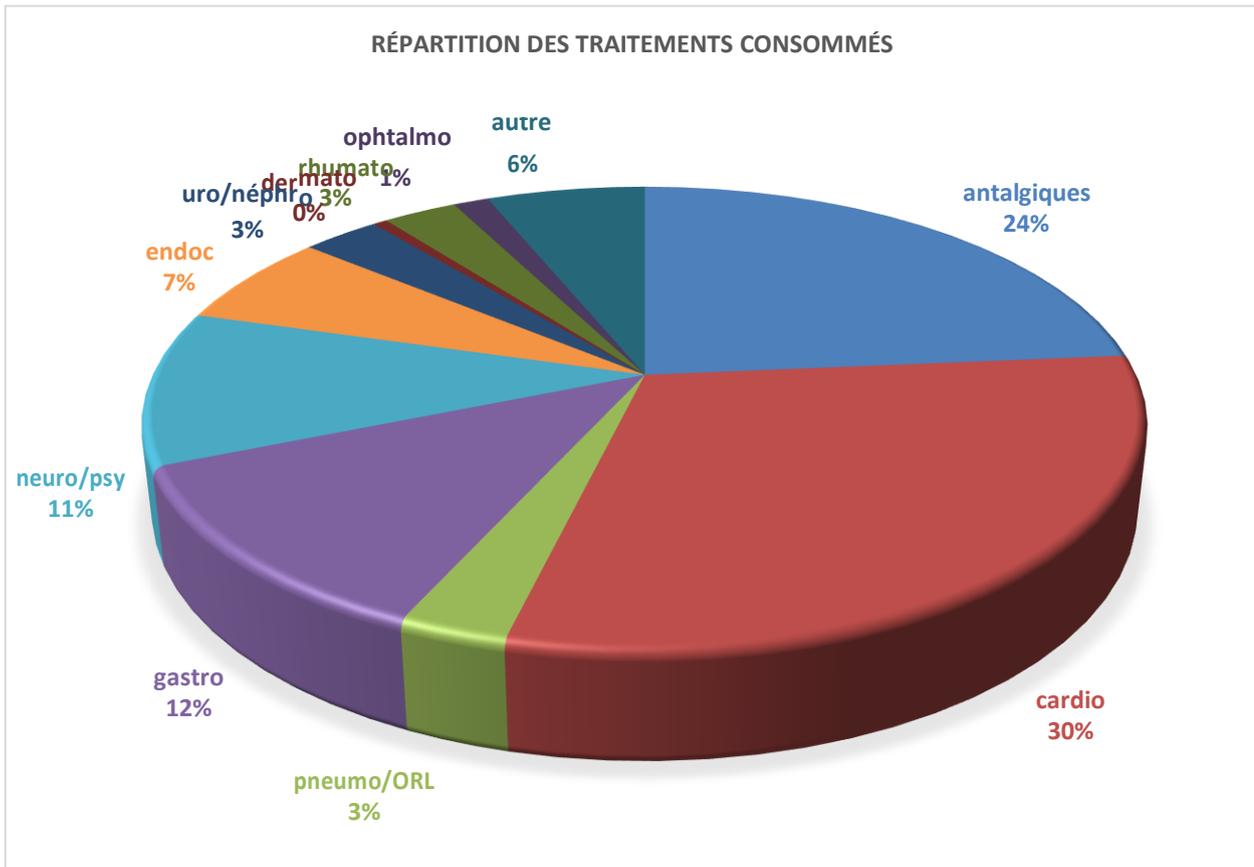


Figure N° 3 : répartition au sein de notre population des différents types de traitement consommés quotidiennement

2. Caractéristiques du syndrome douloureux chronique

	Population étudiée n = 74
Siège : Unique	19 (25,7%)
Multiple	50 (67,6%)
Diffus	5 (6,8%)
Dont : Massif cranio-facial	11 (14,9%)
Rachis	47 (63,5%)
Membres supérieurs	25 (33,8%)
Appareil locomoteur	50 (67,6%)
Ensemble du corps	3 (4,1%)
Type : Nociceptif	42 (56,8%)
Neuropathique	6 (8,1%)
Mixte	23 (31,1%)
Données manquantes	3
Ancienneté : < 1 an	6 (8,1%)
entre 1 et 5 ans	30 (40,5%)
entre 6 et 10 ans	13 (17,6%)
> 10 ans	13 (17,6%)
Données manquantes	12
Etiologies :	
Ostéoarticulaire	70 (94,6%)
dont : Arthrose	52 (74,3%)
Lésions ostéoporotiques	9 (12,9%)
Scoliose	4 (5,7%)
Tendinopathies	6 (8,6%)
Post traumatiques	6 (8,6%)
Post chirurgicales	6 (8,6%)
Pathologies inflammatoires/autoimmunes	3 (4,3%)
Neurologique	7 (6,8%)
dont : AVC	2 (40%)
Neuropathie diabétique	1 (20%)
Névralgie faciale	1 (20%)
Paralysie supranucléaire progressive	1 (20%)
Infectieuses	1 (1,4%)
Psychiatriques	4 (5,4%)

Tableau N°2 : caractéristiques de la symptomatologie douloureuse

3. Prise en charge proposée aux patients douloureux chroniques :

3.1 Avant la consultation

Des antalgiques de palier I (presque toujours du paracétamol) étaient prescrits chez 47 patients (63,5%), des antalgiques de palier II chez 31 patients (41,9%), des antalgiques de palier III chez 14 patients (18,9%), des antidépresseurs à visée antalgique chez 25 patients (33,8%), des corticoïdes chez 9 patients (12,1%), des AINS Locaux chez 10 patients (8,1%). 32 patients (43,2%) avaient eu recours à des infiltrations.

Concernant les méthodes de traitement non médicamenteux, 37 patients (50%) avaient eu recours à la kinésithérapie, 16 patients (21,6%) à l'acupuncture, 14 patients (18,9%) à l'ostéopathie, 13 patients (17,6%) à la mésothérapie, 11 patients (14,9%) à la relaxation ou la sophrologie, 8 patients (10,8%) à la chirurgie, 6 patients (8,1%) aux TENS et 4 patients (5,4%) à un soutien psychologique. Aucun patient n'avait eu recours à l'hypnothérapie. 5 patients (6,7%) avaient déjà été suivis dans un CETD.

3.2 Après la consultation.

	population étudiée n = 74		
	avant consultation	après consultation	
Traitements antalgiques, nombre moyen	2,34 +- 1,36	2,39 +-1,33	p=0,66
Consommation d'antalgiques par type : Paliers I	47 (63,5%)	45 (60,8%)	p=0,68
Paliers II	31 (41,9%)	29 (39,2%)	p=1
Paliers III	14 (18,9%)	12 (16,2%)	P=0,62
Antidépresseurs	25 (33,8%)	31 (41,9%)	p=0,15
Corticoïdes	9 (12,2%)	9 (12,2%)	/
AINS locaux	10 (13,5%)	10 (13,5%)	/
Anesthésiques locaux	6 (8,1%)	10 (13,5%)	p=0,13
Infiltrations	32 (43,2%)	/	
Autres	3 (4,1%)	/	

Tableau N°3 : Comparaison des prescriptions d'antalgiques par classe thérapeutiques avant et après prise en charge.

Les propositions thérapeutiques médicamenteuses à l'issue de la consultation ne conduisaient pas à l'augmentation du nombre moyen d'analgésiques prescrit par patient. Aucune différence significative n'a également été mise en évidence entre les répartitions des types d'analgésiques prescrits avant et après la consultation.

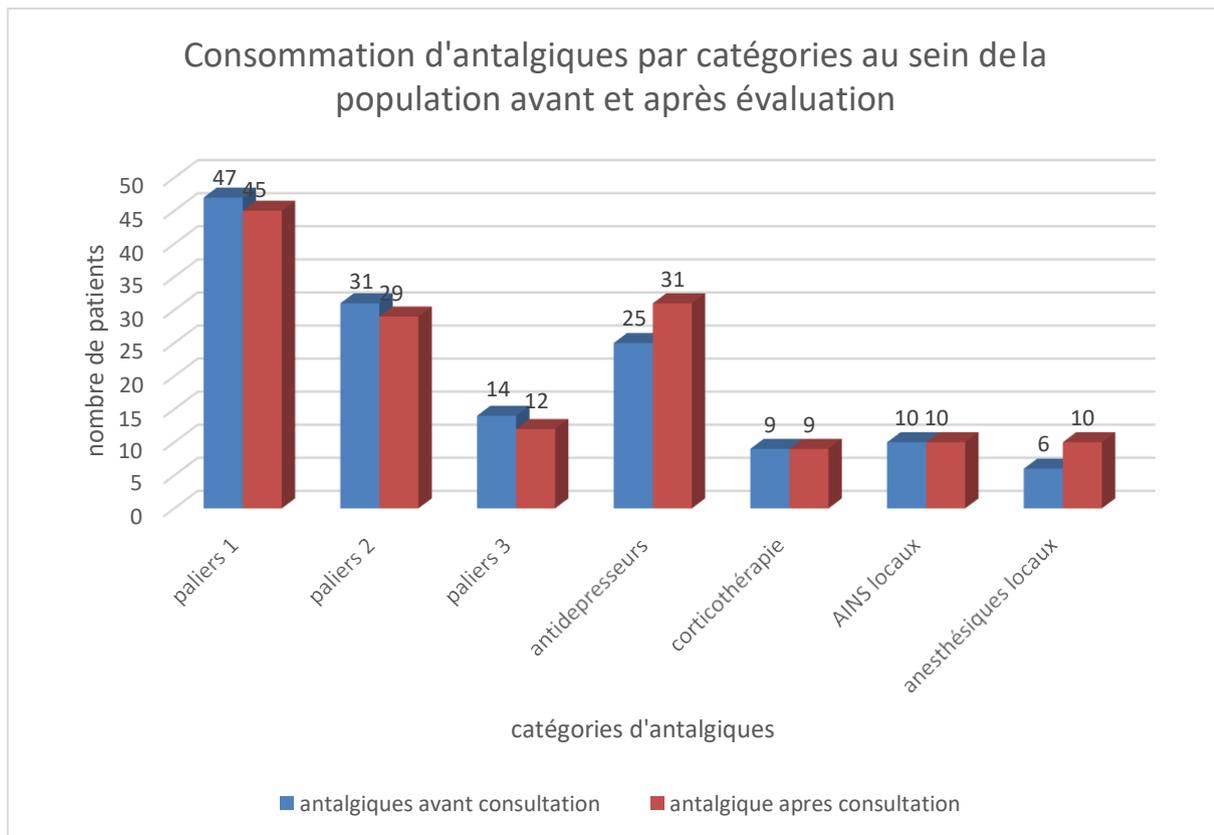


Figure N°4 : Consommation d'analgésiques par catégories au sein de la population avant et après évaluation

L'analyse des modifications posologiques retrouve une tendance à la poursuite des traitements sans modification de posologie avec cependant une diminution des traitements opioïdes et une majoration des antidépresseurs plus marquées.

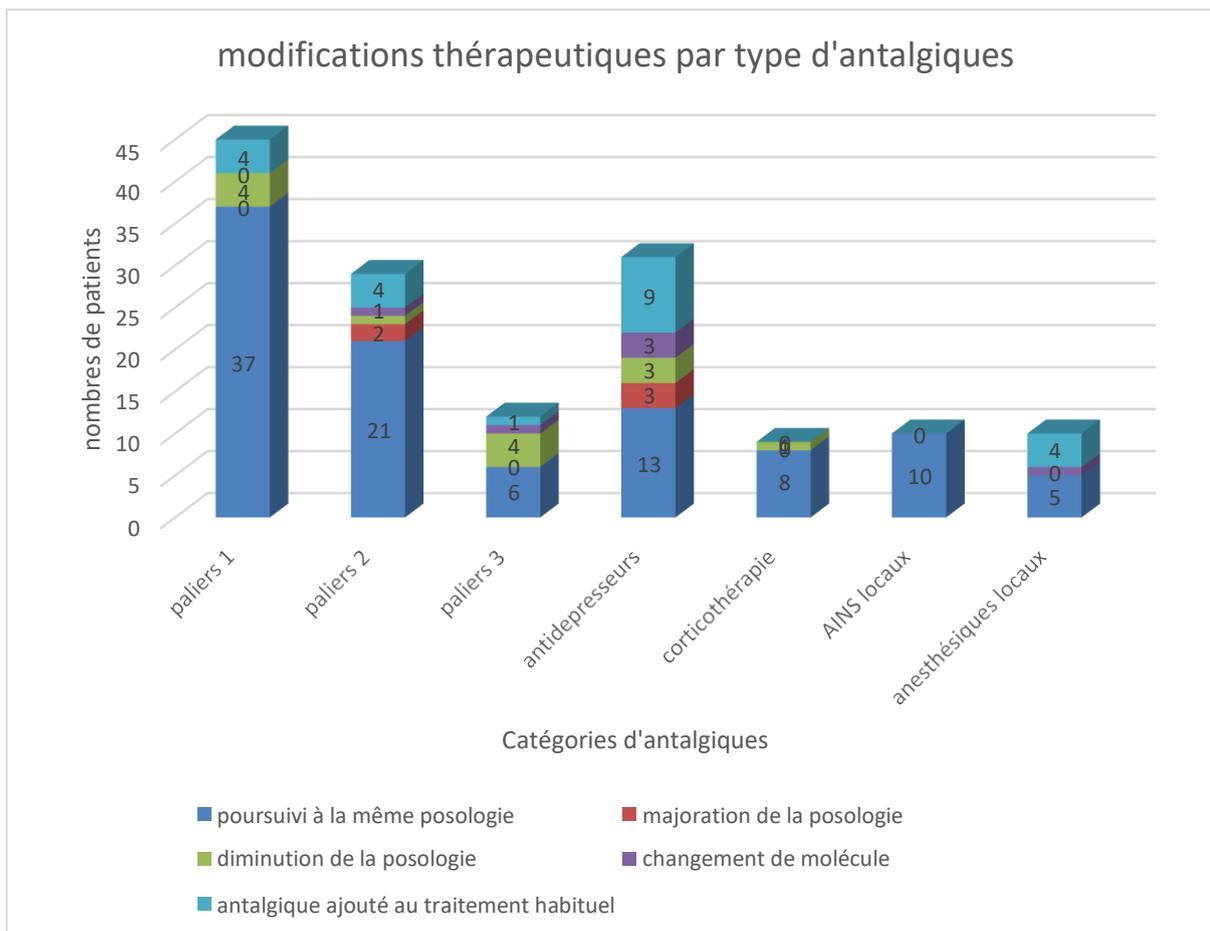


Figure N°5 : Modifications thérapeutiques par type d'antalgiques

Concernant les thérapeutiques non médicamenteuses à l'issue de la consultation, la majorité des patients étaient reconvoqués pour poursuivre le bilan et adapter la prise en charge au cours d'une hospitalisation programmée de jour ou de semaine (40 patients soit 54,1%). Autant de patients ont bénéficié des TENS. La kinésithérapie restait une mesure phare avant comme après la consultation.

	Population étudiée
Thérapeutiques non médicamenteuses à l'issue de la consultation, effectifs (%)	n=74
Soutien psychologique	5(6,8%)
TENS	50(68%)
Kinésithérapie	40(54,1%)
Relaxation	3(4,1%)
Acupuncture	2(2,7%)
Mésothérapie	0(0%)
Ostéopathie	0(0%)
Chirurgie	0(0%)
Hypnose	1(1,4%)
HDJ ou HDS	40(54,1%)

Tableau N° 4 : Prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses à l'issue de la consultation.

4. Le QCD

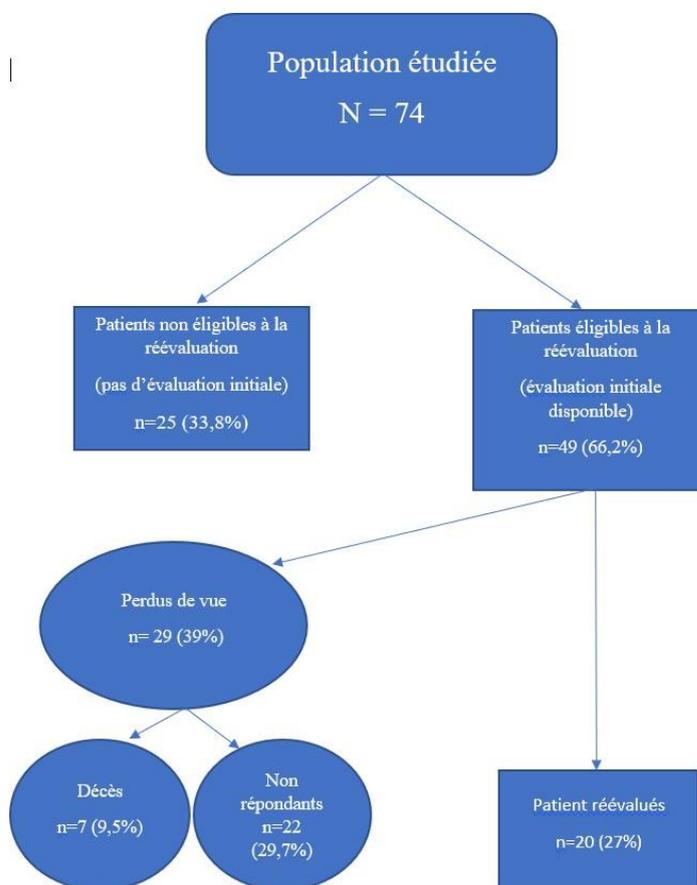


Figure N°6 : Diagramme de flux pour la réévaluation du QCD

Le délai moyen de réévaluation était de 2,08 années (DS 0,94).

La comparaison des réponses apportées au QCD avant la consultation et à l'issue de celle-ci a montré une amélioration significative pour trois des critères évalués :

- L'intensité douloureuse maximale ressentie ;
- L'intensité ressentie au moment de l'évaluation ;
- L'impact de la douleur sur l'humeur.

Le soulagement lié aux traitements était jugé plus important après la consultation qu'avant, et cette différence n'était pas loin d'être significative. Les détails des résultats sont présentés dans le Tableau N°5.

population étudiée n=20											
Effectif n (%)	initial	réévaluation	p	Effectif n (%)	initial	réévaluation	p	Effectif n (%)	initial	réévaluation	p
DOULEUR MAX				HUMEUR				GOUT DE VIVRE			
Absente	0 (0)	2 (11,1)	0,042	Absente	1 (5,3)	5 (29,4)	0,015	Absente	2 (11,1)	6 (33,3)	0,192
Faible	0 (0)	1 (5,6)		Faible	2 (10,5)	4 (23,5)		Faible	2 (11,1)	4 (22,2)	
Modérée	1 (5,3)	4 (22,2)		Modérée	4 (21,1)	2 (11,8)		Modérée	7 (38,9)	3 (16,7)	
Intense	5 (26,3)	2 (11,1)		Intense	7 (36,8)	1 (5,9)		Intense	2 (11,1)	0 (0)	
Insupportable	13 (68,4)	9 (50)		Insupportable	5 (26,3)	5 (29,4)		Insupportable	5 (27,8)	5 (27,8)	
Manquante	1	2	Manquante	1	3	Manquante	2	2			
DOULEUR MINI				MARCHE							
Absente	3 (15,8)	4 (25)	0,102	Absente	1 (5,6)	4 (22,2)	0,109				
Faible	8 (42,1)	6 (37,5)		Faible	2 (11,1)	0 (0)		Faible	2 (11,1)	4 (22,2)	
Modérée	2 (10,5)	4 (25)		Modérée	2 (11,1)	3 (16,7)		Modérée	7 (38,9)	3 (16,7)	
Intense	3 (15,8)	1 (6,3)		Intense	2 (11,1)	3 (16,7)		Intense	2 (11,1)	0 (0)	
Insupportable	3 (15,8)	1 (6,3)		Insupportable	11 (61,1)	8 (44,4)		Insupportable	5 (27,8)	5 (27,8)	
Manquante	1	4	Manquante	2	2	Manquante	2	2			
DOULEUR FREQUENTE				TRAVAIL HABITUEL							
Absente	0 (0)	0 (0)	0,132	Absente	3 (15,8)	4 (23,5)	0,858				
Faible	0 (0)	2 (11,8)		Faible	0 (0)	0 (0)		Faible	2 (11,1)	4 (22,2)	
Modérée	3 (15,8)	4 (23,5)		Modérée	4 (21,1)	2 (11,8)		Modérée	7 (38,9)	3 (16,7)	
Intense	10 (52,6)	6 (35,3)		Intense	1 (5,3)	3 (17,6)		Intense	2 (11,1)	0 (0)	
Insupportable	6 (31,6)	5 (29,4)		Insupportable	11 (57,9)	8 (47,1)		Insupportable	5 (27,8)	5 (27,8)	
Manquante	1	3	Manquante	1	3	Manquante	2	2			
DOULEUR MAINTENANT				RELATION AVEC LES AUTRES							
Absente	2 (10,5)	4 (23,5)	0,03	Absente	4 (21,1)	6 (33,3)	0,457				
Faible	2 (10,5)	4 (23,5)		Faible	5 (26,3)	4 (22,2)		Faible	2 (11,1)	4 (22,2)	
Modérée	1 (5,3)	1 (5,9)		Modérée	3 (15,8)	2 (11,1)		Modérée	7 (38,9)	3 (16,7)	
Intense	7 (36,8)	6 (35,3)		Intense	2 (10,5)	2 (11,1)		Intense	2 (11,1)	0 (0)	
Insupportable	7 (36,8)	2 (11,8)		Insupportable	5 (26,3)	4 (22,2)		Insupportable	5 (27,8)	5 (27,8)	
Manquante	1	3	Manquante	1	2	Manquante	2	2			
SOULAGEMENT PAR TTT				SOMMEIL							
Absente	6 (42,9)	2 (14,3)	0,058	Absente	1 (5,3)	4 (25)	0,101				
Faible	4 (28,6)	3 (21,4)		Faible	5 (26,3)	2 (12,5)		Faible	2 (11,1)	4 (22,2)	
Modéré	2 (14,3)	3 (21,4)		Modérée	4 (21,1)	3 (18,8)		Modérée	7 (38,9)	3 (16,7)	
Intense	1 (7,1)	2 (14,3)		Intense	5 (26,3)	6 (37,5)		Intense	2 (11,1)	0 (0)	
Total	1 (7,1)	4 (28,6)		Insupportable	4 (21,1)	1 (6,3)		Insupportable	5 (27,8)	5 (27,8)	
Manquante	6	6	Manquante	1	4	Manquante	2	2			

Tableau N°5 : Comparaison des résultats obtenus au QCD initialement et en réévaluation.

5. La PCS-CF :

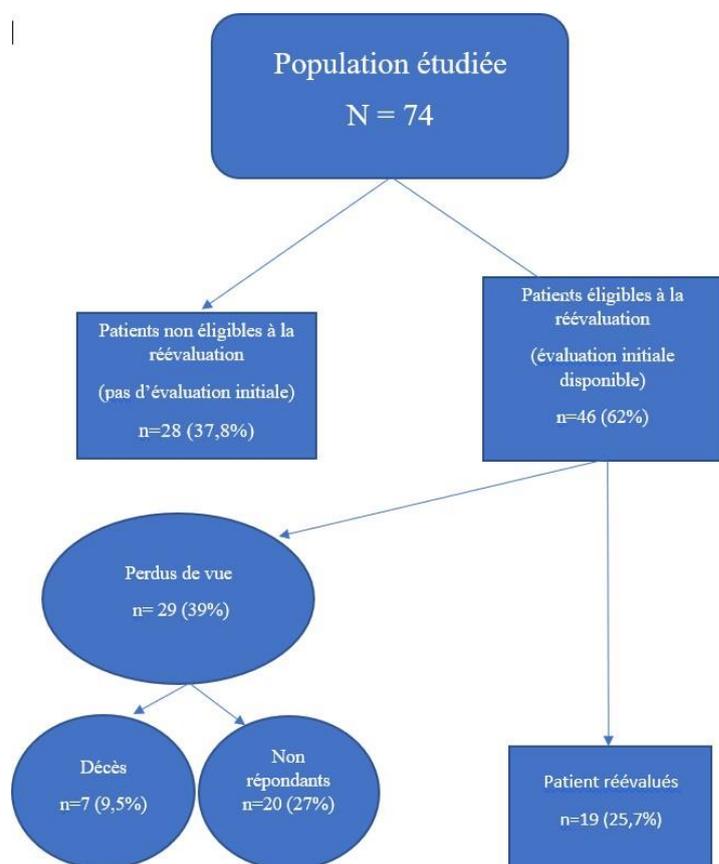


Figure N°7 Diagramme de flux pour la réévaluation de la PCS

Le délai moyen de réévaluation était de 2,08 années (DS 0,94).

Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre la moyenne des scores obtenue à cette échelle avant et après consultation.

population étudiée n=19		
Score PCS-CF avant consultation	Score PCS-CF après consultation	p
29 +- 14,0	23,5 +- 12,5	P= 0,17

Tableau N°6 : comparaison des scores moyen obtenus à la PCS initialement et en réévaluation

6. Enquête de satisfaction

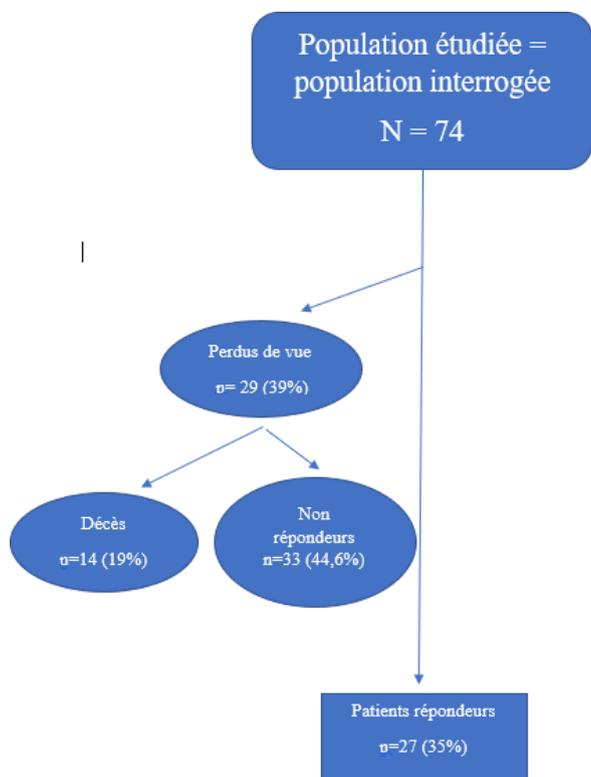
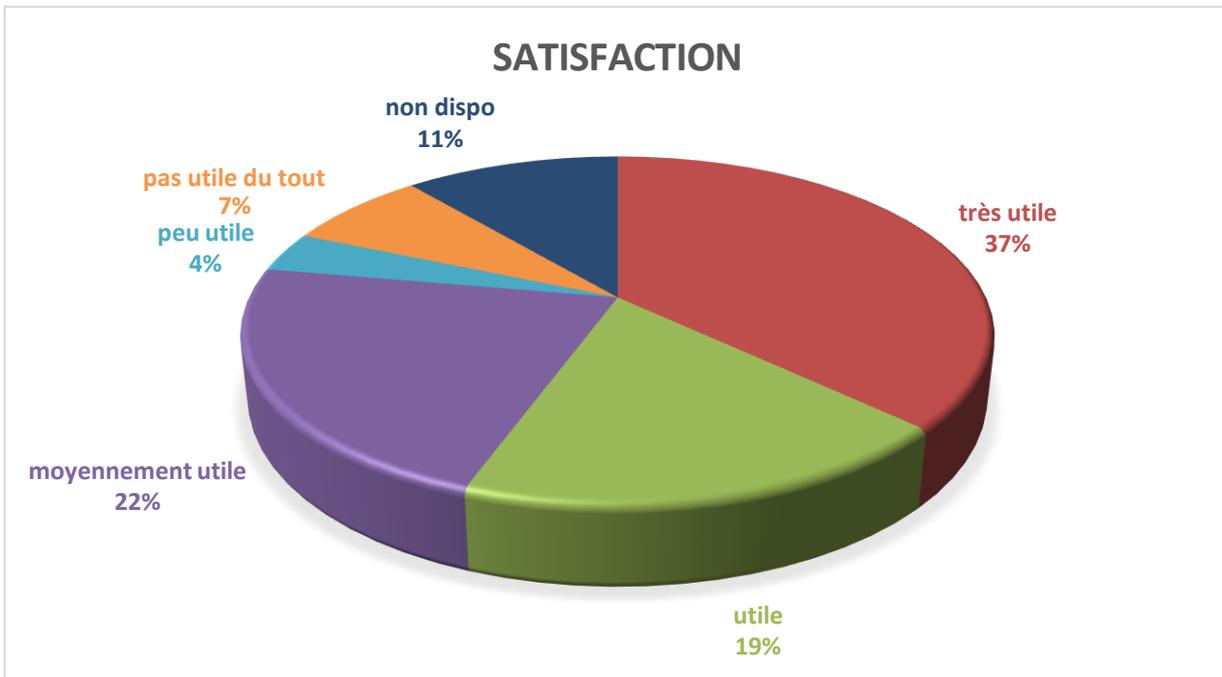


Figure N° 8 : Diagramme de flux pour le questionnaire de satisfaction

La consultation a été majoritairement considérée utile (15 patients soit 56%).



Figures N°9 : résultats du questionnaire de satisfaction

Les 3 principaux points positifs mis en avant étaient : le fait de recevoir des explications sur sa douleur et surtout des conseils pour la gérer et l'éviter au quotidien ; la diminution ou la disparition de la symptomatologie douloureuse ; le fait d'avoir l'opportunité d'exprimer pleinement sa douleur et de se sentir écouté et pris en charge.

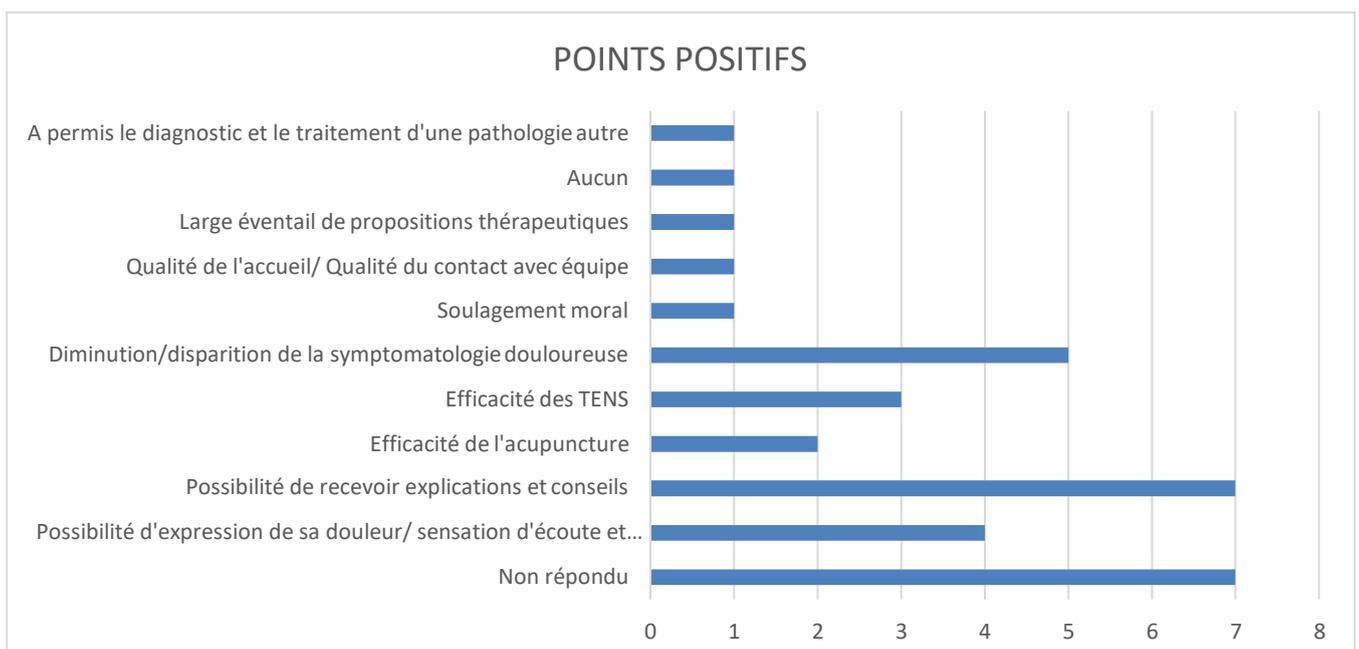


Figure N° 10 : Recueil des éléments sources de satisfaction pour les patients vis-à-vis de la prise en charge proposée.

Concernant les points négatifs, là encore 11 patients n'ont pas donné de réponse (41%). En grande majorité, les patients ont mentionné la persistance de la symptomatologie douloureuse et les délais de prise de rendez-vous et de réévaluation. 4 patients ont mentionné selon eux l'absence de points négatifs (15%)

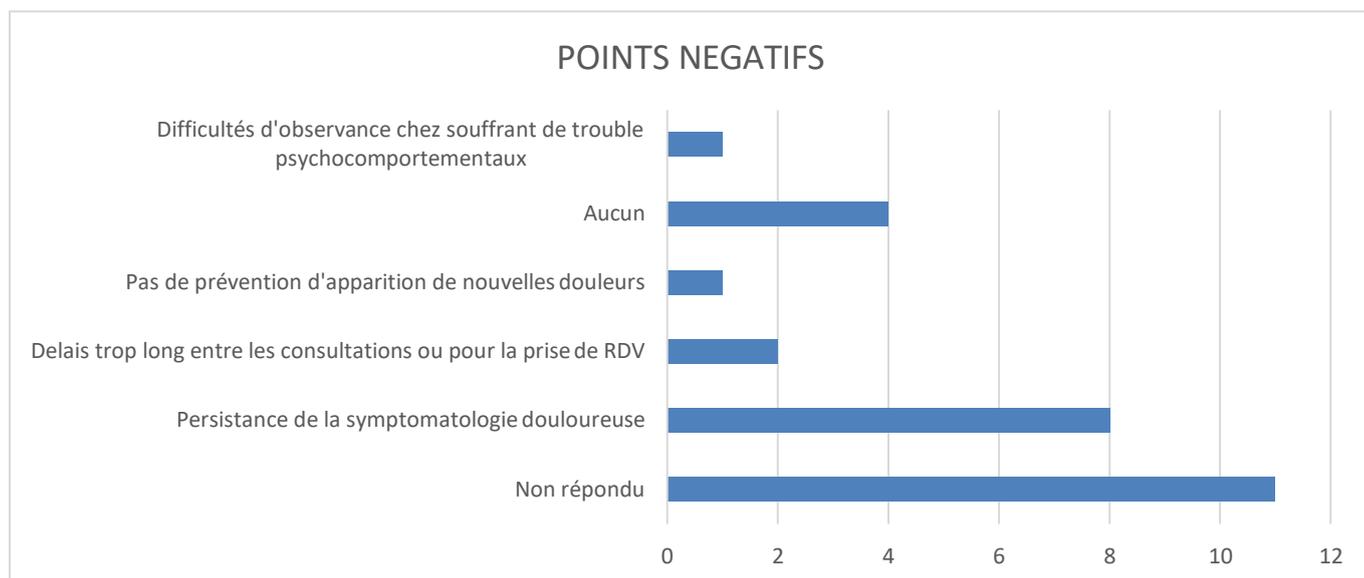


Figure N°11 : Recueil des éléments sources d'insatisfaction pour les patients vis-à-vis de la prise en charge proposée

IV. DISCUSSION

1. Etat des lieux

L'un des objectifs principaux de notre étude était la réalisation d'un état des lieux de la consultation conjointe algologue-gériatre après 4 ans d'existence. A cet effet, notre étude ne pouvait qu'être rétrospective et descriptive.

1.1. Population prise en charge : une population âgée, plutôt féminine, indépendante mais fragile

La moyenne d'âge de notre population était de 83 ans et se composait en majorité de femmes. Ces paramètres sont cohérents compte tenu des données épidémiologiques de la littérature citées ci-avant qui établissent la prévalence de la douleur chronique à plus de 50% chez les personnes âgées de plus de 80 ans avec une forte prédominance féminine. (12)

80% des patients de notre population vivaient à domicile et se composaient essentiellement de patients indépendants et autonomes comme en atteste le score moyen obtenu à l'échelle ADL de 5,1/6 et le score moyen à l'échelle IADL de 1,6/4. Cependant les $\frac{3}{4}$ d'entre eux étaient à risque élevé de chutes ou présentaient des chutes à répétitions. La moitié présentait des signes évocateurs de syndrome dépressif ou souffraient de dépression avérée, et 1/3 était dénutri et souffrait de troubles cognitifs. De plus, le nombre moyen de traitements consommés quotidiennement était d'environ 10 médicaments. On pouvait donc parler de polymédication au sein de notre population.

Là encore, ces résultats concordent avec les hypothèses soutenues par la littérature qui associent la douleur chronique et la fragilité (61) ; (62) ; (63). Mais surtout notre population correspondait parfaitement à la population cible de la consultation « douleur de la personne âgée » : une population de personnes âgées douloureuses, relativement indépendantes et autonomes mais fragiles, nécessitant un plan de soin personnalisé afin de prévenir l'apparition de complications sévères et le risque de dépendance.

Etant donnée la prévalence de la douleur chronique au sein des patients institutionnalisés, on pourrait s'étonner de la faible représentation de ces patients au sein de notre population (seulement 12%). Il pourrait s'agir ici d'un biais de sélection. D'une part, parce que comme nous l'avons vu en introduction, la douleur est souvent sous-évaluée et insuffisamment prise

en charge en EHPAD (33) ; (34) ; (35) ; (36) ; (37). Ces patients avaient donc moins de chance d'être orienté vers le CETD. De plus, pour les patients institutionnalisés, l'objectif de la consultation « douleur de la personne âgée » ne peut plus être de dépister et prévenir l'évolution de la fragilité car étant dépendants ils ont dépassé ce stade. La prise en charge de la douleur chronique chez ces patients doit avant tout viser à limiter la iatrogénie et à préserver la qualité de vie. L'évaluation gériatrique demeure donc nécessaire, mais plus sous la forme d'une évaluation gériatrique standardisée.

1.2. Une symptomatologie douloureuse essentiellement ostéoarticulaire

Dans 67,6% des cas, les syndromes douloureux étaient multisites, intéressant principalement le rachis (63,5%) et l'appareil locomoteur (67,6%). Le mécanisme douloureux était majoritairement nociceptif (56,1%) ou mixte (31,1%). Les douleurs neuropathiques étaient exclusivement en cause dans seulement 8,1% des cas. Les pathologies ostéoarticulaires étaient majoritairement en cause (94%) avec l'arthrose en tête (74%) suivi des fractures et autres lésions liées à l'ostéoporose (12,9). Ces résultats rejoignent d'ailleurs ceux de la littérature :

- Patel et al en 2013 (64) relèvent une symptomatologie multisite chez 74,9% des patients âgés faisant l'objet de leur étude. Les douleurs du rachis lombaire intéressaient 1/3 d'entre eux, les autres sites les plus fréquemment en cause étaient le rachis dorsal, le rachis cervical, les genoux, les épaules, les hanches les pieds et les mains.
- Podichetty et al (65) mentionnent une représentation majoritaire de l'arthrose et des fractures ostéoporotiques dans les étiologies des douleurs chroniques chez les personnes âgées, estimée respectivement à 70% et 13%.

1.3. Prise en charge médicamenteuse avant la consultation : des prescriptions conformes aux recommandations.

Selon un rapport de l'ANSM (66) de 2019 concernant la consommation d'antalgiques au sein de la population générale en France, Les antalgiques de paliers de palier I sont les plus consommés (78%), suivis des antalgiques de palier II (20%) et des antalgiques de palier 3 (2%). La consommation des antalgiques au sein de notre population suivait une répartition similaire pour les paliers I mais était légèrement plus élevée pour les antalgiques de paliers II et III (respectivement 42% et 17% des patients concernés). Ceci peut s'expliquer par le fait que notre population était intégralement composée de patients douloureux contrairement à la population du rapport de l'ANSM. Les antidépresseurs étaient consommés par presque 34% des patients de notre étude, ce qui semble logique compte tenu de la prévalence des éléments dépressifs et des présentations douloureuses mixtes au sein de notre population. L'ensemble de ces chiffres sont conformes aux dernières recommandations concernant la prise en charge médicamenteuse de la douleur chronique non cancéreuse chez les personnes âgées (67) ; (68).

1.4. Pris en charge non médicamenteuse avant la consultation : La kinésithérapie en première ligne, peu de recours aux psychothérapies

Un programme d'activité physique, incluant kinésithérapie et ergothérapie, est hautement recommandé dans la prise en charge de la douleur chronique des sujets âgés, plusieurs études ont montré qu'un programme de renforcement musculaire pouvait diminuer de 30% les douleurs musculo-squelettiques et significativement améliorer les capacités fonctionnelles

ainsi que la mobilité des personnes âgées (69). Ce programme doit avoir pour but de prévenir ou limiter les détériorations physiques à l'origine de perte d'autonomie, en améliorant la souplesse, la force et l'endurance (14) ; (70). Les thérapies complémentaires physiques, dites « passives », telles que les massages, l'application de chaleur, de froid ou de vibrations, ont également un effet bénéfique mais de courte durée.

Dans notre étude, près de 50% de nos patients ont bénéficié de kinésithérapie et ont eu recours à l'ostéopathie, la mésothérapie, l'acupuncture et la relaxation de façon assez homogène dans 15 à 20% des cas.

On note en revanche une proportion très faible de patient ayant recours à la psychothérapie (5,4%).

Ce chiffre peut paraître paradoxal au regard de l'intérêt démontré de la psychothérapie, notamment des nouvelles Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC), dans la prise en charge des personnes âgées douloureuses (71) (72) (73). Cependant, bien que les méthodes aient évoluées et se soient adaptées aux particularités des personnes âgées, plusieurs freins au recours à la psychothérapie par ces derniers sont cités dans la littérature. Du côté des patients âgés, on retiendra l'idée préconçue que ce type de thérapie s'adresse davantage aux patients jeunes, qui ont toute la vie devant eux et qu'à leur âge ça ne sert plus à rien. C'est particulièrement le cas vis-à-vis de la psychanalyse. On notera aussi que les patients douloureux peuvent être réticents à l'évocation d'une prise en charge psychothérapique qu'ils perçoivent à tort comme la négation de la réalité de leur symptomatologie. Du côté des praticiens existent également des préjugés erronés vis-à-vis de la faisabilité et de l'intérêt de ces prises en charge chez la personne âgée. Enfin, l'argument économique demeure un facteur dissuasif de recours à la psychothérapie, elle n'est pas prise en charge dans la grande majorité des cas pas la sécurité sociale et les mutuelles (74) ; (75) ; (76).

1.5. Prise en charge à l'issue de la consultation

1.5.1. Pas d'escalade thérapeutique

Concernant la prise en charge proposée à l'issue de la consultation, on constate qu'elle n'engendrait pas d'augmentation du nombre d'antalgiques ni de leur posologie. Bien que les antidépresseurs aient été les plus fréquemment ajoutés (chez 9 patients (12%)) la différence n'était pas significative. On peut également noter que plus de la moitié des patients sous opioïdes dits forts (palier III) ont vu leur dose diminuer à l'issue de la consultation.

1.5.2. Une place importante donnée au programme d'électro-neuro-stimulation transcutanée (TENS)

Compte tenu du bénéfice apporté par la kinésithérapie dans la prise en charge du SDC de la personne âgée, la proportion de patient en ayant bénéficié demeurerait aussi élevée à l'issue de la consultation qu'avant. Toutefois, une proportion encore plus importante des patients de notre études (les trois-quarts) ont bénéficié d'un programme de TENS.

La TENS est très largement plébiscitée tant par les patients que par les professionnels de santé pour le traitement des douleurs aiguës comme chroniques (77).

Elle consiste en une stimulation électrique du système nerveux périphérique au moyen d'un stimulateur externe et d'électrodes appliquées sur la peau. Elle s'effectue selon deux modes :

- Le mode haute fréquence ou TENS conventionnelle, qui a pour principe de fonctionnement l'effet « gate control » décrit par Melzack et Wall (78). En produisant des paresthésies non douloureuses dans un territoire donné, il stimule les fibres non nocitives A β de grand diamètre et contrecarre ainsi le message nociceptif transmis par les fibres nerveuses C de petit diamètre à transmission lente. Il en résulte un effet analgésique sur l'instant qui ne persiste pas après la stimulation.

- Le mode de stimulation discontinue « burst », également dit « acupuncture like », utilise le phénomène de contrôle inhibiteur diffus nociceptif (79). En provoquant un stimulus douloureux tolérable via de faibles secousses musculaires, il provoque une sécrétion endogène d'opioïdes et active les récepteurs adrénergiques (médiateur de l'anti nociception). Il en résulte une analgésie rapide augmentant durant la stimulation et persistant après l'arrêt de celle-ci (80), (81).

Pourtant, même si les tests en laboratoire et les essais sur sujets sains mettent en évidence l'effet antalgique de cette méthode, il n'existe à l'heure actuelle aucun consensus concernant son efficacité en pratique clinique dans le traitement de douleur chronique d'origines musculo-squelettiques. Des recherches restent également à mener pour déterminer dans quelle mesure, différents facteurs, tels que le site d'application, la durée de traitement, les variations de fréquences et d'intensités affectent l'efficacité de cette technique (77) ;(82) ;(83). Toutefois, compte tenu de sa relative innocuité, la TENS reste une mesure recommandée à condition qu'elle s'intègre dans un programme de soin multimodal ce qui explique son utilisation importante à l'issue de la consultation (51)

1.5.3. Intégration des patients douloureux fragiles au sein de la filière de soins gériatriques

On constate que l'évaluation proposée par la consultation « douleur de la personne âgée » a conduit à une courte hospitalisation programmée de plus de la moitié (54%) des patients de notre étude. Cette intégration à la filière de soins gériatriques permettait :

- D'approfondir le bilan étiologique (examens complémentaires, avis spécialisé),
- De poursuivre l'évaluation en y incluant notamment un bilan fonctionnel

Les patients concernés pouvaient ensuite bénéficier d'un projet de soins personnalisés incluant un programme de rééducation et de réadaptation physique (kinésithérapie et ergothérapie) ayant pour but de réduire le risque de dégradation de leurs capacités fonctionnelles et prévenir leur évolution vers un état de dépendance.

Au final, on a pu constater grâce à cet état des lieux, que l'évaluation multidimensionnelle et pluridisciplinaire globale réalisée au cours de la consultation a bien permis le repérage d'un nombre important de patients fragiles. Ces patients ont ensuite pu bénéficier d'une prise en charge, tout aussi pluridisciplinaire, prenant en compte cette donnée cruciale qu'est la fragilité et dont l'accent n'était plus mis essentiellement sur la prise en charge médicamenteuse mais davantage sur des techniques de rééducation et de réadaptation physique.

On notait cependant que la prise en charge psychologique demeurait peu présente avec à peine 7% des patients orientés vers un psychologue. Les limites à cette prise en charge, exposée ci-avant, expliquent partiellement cet état de fait. Mais il est vrai également que les TCC, notamment collectives, au sein de Pain Management Program (PMP) commencent tout juste à se développer en France.

Les PMP sont des programmes de réadaptation construits sur le modèle biopsychosocial (4) et multidisciplinaire de traitement de la douleur. Via des méthodes issues des TCC, ces PMP visent à réduire l'incapacité physique et la détresse émotionnelle tout en améliorant la capacité de la personne à gérer elle-même les difficultés qu'elle rencontre au quotidien (84). Et jusqu'à maintenant de forts niveaux de preuves viennent appuyer l'efficacité supérieure des PMP cognitivo-comportementaux, comparativement à l'absence de traitement ou au traitement conventionnel, pour améliorer l'expérience de la douleur, l'humeur, l'adaptation à la douleur et les niveaux d'activité (85) ; (86) ;(9).

Leur élaboration est encadrée par des pratiques validées reposant sur les preuves recueillies par la British Pain Society, l'American Pain Society, l'Agency for Healthcare Research and

Quality Department of Health and Human Services et par "l'Agency for Clinical Innovation (84) ; (87).

Il n'existe pas, à ma connaissance, de structure en France disposant d'un PMP pour la prise en charge du SDC de la personne âgée. Mais c'est un projet envisagé depuis un certain temps par le service de gériatrie et le CETD du CHU de Caen. La consultation « douleur de la personne âgée » en est le premier jalon. A l'avenir, un plus grand nombre d'interne en gériatrie devrait pouvoir se former à la prise en charge de la douleur grâce à la formation spécialisée transversale (FST) proposée à tous les étudiants en médecine de troisièmes cycles. On peut donc facilement imaginer que bientôt, davantage de créneaux de consultation « Douleur de la personne âgée » devrait être disponible et davantage de patients pourront en bénéficier.

2. Etude du bénéfice apporté par la consultation sur le contrôle de la symptomatologie douloureuse et son vécu

Le QCD est un questionnaire multidimensionnel qui permet une évaluation de l'intensité de la symptomatologie douloureuse mais aussi une évaluation de son retentissement sur divers aspects de la vie quotidienne et donc sur la qualité de vie. De plus il a été reconnu critère de base pour l'évaluation et le suivi des patients douloureux chronique par l'HAS(88) et doit être systématiquement renseigné par tous patient qui doivent faire l'objet d'une prise en charge au CETD. C'est la raison pour laquelle nous l'avons choisi comme critère de jugement principal pour l'évaluation du bénéfice apporté au contrôle de la symptomatologie douloureuse et à son vécu.

De même, les croyances, pensées et comportements des patients vis-à-vis de leur douleur sont fortement liés à l'intensité de la symptomatologie douloureuse ressentie et à la qualité de vie. Nous avons également relevé que le plus fréquent et le plus étudié de ces

mécanismes cognitifs était le « catastrophisme ». Aussi choisir la comparaison des scores obtenus à la PCS comme autre critère de jugement principal nous permettait d'évaluer le bénéfice de la consultation sur la composante cognitive de la douleur.

2.1. Evolution des résultats du QCD : un possible effet bénéfique de la consultation sur l'intensité douloureuse et l'impact de la douleur sur l'humeur

Selon notre étude, à l'issue de la consultation, il existait une amélioration significative de l'intensité douloureuse maximale ressentie et de l'intensité douloureuse ressentie au moment de renseigner le QCD. Il existait également une réduction significative de l'impact du syndrome douloureux chronique sur l'humeur des patients. On constatait aussi une certaine amélioration du soulagement apporté par les traitements qui n'était pas loin d'être significative.

2.2. Evolution de résultat de la PCS : pas de différence significative

Il n'existait pas de différence significative entre les scores obtenus à la PCS avant et après consultation. Cela est toutefois cohérent, car les processus cognitifs qui entretiennent le syndrome douloureux chronique chez les patients ne sont pas aisément accessibles à une amélioration. En effet, ils requièrent un solide programme d'éducation thérapeutique et une prise en charge psychologique spécifique qui, comme nous l'avons vu, mériterait d'occuper une place plus importante à l'issue de la consultation.

2.3. Des limites à prendre en compte

Ces résultats ne permettent toutefois pas de conclure définitivement à un impact bénéfique de la consultation. Ils ne permettent pas non plus de dire qu'elle n'aurait pas eu d'effet bénéfique sur les autres variables évaluées. En effet, il existe plusieurs limites imputables à notre étude qui empêchent toute généralisation des résultats obtenus.

2.3.1. Un important biais de mémorisation

On notera tout d'abord que le QCD et la PCS ne faisaient pas l'objet d'une réévaluation systématique dans le suivi ultérieur à la consultation. La réévaluation a donc eu lieu pour tous les patients au même moment, via les questionnaires envoyés par voie postale, et ce, quel que soit la date de la consultation initiale. Le délai de réévaluation variait donc énormément d'un patient à l'autre (de 5 mois à plus de 3 ans). Il existe donc un biais de mémorisation non négligeable, et avec un tel délai de réévaluation par rapport à l'évaluation initiale, on peut douter d'avoir véritablement évalué le bénéfice en lien avec la consultation « douleur du la personne âgée ». Car la survenue d'évènements intercurrents hétérogènes a pu être à l'origine de changements majeurs dans la vie des patients. Ces évènements ont pu ainsi avoir un impact positif ou négatif sur le syndrome douloureux chronique et la qualité de vie des patients, et cela indépendamment de la prise en charge datant de plusieurs mois ou années auparavant.

2.3.2. Une puissance réduite par le nombre de sorties d'études

On notera également la faible puissance statistique de l'étude menée sur les critères de jugements principaux compte tenu du faible nombre de patients finalement étudiés (27% de la population initiale).

En effet, pour 34% et 38% des patients, l'évaluation initiale respectivement du QCD et de la PCS n'était pas disponible. De plus, notre étude accuse un nombre très important de patients

perdus de vue (39%) composés de quelques patients décédés mais surtout de patients n'ayant pas répondu aux questionnaires qui leur avaient été envoyés.

2.3.3. Intérêt d'une étude prospective

Si le format rétrospectif de notre étude était adapté à l'objectif de réalisation d'un état des lieux, il semble qu'un format d'étude prospectif aurait été plus approprié à l'étude du bénéfice apporté par la consultation. Il pourrait être intéressant de mener de nouveau cette étude mais de cette façon, en y incluant une réévaluation systématique du QCD et de la PCS à intervalles réguliers au cours de la prise en charge. Cette homogénéisation du protocole améliorerait la qualité de l'étude tout en bénéficiant à la prise en charge des patients. En effet, la réévaluation régulière des échelles multidimensionnelles est recommandée dans la prise en charge des patients douloureux quel que soit leur âge afin de mieux appréhender le bénéfice apporté par la prise en charge et de pouvoir l'adapter en conséquence (49) ; (51) ; (50).

3. Des patients plutôt satisfaits

En majorité les patients répondant (15 sur 27 soit 56%) ont considéré que la consultation leur avait été utile. Un quart d'entre eux étaient plus mitigés et un huitième d'entre eux s'estimaient insatisfaits.

Le principal sujet de contentement des patients vis-à-vis de la consultation était le fait de recevoir des informations sur les étiologies, les mécanismes à l'origine de leur symptomatologie douloureuse et des conseils, modifications pratiques à appliquer à leur quotidien pour mieux gérer la douleur et ses conséquences.

L'amélioration de la symptomatologie douloureuse était le second plus important point de satisfaction.

Là encore, ces résultats sont peu exploitables si l'on considère le peu de réponses obtenues (36,5% de répondant) et le fait que 11 questionnaires (soit 41% des questionnaires reçus) aient été incomplètement renseignés. Il faut également prendre en compte que 80% du contenu d'une consultation est presque immédiatement oublié par les patients et ce d'autant plus qu'ils sont âgés(89), le biais de mémorisation pour ce critère de jugement secondaire de notre étude est donc majeur.

Toutefois, les données de la littérature confirment qu'après l'amélioration de leur symptomatologie douloureuse, on trouve en deuxième position des attentes des patients, le fait de recevoir des informations claires, précises sur leurs pathologies et les moyens à leur disposition pour améliorer leur propre situation (90) ; (91) ; (92). Pour cette raison, les programmes d'éducatons thérapeutiques sont de plus en plus valorisés dans la prise en charge de nombreuses pathologies chroniques tels que l'insuffisance cardiaque ou le diabète. Plusieurs études ont déjà testé leur efficacité dans la prise en charge de la douleur chronique avec des résultats plutôt concluant. (93)

V. CONCLUSION

Ce travail nous a permis de confirmer l'intérêt de proposer une prise en charge adaptée, tenant compte de la dimension cruciale qu'est la fragilité, aux personnes âgées souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses. La consultation « douleur de la personne âgée » représente par conséquent une ressource rare et utile dans l'évaluation et la prise en charge ambulatoire de la douleur chronique du sujet âgé, mise à disposition des praticiens. Elle mérite donc d'être davantage développée et d'évoluer vers la création d'un PMP spécifique à la prise en charge du SDC de la personne âgée.

Malgré les limites imputables à notre étude, il semble que la consultation « douleur de la personne âgée » ait satisfait les patients et leur ait été bénéfique pour le contrôle de leur symptomatologie douloureuse et la diminution de son retentissement émotionnel. Il serait intéressant de procéder à la réalisation d'une étude prospective pour confirmer ces résultats.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Merskey H, Bogduk N, International Association for the Study of Pain, éditeurs. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994. 222 p.
2. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. janv 2019;160(1):19-27.
3. Allaz A-F, Suter MR. Douleurs chroniques : du symptôme à l'homme souffrant. *Rev Med Suisse*. 2019;15(652):1251-2.
4. Netgen. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Médicale Suisse*. 2010;(258):1511-3.
5. ICSI. Health Care Guideline : Assessment and Management of Chronic Pain [Internet]. 2009 [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <http://112.112.60.29:85/upload/files/2014111439316968.pdf>
6. The British Pain Society, the Royal College of General Practitioners. A practical guide to the provision of Chronic Pain Services for adults in Primary Care [Internet]. 2004 [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2012/07/practical-guide-provision-chronic-pain-after-surgery.pdf>
7. NHS Quality Improvement Scotland. Management of chronic pain in adults: Best practice statement. Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland; 2006.
8. Stanos S, Houle TT. Multidisciplinary and interdisciplinary management of chronic pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. mai 2006;17(2):435-50, vii.
9. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ*. 23 juin 2001;322(7301):1511-6.
10. Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain ? IASP Pain Clin Updat [Internet]. juin 2003 [cité 19 déc 2018];11(2). Disponible sur: https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU03-2_1390265045864_38.pdf
11. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain Lond Engl*. mai 2006;10(4):287-333.
12. Bouhassira D. Les douleurs neuropathiques. Rueil-Malmaison: Institut UPSA de la douleur.; 2007.
13. Barkin RL, Barkin SJ, Barkin DS. Perception, assessment, treatment, and management of pain in the elderly. *Clin Geriatr Med*. août 2005;21(3):465-90, v.
14. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. juin 2002;50(6 Suppl):S205-224.
15. Policopié national de l'enseignement de 2ème cycle [Internet]. collège national de gériatrie; 2008 [cité 20 août 2018]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>

16. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing*. 1997;26(4):315-8.
17. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, et al. Research Agenda for Frailty in Older Adults: Toward a Better Understanding of Physiology and Etiology: Summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults: RESEARCH AGENDA FOR FRAILITY. *J Am Geriatr Soc*. juin 2006;54(6):991-1001.
18. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *J Am Geriatr Soc*. mai 2007;55(5):780-91.
19. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. Shared Risk Factors for Falls, Incontinence, and Functional Dependence: Unifying the Approach to Geriatric Syndromes. *JAMA*. 3 mai 1995;273(17):1348-53.
20. Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez F, Vallone R. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. *J Am Geriatr Soc*. août 1991;39(8):778-84.
21. Jakobsson U, Klevsgård R, Westergren A, Hallberg IR. Old people in pain: A comparative study. *J Pain Symptom Manage*. juill 2003;26(1):625-36.
22. Buchman AS, Shah RC, Leurgans SE, Boyle PA, Wilson RS, Bennett D A. Musculoskeletal Pain and Incident Disability in Community-Dwelling Elders. *Arthritis Care Res*. sept 2010;62(9):1287-93.
23. van der Leeuw G, Ayers E, Leveille SG, Blankenstein AH, van der Horst HE, Verghese J. The Effect of Pain on Major Cognitive Impairment in Older Adults. *J Pain*. déc 2018;19(12):1435-44.
24. Coelho T, Paúl C, Gobbens RJJ, Fernandes L. Multidimensional Frailty and Pain in Community Dwelling Elderly. *Pain Med*. 28 janv 2016;pme12746.
25. Blyth FM, Rochat S, Cumming RG, Creasey H, Handelsman DJ, Le Couteur DG, et al. Pain, frailty and comorbidity on older men: the CHAMP study. *Pain*. 15 nov 2008;140(1):224-30.
26. Shega JW, Dale W, Andrew M, Paice J, Rockwood K, Weiner DK. Persistent Pain and Frailty: A Case For Homeostenosis. *J Am Geriatr Soc*. janv 2012;60(1):113-7.
27. Molton IR, Terrill AL. Overview of persistent pain in older adults. *Am Psychol*. 2014;69(2):197-207.
28. Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin RH, Helme R, et al. An Interdisciplinary Expert Consensus Statement on Assessment of Pain in Older Persons: *Clin J Pain*. janv 2007;23(Supplement 1):S1-43.
29. Schofield P. Pain management in older adults. *Medicine (Baltimore)*. janv 2017;45(1):41-5.
30. PERROT S. Particularités de la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses du sujet âgé. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*. 2006;4:8.
31. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. circulaire relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés [Internet]. 1998. Disponible sur: https://www.cnrd.fr/IMG/pdf/Circulaire_DGS_98-586_du_24_Sep_1998.pdf
32. Créac'h C. LIVRE BLANC - STRUCTURES DOULEUR EN FRANCE - SFETD. :60.

33. Won AB, Lapane KL, Vallow S, Schein J, Morris JN, Lipsitz LA. Persistent nonmalignant pain and analgesic prescribing patterns in elderly nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* juin 2004;52(6):867-74.
34. Sengstaken EA, King SA. The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* mai 1993;41(5):541-4.
35. Monroe TB, Misra SK, Habermann RC, Dietrich MS, Cowan RL, Simmons SF. Pain reports and pain medication treatment in nursing home residents with and without dementia. *Geriatr Gerontol Int.* juill 2014;14(3):541-8.
36. Nygaard HA, Jarland M. Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *Int J Geriatr Psychiatry.* août 2005;20(8):730-7.
37. Tan ECK, Jokanovic N, Koponen MPH, Thomas D, Hilmer SN, Bell JS. Prevalence of Analgesic Use and Pain in People with and without Dementia or Cognitive Impairment in Aged Care Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Clin Pharmacol.* 2015;10(3):194-203.
38. Gibson SJ, Farrell M. A Review of Age Differences in the Neurophysiology of Nociception and the Perceptual Experience of Pain. *Clin J Pain.* août 2004;20(4):227.
39. Thielke S, Sale J, Reid MC. Aging: Are these 4 pain myths complicating care? *J Fam Pract.* nov 2012;61(11):666-70.
40. McLachlan AJ, Bath S, Naganathan V, Hilmer SN, Le Couteur DG, Gibson SJ, et al. Clinical pharmacology of analgesic medicines in older people: impact of frailty and cognitive impairment. *Br J Clin Pharmacol.* mars 2011;71(3):351-64.
41. Kaye AD, Baluch A, Scott JT. Pain Management in the Elderly Population: A Review. *Ochsner J.* 2010;10(3):179-87.
42. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1 mars 2001;56(3):M146-57.
43. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ Can Med Assoc J.* 30 août 2005;173(5):489-95.
44. Strawbridge WJ, Shema SJ, Balfour JL, Higby HR, Kaplan GA. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* janv 1998;53(1):S9-16.
45. de Vries NM, Staal JB, van Ravensberg CD, Hobbelen JSM, Olde Rikkert MGM, Nijhuis-van der Sanden MWG. Outcome instruments to measure frailty: A systematic review. *Ageing Res Rev.* janv 2011;10(1):104-14.
46. Theou O, Brothers TD, Mitnitski A, Rockwood K. Operationalization of Frailty Using Eight Commonly Used Scales and Comparison of Their Ability to Predict All-Cause Mortality. *J Am Geriatr Soc.* sept 2013;61(9):1537-51.
47. Helme RD, Katz B, Gibson SJ, Bradbeer M, Farrell M, Neufeld M, et al. Multidisciplinary Pain Clinics for Older People. *Clin Geriatr Med.* août 1996;12(3):563-82.
48. Schuler M, Becker A, Lindena G, Mattenklodt P. [Treatment of elderly with chronic pain in geriatric care and pain therapy facilities in Germany. Survey results]. *Schmerz Berl Ger.* août 2015;29(4):422-30.

49. HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. 2008 [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf
50. Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health* [Internet]. déc 2013 [cité 13 juill 2018];13(1). Disponible sur: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1229>
51. the American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins. *Practice Guidelines for Chronic Pain Management*. *anesthesiology*. 2010;112(4):24.
52. Outils d'hétéro-évaluation [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/outils-dhetero-evaluation/>
53. Ruscheweyh R, Nees F, Marziniak M, Evers S, Flor H, Knecht S. Pain catastrophizing and pain-related emotions: influence of age and type of pain. *Clin J Pain*. sept 2011;27(7):578-86.
54. Leung L. Pain Catastrophizing: An Updated Review. *Indian J Psychol Med*. 2012;34(3):204-17.
55. French DJ, Noël M, Vigneau F, French JA, Cyr CP, Evans RT. L'Échelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF: Adaptation canadienne en langue française de l'échelle «Pain Catastrophizing Scale». [PCS-CF: A French-language, French-Canadian adaptation of the Pain Catastrophizing Scale.]. *Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport*. 2005;37(3):181-92.
56. Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain*. oct 1983;17(2):197-210.
57. Outils auto-évaluation [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/outils-auto-evaluation/>
58. Cook AJ, Brawer PA, Vowles KE. The fear-avoidance model of chronic pain: validation and age analysis using structural equation modeling. *Pain*. avr 2006;121(3):195-206.
59. Woby SR, Roach NK, Urmston M, Watson PJ. The relation between cognitive factors and levels of pain and disability in chronic low back pain patients presenting for physiotherapy. *Eur J Pain Lond Engl*. nov 2007;11(8):869-77.
60. Keefe FJ, Caldwell DS, Williams DA, Gil KM, Mitchell D, Robertson C, et al. Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain-II: Follow-up results. *Behav Ther*. 1 sept 1990;21(4):435-47.
61. Karp JF, Shega JW, Morone NE, Weiner DK. Advances in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults. *Br J Anaesth*. juill 2008;101(1):111-20.
62. Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA. Pain in community-dwelling persons with dementia: frequency, intensity, and congruence between patient and caregiver report. *J Pain Symptom Manage*. déc 2004;28(6):585-92.
63. Leong IY, Farrell MJ, Helme RD, Gibson SJ. The relationship between medical comorbidity and self-rated pain, mood disturbance, and function in older people with chronic pain. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mai 2007;62(5):550-5.
64. Beroud F. Douleur et personne âgée. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. oct 2010;11(5):258-65.

65. Podichetty V, Mazanec D, Biscup R. Chronic non-malignant musculoskeletal pain in older adults: clinical issues and opioid intervention. *Postgrad Med J.* nov 2003;79(937):627-33.
66. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. ANSM; 2019 févr p. 52.
67. Vergne-Salle P, Laroche F, Bera-Louville A, Marty M, Javier R-M, Perrot S. Les opioïdes forts dans les douleurs ostéo-articulaires non cancéreuses : revue de la littérature et recommandations pour la pratique clinique : « Les recommandations de Limoges 2010 ». *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* 1 déc 2012;13(6):259-75.
68. 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.* oct 2017;18(5):234-47.
69. Christo PJ, Li S, Gibson SJ, Fine P, Hameed H. Effective Treatments for Pain in the Older Patient. *Curr Pain Headache Rep.* févr 2011;15(1):22-34.
70. ALBINET CT, FEZZANI K, THON B. Vieillesse, activité physique et cognition. *Sci Mot* [Internet]. janv 2008 [cité 23 oct 2019]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/259828856_Vieillesse_activite_physique_et_cognition
71. C. Favre, C. Cedraschi. La psychothérapie cognitive dans le traitement de la douleur chronique. *Rev Médicale Suisse* [Internet]. 2003 [cité 18 déc 2018];1(23093). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2443/23093>
72. Dionne F, Blais M-C, Monestès J-L. Mieux vivre avec la douleur chronique grâce à la thérapie d'acceptation et d'engagement. *Santé Ment Au Qué.* 2013;38(2):131-52.
73. Dionne F, Ngô T-L, Blais M-C. Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé Ment Au Qué.* 2013;38(2):111-30.
74. Quinodoz D. Psychothérapie de personnes âgées: le point de vue d'une psychanalyste. *Psychotherapies.* 2002;Vol. 22(2):105-14.
75. Judith É, Lalanne J, Paris S, Pinçon B, Surdon N, Braitman A, et al. Psychothérapies du sujet âgé. *Inf Psychiatr.* 10 déc 2015;Volume 91(9):747-54.
76. Knight B. Psychotherapy and behavior change with the non-institutionalized aged. *Int J Aging Hum Dev.* 1979 1978;9(3):221-36.
77. Ke N. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain. 2010;62.
78. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science.* 19 nov 1965;150(3699):971-9.
79. Le Bars D, Willer JC, De Broucker T. Morphine blocks descending pain inhibitory controls in humans. *Pain.* janv 1992;48(1):13-20.
80. King EW, Audette K, Athman GA, Nguyen HOX, Sluka KA, Fairbanks CA. Transcutaneous electrical nerve stimulation activates peripherally located alpha-2A adrenergic receptors. *Pain.* juin 2005;115(3):364-73.
81. Peng WW, Tang ZY, Zhang FR, Li H, Kong YZ, Iannetti GD, et al. Neurobiological mechanisms of TENS-induced analgesia. *NeuroImage.* 15 juill 2019;195:396-408.

82. Gladwell PW, Cramp F, Palmer S. Matching the perceived benefits of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) for chronic musculoskeletal pain against Patient Reported Outcome Measures using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Physiotherapy* [Internet]. 4 févr 2019 [cité 19 oct 2019]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031940619300392>
83. Milne S, Welch VA, Brosseau L, Saginur MM, Shea B, Tugwell P, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2000 [cité 19 oct 2019];(4). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003008/full>
84. Fatio MM. Pain management program une nouvelle référence pour la médecine physique réadaptation. *Douleurs*. 5 mai 2016;17(2):53-60.
85. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*. mars 1999;80(1-2):1-13.
86. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. mars 2006;15(S2):s192-300.
87. Guidelines for Pain Management Programmes for adults: an evidence-based review prepared on behalf of the British Pain Society. 2013.
88. ANAES. ÉVALUATION ET SUIVI DE LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE EN MÉDECINE AMBULATOIRE. 1999.
89. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med*. mai 2003;96(5):219-22.
90. Mallen CD, Peat G. Discussing prognosis with older people with musculoskeletal pain: a cross-sectional study in general practice. *BMC Fam Pract*. 7 juill 2009;10:50.
91. Chou L, Ellis L, Papandony M, Seneviwickrama KLMD, Cicuttini FM, Sullivan K, et al. Patients' perceived needs of osteoarthritis health information: A systematic scoping review. *PLoS ONE* [Internet]. 16 avr 2018 [cité 7 nov 2019];13(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5901923/>
92. Rosemann T, Wensing M, Joest K, Backenstrass M, Mahler C, Szecsenyi J. Problems and needs for improving primary care of osteoarthritis patients: the views of patients, general practitioners and practice nurses. *BMC Musculoskelet Disord*. 2 juin 2006;7:48.
93. Vargas-Schaffer G, Cogan J. Patient therapeutic education. *Can Fam Physician*. mars 2014;60(3):235-41.

VII. ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE CETD CAEN

CHUCaen

CENTRE D'ÉVALUATION ET DE
TRAITEMENT DE LA DOULEUR

CHU CLEMENCEAU
14033 CAEN CEDEX
Tél. 02.31.27.25.22

Questionnaire d'Orientation pour Personne Agée

Pour une meilleure compréhension de vos douleurs, il nous importe de recueillir certaines informations. Nous vous remercions de répondre **le plus exactement possible** aux questions posées.

- Questionnaire à renvoyer à l'adresse ci-dessus
- Courrier médical à joindre

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date : Age :

NOM : Prénom :

Nom de naissance : Sexe : F M

Date de naissance : Lieu de naissance :

Situation de famille :

Marié Veuf Divorcé Célibataire

Autre :

Nombre d'enfants :

Adresse précise où vous joindre :

.....

Téléphone personnel :

Portable :

● Etes-vous en ALD (100%) ? Oui Non

Si oui, lesquelles :

● Avez-vous l'APA : Oui Non

Si oui, GIR :

● Avez-vous des aides humaines en place ? Oui Non

Si oui, lesquelles :

● Avez-vous du matériel médical à domicile : Oui Non

Si oui, lesquels :

● Etes-vous en litige avec votre organisme de prise en charge ? Oui Non

MOTIF DE LA CONSULTATION

.....
.....
.....
.....
.....
.....

VOTRE DOULEUR

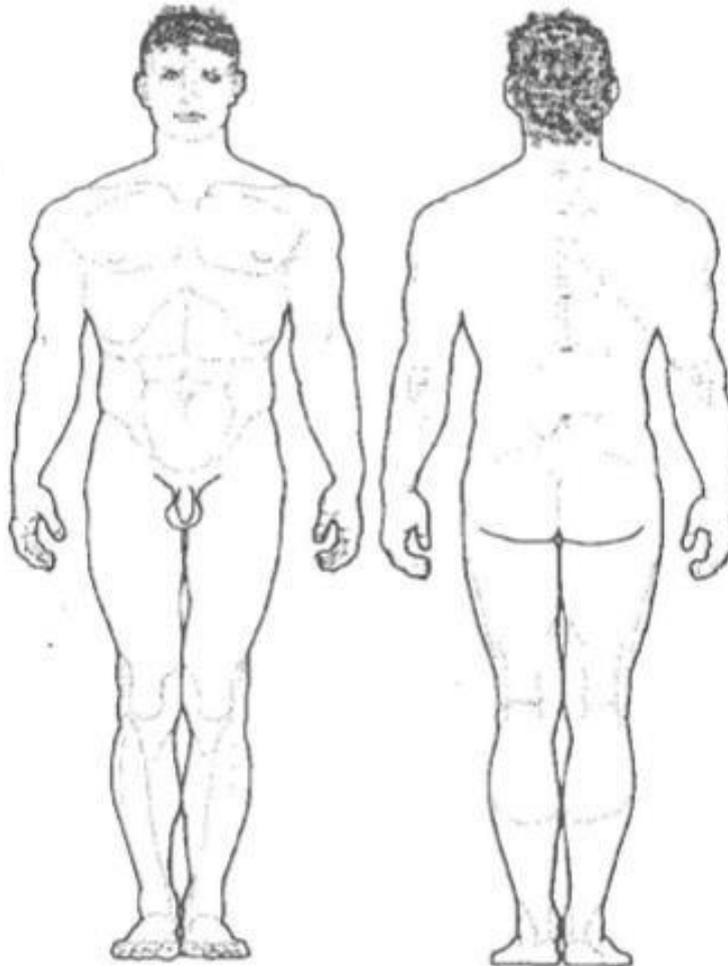
- Depuis combien de temps avez-vous mal ?
- Votre douleur évolue-t-elle en empirant ? Oui Non
- Votre douleur vous atteint-elle moralement ? Oui Non
- Votre douleur est-elle liée à une maladie ? Oui Non
- Votre douleur est-elle liée à un accident ? Oui Non
- Votre douleur est-elle liée à une intervention chirurgicale ? Oui Non
- Votre douleur a-t-elle des répercussions sur votre état général ? Oui Non

Précisez si vous le souhaitez :

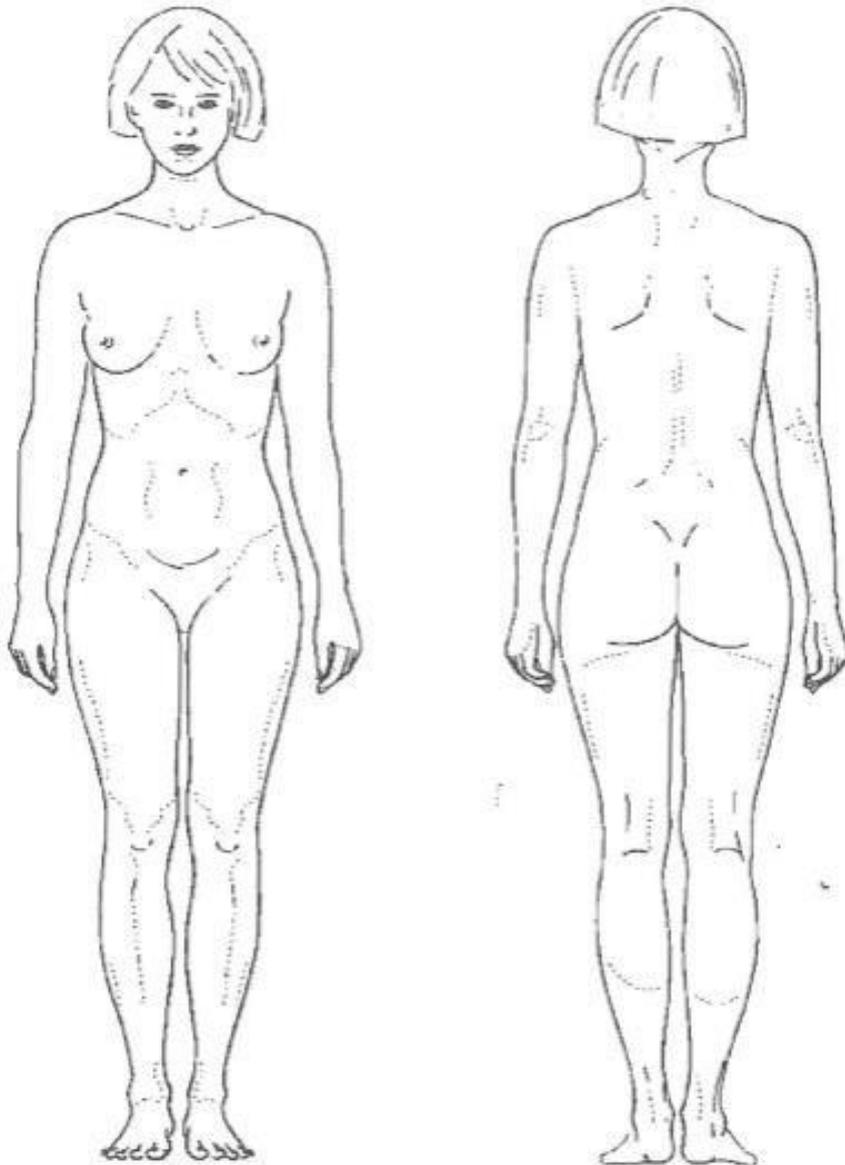
.....

.....

Complétez le schéma ci-dessous si vous êtes un homme :
Hachurez la ou les zones de votre douleur sur les schémas ci-dessous



Complétez le schéma ci-dessous si vous êtes une femme :
Hachurez la ou les zones de votre douleur sur les schémas ci-dessous



1/ SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus intense** que vous avez ressentie la semaine dernière

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur					Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer					

2/ SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus faible** que vous avez ressentie

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur					Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer					

3/ SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur					Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer					

4/ SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur					Douleur la + horrible que vous puissiez imaginer					

5/ La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous nous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune amélioration					Amélioration complète					

6/ Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

A – Activité générale

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas						Gêne complètement				

B – Humeur

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas						Gêne complètement				

C – Capacité à marcher

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas						Gêne complètement				

D – Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas						Gêne complètement				

E – Relations avec les autres

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas						Gêne complètement				

F - Sommeil

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas						Gêne complètement				

G – Goût de vivre

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas						Gêne complètement				

**NOUS VOUS REMERCIONS DE COMPLETER LES
DEUX GRILLES SUIVANTES**

Questionnaire Douleur Saint Antoine (QDSA)

NOM : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Evaluation : initiale Intermédiaire Finale Date : _____

Parmi la liste de mots ci-dessous, certains peuvent décrire la douleur que vous ressentez. Lisez attentivement chaque mot.

- Indiquez par une croix les mots qui décrivent votre douleur en général.
- Afin de préciser votre douleur, donnez une note dans la deuxième case à chacun des mots choisis selon le code suivant :

Douleur 0 = absente 1 = faible 2 = modérée 3 = forte 4 = extrêmement forte

A	Battements		E	Tiraillement		K	Nauséuse	
	Pulsations			Etirement			Suffocante	
	Elancements			Distension			Syncopale	
	En éclair			Déchirure		L	Inquiétante	
	Décharges électriques			Torsion			Oppressante	
	Coups de marteau			Arrachement			Angoissante	
B	Rayonnante		F	Chaleur		M	Harcelante	
	Irradiante			Brûlure			Obsédante	
C	Piqûre		G	Froid			Cruelle	
	Coupure			Glace			Torturante	
	Pénétrante		H	Picotements			Supplicante	
	Transperçante			Fourmillements		N	Gênante	
	Coup de poignard			Démangeaisons			Désagréable	
D	Pincement		I	Engourdissement			Pénible	
	Serrement			Lourdeur			Insupportable	
	Compression			Sourde		O	Enervante	
	Ecrasement		J	Fatigante			Exaspérante	
	En étau			Epuisante			Horripilante	
	Broiement			Ereintante		P	Déprimante	
							Suicidaire	

[Annexe sous droits non déposée dans DUMAS]

TRAITEMENT ACTUEL POUR VOTRE DOULEUR

(Pour chaque médicament, veuillez indiquer le nom et la dose)

.....
.....
.....

AUTRES TRAITEMENTS EN COURS

.....
.....
.....
.....
.....
.....

TRAITEMENT DEJA EFFECTUES POUR VOTRE DOULEUR

Médicaments :	Oui - Non	Acupuncture :	Oui - Non
Chirurgie :	Oui - Non	Mésothérapie :	Oui - Non
Infiltration :	Oui - Non	Ostéopathie :	Oui - Non
Rééducation :	Oui - Non	Relaxation :	Oui - Non

Autres : Oui, lesquels :

Avez-vous déjà rencontré un psychiatre ou un psychologue pour votre douleur :

Oui - Non

EXAMENS COMPLEMENTAIRES EFFECTUES POUR VOTRE DOULEUR

Radiographie :	Oui - Non
Scanner :	Oui - Non
IRM :	Oui - Non
Scintigraphie :	Oui - Non
Electromyogramme :	Oui - Non

Autres : Oui, lesquels :

MALADIES AUTRES QUE LA DOULEUR

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Au cours de votre prise en charge, votre dossier peut être discuté en staff (réunion de professionnels de santé). Acceptez-vous ? Oui Non

Signature :

VEUILLEZ REMPLIR LA FICHE AU DOS

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Pour ces rubriques, veuillez tenir compte de la liste suivante : généraliste, médecin traitant, rhumatologue, neurologue, chirurgien, psychiatre, rééducateur, autre (précisez l'orientation médicale)

MEDECIN QUI VOUS ADRESSE A LA CONSULTATION

Nom :
Spécialité :
Adresse :
Téléphone :

MEDECIN TRAITANT

Nom :
Adresse :
Téléphone :

MEDECINS SPECIALISTES DEJA CONSULTES

1/ Nom : Spécialité :
2/ Nom : Spécialité :
3/ Nom : Spécialité :

Médecin de la douleur ou structure douleur déjà consulté : Oui Non

Nom et adresse :
.....

HOSPITALISATION

Si vous avez été hospitalisé pour cette douleur, veuillez préciser ci-dessous : l'hôpital ou la clinique, le nom et la spécialité du médecin responsable et la date d'hospitalisation

1^{ère} hospitalisation :
.....

2^{ème} hospitalisation :
.....

3^{ème} hospitalisation :
.....

Si vous le jugez utile, veuillez indiquer ci-dessous vos remarques :

.....
.....
.....

ANNEXE 2 SUPPORT DE LA CONSULTATION EN BINÔME



CONSULTATION DOULEUR SUJET AGE

Date :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale :

marié(e)	veuf (ve)	divorcé(e)	célibataire
Conjoint :	valide	semi-valide	invalide
Enfant(s) :	oui	non	nombre :

Lieu de résidence :

domicile	institution	autre :
Type de résidence :	pavillon	appartement
plain- pied : oui/non	étage	ascenseur : oui/non

Plan d'aides :

Aides sociales : oui/non

lesquelles :

Aides humaines :

-

-

-

-

Matériel médical :

-

-

-

-

Activités de loisirs :

ANTECEDENTS :

ALLERGIE : oui / non

Si oui, la(es)quelle(s) :

TRAITEMENTS :

ANAMNESE DU SYNDROME DOULOUREUX :

EXAMEN CLINIQUE :

AUTONOMIE :

Activités de vie quotidienne :

toilette	habillement	transfert	locomotion	élimination	continence	repas

Activités instrumentales :

téléphone	médicaments	gestion budget	Déplacements ext.

A = autonome, P = partiel, D = dépendant

DESAFFERENTATION

AUDITIVE : oui / non

prothèses : oui / non

VISUELLE : oui / non

lunettes : oui / non

RISQUE DE CHUTE :

Notion de chute récente : oui / non

Notion de chutes itératives : oui / non

Angoisse de chute : oui / non

Facteurs prédisposant :

Facteurs de gravité :

Appui monopodal > 5sec: possible : oui / non

NUTRITION :

Mauvais état bucco dentaire : oui / non

Troubles de déglutition : oui / non

Candidose buccale : oui / non

MNA-SF : /14

DEPRESSION :

Eléments dépressifs lors de l'entretien : oui / non

Lesquels :

GDS : /15

HAD :

FONCTIONS COGNITIVES :

Plainte mnésique : oui / non

Troubles du comportement : oui / non

Troubles du sommeil : oui / non

Cauchemars : oui / non

Hallucinations : oui / non

CODEX :

REPERCUSSIONS DE LA DOULEUR SUR :

AUTONOMIE : oui / non

Proposition de prise en charge :

RISQUE DE CHUTE : oui / non

Proposition de prise en charge :

THYMIE : oui / non

Proposition de prise en charge :

ETAT NUTRITIONNEL : oui / non

Proposition de prise en charge :

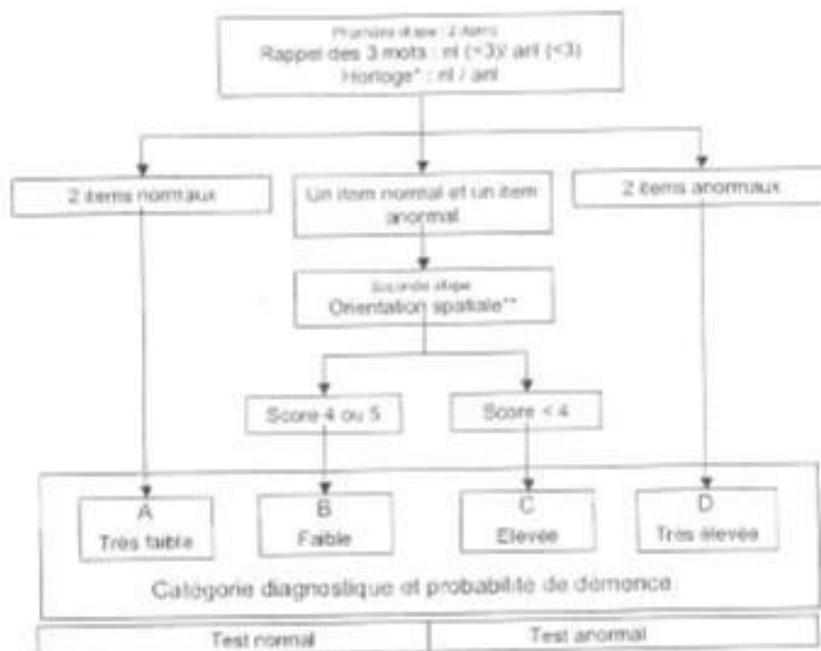
AUTRES :

PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR :

Evaluation cognitive ultra-rapide par le test CODEX

Page à imprimer pour les dossiers médicaux

Nom : _____ Date : _____
 Prénom : _____ Evalueur : _____



Cotation du test CODEX

1. Cotation du test de l'horloge :

Les nombres sont-ils tous présents ?	Oui-Non	4 OUI = horloge normale sinon anormale
Sont-ils correctement placés ?	Oui-Non	
Y a-t-il une petite et une grande aiguille ?	Oui-Non	
Leurs directions sont-elles convenables ?	Oui-Non	

2. Cotation du rappel des 3 mots

Les 3 mots sont bien rappelés = **Rappel des 3 mots normal**

3. Utilisez l'arbre de décision pour savoir si la seconde étape est nécessaire

Horloge et 3 mots normaux = CODEX normal (Catégorie diagnostique A)
 Horloge et 3 mots anormaux = CODEX anormal (Catégorie diagnostique D)
 Autres cas = faire la seconde étape

4. Cotation de la seconde étape :

Comptez 1 point par bonne réponse
 Somme = 4 ou 5 : = CODEX normal (Catégorie diagnostique B)
 Somme = 0, 1, 2 ou 3 = CODEX anormal (Catégorie diagnostique C)

Le test CODEX a été mis au point par le Pr Belmin et son équipe à l'hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine
 Information sur le test sur le site www.testcodex.org

Références : Presse Med 2007; 36:1183-90; Revue de Gériatrie 2007; 32:627-31.

MNA-SF

Poids : taille :

<p>Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficulté de mastication ou de déglutition ?</p> <p>Anorexie sévère = 0 anorexie modérée = 1 pas d'anorexie = 2</p>	
--	--

<p>Perte de poids récente (<3mois)</p> <p>Perte de poids >3kgs = 0 Ne sait pas = 1 Perte de poids entre 1 et 3kg = 2 Pas de perte de poids = 3</p>	
---	--

<p>Motricité</p> <p>Du lit au fauteuil = 0 autonome à l'intérieur = 1 sort du domicile = 2</p>	
--	--

<p>Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ?</p> <p>Oui = 0 non = 2</p>	
---	--

<p>Problèmes neuro psychologiques :</p> <p>Démence ou dépression sévère = 0 Démence ou dépression modérée = 1 Pas de problème psychologique = 2</p>	
---	--

<p>Indice de masse corporelle</p> <p>IMC < 19 = 0 19 < IMC < 21 = 1 21 < IMC < 23 = 2 IMC > 23 = 3</p>	
---	--

TOTAL	/14
--------------	-----

Unité Mobile de Gériatrie
 Médecine gériatrique aiguë

ETIQUETTE PATIENT

Date :

Rempli par :

Fonction :

**ECHELLE DE DEPRESSION
GDS**

Choisissez la meilleure réponse pour décrire comment vous vous sentez depuis la semaine passée.

Etes-vous satisfait(e) de votre vie ?	OUI	NON
Avez-vous renoncé à un grand nombre d'activités ?	OUI	NON
Avez-vous le sentiment que votre vie soit vide ?	OUI	NON
Vous ennuyez-vous souvent ?	OUI	NON
Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ?	OUI	NON
Craignez-vous une catastrophe pour l'avenir ?	OUI	NON
Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	OUI	NON
Avez-vous besoin d'aide dans vos activités ?	OUI	NON
Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir ?	OUI	NON
Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	OUI	NON
Etes-vous heureux de vivre actuellement ?	OUI	NON
Avez-vous l'impression de n'être plus bon(ne) à rien ?	OUI	NON
Avez-vous beaucoup d'énergie ?	OUI	NON
Désespérez-vous de votre situation présente ?	OUI	NON
Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous ?	OUI	NON

✓ Score des cases grisées :

* Entre 5 et 9 indique une forte probabilité de dépression

* 10 et plus indique presque toujours une dépression

M3323

Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Date :

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire.

Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

A. Je me sens tendu ou énervé :

3	La plupart du temps
2	Souvent
1	De temps en temps
0	Jamais

D. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

0	Oui, tout autant
1	Pas autant
2	Un peu seulement
3	Presque plus

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

3	Oui, très nettement
2	Oui, mais ce n'est pas trop grave
1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0	Pas du tout

D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

0	Autant que par le passé
1	Plus autant qu'avant
2	Vraiment moins qu'avant
3	Plus du tout

A. Je me fais du souci :

3	Très souvent
2	Assez souvent
1	Occasionnellement
0	Très occasionnellement

D. Je suis de bonne humeur :

3	Jamais
2	Rarement
1	Assez souvent
0	La plupart du temps

A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sens décontracté :

0	Oui, quoi qu'il arrive
1	Oui, en général
2	Rarement
3	Jamais

D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

3	Presque toujours
2	Très souvent
1	Parfois
0	Jamais

A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

0	Jamais
1	Parfois
2	Assez souvent
3	Très souvent

D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

3	Plus du tout
2	Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0	J'y prête autant attention que par le passé

A. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

3	Oui, c'est tout à fait le cas
2	Un peu
1	Pas tellement
0	Pas du tout

D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

0	Autant qu'avant
1	Un peu moins qu'avant
2	Bien moins qu'avant
3	Presque jamais

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

3	Vraiment très souvent
2	Assez souvent
1	Pas très souvent
0	Jamais

D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

0	Souvent
1	Parfois
2	Rarement
3	Très rarement

D A

Total anxiété (A) :

Total dépression (D):



DN4

QUESTIONNAIRE DN4

Nom :

Prénom :

Date :

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, veuillez répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non »

INTERROGATOIRE DU PATIENT

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

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

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

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

EXAMEN DU PATIENT

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence ?

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

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

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

OUI = 1 point NON = 0 point
Valeur seuil pour le diagnostic
de douleur neuropathique : 4/10

Score du Patient : /10

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE'E

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 habillement	• 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 habillement étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillement 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 éphémère	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			

COPYRIGHT

ANNEXE 3 : ENQUÊTE DE SATISFACTION

ENQUETE DE SATISFACTION

1) Diriez-vous que la prise en charge que vous avez reçue au centre antidouleur vous a été :

- Très utile
- Utile
- Moyennement utile
- Peu utile
- Pas utile du tout

2) Selon vous quels en sont les points positifs ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3) Selon vous quels en sont les points négatifs ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NB : Ce questionnaire est anonyme et ne sera en aucun cas lié à votre dossier.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : LECARPENTIER SANDRINE

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : Prise en charge ambulatoire de la douleur chronique non cancéreuse du sujet âgé : état des lieux d'une consultation conjointe gériatre/algologue au CETD de Caen et étude du bénéfice obtenu sur le contrôle de la symptomatologie douloureuse et son vécu.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

INTRODUCTION : Le syndrome douloureux chronique (SDC) est une affection complexe, difficile à évaluer et à prendre en charge. Il touche principalement les personnes âgées (PA) (30 à 50% des plus de 65 ans et plus de 80% en institution) Or, cette population en constante augmentation est plus fragile et donc davantage exposée à des conséquences délétères pour son indépendance et son autonomie en cas de SDC non pris en charge. Son repérage représente donc un enjeu majeur mais, paradoxalement, il n'existe aucune structure spécialisée dans la prise en charge du SDC chez la PA en France. Voilà pourquoi une consultation « douleur de la PA » faisant intervenir un algologue et un gériatre a été créée au mois d'avril 2014 au CETD de Caen.

OBJECTIF : L'objectif de cette étude était donc de réaliser un état des lieux de l'évaluation et de la prise en charge proposée par cette consultation entre 2014 et 2018. Ainsi que d'en étudier le bénéfice sur le contrôle de la symptomatologie douloureuse des patients et leur vécu. Ces derniers, au moyen d'une réévaluation à distance du Questionnaire Concis sur les Douleurs (QCD) et de la Pain Catastrophizing Scale (PCS). L'évolution des résultats obtenus à ces deux questionnaires était notre critère de jugement principal. La satisfaction des patients vis-à-vis de la consultation était un critère de jugement secondaire.

RESULTATS : La prise en charge via la consultation « douleur de la PA » concernait 74 patients, de 83,6 ans (DS 6,6) en moyenne, principalement des femmes (61 ; 82,4%), vivant à domicile (59 ; 79,7%) et à l'indépendance et l'autonomie conservée (ADL moyen 5,1 DS 1,4 / IADL moyen 1,6 DS 1,4). 54 patients (73%) étaient à risque de chutes, 41 patients (55,4) présentaient les signes d'une dépression, 29 patients (39,2%) étaient à risque de dénutrition et 27 patients (36,5%) souffraient de troubles cognitifs. Les SDC étaient principalement multisites (67,6%), d'origine arthrosique (70,3%) et évoluaient depuis 1 à 5 ans (40,5%). La prise en charge proposait à l'issue de la consultation ne conduisait pas à une augmentation significative du nombre moyen d'antalgiques ($p=0,66$). 40 patients (54,1%) ont bénéficié d'une hospitalisation de jour (HDJ) ou de semaine (HDS) et autant ont bénéficié de kinésithérapie. 50 patients (68%) ont bénéficié de TENS. Le QCD a été réévalué chez 20 patients (27%). Trois des items évalués par ce questionnaire étaient significativement améliorés à l'issue de la consultation : la douleur maximale ressentie ($p=0,042$), la douleur ressentie sur l'instant ($p=0,03$), l'humeur ($p=0,015$). La PCS a été réévaluée chez 19 patients (25,7%), la différence des moyennes des scores obtenus n'étaient pas significatives ($p=0,17$).

CONCLUSION : La consultation « douleur de la PA » a bien permis le repérage de nombreux sujets fragiles et leur prise en charge spécialisée via la filière de soins gériatrique. Elle semble également avoir procuré satisfaction aux patients du point de vue du contrôle de leur symptomatologie douloureuse.

MOTS-CLÉS : gestion de la douleur chronique ; personnes âgées ; fragilité

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Outpatient management of chronic non-cancerous pain in the elderly subject: inventory of a joint geriatrician/algologist consultation at the CETD in Caen and study of the benefit obtained on the control of painful symptomatology and its experience.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

INTRODUCTION: Chronic pain syndrome (CPS) is a complex condition that is difficult to assess and manage. It mainly affects the elderly (30 to 50% of those over 65 years of age and more than 80% in institutions) However, this constantly growing population is more fragile and therefore more exposed to harmful consequences for its independence and autonomy in case of unattended CPS. Its adressment therefore represents a major challenge, but paradoxically, there is no structure specialized in the management of CPS in the elderly in France. This is why a "pain in the elderly" consultation involving an algologist and a geriatrician was created in April 2014 at the CETD in Caen.

OBJECTIVE: The objective of this study was therefore to carry out an inventory of the evaluation and care proposed by this consultation between 2014 and 2018. As well as to study the benefit on the control of patients' painful symptomatology and their experiences of it. The latter, through a remote re-evaluation of the Brief Pain Inventory (BPI) and the Pain Catastrophizing Scale (PCS). The evolution of the results obtained on these two questionnaires was our main judgement criterion. Patient satisfaction with the consultation was a secondary outcome measure.

RESULTS: Management via the "pain of BP" consultation involved 74 patients, 83.6 years old on average (DS 6.6), mainly women (61; 82.4%), living at home (59; 79.7%) and with independence and preserved autonomy (average ADL 5.1 DS 1.4 / average IADL 1.6 DS 1.4). 54 patients (73%) were at risk of falls, 41 patients (55.4) showed signs of depression, 29 patients (39.2%) were at risk of undernutrition and 27 patients (36.5%) had cognitive issues. The PCS were mainly multisite (67.6%), secondary to osteoarthritis. The management proposed at the end of the consultation did not lead to a significant increase in the average number of analgesics ($p=0.66$). 40 patients (54.1%) received day (HDJ) or week (HDS) hospitalization and as many received physiotherapy. 50 patients (68%) received TENS. The BPI Three of the items evaluated by this questionnaire were significantly improved at the end of the consultation : maximum pain ($p=0.042$), actual pain ($p=0.03$), mood ($p=0.015$). The PCS was re-evaluated in 19 patients (25.7%), the difference in the mean scores obtained was not significant ($p=0.17$).

CONCLUSION: The "pain in elderly" consultation made it possible to adress many fragile subjects and provide them with specialized care through the geriatric care system. It also seems to have provided patients with satisfaction in terms of controlling their painful symptomatology.

KEY WORDS : chronical pain management ; elderly; frailty