

Année 2024/2025

N°82

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État
par

Léa RUSSEIL

Né(e) le 03/11/1996 à Blois (41)

La douleur en EHPAD : description de la consommation d'antalgiques dans 3 EHPAD du Loir-et-Cher

Présentée et soutenue publiquement le **26/06/2025** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Guillaume DESOUBEAUX, Parasitologie et Mycologie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Maxime PAUTRAT, Médecine générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Marie-Agnès BENOIST, Médecine générale, PH, CH Romorantin-Lanthenay

Directeur de thèse : Docteur Cécile BIGUIER, Médecine générale, médecin coordonnateur EHPAD, Bracieux

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric.....	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire.....	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUSTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHLMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée.....	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
 CLOUTOUR Nathalie Orthophoniste || CORBINEAU Mathilde | Orthophoniste |
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Remerciements

A Mr Le Pr DESOUBEAUX, merci de présider ce jury de thèse.

A Mr Le DR PAUTRAT, merci de faire partie de ce jury de thèse et merci de votre accompagnement tout au long de mon internat en tant que tuteur.

A Mme le Dr BENOIST, Marie-Agnès merci d'avoir été cette cheffe si bienveillante lors de mon stage avec vous, merci de m'avoir fait découvrir la gériatrie et de m'avoir tant appris.

A Mme le Dr BIGUIER, Cécile merci d'avoir accepté de diriger cette thèse qui n'existerait pas sans toi. Merci pour tes conseils, pour le stage à l'EHPAD qui était très formateur. Peut-être que nous retravaillerons ensemble dans le futur ;)

A Mr GOUABAULT, directeur des EHPAD étudiés, merci de m'avoir permis de réaliser ce travail au sein de vos EHPAD.

Aux Dr GATAULT et ROULEAU, médecin coordonnateur des EHPAD étudiés, merci de m'avoir permis l'accès aux dossiers de vos résidents et merci pour l'aide lors du recueil du consentement.

A tous les MSU et chefs rencontrés lors de mon internat, merci de m'avoir fait découvrir votre métier avec passion et de m'avoir guidé dans mon apprentissage. Je pense surtout à Natacha et Catherine qui m'ont transmis leur passion et de nombreuses connaissances avec bienveillance et confiance, j'espère être un aussi bon médecin que vous un jour.

A mes co-externes qui me manquent tant, Antoine, Anna, Gaëlle, Quentin, Floriane et Wilfried. Merci pour les bons souvenirs de ces années d'externat qui ont été moins difficiles grâce à vous. J'espère vous revoir bientôt, vous manquez à ma vie.

A mon père, merci de m'avoir permis d'aller au bout de ces études très longues, sans toi je n'aurais pas pu continuer tout le monde le sait. Et Dr Russeil ça le fait non ?

A mon parrain Jean-Marc et sa femme Géraldine, à ma marraine Nathalie et son mari Philippe, merci d'être là depuis ma naissance et de veiller sur moi depuis toujours, vous êtes comme des parents pour moi (ou une bonne fée pour l'une d'entre vous).

A mes beaux-parents, Marie-Odile et Dominique, merci de m'avoir accepté dans votre famille comme si j'en faisais partie depuis toujours, et merci d'avoir gardé de si nombreuses fois Eliott pour me permettre de mener à bien mon internat. Et pour la thèse, ça y est Dominique, on y est enfin !

A mon oncle Richard, ma tante Stéphanie, mes (presque) frère et sœur Corentin et Méline, mes cousins, Jason et Laurine surtout, mes grands-parents, et tous ceux que j'oublie sans doute, merci d'avoir cru en moi plus que moi-même et de m'avoir soutenue.

Aux deux amours de ma vie, Julien d'abord, merci de m'avoir soutenue pendant ces années difficiles, on en voit enfin la fin, je suis sûre que le meilleur est à venir, tu sais déjà tout, je t'aime. Et Eliott, merci de m'avoir choisi pour être ta maman, je n'aurais pas pu rêver meilleur petit garçon que toi. La vie avec toi est aussi fatigante que merveilleuse, je t'aime.

Titre : La douleur en EHPAD : Description de la consommation d'antalgiques dans 3 EHPAD du Loir-et-Cher

Résumé:

Introduction: La douleur est un symptôme avec une forte prévalence dans la population âgée. La prise en charge de la douleur est rendue complexe dans la population de par l'importance des comorbidités et l'utilisation prudente des antalgiques. Cette complexité s'accroît pour les personnes âgées vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Objectif de l'étude : Description de la consommation d'antalgiques dans 3 EHPAD du Loir-et-Cher.

Méthode: Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive, transversale et multicentrique. Une analyse des données des dossiers des résidents inclus dans les 3 EHPAD a été faite afin d'en extraire les données recherchées.

Résultats: Sur 216 résidents répartis sur les 3 EHPAD, 210 ont été inclus. La prévalence de la prescription d'antalgique était de 76%. La majorité des résidents, soit 50.4%, ne prenait qu'un seul antalgique. Le paracétamol était l'antalgique le plus représenté dans les prescriptions à 63.2%, majoritairement sous forme de comprimés (59.6%). Les antalgiques de la douleur neuropathique représentaient 16.5% de toutes les prescriptions, avec en majorité la prégabaline à 34.2%. Les opioïdes représentaient 6.1% de tous les antalgiques, et majoritairement sous forme per os (85.7%). On note une prescription assez faible des antalgiques de palier 2 (4.3%) et du néfopam (3.9%)

Conclusion: La consommation d'antalgiques est importante dans les EHPAD. Cette consommation est en accord avec les recommandations actuelles de l'antalgie chez le sujet âgé.

Mots-Clés: douleur, sujet âgé, EHPAD, antalgiques

Title: Pain in nursing homes: Description of analgesic consumption in 3 nursing homes in Loir-et-Cher

Abstract :

Introduction : Pain is a symptom with a high prevalence in the elderly population. Management is complex in this population because of the importance of comorbidities and the careful use of analgesics. This complexity is increasing for elderly people living in nursing homes.

Aim of the study: Description of analgesic consumption in 3 nursing homes in Loir-et-Cher.

Method: This study is quantitative, observational, descriptive, transversal and multicentric. An analysis of the files of the residents included in the 3 nursing homes was carried out to extract the required data.

Results: Out of 216 residents in the 3 nursing homes, 210 were included. The prevalence of prescription of analgesics was 76%. The majority of residents, 50.4%, took single analgesic. Paracetamol was the analgesic most commonly prescribed analgesic at 63.2%, mostly in tablet form (59.6%). Analgesics for neuropathic pain represented 16.5% of all prescriptions, with pregabalin in the majority (34.2%). Opioids represented 6.1% of all analgesics and mostly in oral form (85.7%). There is a low prescription of level 2 analgesics (4.3%) and nefopam (3.9%).

Conclusion: Consumption of analgesics is high in nursing homes. This consumption is in accordance with current recommendations for pain relief in the elderly.

Keywords: pain, nursing homes, the elderly, analgesics

Liste des abréviations

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECPA : Evaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée

EHPA : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées.

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EN : Echelle numérique

EVA : Echelle visuelle analogique

EVS : Echelle verbale simple

GIR : Groupes iso-ressources

GMP : GIR moyen pondéré

IASP: International association for the study of pain

IMC: Indice de masse corporelle

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRSNa : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

MMSE : Mini mental state examination

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

PMP : pathos moyen pondéré

SSR : soins de suite et réadaptation

USLD : Unité de soins de longue durée

Sommaire

<u>I. Introduction.....</u>	<u>14</u>
<u>II. Matériels</u>	<u>15</u>
A. Généralités	15
1. Quelques définitions	15
2. Démographie.....	15
a) En France	15
b) Dans le Loir et Cher	16
B. La douleur.....	16
1. Composantes de la douleur.....	16
2. Les types de douleur	17
3. Echelles d'évaluation de la douleur.....	17
a) Echelles d'auto-évaluation de la douleur	18
b) Les échelles d'hétéro-évaluation de la douleur	18
c) Echelle d'évaluation de la douleur neuropathique	19
4. Les causes et conséquences fréquentes de douleurs chez le sujet âgé.....	19
5. Particularités de la douleur chez le sujet âgé.....	19
C. Les antalgiques	20
1. Généralités	20
a) Classifications	20
b) Spécificités de l'utilisation des antalgiques chez le sujet âgé	22
<u>III. Méthodes</u>	<u>25</u>
A. Type d'étude.....	25
B. Caractéristiques des EHPAD étudiés	25
1. Généralités	25
2. Principales comorbidités des résidents.....	26
C. Critères d'inclusion	27
D. Analyse statistique	28
E. Aspect éthique et réglementaire.....	28
<u>IV. Résultats.....</u>	<u>29</u>
A. Caractéristiques de la population étudiée	29
1. Répartition de la population selon le sexe.....	29
2. Répartition de la population selon l'âge	30

3.	Répartition de la population selon le GIR	30
4.	Présence de troubles cognitifs	31
5.	Répartition de la population selon l'IMC.....	31
6.	Répartition de la population selon le nombre de médicaments prescrits.....	32
B.	Description de la consommation des antalgiques	33
1.	Prévalence de la prescription d'antalgiques	33
2.	Répartition de la population selon le nombre d'antalgiques prescrits.....	33
3.	Description des antalgiques prescrits	34
a)	Types d'antalgiques	34
b)	Antalgiques de douleur nociceptive et antalgiques de la douleur neuropathique.....	34
c)	Antalgiques de la douleur neuropathique.....	35
d)	Distribution des opioïdes faibles	36
e)	Galénique des opioïdes forts.....	36
f)	Galénique du paracétamol	37
V.	<u>Discussion</u>	<u>38</u>
A.	Analyse des résultats avec les données de la littérature	38
1.	Population de l'étude	38
2.	Prévalence de la consommation d'antalgiques.....	39
3.	Répartition de la consommation d'antalgiques	40
B.	Limites de l'étude	42
C.	Perspectives et ouvertures.....	42
VI.	<u>Conclusion</u>	<u>43</u>
VII.	<u>Bibliographie</u>	<u>44</u>
VIII.	<u>Annexes</u>	<u>48</u>

I. Introduction

Selon *International Association for the Study of Pain* (IASP), la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle ».

La douleur est une expérience personnelle et subjective ce qui rend son expression variable selon les individus et en fonction de divers facteurs cognitifs, biologiques, psychologiques et sociaux. (1)

La prévalence de la douleur est importante chez les personnes âgées et peut atteindre à 45 à 70% des patients âgés au domicile. En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), elle oscille selon les études entre 50 et 90%. (2,3).

La prise en charge de la douleur est rendue encore plus complexe chez les personnes âgées de part des comorbidités fréquentes, une prévalence importante des troubles cognitifs et une utilisation des antalgiques limités. (4)

La prévalence des troubles cognitifs en EHPAD atteint 34% selon de nombreuses études. (5) La présence de troubles cognitifs va influencer l'évaluation, la communication et le traitement de la douleur. Egalement, la présence de troubles cognitifs complexifie la prescription d'antalgiques.

Pour prendre en charge la douleur, de nombreux antalgiques sont à la disposition des soignants notamment selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 3 paliers : palier 1 (antalgiques non morphiniques), palier 2 (antalgiques opioïdes faibles) et palier 3 (antalgiques opioïdes forts). La classification de Lussier et Beaulieu, plus récente, mentionne les traitements de la douleur neuropathique comme les antiépileptiques ou les antidépresseurs. (6)

La prescription d'antalgiques chez les personnes âgées, et particulièrement en EHPAD, est rendue difficile en raison des spécificités liées au vieillissement. De plus, les antalgiques présentent de nombreuses contre-indications et de multiples effets indésirables chez les personnes âgées. (4)

La douleur est donc un symptôme très fréquent chez les personnes âgées et particulièrement en EHPAD. C'est donc un enjeu important pour les établissements mais dont la prise en charge est rendue complexe par de nombreux facteurs.

Cette étude vise à décrire la consommation d'antalgiques dans 3 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du Loir-et-Cher.

II. Matériels

A. Généralités

1. Quelques définitions

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), une personne est définie comme âgée à partir de 60 ans. En France, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) donne un seuil à 65 ans pour définir une personne âgée.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) regroupent différentes structures :

- Les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui sont des établissements médicalisés avec un hébergement collectif des résidents
- Des établissements d'hébergement pour personnes âgées qui sont non médicalisés avec un hébergement collectif des résidents
- Des résidences autonomie ou foyer-logement où ce sont des logements individuels regroupés. (7)

Cette étude s'intéresse particulièrement aux EHPAD et à leurs populations.

2. Démographie

a) En France

Selon l'INSEE, en 2022, 21% de la population française est âgée de plus de 65 ans soit près de 14 millions de personnes et dont la majorité sont des femmes.

Selon des chiffres de 2019, 730 000 personnes résident en EHPA dont 80% sont hébergées dans des EHPAD. La moyenne d'âge au sein des EHPAD est de 88 ans soit une moyenne d'âge plus élevée que dans le reste des établissements accueillant des personnes âgées.

Cette étude montre aussi que les résidents de ces structures sont de plus en plus dépendants avec 85% des résidents relevant de groupes iso-ressources (GIR) 1 à 4. Dans les EHPAD, on y retrouve même 54% de résidents très dépendants soit GIR 1 ou 2. Egalement, près de 40% des résidents d'EHPAD souffrent de maladies neurodégénératives. (8)

b) Dans le Loir et Cher

Toujours selon l'INSEE et des chiffres de 2021, le département du Loir-et-Cher compte près de 20% de personnes de plus de 60 ans avec une tendance à la progression de ce chiffre depuis les années 2010.

On compte également près de 12% de personnes âgées de 75 ans et plus. Des projections faites par l'INSEE montrent que la population du Loir-et-Cher est vieillissante avec une projection à 20% du nombre de personnes de plus de 75 ans en 2050.

Le Loir-et-Cher recense 50 EHPAD sur son territoire dont des établissements publics et privés, ce qui correspond à 4600 places.

B. La douleur

Comme rappeler précédemment, la douleur est un symptôme complexe et subjectif avec de nombreux qualificatifs (aigue, chronique, nociceptif, neuropathique...), parfois difficilement évaluable. Les causes de douleur sont multiples surtout chez le sujet âgé. La douleur a aussi des particularités dans la population âgée. Nous allons détailler tout cela dans cette partie.

1. Composantes de la douleur

La douleur est une expérience complexe qui met en jeu plusieurs composantes liées entre elles.

Les différentes composantes sont :

- Composante sensorielle : c'est la perception de la douleur en lien avec l'activation des récepteurs à la douleur, nocicepteurs. Cette composante permet à l'individu de décrire la douleur en termes de localisation, intensité, durée...
- Composante émotionnelle : c'est la dimension psychologique de la douleur et renvoie souvent au sentiment désagréable qu'est la douleur
- Composante cognitive : correspond aux processus mentaux qui peuvent influencer la perception de la douleur comme l'interprétation, l'attention ou les croyances sur la douleur.
- Composante comportementale : représente les réactions visualisables de la douleur chez l'individu comme les manifestations verbales ou motrices. (9,10)

2. Les types de douleur

Tout d'abord, il est utile de différencier une douleur aiguë et d'une douleur chronique.

La douleur aiguë est une douleur de courte durée. C'est un message d'alerte de l'organisme, il y a une lésion ou un problème sous-jacent en cause. La cause est la plupart du temps traitable.

La douleur chronique est une douleur qui va durer dans le temps et cela malgré une prise en charge de la douleur adaptée. Sa définition donne une durée arbitraire de plus de 3 mois. Cela rend la douleur et sa prise en charge plus complexe. (11)

Ensuite, il faut faire la différence entre le type de douleur. Il existe principalement 3 types de douleurs, nociceptive, neuropathique et nociplastiques en fonction de leurs étiologies.

- La douleur nociceptive est provoquée par une lésion qui engendre un message douloureux vers le système nerveux. C'est une douleur qui correspond et est proportionnelle à la lésion, facilement localisable et qui s'améliore avec le traitement de la cause dans la plupart des cas.
- La douleur neuropathique est en lien avec une atteinte ou un dysfonctionnement du système nerveux. Elle se manifeste par des symptômes spécifiques tels qu'une sensation de brûlure, des décharges électriques ou des fourmillements. Cette douleur se traite par des traitements spécifiques, que nous détaillerons dans une partie suivante.
- La douleur nociplastique est une définition nouvelle (2016). Elle caractérise une douleur en lien avec un dysfonctionnement du système de perception de la douleur. Il n'y a pas de lésions tissulaires ou nerveuses objectivables, c'est une douleur mal systématisée, diffuse, qui peut être associée à des troubles tels que les troubles du sommeil, de l'humeur, ou une asthénie. Des facteurs psycho-sociaux et environnementaux contribuent à son expression. (12)

La description de la douleur selon ces différentes caractéristiques permet une meilleure prise en charge avec des antalgiques adaptés.

3. Echelles d'évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur est le pilier central de la prise en charge de la douleur. Il existe des outils pour aider à l'identifier, à la qualifier ou à la quantifier.

Il faut alors distinguer les outils d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation. Ici seront détaillées seulement les échelles utilisables chez l'adulte. (13)

a) Echelles d'auto-évaluation de la douleur

Les outils d'auto-évaluation permettent au patient lui-même de caractériser sa douleur et son intensité. Ce mode d'évaluation est à privilégier dès qu'il est réalisable.

Il existe plusieurs échelles d'auto-évaluation : (cf annexe 1)

- Echelle visuelle analogique (EVA) : le patient doit déplacer le curseur le long d'une ligne sur une réglette horizontale en fonction de son niveau de douleur. La face soignant est graduée de 0 à 10 afin de coter ensuite la douleur.
- Echelle numérique (EN) : le soignant va demander au patient de noter sa douleur de 0 à 10 en précisant que 0 correspond à pas de douleur et 10 correspond à la douleur maximale imaginable.
- Echelle verbale simple (EVS) : le soignant demande au patient d'évaluer l'intensité de sa douleur en fonction de 5 grades : douleur absente, faible, modérée, intense, extrêmement intense. (14)

Ces outils d'évaluation sont utilisables chez des patients en capacité de répondre et de comprendre les consignes, ils sont donc parfois peu utilisables en gériatrie.

b) Les échelles d'hétéro-évaluation de la douleur

Ces outils sont utiles lorsque l'auto-évaluation n'est pas réalisable, notamment chez les personnes âgées avec des troubles cognitifs. C'est une tierce personne qui va observer les manifestations douloureuses chez le patient et qui va coter cela sur les échelles.

Dans les échelles d'hétéro-évaluation, on retrouve : (cf annexe 2)

- L'échelle Algoplus : c'est une échelle d'évaluation du comportement face à la douleur aiguë d'un patient âgé. Elle comporte 5 items ou domaines d'observation comportant chacun plusieurs sous-items correspondant à un comportement. La présence d'un comportement suffit pour coter l'item complet.
- L'échelle Doloplus : c'est une évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. En effet, un changement de comportement chez un patient âgé doit faire évoquer une douleur.
L'utilisation de cette échelle nécessite une formation des équipes avant leur utilisation auprès du résident. Il est préférable de réaliser cette évaluation avec une équipe pluridisciplinaire devant la diversité des items étudiés. Elle

comporte une 30aine d'items. A partir d'un score de 5/30, cela signifie qu'une douleur est présente et doit être prise en compte.

- L'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA) : c'est une évaluation de la douleur lors des soins. Elle comporte 8 items avec 5 modalités de réponse cotées de 0 à 4. (13,14)

c) Echelle d'évaluation de la douleur neuropathique (DN4)

Cette échelle est utilisée pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique chez le patient. Il s'agit d'un questionnaire avec 4 questions et 10 items. Un score supérieur ou égal à 4/10 permet d'estimer qu'une douleur neuropathique est présente. Cette échelle nécessite que le patient soit en capacité de comprendre les questions et d'y répondre ce qui limite son utilisation en gériatrie (14). (Échelle en annexe 3)

4. Les causes et conséquences fréquentes de douleurs chez le sujet âgé

La douleur a une prévalence importante chez le sujet âgé, les causes en sont diverses.

On retrouve majoritairement l'arthrose et de façon générale les troubles musculo-squelettiques dans les maladies pourvoyeuses de douleurs chez le sujet âgé. (15)

Les douleurs neuropathiques sont aussi fréquentes avec principalement les douleurs de neuropathie diabétique et les douleurs post-zostériennes et herpétiques. On retrouve aussi comme sources de douleurs les maladies neurodégénératives ou les cancers. (16)

Une douleur non soulagée peut entraîner des complications comme une dépression, un isolement social, des troubles du sommeil, une réduction ou des troubles de la mobilité, une dénutrition, une poly médication. Toutes ces complications peuvent avoir un retentissement très important sur la qualité de vie du sujet âgé. (15,16)

5. Particularités de la douleur chez le sujet âgé

La prévalence et la complexité de la douleur augmentent fortement chez la personne âgée et notamment chez les personnes âgées institutionnalisées.

Avec le vieillissement, on observe des modifications de la perception de la douleur dues à des changements physiopathologiques des voies neuronales de la douleur. La perception de la douleur est aussi modifiée par les modifications sensorielles du vieillissement.

Comme évoqué précédemment, les causes de la douleur sont multiples et souvent intriquées, ce qui peut complexifier la prise en charge. Les conséquences qui en découlent sont importantes et peuvent mettre en jeu l'état de santé du patient âgé.

De par l'importance des troubles cognitifs dans cette population, le signalement et la description de la douleur sont aussi rendus plus difficiles, rendant parfois la prise en charge complexe pour l'équipe soignante.

L'évaluation de la douleur chez le sujet âgé est le versant de la prise en charge de la douleur qui fait défaut le plus souvent. En effet, une évaluation correcte de la douleur est indispensable pour une prise en charge de qualité, toutefois, elle est complexe de par les particularités du sujet âgé déjà évoquées.

L'auto-évaluation, bien qu'idéale, n'est parfois pas réalisable chez le sujet âgé atteint de troubles cognitifs ou de troubles de la communication, ce qui est fréquent en EHPAD. Pour cela, l'équipe soignante doit utiliser les échelles d'hétéro-évaluation à sa disposition (cf ci-dessus). Ces différentes échelles sont validées pour une utilisation en gériatrie et pour des patients avec des troubles de la communication ou des troubles cognitifs.

Ces échelles sont longues à réaliser, elles demandent à être formées à leur manipulation et à être renouvelées régulièrement ce qui entraîne un défaut dans la réalisation de ces échelles en réalité. Cela entraîne une sous-détection, une sous-évaluation et donc un sous-traitement de la douleur chez le sujet âgé. (4)

En outre, l'évaluation seule de la douleur ne suffit pas. Il est nécessaire de faire une évaluation globale de la personne afin de faire une analyse fine de la douleur et de ces différentes caractéristiques (étiologie, rythme, fréquence, type, localisation...). Il est aussi important de prêter attention aux répercussions de cette douleur sur le quotidien de la personne.

Enfin, les antalgiques sont à utiliser avec réflexion chez le sujet âgé de par les comorbidités importantes, les contre-indications et effets indésirables fréquents, particularités que nous reverrons dans une partie suivante.

Tout ceci amène à dire que la douleur chez le sujet âgé est complexe dans sa prise en charge de façon globale. (2,4)

C. Les antalgiques

1. Généralités

a) Classifications

La classification la plus connue et la plus utilisée encore actuellement est la classification de l'OMS qui classe les antalgiques selon 3 paliers. Cette classification reste ancienne, datant de 1986.

Cette classification utilise une échelle d'emploi des antalgiques selon l'intensité de la douleur évaluée. On retrouve alors :

- Antalgiques de palier 1 : ils sont le plus régulièrement utilisés pour des douleurs légères et de faible intensité car ils possèdent la puissance antalgique la plus faible. Ce palier regroupe principalement le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Antalgiques de palier 2 : ils sont dit «morphiniques ou opioïdes faibles », ils agissent sur la perception de la douleur au niveau cérébral. Ils sont utilisables sur des douleurs d'intensité moyenne à intense. Il regroupe principalement les antalgiques à base de codéine et le tramadol.
- Antalgiques de palier 3 : Ce sont les antalgiques morphiniques forts. Ils sont utilisés quand la douleur n'est pas contrôlée par les précédents paliers d'antalgiques ou lors d'une douleur d'intensité sévère. Ce palier regroupe la morphine et ses dérivés.

	Palier I	Palier II	Palier III
Intensité de la douleur	Faible	Modérée	Sévère
Type d'antalgique	Non morphiniques	Opioides faibles	Opioides forts
Médicaments	Aspirine AINS Paracétamol Floctafénine (<i>Idarac</i>) Néfopam (<i>Acupan</i>)	Codéine ± paracétamol <i>Tramadol</i>	Agonistes purs : – <i>Fentanyl</i> – <i>Hydromorphone</i> – <i>Oxycodone</i> – <i>Morphine</i> – <i>Péthidine</i> – <i>Sufentanil</i> – <i>Rémifentanyl</i> – <i>Alfentanil</i> Agonistes mixtes : – <i>Buprénorphine</i> – <i>Nalbuphine</i>

Figure 1 : Classification des antalgiques de 1986 selon l'OMS

Cette classification a d'abord été réalisée pour prendre en charge la douleur cancéreuse mais elle a rapidement été étendue pour tous les types de douleurs et est largement utilisée. Bien que majoritairement utilisée, elle reste ancienne et ne mentionne pas les nouveaux traitements antalgiques de la douleur neuropathique notamment. Ces différents points sont à prendre en compte lors de son utilisation. (17,18)

La classification de Lussier et Beaulieu, plus récente (2010), classe les antalgiques en fonction de leur mécanisme d'action. (6) Cette classification tient donc compte de la nature de la douleur et ses mécanismes physiopathologiques.

Cette classification sépare alors les antalgiques en fonction de leur mécanisme d'action :

- Les antalgiques anti-nociceptifs : non opioïdes comme le paracétamol et les AINS et les opioïdes (faibles et forts).
- Les antalgiques mixtes : Ce sont des antalgiques qui sont anti-nociceptifs et modulateur des contrôles inhibiteurs et excitateurs descendants, principalement le tramadol.
- Les antalgiques anti-hyperalgésiques : ces antalgiques sont très utilisés dans le traitement de la douleur neuropathique. Cela regroupe principalement les antagonistes NMDA (ketamine), la gabapentine, la pregabaline, le nefopam.
- Les antalgiques modulateurs des contrôles inhibiteurs et excitateurs descendants : Ce sont les antidépresseurs tricycliques ou encore les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa).
- Les antalgiques modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique. Ce sont principalement des traitements locaux : la lidocaïne ou la capsaïcine.

Cette classification est donc actualisée avec les traitements adjuvants de la douleur et les traitements de la douleur neuropathique. L'utilisation de cette classification nécessite donc de caractériser la douleur afin d'utiliser l'antalgique au mode d'action adapté.

b) Spécificités de l'utilisation des antalgiques chez le sujet âgé

Comme évoqué précédemment, le sujet âgé présente des particularités face à la douleur de part de nombreux facteurs (vieillesse physiologique, comorbidités, troubles cognitifs...). Ces particularités sont aussi présentes dans l'utilisation des antalgiques.

Le vieillissement physiologique va influencer la pharmacologie de certains antalgiques, cela peut donc entraîner des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques dont le prescripteur doit tenir compte. En effet, ces modifications, peuvent faire varier dans un sens ou dans l'autre l'absorption du médicament ce qui peut entraîner un sur ou sous dosage avec des conséquences qui peuvent être importantes. (4)

Le sujet âgé est aussi plus à même de présenter des comorbidités qui peuvent modifier les concentrations plasmatiques des antalgiques comme par exemple

l'insuffisance rénale ou hépatique. Cela peut de nouveau entraîner un surdosage avec des effets indésirables en conséquence. (4)

De plus, la poly médication, fréquente en gériatrie, peut aussi voir un effet sur les antalgiques de par l'administration concomitante d'inducteurs ou d'inhibiteurs enzymatiques. Le risque est de nouveau un sous ou sur dosage.

Les effets indésirables des antalgiques sont aussi plus fréquents chez le sujet âgé. On peut retrouver notamment une somnolence, une confusion, des nausées ou vomissements, ou encore une constipation.

De nombreux articles ont fait des synthèses des recommandations actuelles d'utilisation des antalgiques chez le sujet âgé. (19, 20, 21)

Un consensus d'experts donne des recommandations sur l'utilisation des différents antalgiques en prenant en compte les spécificités du sujet âgé.

Le paracétamol reste une molécule de choix en première intention pour des douleurs modérées, également chez le sujet âgé. Une adaptation de la posologie est toutefois nécessaire en fonction des comorbidités, du poids et des autres traitements, notamment les anticoagulants.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ont très peu leur place en gériatrie. En effet, ils sont pourvoyeurs de nombreux effets indésirables surtout chez le sujet âgé sur le plan cardiaque, rénal ou encore digestif. Ils sont aussi difficilement utilisables en gériatrie à cause de nombreuses interactions avec d'autres médicaments. Si leur utilisation est toutefois nécessaire, il est recommandé de les utiliser à petites doses et peu de temps. Une alternative possible en gériatrie est de les utiliser de façon locale par topiques. (19)

Le néfopam est peu utilisé en gériatrie devant des effets indésirables fréquents à type de somnolence, nausées, vomissements ou vertiges. Il a aussi de nombreuses contre-indications. Son utilisation est peu recommandée en gériatrie. (22, 23)

Les opioïdes faibles sont utilisables en gériatrie mais leur spécificité chez le sujet âgé doit être connue par le prescripteur :

- Le tramadol : il est parfois mal toléré chez le sujet âgé et doit donc bénéficier d'une surveillance accrue de sa tolérance. Il présente des effets indésirables qui peuvent notamment être important comme une diminution du seuil épileptogène, un risque de chute et de confusion. Il y a aussi un risque de syndrome sérotoninergique s'il est administré de façon concomitante avec les antidépresseurs par exemple. Il est recommandé d'utiliser la forme buvable pédiatrique afin de faire une titration progressive pour avoir la dose minimale

efficace. Il est aussi utile pour traiter une douleur mixte (nociceptive et neuropathique) de par son mode d'action.

- La codéine : son utilisation est possible en gériatrie, le plus souvent associée au paracétamol.
 - La poudre opium : également souvent associée au paracétamol, son utilisation chez le sujet âgé est possible. Les dosages disponibles permettent de débiter à petites doses et d'augmenter progressivement pour améliorer la tolérance.
- (19)

Les opioïdes forts ont une place importante en gériatrie. Ils sont facilement maniabiles dans la population âgée et parfois mieux tolérés que les opioïdes faibles.

Idéalement, il faut réaliser une titration progressive, avec un opiacé à libération immédiate, afin de trouver la dose efficace afin de déterminer la dose de fond. Ensuite, il sera possible d'utiliser des inter doses à libération immédiate lors des accès douloureux.

Il existe de nombreuses présentations galéniques permettant de s'adapter aux difficultés du sujet âgé (troubles de la déglutition, voies d'abord difficile). Mais dans tous les cas, si elle est possible, la voie orale doit être privilégiée.

Il faut tenir compte du risque important de constipation sous opioïdes forts d'autant plus chez le sujet âgé, une prescription de laxatifs doit être concomitante à la prescription des opioïdes. Il est aussi important de surveiller l'état de vigilance et la fréquence respiratoire chez le sujet âgé afin de ne pas méconnaître un surdosage.

(19, 21)

La douleur neuropathique est une part importante de la douleur en gériatrie. Les antalgiques classiques ont peu d'impact sur sa prise en charge. Il existe d'autres traitements pour améliorer ces douleurs. Toutefois, ils nécessitent une adaptation chez le sujet âgé. (19, 24, 25).

Il est nécessaire de faire une titration progressive de ces traitements car la tolérance est souvent mauvaise dans le grand âge. L'efficacité est souvent retardée de quelques semaines et l'arrêt doit aussi se faire de manière progressive afin d'éviter un sevrage brutal.

Pour des douleurs neuropathiques bien localisées, il est possible d'utiliser des traitements locaux. En effet, cela permet une réduction du risque d'effets indésirables et d'interactions avec d'autres traitements. On retrouve notamment les emplâtres de lidocaïne 5% ou encore la capsaïcine. Le risque potentiel est une réaction cutanée qu'il faudra prévenir et surveiller. (24)

Dans les traitements utilisables dans la douleur neuropathique par voie générale on retrouve de nombreuses classes médicamenteuses. (24,25)

Tout d'abord, les antiépileptiques comme la prégabaline ou la gabapentine sont une part importante du traitement des douleurs neuropathiques. Il faut réaliser une augmentation progressive de la posologie afin de trouver la dose efficace et de prévenir une mauvaise tolérance. Les effets indésirables sont fréquents chez le sujet âgé à type d'asthénie, de somnolence ou de vertiges avec un risque de chute et une altération des fonctions cognitives. (19)

Aussi, les antidépresseurs tricycliques sont efficaces dans la prise en charge de la douleur neuropathique mais ont des effets anticholinergiques qui rendent leurs utilisations peu fréquentes en gériatrie.

Enfin, on retrouve les antidépresseurs avec notamment la duloxétine. Elle présente également une efficacité retardée et nécessite une augmentation progressive. Les effets indésirables sont ceux des antidépresseurs de façon générale ce qui peut parfois poser problème chez le sujet âgé.

III. Méthodes

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle, transversale et multicentrique. Elle est réalisée dans 3 EHPAD du Loir-et-Cher.

Les données ont été collectées par analyse des dossiers médicaux des résidents inclus, en date du 1^{er} mars 2025.

B. Caractéristiques des EHPAD étudiés

1. Généralités

Le tableau ci-dessous regroupe les caractéristiques des différents EHPAD étudiés.

Ces différentes données permettent de mieux caractériser ces EHPAD et voir les différences qu'il peut y avoir entre les 3.

Ces différentes données ont été récupérées grâce au logiciel informatique ou grâce au cadre de santé des différents établissements.

	Bracieux	Contres	Cour-Cheverny
Nombres de places	81	74	68
Présence unité protégée et nombre de places	Oui avec 12 places	Oui avec 10 places	Semi-protégée avec 9 places
Présence d'un PASA ¹	Oui	Oui	Oui
Présence médecin coordonnateur	Oui présent à 50%	Oui présent à 30%	Oui présent à 20%
GMP ² /PMP ³	748/236	790/309	744/198
Présence référent douleur	Non	Non	Non
Présence protocole douleur	Non	Oui	Non
Dossier informatisé	Oui	Oui	Oui
Echelles de douleur utilisées/ Suivi douleur	EVS/Algoplus Pas de suivi formalisé	EVS/Algoplus Pas de suivi formalisé	Algoplus Pas de suivi formalisé
Nombres de médecin traitant intervenant dans l'EHPAD	10	5	4
Nombre de résidents sans médecin traitant	0	26	0

Tableau 1 : caractéristiques des EHPAD

¹PASA : pôle d'activités et de soins adaptés : lieu de vie où sont organisés et proposés, durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques aux résidents ayant des troubles du comportement modérés.

²GMP : GIR moyen pondéré : mesure le niveau moyen de dépendance des résidents

³PMP : Pathos moyen pondéré : mesure les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge des poly pathologies pour un public spécifique.

2. Principales comorbidités des résidents

Le PATHOS est un outil d'évaluation qui permet au médecin coordonnateur d'un EHPAD de qualifier et de quantifier les soins nécessaires pour une personne âgée.

Pour cela, il classe les résidents dans différentes catégories d'affections en fonction de leurs comorbidités. Cela permet de dresser un profil des résidents de chaque EHPAD en donnant le pourcentage de résidents concernés par une affection donnée.

Les différentes affections et leurs pourcentages dans chaque EHPAD sont répertoriés dans le tableau suivant.

	Bracieux	Contres	Cour-Cheverny
Affections cardio-vasculaires	72.8%	76.7%	79.4%
Affections neurologiques	27.16%	42.4%	32.3%
Affections psychiatriques	87.6%	87.6%	88.2%
Affections respiratoires	12.3%	19.18%	8.8%
Maladies infectieuses	4.9%	6.85%	1.4%
Affections dermatologiques	9.88%	21.9%	16.1%
Affections rhumatologiques	58%	89%	63.2%
Maladies digestives	74%	61.6%	77.9%
Affections endocrinologiques	27.16%	39.7%	22%
Affections néphrologiques	45.6%	15%	10.2%
Affections hématologiques	7.41%	17.81%	8.8%
Affections malignes	11.11%	6.8%	5.8%
Affections ophtalmologiques	20.9%	20.5%	22%
Etat grabataire	49.3%	17.8%	41.1%

Tableau 2 : répartition des résidents selon les différentes affections.

C. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont :

- Avoir plus de 65 ans
- Être présent dans l'établissement lors du recueil de données, en date du 1^{er} mars 2025.
- Accepter de participer à l'étude.

Les critères d'exclusion sont donc :

- Être âgé de moins de 65 ans
- Être hospitalisé en date du 1^{er} mars 2025, lors du début de recueil de données
- Un refus de participation

Sur les 3 établissements et sur un total de 216 résidents, 210 ont été inclus. Parmi les 6 exclusions, on retrouve, 3 refus de participation, 2 résidents hospitalisés lors du recueil de données et un résident âgé de moins de 65 ans.

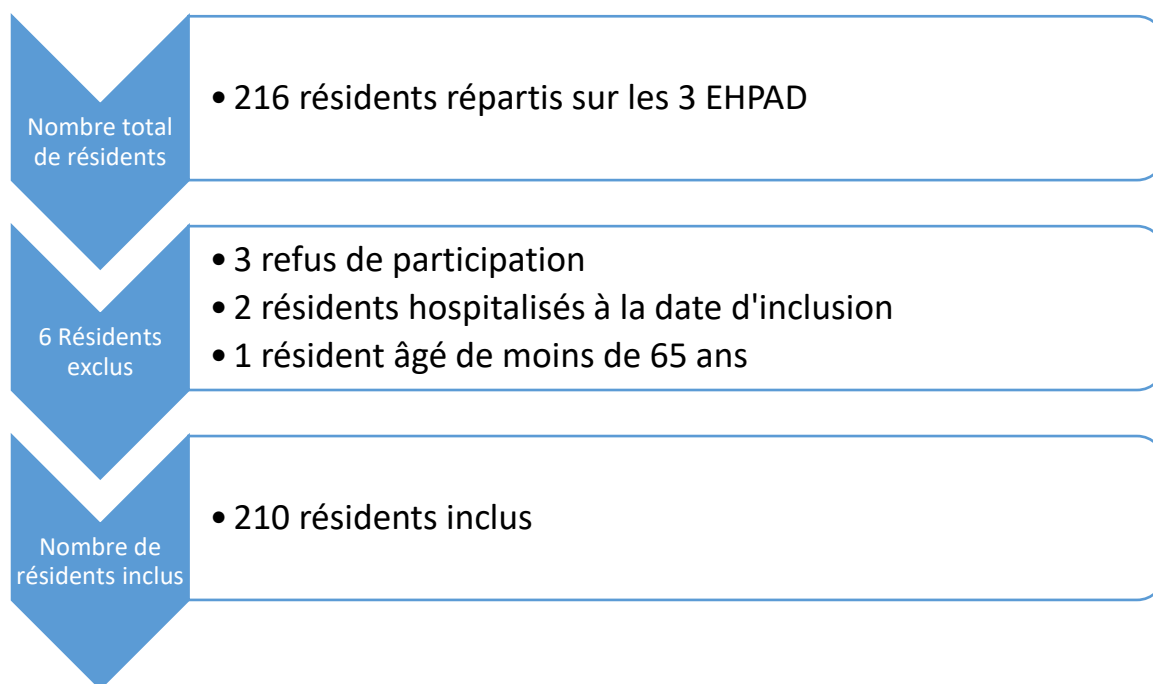


Figure 2 : diagramme de flux

D. Analyse statistique

Le recueil de données a été réalisé en mars 2025 sur le dossier informatisé des résidents inclus des différents EHPAD.

Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Les résultats sont exprimés en pourcentage et effectifs (notés % (N/P)), en médiane et quartiles (notés m (q1-q3)), en moyenne et écart-type (notés $m \pm SD$) et [min, max].

E. Aspect éthique et réglementaire

Après avis de la coordinatrice de la cellule « recherches non interventionnelles » à la délégation de la recherche clinique et à l'innovation du Centre Val-de-Loire, une déclaration commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) n'était pas nécessaire, dans la mesure où les données collectées (même en les croisant) ne permettaient pas de remonter à l'identité des résidents et si la liste de correspondance entre le numéro attribué à chaque patient dans le fichier d'étude et son identité à la fin de la recherche était bien détruite.

Toutefois, les résidents devaient être informés de l'utilisation de leurs données pour une étude afin de s'y opposer s'ils le souhaitaient. Pour cela, une lettre d'information (cf annexe 4) a été fournie aux résidents ou à leurs familles s'ils étaient en incapacité de donner leur consentement.

IV. Résultats

A. Caractéristiques de la population étudiée

Les caractéristiques des résidents inclus sont résumées dans le Tableau 3 ci-dessous.

	Moyenne / %	Médiane	[min-max]
Age	89 ± 7,2	90 (86 - 94)	[67, 103]
GIR	2,4 ± 1,1	2 (2 - 3)	[1,6]
Indice de masse corporelle (IMC)	26,21±5,65	25,44 (21,94-29,54)	[16,34-48,35]
IMC < 22	25.2% (53/210)		
IMC < 20	8,5% (18/210)		
Nombre de médicaments pris	8,42 +- 3,71	8 (6-11)	[0-18]

Tableau 3 : Caractéristiques de la population étudiée

1. Répartition de la population selon le sexe

La population étudiée était composée majoritairement de femmes. En effet, 79% (166/210) des résidents inclus étaient des femmes.



Figure 3 : Répartition de la population selon le sexe

2. Répartition de la population selon l'âge

L'âge variait entre 67 ans et 103 ans. La médiane était à 90 (86-94) ans, avec une moyenne à 89 ± 7.2 ans.

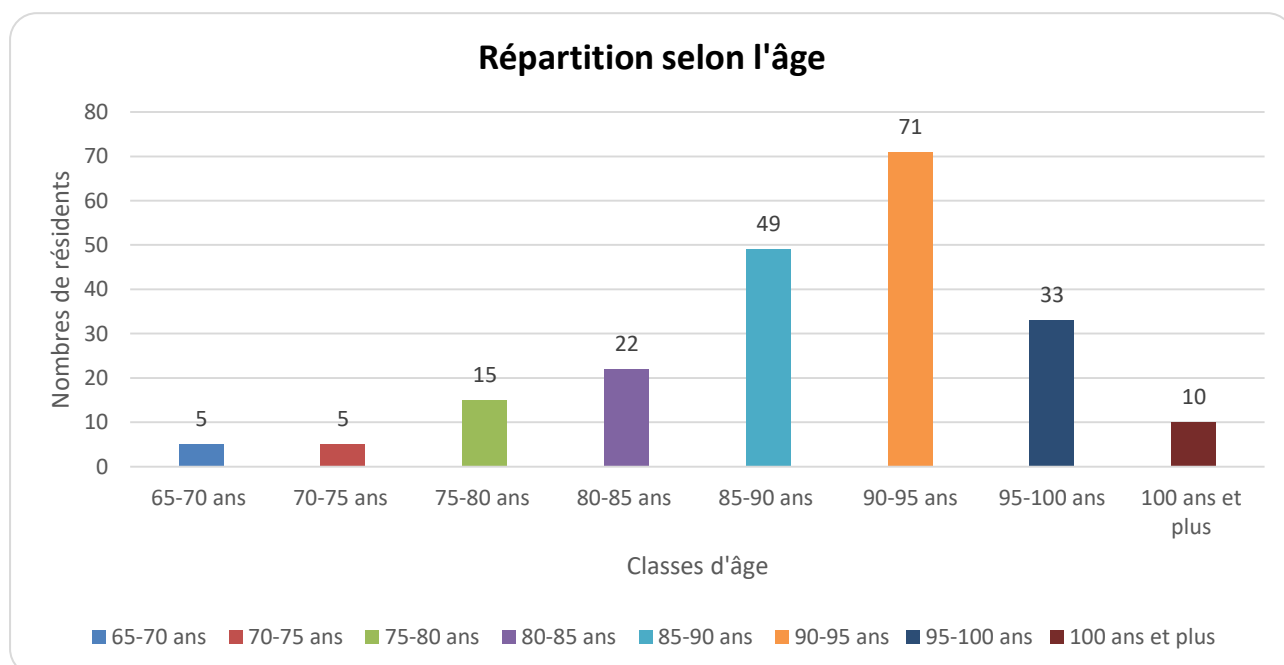
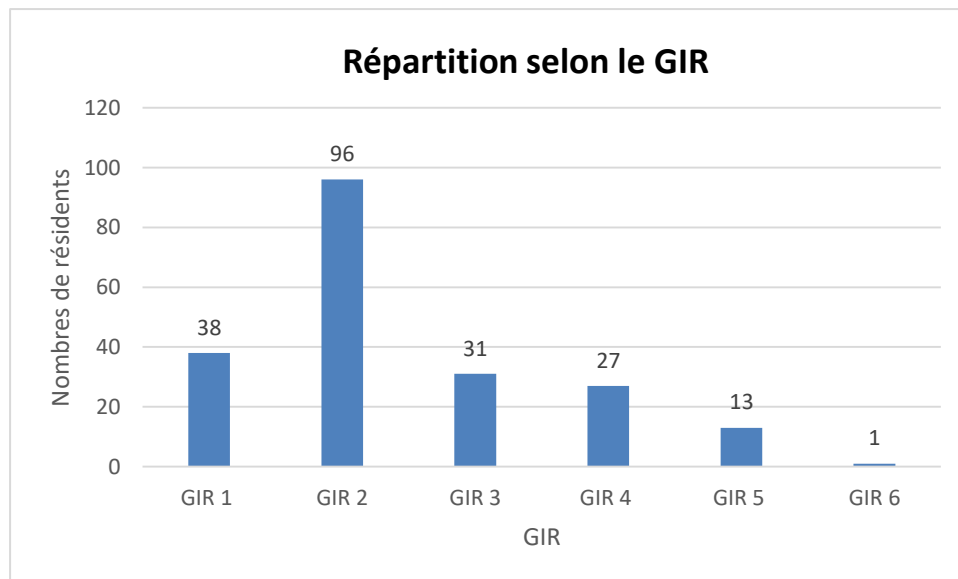


Figure 4 : Répartition de la population selon l'âge

3. Répartition de la population selon le GIR

Pour rappel, le GIR est un outil qui permet de déterminer le degré de dépendance d'une personne âgée. Le groupe 6 signifie peu de de dépendance, le groupe 1 signifie une dépendance quasi-totale.

Le GIR était compris entre 1 et 6 dans la population étudiée. La médiane était à 2 (2-3) avec une moyenne à 2.4 ± 1.1 .



*Figure 5 : Répartition de la population selon le GIR
(des évaluations GIR étaient manquantes pour 4 résidents inclus)*

4. Présence de troubles cognitifs

Sur les 210 résidents inclus, 122 présentaient un antécédent de troubles cognitifs dans son dossier médical. Cela représente 58% de la population étudiée.

Le Mini Mental State Examination (MMSE) qui est un outil pour évaluer le fonctionnement cognitif des personnes âgées n'a pas été recensé ici car il n'était pas documenté chez la majorité des résidents des différents établissements.

5. Répartition de la population selon l'IMC.

L'IMC variait de 16.34 à 48.35. La médiane était de 25.44 (21.94-29.54) avec une moyenne à 26.21 ± 5.65 .

25.2% (53/ 210) des résidents étaient à risque de dénutrition avec un IMC < 22.

8,5% (18/ 210) étaient à risque de dénutrition sévère avec un IMC < 20.

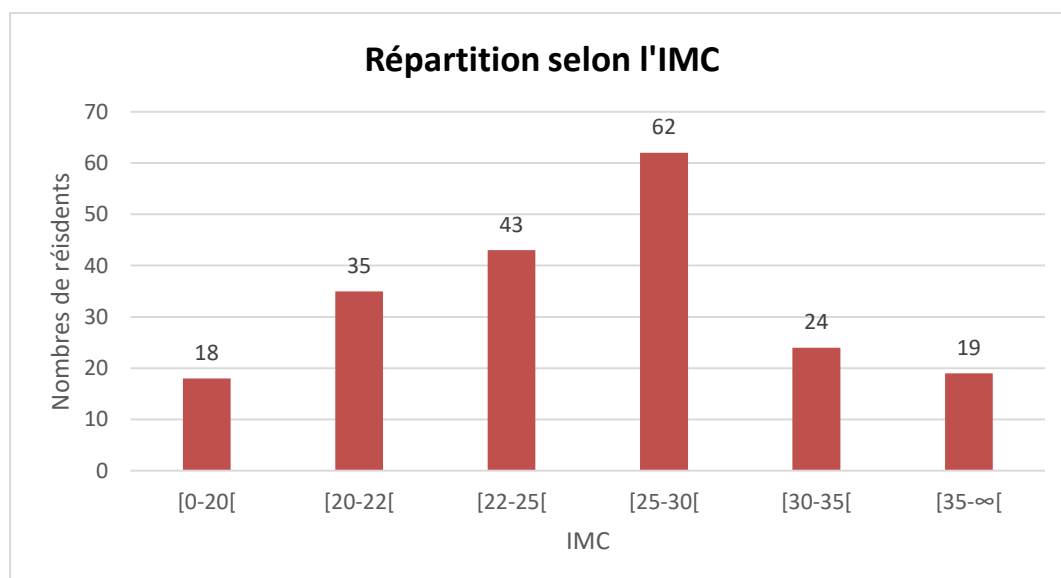


Figure 6 : Répartition de la population selon l'IMC

6. Répartition de la population selon le nombre de médicaments prescrits

Les résidents inclus avaient entre 0 et 18 médicaments de prescrits sur leur ordonnance. En moyenne, ils avaient $8,41 \pm 3,71$ de médicaments pris avec une médiane à 8 (6-11).

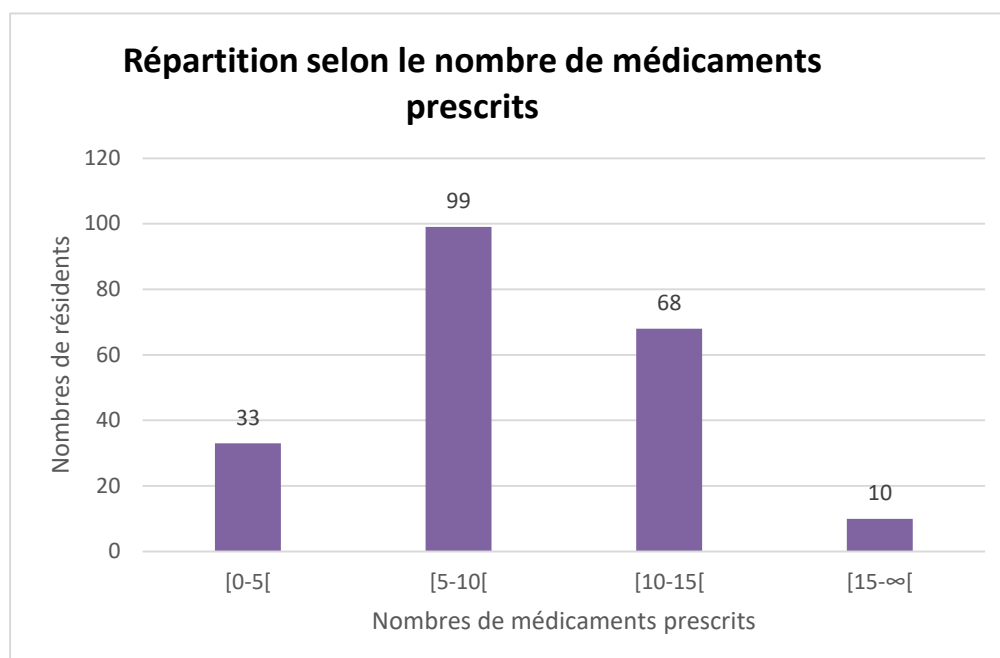


Figure 7 : Répartition de la population selon le nombre de médicaments prescrits.

B. Description de la consommation des antalgiques

1. Prévalence de la prescription d'antalgiques

Sur les 210 résidents inclus, 160 avaient au moins un antalgique de prescrit, tout antalgique confondu, soit une prévalence de 76% de la prescription d'antalgique dans la population étudiée.

2. Répartition de la population selon le nombre d'antalgiques prescrits.

La majorité des résidents, 106/210 soit 50.4%, prend qu'un seul antalgique. 23.8% n'en prennent pas du tout, 19% en prennent 2, 5.2% en prennent 3 et enfin seulement 1.4% en prend 4.

Le nombre maximum d'antalgiques pris par un résident dans cette population était de 4.

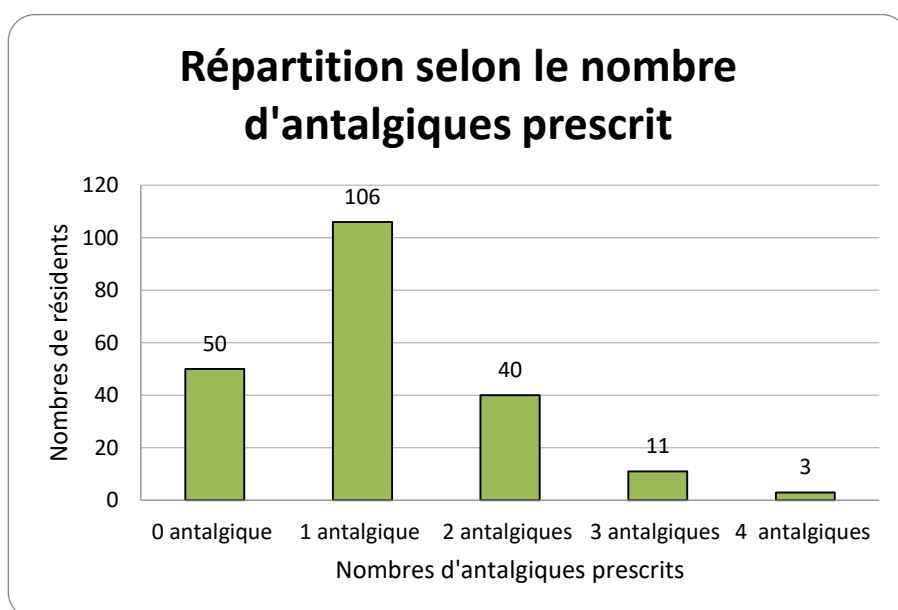


Figure 8 : répartition selon le nombre d'antalgiques prescrit.

3. Description des antalgiques prescrits

a) Types d'antalgiques

Le paracétamol était l'antalgique le plus représenté à 63.2%. Ensuite, les antalgiques des douleurs neuropathiques représentés 16.5% de tous les antalgiques, suivi par les opioïdes forts à 6.1%. Les autres classes étaient représentées entre 3 et 5%

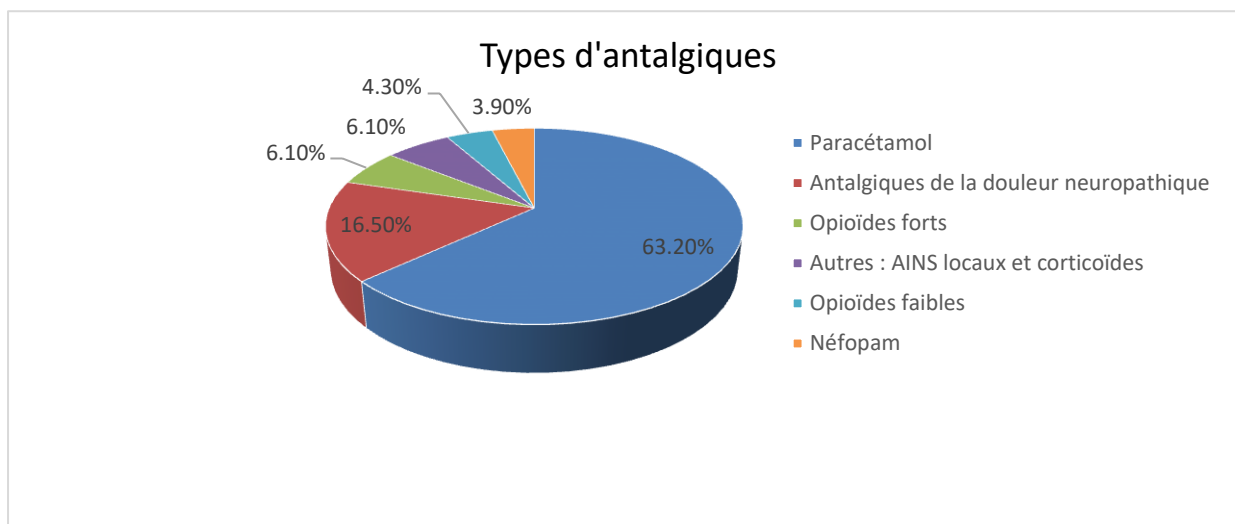


Figure 8 : Types d'antalgiques

b) Antalgiques de douleur nociceptive et antalgiques de la douleur neuropathique

La classification de Lussier et Beaulieu, distingue les antalgiques en fonction du type de douleur, les antalgiques anti-nociceptif pour la douleur nociceptive et les antalgiques anti-hyperalgésiques pour la douleur neuropathique.

Les antalgiques anti-nociceptifs regroupent le Paracétamol, les opioïdes faibles et forts. Les antalgiques de la douleur neuropathique regroupent la prégabaline, la gabapentine, la duloxétine, le laroxyl et le néfopam.

Les antalgiques, en fonction du type de douleur, se distribuaient de la façon suivante :

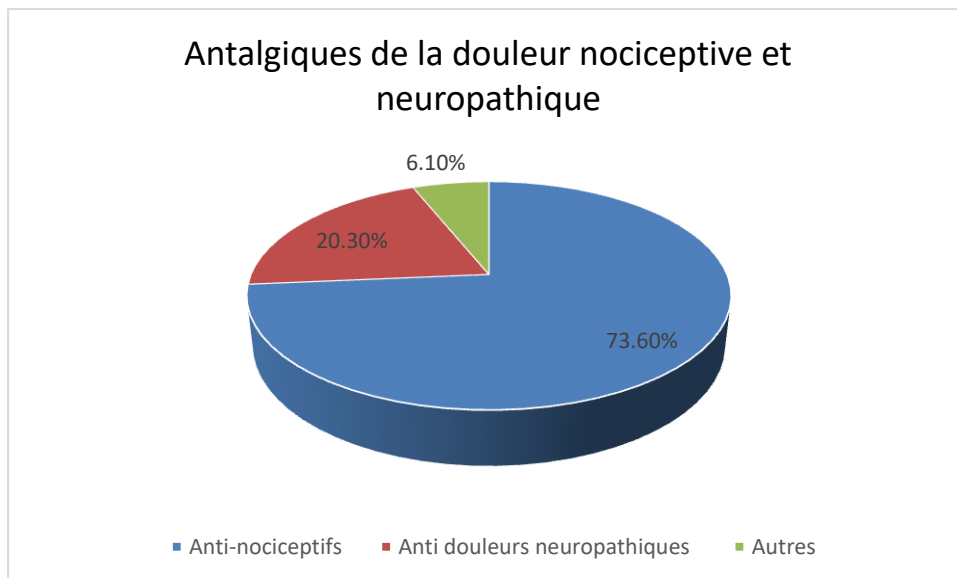


Figure 9 : Antalgiques en fonction du type de douleur

c) Antalgiques de la douleur neuropathique

Les antalgiques de la douleur neuropathique arrivent en 2^{ème} position dans la répartition des types d'antalgiques à 16.5%. Cela regroupe plusieurs molécules. On retrouve en majorité la Prégabaline à 34.2% au sein de cette classe.

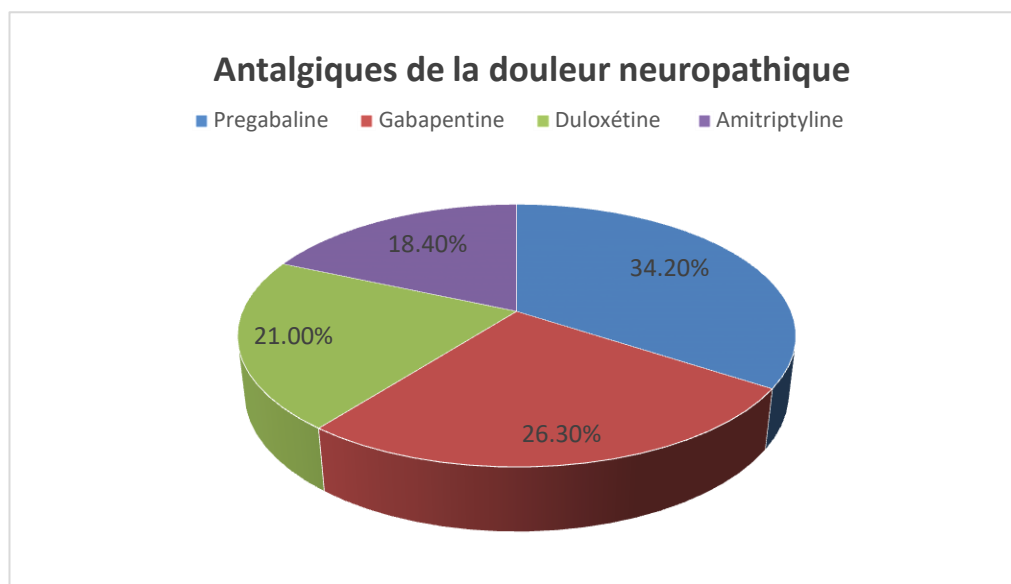


Figure 10 : Antalgiques de la douleur neuropathique

d) Distribution des opioïdes faibles

Seulement 3 molécules de type opioïdes faibles ont été répertoriées dans cette population. On retrouve principalement la lamaline (40%) et le paracétamol codéiné (40%) et vient ensuite l'izalgi à 20%. Dans cette population, aucune prescription de tramadol n'a été retrouvée.

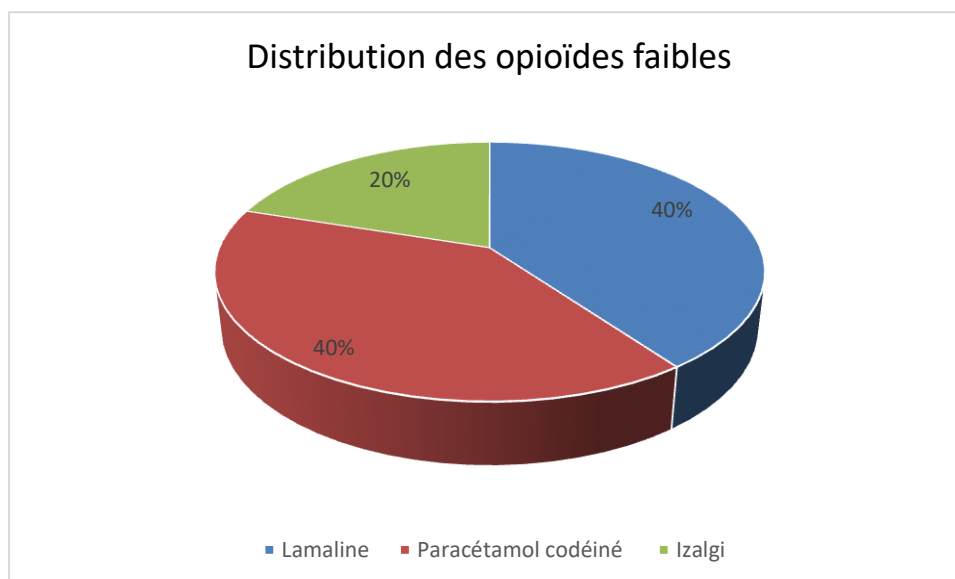


Figure 11 : Distribution des opioïdes faibles

e) Galénique des opioïdes forts

Les opioïdes forts représentent 6,1% de tous les antalgiques de cette étude. Ils sont majoritairement prescrits sous forme de comprimés (42,9%) ou sous forme buvable (42,9%). Il y a une petite partie sous forme transcutanée (14,3%).

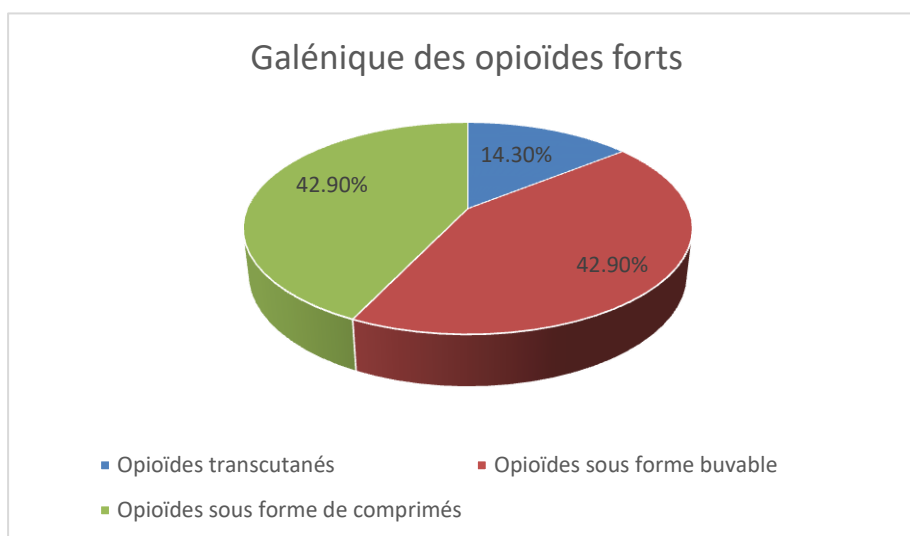


Figure 12 : Galénique des opioïdes forts

f) Galénique du paracétamol

Le paracétamol est l'antalgique majoritairement prescrit dans cette population à 63.2%. Sa distribution en fonction de la galénique est la suivante :

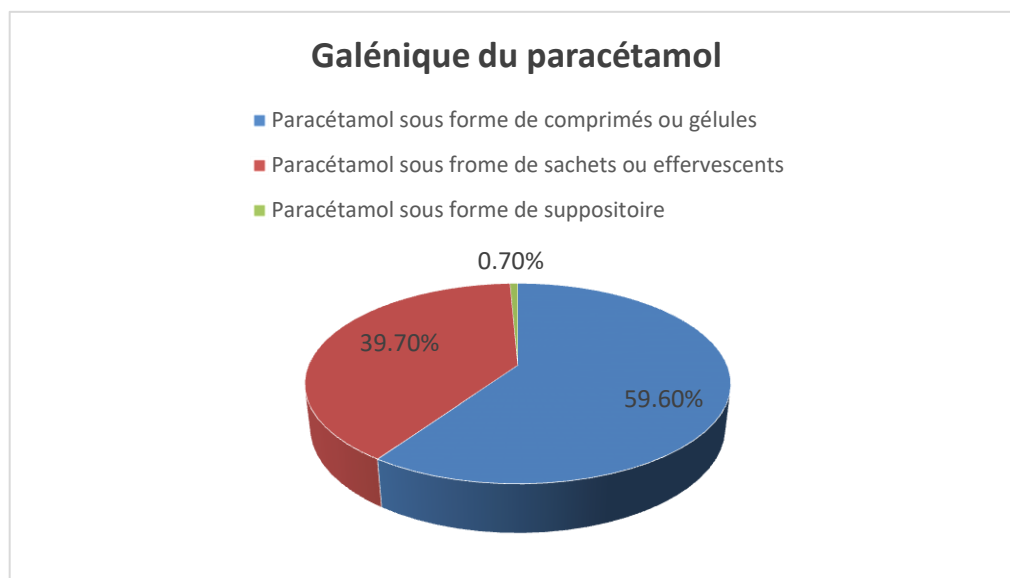


Figure 13 : Galénique du paracétamol

V. Discussion

A. Analyse des résultats avec les données de la littérature

1. Population de l'étude

L'enquête des EHPA de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), datant de 2019, a permis de dresser les caractéristiques de la population de ces différents établissements et donne des points de comparaison avec notre étude. (8)

Dans notre étude, la moyenne d'âge de la population est de 89 ans $\pm$ 7.2, ce qui est plus élevée que dans l'enquête de la DREES qui retrouvait une moyenne à 86 ans. Également, la proportion de résidents de plus de 90 ans était de 54% dans notre étude comparativement à 38% dans l'enquête.

Ces différences peuvent s'expliquer que les données de l'enquête de la DREES regroupe tous les EHPA (EHPAD, foyer logements, unité de soins de longue durée (USLD)...) et non pas spécifiquement les EHPAD, ce qui entraîne une population plus diversifiée que dans notre étude. La population des EHPAD est souvent plus âgée comme retrouvée ici.

Cette enquête retrouve, cette fois spécifiquement dans les EHPAD, une proportion de 40% de résidents avec des troubles cognitifs, taux qui augmente à 58% dans notre population. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les 3 EHPAD étudiés possèdent des unités protégées pour les résidents avec des troubles cognitifs et du comportement.

Le MMSE était disponible seulement pour quelques résidents au sein des 3 EHPAD, raison pour laquelle il n'a pas été recensé dans les caractéristiques de la population. Si plus de données avaient été disponibles, il aurait été intéressant de voir les données de cet outil afin d'apprécier le grade des troubles cognitifs des résidents inclus. Cela aurait permis de savoir si le taux de troubles cognitifs dans notre population reflète des troubles faibles, modérés ou sévères.

Selon la DREES, les EHPAD regroupent une population assez dépendante avec une majorité (54%) de GIR 1 et 2. Cela s'accroît dans notre population avec un taux de 68% de résidents évalués GIR 1 ou 2.

Cette enquête donne des chiffres de 2019, notre étude a été réalisée en 2025 ce qui peut expliquer les différences retrouvées. En 6 ans, la population des EHPAD a pu se modifier notamment avec l'effet de la pandémie COVID et du virage domiciliaire qui

décrit la tendance actuelle de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées grâce aux nombreuses aides à domicile.

Une nouvelle enquête de la DREES est en cours actuellement mais les résultats ne sont pas encore disponibles. Il serait intéressant de refaire le comparatif de notre population avec les chiffres plus récents de cette enquête.

2. Prévalence de la consommation d'antalgiques.

Dans notre étude, la prévalence de la consommation d'antalgiques était de 76% des résidents inclus.

Des travaux internationaux se sont intéressés à la prévalence de la consommation d'antalgique avec des chiffres de prévalence semblable au nôtre.

D'abord, on peut citer une étude australienne qui a étudié l'administration d'antalgiques dans les dernières 24h dans le dossier de 383 résidents de 6 résidences pour personnes âgées. L'étude retrouve un taux de consommation d'antalgiques à 76%. Une comparaison entre les résidents avec et sans démence a été faite sans trouver de différence significative. (26)

On peut également citer une étude en Suède avec une population plus importante (5000 résidents étudiés). Cette étude a été faite en 2 temps, sur des années différentes et retrouve un taux de prévalence de la consommation d'antalgiques entre 62% et 66%. (27)

Enfin, une étude américaine avec un échantillon très important étudié, plus de 18000 résidents retrouve un taux élevé de la consommation d'antalgiques à 81%. (28)

En revanche, ces différentes études n'ont pas recensés les antalgiques de la douleur neuropathique et se sont seulement intéressés aux antalgiques comme décrit dans la classification de l'OMS avec palier 1, 2 et 3.

Dans notre étude les antalgiques de la douleur neuropathique ont été pris en compte. On pourrait alors penser que le taux de prévalence de consommation d'antalgiques est en réalité moindre dans notre étude que dans ces travaux car il a pu être surestimé par la prise en compte d'autres molécules.

Des études nationales se sont aussi intéressées à la consommation d'antalgiques.

On peut citer particulièrement une étude observationnelle réalisée en 2017, qui a étudié 10818 résidents répartis dans 99 EHPAD. On peut ressortir de cette étude un taux de 62% de résidents ayant au moins un antalgique. (29)

La prévalence de la consommation d'antalgiques est moins importante dans cette étude que celle que nous avons retrouvée. Cela s'explique encore une fois par la non prise en compte des antalgiques de la douleur neuropathique dans cette étude observationnelle.

Un travail de thèse de l'université de Lille s'est intéressé également à la consommation d'antalgiques mais en tenant compte cette fois des antalgiques de la douleur neuropathique. On retrouve alors une prévalence très élevée à 88%. La comparaison avec notre étude ne peut pas être complète car ce travail a inclus des résidents d'EHPAD mais aussi des résidents d'unité de soins de longue durée. La population étudiée n'est donc pas identique à la nôtre ce qui empêche une comparaison totale. (30)

On peut donc dire que de nombreuses études se sont intéressées à la consommation d'antalgiques dans les EHPAD mais que la majorité n'ont pas pris en compte les antalgiques de la douleur neuropathique. Notre taux de prévalence n'est donc pas entièrement comparable à ceux de ces études mais semble être toutefois cohérent.

Il sera pertinent de s'intéresser aux nouvelles études sur le sujet pour voir si elles prennent en compte tous les antalgiques comme dans notre étude et ainsi avoir des points de comparaison plus fiable.

3. Répartition de la consommation d'antalgiques

Dans notre étude, on retrouve une majorité de paracétamol (63.2%) dans les antalgiques consommés. On retrouve un taux d'utilisation des paliers 3 (6.1%) plus élevé que les paliers 2 (4.3%).

Dans l'étude observationnelle étudiant 99 EHPAD, la proportion d'utilisation du paracétamol est sensiblement la même que dans notre étude, avec un taux à 66%. Toutefois, on retrouve une répartition différente pour les autres paliers avec un palier 2 majoritaire par rapport au palier 3. (29)

La tendance retrouvée dans notre étude était toutefois déjà constatée dans une autre étude traitant de la prise en soins en EHPAD. (31) Cette étude montrait que le palier 2 se retrouvait en dernière position derrière le paracétamol et le palier 3. Cela est comparable à notre étude où on retrouve une faible utilisation du palier 2 avec une utilisation plus précoce du palier 3 à petites doses. Cette moindre utilisation du palier 2 dans cette étude était expliquée par le fait d'une efficacité variable entre les individus et d'une tolérance souvent mauvaise. Aussi, le recours au palier 3 était également aidé par l'environnement médicalisé des structures étudiées permettant une titration progressive et une surveillance accrue.

Des travaux de thèse ont étudié la répartition de la consommation d'antalgique. (30,32)

D'abord, une thèse de l'université de Marseille, retrouvait une utilisation massive du paracétamol présent chez 94.3% des résidents inclus. (32) Cette différence avec notre étude peut être expliquée par le fait que ce travail prenait en compte de nombreux lieux de vie (EHPAD, soins de suite et réadaptation (SSR), USLD...) et pas seulement des EHPAD. Le palier 2 était représenté majoritairement par le tramadol alors qu'aucune prescription de cette molécule n'était retrouvée dans notre étude. De plus, les antalgiques de la douleur neuropathique n'était pas détaillé.

Un travail de thèse de l'université de Lille faisait une distinction entre les antalgiques nociceptifs et les antalgiques neuropathiques. (30) Il y était retrouvé une majorité d'antalgiques de la douleur nociceptive avec 93% contre seulement 6.9% d'antalgiques utilisés pour la douleur neuropathique. Dans notre étude, la différence entre les 2 classes était moins importante avec un taux à 73.6% pour la classe nociceptive et 20.3% pour la classe neuropathique. Il était également retrouvé une utilisation du tramadol (10%) ce qui n'était pas le cas dans notre étude. Toutefois, certaines données étaient semblables. De nouveau, une utilisation majoritaire du paracétamol. Egalement, pour ce qui est des antalgiques de la douleur neuropathique, on retrouvait en première position la prégabaline, puis la gabapentine et enfin l'amitriptyline ce qui était aussi le cas dans notre étude.

Enfin, les recommandations de l'antalgie chez le sujet âgé étaient respectées. (19- 21, 24, 25)

Le paracétamol était la molécule la plus utilisée. Aucune prescription d'AINS par voie orale n'a été retrouvée. On retrouvait une faible utilisation du palier 2 dans notre étude. Toutefois, on ne retrouvait aucune prescription de tramadol qui a une place dans l'antalgie en gériatrie selon de dernières recommandations. En effet, cette molécule agit sur les douleurs nociceptives et neuropathique ce qui peut être utile chez le sujet âgé. Il est actuellement recommandé chez le sujet âgé de débiter par la solution buvable afin de faire une titration progressive à petites doses. Cette molécule reste parfois mal tolérée chez le sujet âgé ce qui peut expliquer qu'on ne retrouve aucune consommation dans cette étude, en lien avec une potentielle habitude de non prescription. Il serait alors intéressant de savoir si les prescripteurs des établissements de notre étude connaissent ces recommandations récentes et si cela changerait leur prescription de palier 2.

Le néfopam était aussi peu utilisé ce qui est en accord avec les recommandations.

On retrouvait alors une utilisation précoce des paliers 3, ce qui est fréquent en gériatrie et conforme aux recommandations. La forme orale était majoritaire.

L'utilisation des antalgiques de la douleur neuropathique respectait les recommandations. On retrouvait une utilisation majoritaire de la prégabaline qui a un effet plus stable que la gabapentine. On retrouvait une prescription des antidépresseurs tricycliques moindre devant le risque d'effets indésirables chez le sujet âgé.

B. Limites de l'étude

Notre étude, bien que les résultats soient en accord avec d'autres travaux et les recommandations, possède des limites.

D'abord, c'est une étude descriptive transversale, qui, de par sa nature possède un faible niveau de preuve.

Ensuite, il existe un biais d'information. Les différentes données ont été recensées dans les dossiers médicaux informatisés des résidents dans lesquelles certaines informations pouvaient être manquantes entraînant ce biais. On peut évoquer notamment l'antécédent de troubles cognitifs qui n'est pas toujours renseigné.

Aussi, il existe probablement une surestimation de la consommation d'antalgiques. En effet, certaines molécules ont été prises en compte dans notre étude pour leur indication antalgique mais elles pouvaient toutefois être prescrites dans une autre indication. On peut prendre comme exemple la duloxétine ou l'amitriptyline qui ont une indication dans la douleur neuropathique mais qui peuvent aussi être prescrites dans le cadre d'un syndrome dépressif.

C. Perspectives et ouvertures

Cette étude n'a mis en évidence qu'une partie de la prise en charge de la douleur en EHPAD en s'intéressant à la consommation d'antalgiques.

Il pourrait être pertinent de réaliser une étude qualitative avec des entretiens avec des médecins prescripteurs en EHPAD afin de connaître et de comprendre plus précisément leurs pratiques et difficultés dans l'antalgie du sujet âgé.

Aussi, une étude s'intéressant à la prise en charge globale de la douleur en EHPAD serait utile, plus particulièrement en axant sur l'évaluation de la douleur qui est souvent moindre dans ces établissements.

Enfin, une réflexion sur les approches non médicamenteuses dans la prise en charge de la douleur serait également pertinente.

VI. Conclusion

La douleur est un symptôme très fréquent chez le sujet âgé et notamment en EHPAD dont la prise en charge est un enjeu pour les soignants de par sa complexité.

Cette étude montre une forte prévalence de la consommation d'antalgiques au sein de 3 EHPAD du Loir-et-Cher ce qui montre une attention accrue sur ce symptôme. Ces résultats sont en accord avec d'autres études sur le sujet.

Devant cette consommation importante, on observe des prescriptions en adéquation avec les recommandations actuelles de la prise en charge de la douleur du sujet âgée et en institution.

Cela montre une prise en considération importante de la douleur dans cette population et la volonté des soignants de la prendre en charge de façon adaptée.

Toutefois, cette prévalence importante invite à se questionner sur la prise en charge globale de la douleur en EHPAD et notamment sur son évaluation régulière permettant une adaptation thérapeutique.

Cela amène aussi à évoquer la prise en charge non médicamenteuse de la douleur dans ces établissements afin de pallier au recours systématique aux thérapeutiques.

VII. Bibliographie

1. Vader K, Bostick GP, Carlesso LC, Hunter J, Mesaroli G, Perreault K, Tousignant-Laflamme Y, Tupper S, Walton DM, Wideman TH, Miller J. La définition révisée de la douleur de l'IASP et les notes complémentaires : les considérations pour la profession de la physiothérapie. *Physiother Can.* 2021 Spring;73(2):106-109. French. doi: 10.3138/ptc-2020-0124-gef. PMID: 34456419; PMCID: PMC8370722.
2. Capriz.F, Michel.M, Rat.P, Guillaume.C, Évaluation de la douleur dans le grand âge : où en sommes-nous en 2021 ? *Rev Geriatr* 2021 ; 46 (8) : 479-87.
3. Stephen J. Gibson; David Lussier. (2012). *Prevalence and Relevance of Pain in Older Persons.* , 13(Supplement s2), 0–0. doi:10.1111/j.1526-4637.2012.01349.x
4. G. Pickering, Spécificités de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, Volume 207, Issue 5, 2023, Pages 661-669, ISSN 0001-4079
5. Rochoy.M, Chazard.E, Bordet.R, Épidémiologie des troubles neurocognitifs en France, *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2019 ; 17 (1) : 99-105
6. Baulieu.P, Lussier.D, Adjuvant Analgesics, 1^{ère} édition, USA, Oxford American Pain Library, 2010, Classification of analgesics, 5-10
7. L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/07-lenquete-aupres-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees#:~:text=Les%20%C3%89tablissements%20d'H%C3%A9bergement%20pour%20Personnes%20%C3%82g%C3%A9es%20\(EHPA\)%20ne,dans%20l'accueil%20en%20chambre](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/07-lenquete-aupres-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees#:~:text=Les%20%C3%89tablissements%20d'H%C3%A9bergement%20pour%20Personnes%20%C3%82g%C3%A9es%20(EHPA)%20ne,dans%20l'accueil%20en%20chambre)
8. Accueil | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [en ligne] 2022 [cité le 04 février 2025] Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>

9. Aidel. CNRD : Résultats [Internet]. Disponible sur : <https://www.cnrdr.fr/modules/webportal/pages.php?op=page&idbase=14&iddisplay=64&idnotice=10311>
10. Craig KD, MacKenzie NE. What is pain : Are cognitive and social features core components ? Paediatric And Neonatal Pain [Internet]. 4 mai 2021 ; 3(3) : 106-18. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/pne2.12046>
11. Grichnik KP, Ferrante FM. The difference between acute and chronic pain. Mt Sinai J Med. 1991 May;58(3):217-20. PMID: 1875958.
12. Cao, B., Xu, Q., Shi, Y. *et al.* Pathology of pain and its implications for therapeutic interventions. *Sig Transduct Target Ther* 9, 155
13. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur [En ligne]. Échelles douleur - SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur ; [cité le 25 fév 2025]. Disponible : <https://www.sfetd-douleur.org/echelles-douleur/>.
14. SFAP - site internet [En ligne]. Les échelles de la douleur -Adulte - Echelles d'auto évaluation | SFAP - site internet ; [cité le 25 fév 2025]. Disponible : <https://www.sfap.org/document/les-echelles-de-la-douleur-adulte-echelles-d-auto-evaluation>
15. Ferrell BA. Pain Evaluation and Management in the Nursing Home. Annals of Internal Medicine [Internet]. 1995 ;123(9) :681-7. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7574224/>
16. Dagnino APA, Campos MM. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Perspectives. Front Hum Neurosci. 2022 Mar 3;16:736688. doi: 10.3389/fnhum.2022.736688. PMID: 35308613; PMCID: PMC8928105
17. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. Can Fam Physician. 2010 Jun;56(6):514-7, e202-5. PMID: 20547511; PMCID: PMC2902929.
18. Misappropriation of the 1986 WHO analgesic ladder: the pitfalls of labelling opioids as weak or strong, Crush, Jos et al. British Journal of Anaesthesia, Volume 129, Issue 2, 137 – 142
19. Capriz.F, Chapiro.S 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), Volume 18, Issue 5,2017, Pages 234-247.

Disponible sur :
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1624568717301051>)

20. HAS, Haute Autorité de Santé, Bon usage des opioïdes [en ligne]. 2022 [cité le 05 mars 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-medicaments-opioides-antalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-sur doses
21. Capriz.f, Guillaume.C, Muller.K, Bon usage des médicaments opioïdes et nouvelles recommandations HAS 2022 : quelles applications dans le grand âge. Rev Geria [en ligne] 2023. Disponible sur : <https://www.revuedegeriatrie.fr/?s=bon+usage+des+opioides>
22. Rodger, K.T., Greasley-Adams, C., Hodge, Z. *et al.* Expert opinion on the management of pain in hospitalised older patients with cognitive impairment: a mixed methods analysis of a national survey. *BMC Geriatr* **15**, 56 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0056-6>
23. Nefopam. Prescrire 2014;34(371):646—9.
24. X. Moisset, D. Bouhassira, J. Avez Couturier, H. Alchaar, S. Conradi, M.-H. Delmotte, M. Lantéri-Minet, J.-P. Lefaucheur, G. Mick, V. Piano, G. Pickering, E. Piquet, C. Regis, E. Salvat, N. Attal. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. *Douleur et analgésie*. 2020;33(2):101-112. doi:10.3166/dea-2020-0113
25. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et traitement de la douleur (SFETD). *Doul Eval Diagn Traitement* 2010;11:3—21.
26. Tan ECK, Visvanathan R, Hilmer SN, Vitry A, Emery T, Robson L, Pitkälä K, Ilomäki J, Bell JS. Analgesic use and pain in residents with and without dementia in aged care facilities: a cross-sectional study. *Australas J Ageing*. 2016 Jun;35(2):122–7. doi:10.1111/ajag.12295.
27. Hemmingsson, ES., Gustafsson, M., Isaksson, U. *et al.* Prevalence of pain and pharmacological pain treatment among old people in nursing homes in 2007

and 2013. *Eur J Clin Pharmacol* **74**, 483–488 (2018).
<https://doi.org/10.1007/s00228-017-2384-2>

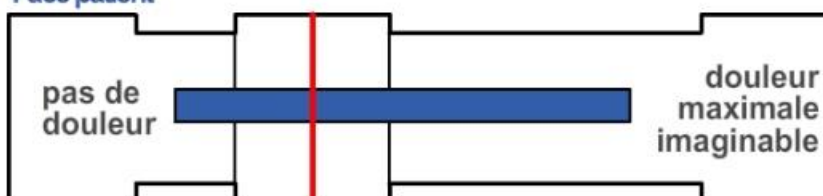
28. Fain KM, Alexander GC, Dore DD, Segal JB, Zullo AR, Castillo-Salgado C. Frequency and predictors of analgesic prescribing in U.S. nursing home residents with persistent pain. *J Am Geriatr Soc*. 2016 Nov;64(11):2262–9. doi:10.1111/jgs.14512.
29. Priscilla Clot-Faybesse, François Bertin-Hugault, Caroline Blochet, Philippe Denormandie, Patrice Rat, Paul-Emile Hay, Sylvie Bonin-Guillaume. Consommation d’antalgiques en Ehpad : étude observationnelle dans 99 Ehpad. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2017;15(1):25-34. doi:10.1684/pnv.2017.0649
30. Duriez O. Pertinence de la prescription des antalgiques dans les EHPAD et USLD du centre hospitalier Victor Provo de Roubaix selon les scores DOLO+ et ALGO+ [thèse de doctorat en médecine]. Lille : Université de Lille ; 2021
31. Belfihadj K. Prise en soins de la douleur en EHPAD. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 2018 Aug;18(106):218–225. doi:10.1016/j.npg.2018.02.003.
32. Richaud L. Prise en charge antalgique de la personne âgée en structure médicalisée : état des lieux en France [thèse de doctorat en médecine]. Marseille : Faculté de médecine de Marseille, Aix-Marseille Université ; 2019.

VIII. Annexes

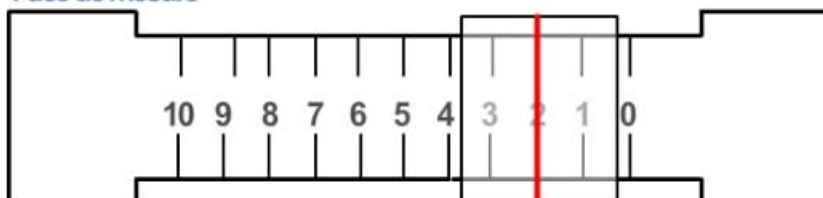
Annexe 1 : Echelles d'auto-évaluation

EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

Face patient



Face de mesure



Echelle Verbale Simple (EVS)

Douleur	Score
Absente	0
Faible	1
Modérée	2
Intense	3
Extrêmement intense	4

Annexe 2 : Echelles d'hétéro-évaluation



Evaluation de la douleur

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

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur	/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....	
Heure	h		h		h		h		h		h	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	/5		/5		/5		/5		/5		/5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe	

COPYRIGHT

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE

NOM :

Prénom :

DATES

Service :

Observation comportementale

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

1 • Plaintes somatiques	- pas de plainte - plaintes uniquement à la sollicitation - plaintes spontanées occasionnelles - plaintes spontanées continues	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
2 • Positions antalgiques au repos	- pas de position antalgique - le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle - position antalgique permanente et efficace - position antalgique permanente inefficace	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
3 • Protection de zones douloureuses	- pas de protection - protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins - protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins - protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
4 • Mimique	- mimique habituelle - mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation - mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation - mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
5 • Sommeil	- sommeil habituel - difficultés d'endormissement - réveils fréquents (agitation motrice) - insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6 • Toilette et/ou habillage	- possibilités habituelles inchangées - possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) - possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels - toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
7 • Mouvements	- possibilités habituelles inchangées - possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche) - possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements) - mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8 • Communication	- inchangée - intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) - diminuée (la personne s'isole) - absence ou refus de toute communication	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
9 • Vie sociale	- participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...) - participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation - refus partiel de participation aux différentes activités - refus de toute vie sociale	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
10 • Troubles du comportement	- comportement habituel - troubles du comportement à la sollicitation et itératif - troubles du comportement à la sollicitation et permanent - troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3

SCORE

COPYRIGHT

**SCORE TOTAL
DE L'ECHELLE :**

**E.C.P.A. Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur
chez la Personne Agée non communicante**

Identifiant patient

I. Observation avant les soins	II. Observation pendant les soins
1. Expression du visage : REGARD et MIMIQUE 0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : Le sujet grimace de temps en temps 3 : Regard effrayé t/ou crispé 4 : Expression complètement figée 2. POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique) 0 : Aucune position antalgique 1 : Le sujet évite une position 2 : Le sujet choisit une position antalgique 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur 3. MOUVEMENT (OU MOBILITE) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit) 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* 3 : Immobilité contraire à son habitude* 4 : Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle 4. RELATION A AUTRUI Il s'agit de toute relation quelqu'en soit le type : regard, geste, expression... 0 : Même type de contact que d'habitude* 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude* 2 : Evite la relation contrairement à l'habitude* 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude* 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude* * se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration	5. Anticipation ANXIEUSE aux soins 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété 1 : Angoisse du regard, impression de peur 2 : Sujet agité 3 : Sujet agressif 4 : Cris, soupirs, gémissements 6. Réactions pendant la MOBILISATION 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins 7. Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES 0 : Aucune réaction pendant les soins 1 : Réaction pendant les soins, sans plus 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4 : L'approche des zones est impossible 8. PLAINTES exprimées PENDANT le soin 0 : Le sujet ne se plaint pas 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui 2 : Le sujet se plaint dès la présence du soignant 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée Date : Heure : Nom du cotateur :

Annexe 3 : Questionnaire DN4

Questionnaire DN4

Répondez aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item.

INTERROGATOIRE DU PATIENT

Question 1: La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?

	☐ oui	☐ non
1 - Brûlure	☐	☐
2 - Sensation de froid douloureux	☐	☐
3 - Décharges électriques	☐	☐

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

	☐ oui	☐ non
4 - Fourmillements	☐	☐
5 - Picotements	☐	☐
6 - Engourdissement	☐	☐
7 - Démangeaisons	☐	☐

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	☐	☐
9 - Hypoesthésie à la piqure	☐	☐

Question 4: La douleur est-elle provoquée ou augmentée par:

	☐ oui	☐ non
10 - Le frottement	☐	☐

Annexe 4 : fiche réglementaire d'information :

LETTRE D'INFORMATION DE LA RECHERCHE

Version n°1 du /2024

Thèse d'exercice de médecine générale : Douleur en EHPAD : description de l'utilisation des antalgiques dans 3 EHPAD du Loir-et-Cher

Coordonnateur de la recherche :

Léa RUSSEIL

Interne de médecine générale actuellement en stage à l'EHPAD de Bracieux

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une recherche intitulée description de l'utilisation des antalgiques dans 3 EHPAD du Loir-et-Cher. Son objectif est de connaître plus précisément l'utilisation des antalgiques en EHPAD.

Cette recherche ne comporte aucun risque ni contrainte pour vous. Cette étude entre dans le cadre d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine, du fait de la réutilisation de données collectées dans le cadre du soin et du suivi clinique.

Prenez le temps de lire les informations contenues dans ce document et de poser toutes les questions qui vous sembleront utiles à sa bonne compréhension. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez vous opposer à ce que les données qui vous concernent soient utilisées dans le cadre de cette recherche

QUE SE PASSERA-T-IL SI JE PARTICIPE À LA RECHERCHE ?

Le fait de participer à cette recherche ne changera pas votre prise en charge.

Si vous ne vous opposez pas à participer à cette recherche, les données vous concernant seront recueillies et traitées afin de répondre à l'objectif.

Pour cela, nous utiliserons les données suivantes :

- âge
- sexe
- GIR
- MMS si disponible
- nombre de médicaments pris quotidiennement
- recensement des différents antalgiques prescrits, leur galénique, leur nombre, leur mode prescription
- la réalisation d'une échelle d'évaluation de la douleur

Vos données seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche. Pour obtenir les publications ou les résultats globaux de la recherche, vous pouvez contacter le coordonnateur de cette recherche.

EST-CE QUE JE PEUX RENONCER A MA PARTICIPATION ?

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de changer d'avis à tout moment et de vous opposer, sans avoir à vous justifier, au traitement de vos données dans le cadre de cette recherche. Votre décision n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge.

Dans ce cas, vous devrez avertir le coordonnateur de cette recherche.

EST-CE QUE MA PARTICIPATION RESTERA CONFIDENTIELLE ?

Un fichier informatique comportant vos données va être constitué. **Toutes ces informations seront traitées et analysées de manière confidentielle.** Vos noms et prénoms ne figureront pas dans ce fichier. Seuls les professionnels de santé, personnellement en charge du suivi, auront connaissance de ces données.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 (Loi RGPD), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification des données. En application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique, vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales. Vous disposez également d'un droit de limitation ou d'opposition au traitement des données. En revanche, s'agissant d'un traitement de données nécessaire à des fins de recherche scientifique (article 17.3.d du Règlement (EU) 2016/679), le droit à l'effacement des données ne pourra pas s'appliquer.

Ces droits peuvent s'exercer auprès du coordonnateur de cette recherche.

En cas de difficulté pour l'exercice de vos droits, vous avez la possibilité de saisir le délégué à la protection des données de l'établissement (dpo@chu-tours.fr) ou la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL), autorité de protection des données personnelles (<https://www.cnil.fr>).

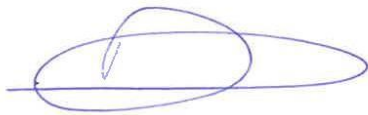
QUI A APPROUVÉ LA RECHERCHE ?

En application de la loi Informatique et Libertés, le traitement de vos données est effectué dans le cadre de la méthodologie de référence « MR-004 », dédiée notamment aux études en santé, à laquelle le CHU de Tours a signé un engagement de conformité (si étude multicentrique).

QUI POURRAI-JE CONTACTER SI J'AI DES QUESTIONS ?

Le coordonnateur de cette recherche est à votre disposition pour vous fournir toutes informations complémentaires.

Vu, le Directeur de Thèse



Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

RUSSEIL Léa

56 pages – 3 tableaux – 13 figures

Titre : La douleur en EHPAD : étude de la consommation d'antalgiques dans 3 EHPAD du Loir-et-Cher.

Résumé :

Introduction: La douleur est un symptôme avec une forte prévalence dans la population âgée. La prise en charge de la douleur est rendue complexe dans la population de par l'importance des comorbidités et l'utilisation des antalgiques prudente. Cette complexité s'accroît pour les personnes âgées institutionnalisées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Objectif de l'étude : Description de la consommation d'antalgiques dans 3 EHPAD du Loir-et-Cher.

Méthode: Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive, transversale et multicentrique. Une analyse des données des dossiers des résidents inclus dans les 3 EHPAD a été faite afin d'en extraire les données recherchées.

Résultats: Sur 216 résidents répartis sur les 3 EHPAD, 210 ont été inclus. La prévalence de la prescription d'antalgique était de 76%. La majorité des résidents, soit 50.4%, ne prenait qu'un seul antalgique. Le paracétamol était l'antalgique le plus représenté dans les prescriptions à 63.2%, majoritairement sous forme de comprimés (59.6%). Les antalgiques de la douleur neuropathique représentaient 16.5% de toutes les prescriptions, représentés à 34.2% par la prégabaline. Les opioïdes représentaient 6.1% de tous les antalgiques, et majoritairement sous forme per os (85.7%). On note une prescription assez faible des antalgiques de palier 2 (4.3%) et du néfopam (3.9%)

Conclusion: La consommation d'antalgiques est importante dans les EHPAD. Cette consommation est en accord avec les recommandations actuelles de l'antalgie chez le sujet âgé.

Mots-Clés: douleur, sujet âgé, EHPAD, antalgiques

Jury :

Président du Jury : Professeur Guillaume DESOUBEAUX

Membres du Jury : Docteur Maxime PAUTRAT
Docteur Marie-Agnès BENOIST

Directeur de thèse : Docteur Cécile BIGUIER

Date de soutenance : le 26 juin 2025