

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard  Lyon 1

**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON-SUD
CHARLES MERIEUX**

Année 2017

N°

THESE DE MEDECINE GENERALE

**Place des thérapies non médicamenteuses
dans la prise en charge antalgique
du sujet âgé hospitalisé**

Thèse

Présentée à l'Université Claude Bernard -Lyon 1
et soutenue publiquement le **03 février 2017**
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Julie CHAZOT

Née le 19/12/1988

A Saint Etienne

Sous la direction du Docteur Emilia BOUGIATOTIS

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2016-2017

Président de l'Université

Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

Pierre COCHAT

Directeur Général des Services

Dominique MARCHAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST

Doyen : Gilles RODE

UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE
LYONSUD - CHARLES MERIEUX

Doyen : Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES (ISPB)

Directeur: Christine VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE

Doyen : Denis BOURGEOIS

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE
READAPTATION (ISTR)

Directeur : Xavier Perrot

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien DE MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur: Yannick VANPOULLE

POLYTECH LYON

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T. LYON 1

Directeur : Christophe VITON

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES
ET ASSURANCES (ISFA)

Directeur : Nicolas LEBOISNE

OBSERVATOIRE DE LYON

Directeur : Isabelle DANIEL

ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT
ET DE L'EDUCATION (ESPE)

Directeur Alain MOUGNIOTTE

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
DUBREUIL Christian	O.R.L.
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX François	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES- PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BROUSSOLLE Christian	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L.
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie

LANTELME Pierre
 LEBECQUE Serge
 LINA Gérard
 LONG Anne
 LUAUTE Jacques
 PEYRON François
 PICAUD Jean-Charles
 PIRIOU Vincent
 POUTEIL-NOBLE Claire
 PRACROS J. Pierre
 RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire
 RUFFION Alain
 SAURIN Jean-Christophe
 TEBIB Jacques
 THOMAS Luc
 TRILLET-LENOIR Véronique

Cardiologie
 Biologie Cellulaire
 Bactériologie
 Médecine vasculaire
 Médecine physique et Réadaptation
 Parasitologie et Mycologie
 Pédiatrie
 Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
 Néphrologie
 Radiologie et Imagerie médicale
 Biochimie et Biologie moléculaire
 Urologie
 Hépatogastroentérologie
 Rhumatologie
 Dermato-Vénérologie
 Cancérologie ; Radiothérapie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ALLAOUCHICHE
 BARREY Cédric
 BOHE Julien
 BOULETTEAU Pierre
 BREVET Marie
 CHAPET Olivier
 CHOTEL Franck
 COTTE Eddy
 DALLE Stéphane
 DEVOUASSOUX Gilles
 DISSE Emmanuel
 DORET Muriel
 DUPUIS Olivier
 FARHAT Fadi
 FEUGIER Patrick
 FRANCO Patricia
 GHESQUIERES Hervé
 HAUMONT Thierry
 KASSAI KOUPI Berhouz
 LASSET Christine
 LEGER FALANDRY Claire
 LIFANTE Jean-Christophe
 LUSTIG Sébastien
 MOJALLAL Alain-Ali
 NANCEY Stéphane
 PAPAREL Philippe
 PIALAT Jean-Baptiste
 POULET Emmanuel
 REIX Philippe
 RIOUFFOL Gilles
 SALLE Bruno
 SANLAVILLE Damien
 SERVIEN Elvire
 SEVE Pascal
 TAZAROURTE Karim
 THAI-VAN Hung
 THOBOIS Stéphane
 TRAVERSE-GLEHEN Alexandra

Anesthésie-Réanimation Urgence
 Neurochirurgie
 Réanimation urgence
 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Cancérologie, radiothérapie
 Chirurgie Infantile
 Chirurgie générale
 Dermatologie
 Pneumologie
 Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale
 Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 Chirurgie Vasculaire,
 Physiologie
 Hématologie
 Chirurgie Infantile
 Pharmacologie Fondamentale, Clinique
 Epidémiologie., éco. santé
 Médecine interne, gériatrie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie. Orthopédique,
 Chirurgie. Plastique.,
 Gastro Entérologie
 Urologie
 Radiologie et Imagerie médicale
 Psychiatrie Adultes
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
 Génétique
 Chirurgie Orthopédique
 Médecine Interne, Gériatrique
 Thérapeutique
 Physiologie
 Neurologie
 Anatomie et cytologie pathologiques

TRINGALI Stéphane
TRONC François
WALLON Martine
WALTER Thomas

O.R.L.
Chirurgie thoracique et cardio.
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES NON TITULAIRE

FILBET Marilène
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES- MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE

DUPRAZ Christian

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DESESTRET Virginie	Cytologie –Histologie
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire

MAUDUIT Claire
MEWTON Nathan
NOSBAUM Audrey
VUILLEROT Carole

Cytologie – Histologie
Cardiologie
Immunologie
Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.

Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy
BERLAND Michel
CARRET Jean-Paul
DALERY Jean
FLANDROIS Jean-Pierre
LLORCA Guy
MOYEN Bernard
PACHECO Yves
PERRIN Paul
SAMARUT Jacques

Physiologie
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Anatomie - Chirurgie orthopédique
Psychiatrie Adultes
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Thérapeutique
Chirurgie Orthopédique
Pneumologie
Urologie
Biochimie et Biologie moléculaire

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

LISTE DES ENSEIGNANTS 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rymlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie

Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchab	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie

Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

LE SERMENT 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Marc BONNEFOY, président du jury, professeur de Médecine interne option gériatrie. Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Veuillez trouver en ces mots l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance pour l'attention que vous portez à mon travail.

A Madame le Professeur Marie FLORI, membre du jury et professeur de médecine générale. Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Soyez assurée de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Marilène FILBET, membre du jury et professeur de thérapeutique. Je suis très touchée par l'honneur que vous me faites en siégeant dans ce jury. Veuillez recevoir ici l'expression de ma grande reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Emilia BOUGIATIOTIS, membre du jury, directrice de thèse et médecin gériatre au SSR la Pinède, hôpital de la croix rouge, Saint-Cyr-au-mont d'or. Un immense merci pour ta disponibilité, ton efficacité et ta gentillesse. Sans toi ce travail n'aurait jamais vu le jour. Tu trouveras ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A ma famille :

Merci pour votre patience toutes ces années, vos coups de pied au cul et surtout pour votre amour.

A mes grands-parents. De là-haut, j'espère que vous êtes fière de moi.

A mon Bon Papa et ma Bonne Maman. Promis, je vais essayer de toujours faire bien attention.

A mes parents. Soutien indéfectible et stable, merci de votre oreille attentive et de toujours prendre soin de moi. Port d'attache de confiance, toujours présent, j'arrive au bout grâce à vous.

A mes sœurs. Même si je râle de ne jamais choisir mes destinations de vacances, merci de me faire encore et toujours découvrir le monde. Loin des yeux loin du cœur, je ne comprendrai jamais cette expression...

Merci aussi pour vos relectures attentives.

A Valle. On partage la vedette le jour de notre anniversaire depuis toujours, sans toi il me manquerait une partie de moi.

A Djo. Merci pour tes pâtisseries salvatrices dans les moments de doute, quand je n'avais « que la bouffe dans la vie » ! Merci de ta discrétion sur tes notes de physique quand, moi, j'avais raté mes colles.

A Marlène. Merci d'être venu de ci loin. Il y aurait eu un grand vide sans ta présence.

A mes oncles et tantes, cousins, cousines. Merci d'être là en ce jour spécial.

A mes amis :

Aux vieux de la vieille :

A Elodie. Mme Affleck et Mme Hartnett sont loin, les Padou et Monsieur Carotte aussi, mais après toutes ces années, nous sommes toujours NOUS.

A Marie et Nina. Du rire aux larmes, vous êtes toujours présentes. Vous me connaissez mieux que personne, merci pour vos missions d'interventions et les « n'oublie jamais ».

A Clément. Le seul à tutoyer mes parents, tu es vraiment le fils qu'ils n'ont pas eu et le frère dont j'aurais rêvé.

Aux Corky. Nina, Anisette, Sophie, Got, Mezz et Treibou. On en a vécu des aventures...Parfois proches parfois loin, elles ne font que commencer !

Aux Romano-Lyonnais :

A Christophe. Des parties de bronzette « en garde ou j'ai rien à faire », tu es devenu co-interne puis compagnon de voyage, asile de nuit et galérien de thèse... L'internat nous a vu grandir et de nos deux caractères impossibles est né une amitié sans faille.

A Olivier. Merci pour ta bonne humeur et ta positivité à toute épreuve. Tu es vraiment le seul à réussir à me faire nager !

A Ophélie, mon binôme. Ton caractère calme et réservé cache un cœur en or. Toujours prête pour les voyages, je m'occupe de la destination (et de rassurer ta maman), tu nous prépares le pic nic !
Merci maman Ophélie !

A tous les autres. Anne-Claire, Agathe, Claire, Charlotte et Arnaud, Louise, Mémé, Eléonore et Max, les Togolais... De Romans à Lyon en passant par Valence, on se sera quand même bien marré, et ce n'est pas près de s'arrêter !!

A mes nombreux colocs au long de ces années. Merci d'avoir supporté mes bleus de bloc pendant toutes ces périodes de révision.

Merci à Marie pour ton accueil si chaleureux, pour ton sourire, au moment où j'en avais t'en besoin.

Merci aux copains de l'UCPA : Ansi, Ju, Damien. J'en peux plus de vous !

Aux médecins et soignants :

Merci au Docteur AIFA, à ma co-interne Pauline et à toute l'équipe d'Amandier de l'hôpital d'Albigny. Merci de m'avoir appris à devenir docteur tout en douceur et dans la bonne humeur.

A l'équipe médicale de médecine D d'Annonay, Dr BLANC, Christine, Florent, Jean Michel, Carole et Vincent. Merci de m'avoir transmis une partie de votre grand savoir.

A toute l'équipe de l'HAD de Vienne. Merci de votre gentillesse et de votre dévouement.

Merci à mes « prat », Marie, Sandra et Claudine. Je suis toujours indécise sur mon avenir mais grâce à vous j'ai découvert et aimé l'ambulatorio !

Table des matières

Abréviations.....	18
Introduction.....	19
Hypothèse et objectifs.....	20
A. Hypothèse	20
B. Objectifs.....	21
Douleur et thérapies non médicamenteuses	22
I. La douleur	22
A. Définition : un modèle multidimensionnel	22
1. Mécanismes physiologiques.....	22
2. Composantes subjectives	23
3. Aspect temporel	24
B. Problème de santé publique et aspect légal	25
C. Haut Conseil de la Santé Publique et le plan douleur	26
D. Chez le sujet âgé	28
1. Quelques chiffres.....	28
2. Le troisième plan douleur du Haut Conseil de la santé publique	28
3. Spécificités.....	29
II. Les thérapies non médicamenteuses	31
A. Définition générale.....	31
B. Définition de chaque TNM	31
C. TNM reconnues et aspect légal	37
1. Législation.....	37
2. Reconnaissance des TNM	38
D. Chez le sujet âgé	42
Matériel et méthode	44
I. Type d'étude.....	44
II. Population d'étude et stratégie d'échantillonnage.....	44

A.	Taille de l'établissement.....	44
B.	Services concernés lors de l'inclusion	45
C.	Population cible.....	45
D.	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	45
E.	Constitution de l'échantillon	46
F.	Flow Chart de la population de l'étude	47
III.	Recueil des données.....	48
A.	Réalisation du questionnaire.....	48
B.	Distribution du questionnaire	49
C.	Analyse descriptive.....	49
IV.	Recherches bibliographiques	50
	Résultats.....	51
I.	Données socio-environnementales.....	51
II.	Expérience du patient sur la douleur	53
III.	Connaissances du patient sur les TNM.....	59
IV.	Les attentes du patient.....	60
V.	Coté hospitalier	62
VI.	Tableau croisé	64
	Discussion.....	68
I.	Forces et limites de l'étude	66
A.	Forces de l'étude	66
B.	Limites	67
1.	La population.....	67
2.	Le questionnaire.....	67
3.	Les biais	68
II.	Discussion des résultats	69
A.	La population.....	69
B.	L'expérience du patient sur la douleur.....	69
1.	La douleur.....	69
2.	Recours aux TNM	70

3. Efficacité/Satisfaction.....	71
C. Connaissances et attentes du patient	72
1. Connaissances	72
2. Souhaits/freins	73
3. A l'hôpital	73
D. Tableaux croisés	74
E. Dans l'avenir	75
Conclusion.....	78
Bibliographie.....	79
Annexes	84

Abréviations

TNM : thérapies non médicamenteuses

HCSP : haut conseil de la santé publique

SSR : soins de suite et réadaptation

CSG : court séjour gériatrique

HAS : haute autorité de santé

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

MobiQual : mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles

SFGG : société française de gériatrie et gérontologie

ANM : académie nationale de médecine

MT : médecine traditionnelle

MC : médecine complémentaire

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

CLUD : comité de lutte contre la douleur

SFETD : société française d'étude et de traitement de la douleur

CEPP : comité d'évaluation des produits et prestation

USLD : unités de soins de longue durée

CHG : centre hospitalier gériatrique

EVS : échelle verbale simple

EN : échelle numérique

ANSM : agence de sécurité du médicament

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

RESC : Résonance Énergétique par Stimulation cutanée

TENS : neurostimulation électrique transcutanée

CGSP : commissariat général à la statistique et prospective

AFVD : association francophone pour vaincre les douleurs

COEGD : comité d'organisation des états généraux de la douleur

SFETD : société française d'étude et de traitement de la douleur

CME : comité médicale d'établissement

Introduction

La douleur est une priorité de santé pour 54% des Français. Certes 90% de la population considèrent que des progrès ont été faits dans ce domaine, mais ils sont 96% à estimer que des progrès restent à faire (1). L'amélioration et l'évaluation de la prise en charge antalgique sont donc primordiales.

La prise en charge pluridisciplinaire est l'élément clé. Les structures de soins spécialisés dans la douleur (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, unités de soins palliatifs...) soulignent l'importance et la nécessité de ce travail en inter-professionnalité (2). De fait, la prise en charge de la douleur doit allier thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses.

La 6e édition du rapport sur l'état de santé de la population en France, édité par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques datant de 2015, montre que les Français vivent toujours plus longtemps, mais qu'ils souffrent davantage de pathologies chroniques et d'incapacités fonctionnelles, conséquences du vieillissement de la population (3). Les personnes âgées sont donc globalement en moins bonne santé (4) et présentent plus de douleurs que les jeunes.

Les patients âgés ont donc des douleurs chroniques et aiguës, mais en plus cette population fragile présente trop souvent les effets secondaires connus des traitements « conventionnels ». Il serait donc intéressant de développer d'autres thérapies, non médicamenteuses, qui présenteraient moins d'effets secondaires pour la prise en charge de ces douleurs. D'autant plus qu'au regard des patients, les thérapies non médicamenteuses (TNM) font déjà partie de l'arsenal thérapeutique. Ces thérapies seraient considérées comme efficaces et ne présentant pas d'effets secondaires, mais aussi comme répondant au désir du patient d'être au centre de la prise en charge (5)(6).

Depuis 1998, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), à travers la mise en place des plans de lutte contre la douleur (7), s'est intéressé à la douleur et a tenté d'améliorer sa prise en charge. Le troisième et dernier « plan douleur » s'intéressait plus spécifiquement à la prise en charge antalgique des populations vulnérables dont la personne âgée grâce, entre autres, aux thérapies non médicamenteuses.

Dans les services de gériatrie, on relève également quotidiennement cette problématique de la douleur. Nous nous sommes donc demandé pourquoi ces thérapies non médicamenteuses ne sont

pas plus développées dans le milieu hospitalier alors qu'elles sont reconnues par les instances gouvernementales. Le patient âgé doit être l'acteur principal dans son parcours de soins, mais est-il favorable aux thérapies non médicamenteuses ? Connaît-il suffisamment les TNM ? Existe-il un manque d'accessibilité, même hospitalière, à ces thérapies ? Il semble ainsi important de faire le point sur l'expérience, les connaissances et les attentes des patients âgés hospitalisés concernant les thérapies non médicamenteuses à travers une enquête de pratique descriptive transversale observationnelle. D'autant plus que peu d'études ont été menées spécifiquement chez la personne âgée dans le cadre de sa prise en charge antalgique par les thérapies non médicamenteuses (8).

Hypothèse et objectifs

A. Hypothèse

La douleur est un symptôme rencontré quotidiennement en gériatrie. Le traitement antalgique est en plein essor et une priorité dans les prises en charge. Les thérapies non médicamenteuses sont peu utilisées dans les services hospitaliers par manque de connaissances et insuffisance d'offre dans les services. Toutefois, ces thérapies présenteraient de nombreux avantages, tels qu'une absence d'effets secondaires. Elles pourraient également être complémentaires des traitements médicamenteux et favoriser une prise en charge globale qui est capitale en gériatrie. De plus, pour optimiser la prise en charge de la douleur, le patient doit en être l'acteur principal. Il doit donc pouvoir avoir connaissance des traitements proposés pour adhérer au projet (traitements médicamenteux et non médicamenteux).

Face à ces avantages, le sujet âgé hospitalisé devrait être favorable aux TNM. Nous nous sommes donc posé la question de l'intérêt que portent ces patients aux TNM, dans le cadre de leur prise en charge antalgique.

B. Objectifs

➤ Objectif principal :

Le but de cette étude est de réaliser, auprès de patients hospitalisés en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) ou Médecine Gériatrique, un état des lieux de leurs connaissances, leurs expériences et leurs attentes sur la prise en charge antalgique non médicamenteuse.

Cet état des lieux devrait mettre en évidence :

- que le patient âgé est intéressé par les TNM
- qu'il souhaite intensifier et avoir une meilleure accessibilité aux TNM durant son hospitalisation
- qu'il est en attente d'une éducation thérapeutique sur la prise en charge antalgique non médicamenteuse.

➤ Objectif secondaire :

L'objectif secondaire est de comparer les TNM utilisées et connues, et celles auxquelles les patients souhaitent avoir recours.

Douleur et thérapies non médicamenteuses

I. La douleur

A. Définition : un modèle multidimensionnel

La douleur est un phénomène complexe qui pose un problème de définition. Elle se situe à différents niveaux de compréhension qui nécessite de considérer son aspect physiologique, mais également son aspect subjectif et temporel (9).

Selon la définition officielle de l'association Internationale d'Étude de la Douleur (International Association for the Study of Pain–IASP) la douleur est définie comme « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes » (10).

1. Mécanismes physiologiques

- La douleur par excès de nociception ou encore inflammatoire :

C'est une douleur due à une stimulation persistante et excessive des récepteurs périphériques de la douleur : les nocicepteurs. L'activation du système de transmission des messages nociceptifs par stimulation excessive des récepteurs périphériques est mise en jeu par des processus lésionnels (destruction tissulaire), inflammatoires, ischémiques ou par des stimulations mécaniques importantes (fracture, distension viscérale ou étirements musculo-ligamentaires) pour ensuite être transmise au cerveau via la moelle épinière. La libération de substances allogènes, telles que les prostaglandines ou l'histamine, participe également au phénomène. L'examen neurologique est, par contre, normal.

➤ La douleur neuropathique ou par désafférentation :

Elle est définie comme une douleur secondaire à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel, c'est-à-dire par atteintes du système nerveux central et périphérique (lésion de la moelle épinière, du nerf sciatique...). Elle se caractérise par des douleurs à type de brûlures ou de décharges électriques avec à l'examen clinique une hypoesthésie ou, au contraire, une allodynie. Elle est souvent associée à des signes sensitifs non douloureux (paresthésies, engourdissement, prurit). Son dépistage est facilité par l'utilisation de questionnaires, comme le DN4 qui repose sur l'identification de ces caractéristiques sémiologiques.

Il est vraisemblable que l'apparition d'une douleur nécessite la combinaison de plusieurs facteurs. Les distinctions entre les douleurs par excès de nociception et les douleurs par désafférentation ne sont qu'artificielles. Ces deux mécanismes sont souvent intriqués dès l'origine de la lésion tissulaire ou neurologique ou au décours de l'évolution (11).

➤ Les douleurs psychogènes ou idiopathiques :

Ce sont des douleurs d'origine psychique, et non pas secondaire à une anomalie biochimique ou physique. La douleur est bien réelle et ressentie par le patient, mais n'a pas d'origine somatique. Elle est évoquée après un bilan clinique et para-clinique minutieux négatif. Elle peut parfois s'inclure dans une sémiologie psychopathologique positive lors d'une conversion hystérique, une dépression ou encore de l'hypocondrie.

2. Composantes subjectives

La douleur peut être définie par son mécanisme physiologique, mais elle reste une sensation subjective complexe ressentie par le patient (12).

On peut donc distinguer :

- une composante sensorielle qui correspond au mécanisme neurophysiologique qui permet le décodage de la qualité (brûlure, décharge électriques...), la durée, l'intensité et la localisation de la douleur

- une composante affective ou émotionnelle qui est le ressenti désagréable, pénible voire insupportable de la douleur pouvant mener à l'anxiété ou la dépression
- une composante cognitive regroupant l'ensemble des processus mentaux susceptible d'influencer la perception de la douleur. Cette dernière étant modifiée par l'apprentissage, la compréhension, la mémoire, mais aussi par des facteurs tels que la culture, les croyances, l'éducation et le milieu social (13)
- une composante comportementale rassemblant toutes les manifestations verbales et non verbales de la personne qui souffre. Elles assurent la communication avec l'entourage.

3. Aspect temporel

La douleur peut enfin être définie par son aspect dit « temporel ».

➤ Les douleurs aiguës :

Elles sont de courte durée et disparaissent en quelques heures ou quelques semaines. Elles sont dues à une cause précise, connue ou non. La douleur aiguë joue un rôle d'alarme qui va permettre à l'organisme de réagir et de se protéger face à un stimulus mécanique, chimique ou thermique.

➤ La douleur chronique :

Elle est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte (14). La douleur est chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- persistance ou récurrence de la douleur qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois
- réponse insuffisante au traitement
- détérioration significative et progressive, du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

Lorsqu'elle devient chronique, la douleur perd sa finalité de signal d'alarme et elle devient une maladie en tant que telle, quelle que soit son origine.

B. Problème de santé publique et aspect légal

La douleur est un symptôme très fréquent en médecine. D'après un dossier de l'INSERM de mai 2016, elle serait à l'origine des deux tiers des consultations médicales et environ 30% de la population adulte présenteraient des douleurs chroniques quotidiennes (10). Les répercussions sur la vie quotidienne peuvent être très importantes et multiples. Sur un plan professionnel, cela peut mener à de l'absentéisme voire au chômage. Sur un plan personnel, cela peut conduire à des détresses psychologiques (anxiété, dépression), des difficultés familiales et des problèmes médico-légaux (invalidité, procès) (15).

D'après l'étude ECONEP de 2006, la prise en charge des douleurs chroniques représente un coût important. Une hospitalisation coûte en moyenne 7 000€ par an et par patient en hôpital privé et 14 500€ en hôpital public. De plus, une personne atteinte de douleurs chroniques a recours chaque année à environ 10 consultations chez son médecin traitant et 4 consultations chez un spécialiste (16).

D'un point de vue légal, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne (17). Celle du 9 août 2004 inscrit la lutte contre la douleur dans ses « 100 objectifs de Santé Publique ». Pour la première fois, la responsabilité de l'État dans la prise en charge de la douleur est reconnue (18).

Le code de santé publique présente plusieurs articles concernant la douleur (19) :

- **Article L1110-5** : « ... toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte... » .
- **Article R6164-3** - alinéa 4 : « La conférence médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne : [...] La prise en charge de la douleur » .
- **Article R6144-2** - alinéa 4 : « La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne : [...] 4° La prise en charge de la douleur » .

La douleur est donc prévalente et reconnue légalement. Elle peut entraîner des conséquences importantes sur la vie des patients, mais elle a également un impact financier pour la société. Sa prise en charge est donc un véritable enjeu de santé publique.

C. Haut Conseil de la Santé Publique et le plan douleur

Depuis 1998, les instances gouvernementales ont pris conscience de l'importance de la prise en charge de la douleur. A travers 3 « plans douleur » successifs, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a pu reconnaître et améliorer la prise en charge antalgique (7).

➤ Premier plan d'action triennal de Lutte contre la Douleur 1998-2000

Ce premier plan s'articule autour de trois axes :

- le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et réseaux de soins
- le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur
- la prise en compte de la demande du patient et l'information du public.

➤ Deuxième programme de Lutte contre la Douleur 2002-2005

Le deuxième programme d'action poursuit les objectifs du premier plan de lutte contre la douleur. Il vise notamment à améliorer la prise en charge de la douleur chronique rebelle (lombalgies, céphalées chroniques, douleurs cancéreuses...) et la souffrance en fin de vie. Il est centré sur la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine.

Ses objectifs :

- associer les usagers par une meilleure information
- améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques rebelles à des structures spécialisées
- améliorer l'information et la formation du personnel de santé

- amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur
- renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.

➤ Troisième Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010

Ce plan s'articule autour de quatre axes :

- Priorité 1 : améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables
- Priorité 2 : formation
- Priorité 3 : améliorer les modalités de traitements médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité
- Priorité 4 : structurer la filière de soins de la douleur

Une évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010 a été publiée en mars 2011. A l'issue de cette évaluation, le HCSP recommandait la mise en place d'un 4ème plan douleur 2013-2017.

En 2013, le 4ème programme national devait distinguer les douleurs aiguës, des douleurs chroniques et des douleurs liées aux soins. Trois axes prioritaires ont alors été proposés :

- améliorer l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients en sensibilisant les acteurs de premier recours
- garantir la prise en charge de la douleur lorsque le patient est hospitalisé à domicile
- aider les patients qui rencontrent des difficultés de communication (nourrissons, personnes souffrant de troubles psychiatriques ou de troubles envahissants du développement, etc.) à mieux exprimer les douleurs ressenties afin d'améliorer leur soulagement.

Cependant, le programme n'a pas pu être mis en place à ce jour.

Nous verrons plus loin son implication précise dans la prise en charge douloureuse du sujet âgé et dans les thérapies non médicamenteuses.

D. Chez le sujet âgé

1. Quelques chiffres

Différentes études de cohortes ont été menées sur les personnes âgées et les douleurs telles que l'étude française « Personnes âgées Aquitaine (PAQUID) » débutée en 1992 (20), l'étude anglaise « The North Staffordshire Osteoarthritis Project » (21) de 2004 ou encore l'étude américaine « Asset and health Dynamics among the Oldest Old » (22) de 1997. D'autres études ont également été menées en population. Les résultats globaux de ces études montrent que :

- 65 à 86 % des personnes âgées indiquent avoir ressenti au moins une douleur dans l'année, 45 à 59 % des douleurs multiples et entre 25 et 50 % des douleurs sévères
- le risque de douleurs persistantes, c'est-à-dire chroniques, s'accroît avec l'âge. Il se révèle quatre fois plus élevé après 65 ans qu'entre 16 et 25 ans.
- lors d'une perte d'autonomie liée à la douleur, le retentissement sur la vie quotidienne se révèle considérable. A la question suivante : « Durant les quatre dernières semaines, comment la douleur a-t-elle interféré avec vos activités habituelles ? », 4 personnes sur 10 interrogées répondent que les interférences ont été conséquentes (23).

La personne âgée est donc douloureuse et la douleur influe sur son quotidien. L'amélioration de la prise en charge antalgique pour cette population est donc primordiale.

2. Le troisième plan douleur du Haut Conseil de la santé publique

Une évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006–2010 a été publiée en mars 2011 (24).

Concernant plus précisément la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées, un état des lieux avait été réalisé antérieurement à la mise en place et à la diffusion de ce plan. Limité au milieu gériatrique, il a démontré que la prise en charge de la douleur restait insuffisante.

En revanche, un important effort a été mené en matière de formation des soignants dans une logique systémique afin d'améliorer le repérage et la prise en charge de la douleur ainsi que la prescription de psychotropes ; ceci dans le but de favoriser la bientraitance et mieux prendre en compte la souffrance psychique des personnes âgées, et également sensibiliser le personnel des institutions gériatriques à la démarche palliative.

Le dispositif d'amélioration de la prise en charge de la douleur chez le sujet âgé, mis en place par le plan douleur, repose en grande partie sur le projet de Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles (Mobiquat). Mis en œuvre depuis fin 2006 par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), il intervient via la création et la diffusion d'outils scientifiques et pédagogiques de référence (25).

3. Spécificités

➤ Douleur et vieillissement physiologique

Les altérations de la fonction cardiovasculaire, rénale et hépatique ont le plus grand effet sur la pharmacothérapie. Toutes les variables pharmacocinétiques et pharmacodynamiques peuvent donc être modifiées par l'âge (26). Or les modifications pharmacologiques liées au vieillissement, la polypathologie du sujet âgé et les interactions médicamenteuses incitent à la prudence. Le risque accru d'effets secondaires et de surdosage, ainsi que leurs répercussions sur les fonctions cognitives, l'autonomie et l'équilibre socio-familial doivent être pris en compte. Chaque médicament supplémentaire prescrit augmente le risque d'effet indésirable, et chaque prescripteur doit avoir une connaissance suffisante des questions pharmacologiques chez les personnes âgées pour leur permettre une prescription adaptée (27).

➤ Douleur et vieillissement psychologique :

La douleur est la résultante d'une intégration sensorielle et émotionnelle, et il est difficile de faire la part entre le « vieillissement nociceptif » et le « vieillissement émotionnel ». Les douleurs chroniques ne peuvent se comprendre qu'en référence au passé qui intervient autant par les expériences affectives que nociceptives. Cette douleur-mémoire rejoint d'une certaine façon l'approche psychanalytique, car elle n'est pas accessible à la conscience et au langage, mais peut tout de même déterminer des comportements douloureux chroniques, voire psychopathologiques.

Chez le sujet âgé, ces douleurs chroniques peuvent aussi indiquer la présence d'un trouble affectif ou d'une souffrance personnelle ou relationnelle. Elles ont souvent une valeur de message qu'il appartient aux thérapeutes de décoder soigneusement. L'approche thérapeutique portera une attention particulière à l'accueil de la plainte et à la légitimation de la souffrance (28).

➤ Douleurs dues aux soins :

L'étude Recueil épidémiologique en Gériatrie des Actes Ressentis comme Douloureux et Stressants (REGARDS) de 2010 s'est attaché à recenser les actes de soins douloureux chez la personne âgée (29). Les résultats indiquent que de nombreux gestes sont quotidiennement effectués chez ces personnes âgées dont la majorité n'est pas communicante. Une évaluation régulière de la douleur est possible avec un outil adapté comme les échelles validées de la douleur. Certains facteurs associés à plus de douleur, comme les soins de plaie et les mobilisations, pourraient être corrigés avec des moyens simples. D'autres nécessitent une réflexion (EHPAD, Grande dépendance, fragilité) pour en comprendre les causes.

Un grand nombre de soins est donc ressenti comme douloureux par les patients âgés, or le vieillissement physiologique accroît le risque des prises médicamenteuses. Dans ce contexte, la recherche d'alternative en complément semble être une solution.

II. Les thérapies non médicamenteuses

A. Définition générale

Les thérapeutiques non médicamenteuses sont un ensemble de techniques de soins, d'approches environnementales et d'approches humaines. Elles ont pour objectif le traitement et/ou le soulagement de certains symptômes, l'amélioration de la qualité de vie, la recherche d'un état de bien être et la prévention de l'iatrogénie. Ces thérapeutiques accompagnent les soins quotidiens et sont pratiquées par des équipes pluridisciplinaires. Elles se font en collaboration avec le corps médical (30).

B. Définition de chaque TNM

- Manipulation physique et exercice de rééducation :

Kinésithérapie :

La kinésithérapie est une spécialité paramédicale qui permet à un professionnel diplômé de travailler sur différentes formes de rééducation, le renforcement musculaire, la mobilité et l'endurance d'un patient. Elle est très utilisée à la suite d'une blessure, d'une intervention chirurgicale ou d'un événement traumatisant pour le corps humain.

Ostéopathie :

L'ostéopathie est une méthode de soins qui s'emploie à déterminer et à traiter les restrictions de mobilité qui peuvent affecter l'ensemble des structures composant le corps humain. Elle est fondée sur la capacité du corps à s'autoéquilibrer et sur une connaissance approfondie de l'anatomie.

Balnéothérapie :

La balnéothérapie regroupe l'ensemble des techniques de rééducation actives ou passives réalisées sur des sujets en immersion dans l'eau. Elle consiste à utiliser le pouvoir médicinal de l'eau.

Chiropractie :

La chiropractie est une pratique médicale qui utilise les mains pour soulager les patients. Elle est basée sur la manipulation des différentes parties du corps humain et plus particulièrement de la colonne vertébrale. Cette technique thérapeutique est exercée par un chiropracteur qui agit sur trois domaines : les muscles, les vertèbres et les articulations.

Vertébrothérapie :

La Vertébrothérapie est un mode de soins manuel par manipulation vertébrale réservé à l'usage des médecins, médecins du sport ou rhumatologues. Elle s'adresse aux malades souffrant du mal de dos et de ses conséquences.

Gymnastique douce :

Gymnastique adaptée à la physiologie du public senior. Elle comprend plusieurs disciplines comme le yoga, le stretching postural ou encore la méthode Feldenkrais.

- Massage antalgique et toucher thérapeutique :

Kinésithérapie : cf ci-dessus

Résonance Énergétique par Stimulation cutanée (RESC) :

Méthode dite « non conventionnelle », il s'agit d'une approche corporelle, non invasive (sans aiguille). Cette méthode consiste, par des points de pression bien ciblés, à soulager la douleur physique mais aussi psychologique. La RESC est d'abord une écoute attentive par les mains du praticien. Dans cette attitude de profonde attention, le praticien va d'abord rechercher les blocages énergétiques, puis par une stimulation cutanée douce, il va permettre le retour à une meilleure fluidité de la circulation énergétique. Le protocole de base comprend l'écoute et l'équilibration de points situés sur les pieds, l'abdomen et la tête. La personne est en position allongée, de détente.

Effleurage :

Massage très léger pratiqué avec l'extrémité des doigts ou avec la main entière et n'affectant que la surface cutanée.

- Méthode de physiothérapies :

Cryothérapie :

La cryothérapie est le traitement par le froid.

Thermothérapie :

La thermothérapie est une technique qui emploie la chaleur dans le traitement de la douleur, en particulier musculaire notamment grâce aux lampes à Infrarouge.

La lumière infrarouge est une lumière qui ne peut être perçue par l'œil humain. Elle permet de propager la chaleur dans le corps, elle pénètre jusqu'aux articulations et tendons ce qui lui permet de soulager les douleurs et détendre les muscles et aussi de favoriser la circulation sanguine.

Vibrothérapie :

Traitement à l'aide de vibrations.

- Ultrason :

Les ultrasons sont des vibrations mécaniques de haute fréquence entraînant un effet biostimulant sur l'organisme. Les ondes traversent la peau par l'intermédiaire d'un gel de contact (identique à celui des échographies). Ils permettent de diminuer l'influx nerveux sur la fibre sensitive, d'augmenter le flux sanguin et lymphatique entraînant une diminution de l'œdème et ils permettent une meilleure cicatrisation des tendons et ligaments après un traumatisme.

- Onde de choc :

Vibrations électromagnétiques dont l'application nécessite un guidage par échographie afin de cibler la zone d'impact. Les indications majeures sont les calcifications tendineuses et les tendinites chroniques.

Neurostimulation électrique transcutanée (TENS) :

La neurostimulation électrique transcutanée est une technique antalgique non médicamenteuse qui utilise les propriétés d'un courant électrique transmis au travers d'électrodes placées sur la peau.

Acupuncture :

L'acupuncture est une branche proche de la médecine, d'origine chinoise, à la fois naturelle et empirique. L'acupuncture travaille sur l'ensemble du corps et s'appuie sur les grands principes de la médecine asiatique : yin et yang, utilisation des méridiens énergétiques, etc. Cette méthode consiste à introduire sous la peau des aiguilles en métal, qui vont piquer le corps à des endroits bien précis pour provoquer l'action souhaitée sur l'organisme et rétablir l'équilibre énergétique du corps.

Réflexothérapie :

La thérapie des zones réflexes consiste à exercer un toucher spécifique sur différentes zones réflexes du corps. L'objectif du traitement est de stimuler et de renforcer les capacités de régulation et d'auto-guérison du corps.

➤ Techniques cognitives et comportementales :

Relaxation :

Détente physique et mentale résultant d'une diminution du tonus musculaire et de la tension nerveuse. C'est une méthode visant à obtenir le contrôle conscient du tonus physique et mental afin d'apaiser les tensions internes et de consolider l'équilibre mental.

Sophrologie :

La sophrologie est une technique de relaxation basée sur des exercices de respiration et de gestion de la pensée. Elle est souvent utilisée pour combattre le stress, mais ce n'est pas sa seule indication. Cette technique de relaxation plonge en effet le sujet dans un état de semi-conscience qui lui permet alors de se concentrer sur un besoin bien spécifique.

Hypnose :

État de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion. C'est aussi l'ensemble des techniques permettant de provoquer un état d'hypnose, utilisées notamment au cours de certaines psychothérapies

Biofeedback :

Discipline qui étudie les liens entre l'activité du cerveau et les fonctions physiologiques. L'objectif est de redonner au patient le contrôle sur son propre corps, y compris sur certaines fonctions dites involontaires, de façon à prévenir ou à traiter un ensemble de problèmes de santé par l'utilisation d'appareils (électroniques ou informatiques) comme outils d'apprentissage (ou de rééducation).

Distraction :

Fixer l'esprit sur d'autres centres d'intérêt tel que le dessin, la musique, le chant...

Coping :

Utilisé comme technique de thérapie comportementale, le coping vise à renforcer la capacité de gestion de l'anxiété et de contrôle des peurs. Ce sont des méthodes qui cherchent à renforcer les moyens de la personne pour s'adapter au stress notamment lié à la douleur.

- Aide technique au positionnement, mobilisation, transfert :

Ergothérapie :

L'ergothérapie est une profession de santé évaluant et traitant les personnes afin de préserver et développer leur indépendance et leur autonomie dans leur environnement quotidien et social.

L'ergothérapie repose sur l'éducation, la rééducation, la réadaptation ou encore la réhabilitation, par l'activité. La thérapie mise en place vise à améliorer les capacités d'agir ou compétence lors de séances individuelles ou en groupe. L'ergothérapeute utilise comme support thérapeutique nombre d'activités de la vie quotidienne (toilette, hygiène personnelle, travail et loisirs, etc.).

Orthèses :

L'orthèse est un appareil orthopédique qui revêt plusieurs fonctionnalités. Elle sert à compenser, prévenir ou corriger la ou les parties de votre corps qui sont atteintes. Elle peut servir à soutenir une articulation ou un muscle tout comme elle peut remplacer une fonction corporelle présentant un déficit. Elle permet aussi d'immobiliser une partie du corps pour faciliter son rétablissement. Il existe ainsi des orthèses pour les genoux, les chevilles, les poignets, la mandibule, la voûte plantaire, etc.

Psychomotricien :

Il exerce sa profession auprès d'enfants et d'adultes qui présentent des difficultés d'adaptation au monde à cause d'une intégration perceptivo-motrice perturbée. La rééducation ou thérapie psychomotrice est un des moyens qui permettent de restaurer l'adaptation de l'individu au milieu par le biais d'apprentissages psycho-perceptivo-moteurs. Elle étudie à la fois les mécanismes perceptifs, c'est-à-dire comment et avec quelle efficacité le sujet extrait du milieu les informations pertinentes pour la réalisation de son projet moteur et, par ailleurs, le comportement moteur lui-même et ses caractéristiques.

- Technique médicale et chirurgicale :

Mésothérapie :

Consiste à injecter au site de la lésion par voie intradermique ou sous cutanée superficielle des médicaments à très faible concentration (antalgiques, anesthésiques locaux, anti-inflammatoires...).

Radiothérapie :

La radiothérapie consiste à exposer une partie précise du corps à des radiations ionisantes.

Techniques antalgiques chirurgicales :

Appliquées par les chirurgiens, elles sont très variées.

- Salle Snoezelen :

L'espace Snoezelen est aussi appelé environnement multisensoriel. Ces espaces sont spécialement conçus pour pouvoir cibler les stimuli sens par sens, notamment au travers d'effets lumineux, de jeux de couleurs, de sons, de musique, de parfums, etc. L'utilisation de différentes textures de matières sur les murs permet une exploration tactile. Le sol est agencé de façon à stimuler la recherche d'équilibre. L'espace est typiquement adapté par la personne stimulante avant la séance afin de solliciter plusieurs sens à la fois ou, au contraire, pour se concentrer sur un seul sens. L'adaptation se fait en jouant sur les différents paramètres de l'espace que sont les éclairages, l'atmosphère, les sons et les textures afin de répondre au contexte spécifique de la ou des personne(s) à stimuler.

C. TNM reconnues et aspect légal

1. Législation

Ils existent un très grand nombre de thérapies dites alternatives ou parallèles. Peu encadrées législativement, il faut préciser les contraintes réglementaires qui régissent l'exercice de la médecine et les pratiques alternatives en France.

- Le code de déontologie médicale (31) :

Article 11

Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu.

Article 14 (article R.4127-14 du code de la santé publique)

Les médecins ne doivent pas divulguer dans les milieux médicaux un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé sans accompagner leur communication des réserves qui s'imposent. Ils ne doivent pas faire une telle divulgation dans le public non médical.

Article 32

Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents

Article 39

Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salulaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite.

- Le code de santé publique (32):

Article L4111-1

Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme s'il n'est :
1° Titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 ; (...)

3° Inscrit à un tableau de l'ordre des médecins, à un tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'ordre des sages-femmes, sous réserve des dispositions des articles L. 4112-6 et L. 4112-7.

Ainsi toute pratique de la médecine requière une formation adaptée, le charlatanisme est proscrit et toute thérapie doit être suffisamment prouvée scientifiquement.

2. Reconnaissance des TNM

a) Généralement : les instances publiques

➤ L'Académie Nationale de médecine (ANM) :

L'ANM rappelle que les pratiques souvent dites médecines complémentaires ne sont pas des "médecines", mais des techniques empiriques de traitement pouvant rendre certains services en complément de la thérapeutique à base scientifique de la médecine proprement dite (33).

À l'adresse des hôpitaux et établissements de soins, l'ANM recommande :

- de recenser les thérapies complémentaires en usage dans l'établissement
- de n'autoriser leur usage, ou la poursuite de leur usage, que dans une structure pratiquant des soins conventionnels, après avis motivé des instances médicales de l'établissement
- de ne pas affecter une structure autonome à une de ces pratiques ou à plusieurs regroupées
- de réserver, au moins dans un premier temps, les thérapies complémentaires aux patients hospitalisés ou l'ayant été, à ceux suivis en consultation et à ceux adressés de l'extérieur par un médecin dans le cadre d'un réseau de soins
- de ne confier leur mise en œuvre qu'à des médecins, sages-femmes ou professionnels de santé travaillant sous contrôle médical, tous préalablement formés à cet effet
- d'évaluer régulièrement ces pratiques
- d'exploiter dans toute la mesure du possible les résultats de ces traitements dans le cadre d'essais cliniques, uni ou multicentriques, de déposer un protocole d'essai pour tout projet dans une indication inhabituelle ou controversée.

➤ **L'Organisation mondiale de la santé (OMS)**

L'OMS a reconnue depuis 2002 l'utilité de la médecine traditionnelle (MT) ou médecine complémentaire (MC) dans le parcours de soins du patient (34).

Plusieurs stratégies ont été mises en place. La dernière concerne la période 2014 à 2023. Elle vise à aider les responsables de santé à développer des solutions favorisant l'amélioration de la santé et l'autonomie des patients.

Cette stratégie suit deux grands buts :

- épauler les États Membres qui cherchent à mettre à profit la contribution de la MT/MC au service de la santé, au bien-être et aux soins de santé centrés sur la personne
- favoriser un usage sûr et efficace de la MT/MC au moyen d'une réglementation des produits, des pratiques et des praticiens.

Ces buts pourront être atteints si les trois objectifs stratégiques sont atteints, à savoir :

- 1) consolider la base de connaissances et formuler des politiques nationales.
- 2) renforcer la sécurité, la qualité et l'efficacité via la réglementation.
- 3) promouvoir une couverture sanitaire universelle en intégrant les services de MT/MC et l'auto-prise en charge sanitaire dans les systèmes de santé nationaux.

➤ **Le troisième plan douleur du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) :**

Le point fort de ce plan est de faire référence au recours aux techniques non médicamenteuses dans la prise en charge de la douleur (24).

« Le traitement médicamenteux ne constitue pas la seule réponse à la demande des patients douloureux. Les techniques non médicamenteuses de prise en charge de la douleur existent. Les professionnels et les usagers les reconnaissent comme efficaces. Il s'agit de traitements réalisés par des professionnels de santé qualifiés :

- traitements physiques (massages, kinésithérapie, physiothérapie avec la cryothérapie, électrostimulation transcutanée, balnéothérapie, éducation posturale et gestuelle)

- méthodes psychocorporelles ou comportementales (hypnose, relaxation, sophrologie) »

L'évaluation publiée en 2011 a également permis de mettre en lumière que les connaissances concernant les méthodes non pharmacologiques ont peu progressé. Les obstacles au développement des thérapies non médicamenteuses sont nombreux. Les conditions de rémunération imposées par l'Assurance Maladie aux professionnels non médicaux, associées à un manque de volonté politique constituent l'un de ces principaux obstacles.

On constate des difficultés d'évaluation des techniques comme l'ostéopathie, l'auriculothérapie, l'art thérapie, les groupes de parole...etc dans la prise en charge de la douleur chronique.

Le rapport de l'HCSP encourage donc les études comme celles financées par le 3e plan (neurostimulation transcutanée pour les lombalgies et relaxation dans la migraine).

➤ **Le portail MOBIQUAL.**

Ce programme est porté par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) afin d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles en EHPAD, en établissements de santé et à domicile au bénéfice des personnes âgées et handicapées.

Il a développé des outils « Douleur » pour la diffusion de bonnes pratiques de repérage, d'évaluation et de prise en charge de la douleur chez la personne âgée à destination des professionnels. Ils ont été élaborés en collaboration avec la Société Française d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (SFETD).

Un des outils mis à disposition est un diaporama sur la prise en charge non médicamenteuse qui recense les différentes TNM. La palette des techniques possibles est large.

Ces méthodes ont un double objectif :

- Diminuer la douleur.
- Augmenter la mobilité.

b) Quelques précisions

➤ L'acupuncture

En France, l'acupuncture ne peut être exercée légalement que par un docteur en médecine, chirurgien dentaire, vétérinaire ou les sages femmes.

Elle est reconnue comme mode d'exercice particulier par le conseil de l'ordre des médecins depuis 1974.

Actuellement elle est enseignée dans les facultés et donne accès à un Diplôme d'état Interuniversitaire (DIU) et/ou une capacité.

➤ L'ostéopathie et la chiropraxie :

Elles sont reconnues à travers la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

Article 75

L'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropraxie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret. Le programme et la durée des études préparatoires et des épreuves après lesquelles peuvent être délivré ce diplôme sont fixés par voie réglementaire.

Les DIU et DU de « médecine manuelle-ostéopathie » enseignés dans les facultés sont reconnus par le Conseil de l'ordre des médecins depuis 1996.

➤ Techniques physiques : kinésithérapie et ergothérapie

Ces deux professions sont reconnues par l'obtention d'un diplôme d'Etat réglementé par le code de santé publique.

Leurs indications sont également enseignées lors du deuxième cycle des études médicales à travers l'item 53 du module Handicap-Incapacité-Dépendance (35).

➤ Le TENS : neurostimulation électrique transcutanée

Il a fait l'objet d'une évaluation par la haute autorité de santé (HAS).

La Commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP) :

- a attribué un service rendu suffisant aux appareils de neurostimulation électrique transcutanée
- n'a pas déterminé d'amélioration du service rendu par rapport aux alternatives ou entre différentes modalités de TENS
- a retenu comme indication les douleurs chroniques, sans précision de l'étiologie, lorsqu'il y a insuffisance et/ou inadéquation des traitements médicamenteux
- a maintenu l'exigence d'un essai préalable à la prescription et d'une période de location de 6 mois avant la prise en charge à l'achat de l'appareil
- a proposé d'élargir la prise en charge à des prescripteurs exerçant hors des structures d'étude et de traitement de la douleur, sous réserve qu'ils bénéficient d'une formation spécifique à la technique et des capacités nécessaires pour assurer un suivi adapté du patient.

➤ L'hypnose :

D'après l'Académie de Médecine, l'hypnose serait « intéressante » en cas de douleur liée aux gestes médicaux invasifs chez l'enfant et l'adolescent. Des essais montrent également un intérêt pour lutter contre les effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses.

Les essais cliniques sont difficiles à mener (comment faire un « double aveugle » ?), comportent peu d'effectifs et sont difficilement comparables entre eux.

Elle est également enseignée par des DU indépendants dans les facultés (36).

D. Chez le sujet âgé

De nombreuses études sont menées sur le sujet âgé. Le domaine de la douleur, les effets secondaires médicamenteux, le vieillissement physiologique et les TNM ont été explorés, mais peu d'études sont spécifiques de la prise en charge de la douleur par les TNM chez une population de plus de 65 ans.

Or l'intérêt des TNM dans la prise en charge globale de la personne âgée a pu être mis en évidence (37).

Le projet ONTOP fait partie d'un vaste projet de recherche financé par l'Union européenne appelé SENATOR (Software ENgine for the Assessment & optimization of drug and non-drug Therapy in Older person). Il vise à construire un logiciel capable d'optimiser les traitements, non pharmacologiques et pharmacologiques, et simultanément minimiser les réactions indésirables aux médicaments, la prescription inappropriée, la polymédication et le coût excessif chez les patients plus âgés présentant une multi-morbidité. Ce logiciel se base sur une revue systématique de la littérature et son but final est d'émettre des recommandations de prise en charge en fonction des syndromes gériatriques les plus prévalents (38).

La British Geriatric Society et la British Pain Society ont aussi collaboré pour produire un référentiel sur la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées. Il est classé en sections traitant de la pharmacologie, des thérapies interventionnelles, des interventions psychologiques, de l'activité physique avec des appareils fonctionnels et des thérapies complémentaires.

Les recommandations émises dans ce référentiel font suite à une revue systématique approfondie de la littérature et aideront les professionnels de la santé à prendre en compte les différentes options disponibles dans la prise en charge de la douleur chez les patients les plus âgés (39).

D'autres revues de la littérature ont également été menées (40) et des études validées, comme sur l'hypnose et la réduction de la douleur chez le sujet âgé hospitalisé, ont aussi été réalisées (41). Des ébauches de recommandations sont donc en cours d'élaboration sur l'utilisation des TNM dans la prise en charge antalgique du sujet âgé. Elles sont basées sur ces études rapportant l'« evidence base medecine » littéraire.

Malgré tout, elles pointent toutes le manque actuel d'études scientifiquement reconnues (42).

Les TNM sont donc reconnues par les instances gouvernementales. Leurs indications sont larges, mais restent pour certaines à préciser.

Leur intérêt dans la prise en charge de la douleur est indéniable, mais des études à haut niveau de preuves sont encore nécessaires afin d'apporter des recommandations à leur utilisation notamment chez le sujet âgé.

Matériel et méthode

I. Type d'étude

Nous avons réalisé une enquête de pratique descriptive transversale observationnelle univariée centrée sur une cohorte de patients hospitalisés en gériatrie (CSG, SSR) avec une analyse quantitative.

Pour cette étude, un questionnaire, un lexique et un guide de remplissage ont été distribués aux patients inclus. Une aide au remplissage, à travers un entretien individuel, a également été proposée.

II. Population d'étude et stratégie d'échantillonnage

A. Taille de l'établissement

Le Centre hospitalier gériatrique du Mont d'or dispose de :

- Services de Médecine Gériatrique, Soins de Suite et Réadaptation (SSR) et d'un hôpital de jour :
 - 26 lits de médecine
 - 156 lits de Soins Suite et de Réadaptation
 - 5 places en hôpital de jour
- Unités de Soins de Longue Durée (USLD) pour les personnes âgées en perte d'autonomie, dépendante, sur le site d'Albigny sur Saône : 85 lits
- Secteur médico-social :
EHPAD : 351 lits sur 2 sites (Chasselay et Albigny)

B. Services concernés lors de l'inclusion

Notre étude a été menée sur les services de :

- Soins de Suite et Réadaptation :
 - Service Amandier composé d'unités fonctionnelles Amandier 1 de 34 patients et Amandier 2 de 36 patients
 - Service Capucine 2 qui est une unité fonctionnelle de 36 patients
 - Soit 106 lits de SSR
- Médecine Gériatrique : service Capucine 1 avec 26 patients

Les services d'USLD et le pavillon Bruyère, qui est spécialisé dans la prise en charge des troubles cognitifs et des démences, ont été exclus de l'étude.

- Le service Bruyère composé :
 - De l'unité fonctionnelle B1 de 14 lits : patients avec des troubles importants du comportement
 - De l'unité fonctionnelle B2 : fermée lors de l'inclusion
- L'USLD : patients très dépendants et fragiles.

C. Population cible

La population cible correspondait à tous les patients hospitalisés au Centre hospitalier Gériatrique du Mont d'or des pavillons Amandier et Capucine et répondants aux critères d'inclusion.

D. Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les patients hospitalisés dans les services de CSG et de SSR lors du recueil de données ont été systématiquement inclus.

Les patients ont secondairement été exclus si :

- les médecins en charge du patient estimaient que les troubles cognitifs du patient ne lui permettaient pas de répondre
- ils refusaient de participer à l'étude

- ils présentaient une altération de l'état général en lien avec une pathologie aiguë ou chronique
- ils présentaient des troubles de la compréhension invalidants (pathologie psychiatrique ou neurologique, handicap de communication type surdité, barrière linguistique)
- ils étaient présents dans le service depuis moins de 2 jours.

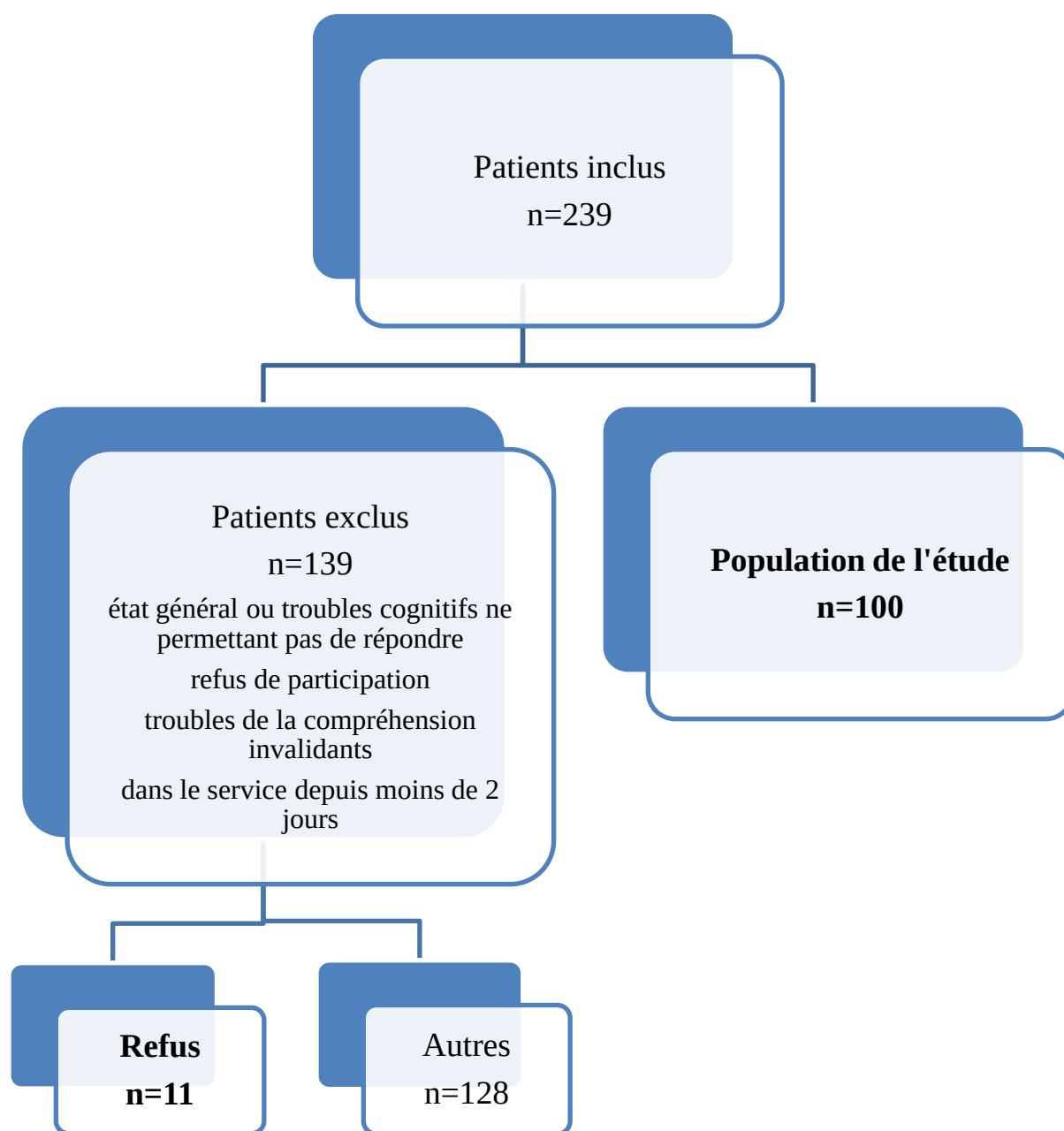
E. Constitution de l'échantillon

Au préalable, il a été nécessaire d'obtenir l'autorisation de l'établissement pour pouvoir interroger les patients. Pour ce faire, un protocole d'audit (Annexe 5) a été rédigé et une demande officielle a été transmise à la présidente de la commission médicale d'établissement (CME). Ce protocole a été présenté à la CME où étaient présents le directeur général, la présidente de la CME et les médecins de l'établissement à qui le projet avait déjà été exposé lors d'une réunion médicale. Ils ont donné leur accord pour la réalisation de l'étude.

Le CLUD était également tout à fait favorable à notre thématique, celle-ci correspondant au projet de service de développer les TNM.

L'échantillon de notre étude a été obtenu suite à la diffusion des questionnaires dans les différents services de l'établissement concerné. En ce sens, les questionnaires ont été distribués par un seul et unique enquêteur. Un seul service par jour était sollicité et tous les patients de ce service étaient inclus de principe. Les patients des autres services n'étaient inclus que le jour de la diffusion du questionnaire par l'enquêteur.

F. Flow Chart de la population de l'étude



III. Recueil des données

A. Réalisation du questionnaire

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire réalisé sur Open Office Writer® (Annexe 3).

Le questionnaire a été élaboré à partir de recherches bibliographiques et notamment à l'aide du portail MOBIQUAL. Ce programme est porté par la Société Française de Gériatrie et Gériatologie, afin d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles en EHPAD, en établissements de santé et à domicile au bénéfice des personnes âgées et handicapées.

Le questionnaire a bénéficié de l'évaluation de plusieurs intervenants, à savoir trois docteurs en médecine et un docteur en pharmacie du CHG du Mont d'Or (pharmacienne qualicienne de l'établissement), qui ont pu l'enrichir de leurs connaissances professionnelles.

Un questionnaire a également été soumis à une « patiente témoin » du CHG afin d'évaluer la faisabilité et le temps d'interrogatoire. A l'issue de cet entretien, quelques modifications ont été apportées au questionnaire.

Enfin, ce dernier a fait l'objet d'un travail de mémoire d'initiation à la recherche. Le but de ce travail était de tester le questionnaire de thèse et d'obtenir des données de comparaison en ambulatoire même si l'effectif est faible. Il a été proposé du 1^{er} au 31 juillet 2016 à une population de patients âgés de plus de 65 ans en ambulatoire, qui avait la possibilité de le remplir seul au cabinet ou chez eux. Ainsi, 22 patients ont répondu au questionnaire. Suite aux résultats et remarques certaines questions ont été modifiées afin d'en améliorer la compréhension.

Le document final transmis aux patients comprenait :

- une lettre explicative (Annexe 1)
- un guide de remplissage (Annexe 2)
- un questionnaire (Annexe 3)
- un lexique contenant toutes les définitions des thérapies non médicamenteuses (TNM) évoquées dans le questionnaire (annexe 4).

Le questionnaire, a proprement parlé, comportait des questions fermées appelant une réponse binaire par oui ou non, avec la possibilité de répondre « ne sait pas ». Les autres questions étaient

majoritairement des questions à choix multiples. Trois questions intégraient des échelles, à savoir, numérique et de Likert. Enfin, deux questions étaient ouvertes afin de permettre aux patients de donner leur avis sur leur prise en charge antalgique par les TNM, ainsi que sur le questionnaire en lui-même.

B. Distribution du questionnaire

Tous les patients hospitalisés pendant la période d'inclusion, du 1 septembre au 30 novembre 2016, et ne présentant pas de critères d'exclusions, ont été sollicités pour répondre à un questionnaire sur la prise en charge de leurs douleurs par les thérapies non médicamenteuses.

Après accord, le questionnaire a été distribué au patient afin qu'il en prenne connaissance et qu'il commence à le remplir. Puis lors d'un entretien individuel dans la chambre du patient, si ce dernier en éprouvait le besoin, une aide lui était apportée pour compléter le document et pour répondre à ses questions.

Un entretien individuel sans prise de connaissance du questionnaire préalable leur a également été proposé.

Un seul et unique enquêteur était présent lors des entretiens le plus standardisé possible. De fait, les patients bénéficiaient d'une présentation orale du questionnaire, et d'une lecture des questions si besoin, ainsi que d'une explication identique pour chaque TNM et une reformulation adaptée si nécessaire.

La durée de chaque entretien a été enregistrée.

En cas de refus de la part du patient, les raisons du refus ont été notées et le patient exclu.

Le recueil des données s'est arrêté à 100 questionnaires remplis.

C. Analyse descriptive

Les données ont été codées puis intégrées dans le logiciel Open Office calc® (la version Excel d'Open Office).

Le motif d'hospitalisation a été recueilli dans le dossier médical et a été secondairement reclassé en fonction de la CIM 10, qui est la classification codant les maladies, signes, symptômes,

circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures, publiée par l'organisation mondiale de la santé (43). Un codage spécifique a été attribué pour les patients hospitalisés uniquement pour un syndrome douloureux. Le motif secondaire « douleur » a également été recueilli.

Pour la question relative aux traitements antérieurs (II.7, Annexe 1), les patients devaient indiquer le nom de leurs traitements qui ont été secondairement reclassés dans les différentes catégories ou paliers. Les traitements actuellement pris ont été collectés dans le dossier médical et aussi reclassés dans les différentes catégories ou paliers.

Les données notées « NA : non appliqué » correspondaient aux données que les patients n'ont pas eu à remplir du fait d'un renvoi dans le questionnaire.

L'analyse descriptive a ensuite été effectuée avec l'aide d'un Professeur en biostatistiques, de l'université Claude Bernard, lors de deux rencontres de 3 heures, et du logiciel S.P.S.S.

Des données ont été croisées afin de déterminer si les patients utilisent uniquement les TNM qu'ils connaissent, s'ils souhaitent utiliser les TNM qu'ils connaissent ou celles qu'ils ont déjà utilisées. Le test de chi-2, le test de correction pour la continuité ou le test exact de Fisher ont été utilisés dans l'analyse des tableaux croisés.

Enfin, afin de déterminer le degré de dépendance, l'Odds ratio a été calculé pour l'analyse de ces tableaux croisés.

Les graphiques et les tableaux ont également été réalisés avec ces logiciels (SPSS, EXCEL®).

IV. Recherches bibliographiques

La recherche bibliographique a été réalisée avec des mots clés par l'intermédiaire de moteur de recherche tels que Google, pubmed, Cochrane, cismef, SUDOC, et autres.

Les termes MeSH utilisés étaient « integrative medicine », « complementary therapies », « non pharmacological intervention », « geriatrics », « ageing », « pain », « analgesia ».

Les sites gouvernementaux type « sante.gouv.fr » et les sites officiels médicaux tels que l'HAS ou encore l'Agence National de Sécurité du Médicament (ANSM), ainsi que la Société française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) ont également été consultés.

Résultats

I. Données socio-environnementales

	Age (Années)
Moyenne	83,32
Ecart-type	7,589
Minimum	66
Maximum	97

Tableau 1 : âge des patients inclus, n=100

Variables	Effectifs	Pourcentages
Sexe		
Homme	27	27,0
Femme	73	73,0
Total	100	100,0
Milieu		
Rural	4	4,0
semi-rural	16	16,0
Urbain	80	80,0
Total	100	100,0
Ancienne profession		
agriculteurs exploitants	4	4,0
artisans/commerçants, chefs d'entreprise	8	8,0
cadres/professions intellectuelles supérieures	12	12,0
professions intermédiaires	18	18,0
Employés	27	27,0
Ouvriers	15	15,0
Autres	16	16,0
Total	100	100,0
Niveau d'étude		
certificat d'étude	51	51,0
baccalauréat	10	10,0
post baccalauréat	16	16,0
sans diplôme	23	23,0
Total	100	100,0

Tableau 2 : données socio-environnementales

Variables	Effectifs	Pourcentages
Service d'hospitalisation		
SSR	76	76,0
CSG	24	24,0
Total	100	100,0
Motif d'hospitalisation		
maladies infectieuses et parasitaires	3	3,0
Tumeurs	8	8,0
maladie du sang et des organes hématopoïétiques, trouble du système immunitaire	4	4,0
maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1	1,0
troubles mentaux et du comportement	8	8,0
maladie de l'appareil circulatoire	12	12,0
maladie de l'appareil respiratoire	3	3,0
maladies de l'appareil digestif	7	7,0
maladie de la peau et du tissu cellulaire sous- cutané	2	2,0
maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	36	36,0
maladie de l'appareil génito-urinaire	3	3,0
symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	11	11,0
Douleurs	2	2,0
Total	100	100,0
Motif d'hospitalisation secondaire :		
douleur		
Oui	41	41,0
Non	59	59,0
Total	100	100,0

Tableau 3 : caractéristiques de l'hospitalisation

Durée d'hospitalisation globale	(jours)	En court séjour gériatrique	(jours)	En soins de suite et réadaptation	(jours)
Moyenne	24,96	Moyenne	6.5	moyenne	30.789474
Médiane	9,00	Médiane	4.5	médiane	13.5
écart-type	39,001	écart-type	6.02891583	écart-type	43.0485976
Minimum	2	Minimum	2	minimum	2
Maximum	205	Maximum	31	maximum	205

Tableau 4 : durée de l'hospitalisation le jour de l'inclusion

II. Expérience du patient sur la douleur

Caractérisation des douleurs	Effectifs	Pourcentages
Horaire		
aucune douleur	21	21,0
douleurs récentes	4	4,0
douleurs anciennes	7	7,0
douleurs actuelles	3	3,0
douleurs récentes et anciennes	16	16,0
douleurs récentes et actuelles	11	11,0
douleurs anciennes et actuelles	3	3,0
douleurs récentes, anciennes et actuelles	35	35,0
Total	100	100,0
Type		
douleurs aiguës	59	59,0
douleurs chroniques	50	50,0
non appliqué	21	21,0

Douleurs récentes : inférieur à 3 mois

Douleurs anciennes : supérieur à 3 mois

Tableau 5 : caractérisation des douleurs

Traitements	Effectifs	Pourcentages
Ordonnance hospitalière		
palier 1	71	71,0
palier 2	27	27,0
palier 3	18	18,0
antidépresseur	30	30,0
antiépileptique	12	12,0
Anesthésique	0	0
Autre	14	14,0
Aucun	2	2,0
ne sait pas	1	1,0
non appliqué	21	21,0
Ancienne prise médicamenteuse		
palier 1	48	48,0
palier 2	9	9,0
palier 3	5	5,0
antidépresseur	1	1,0
antiépileptique	2	2,0
Anesthésique	0	0,0
Autre	3	3,0
Aucun	5	5,0
ne sait pas	24	24,0
non appliqué	21	21,0

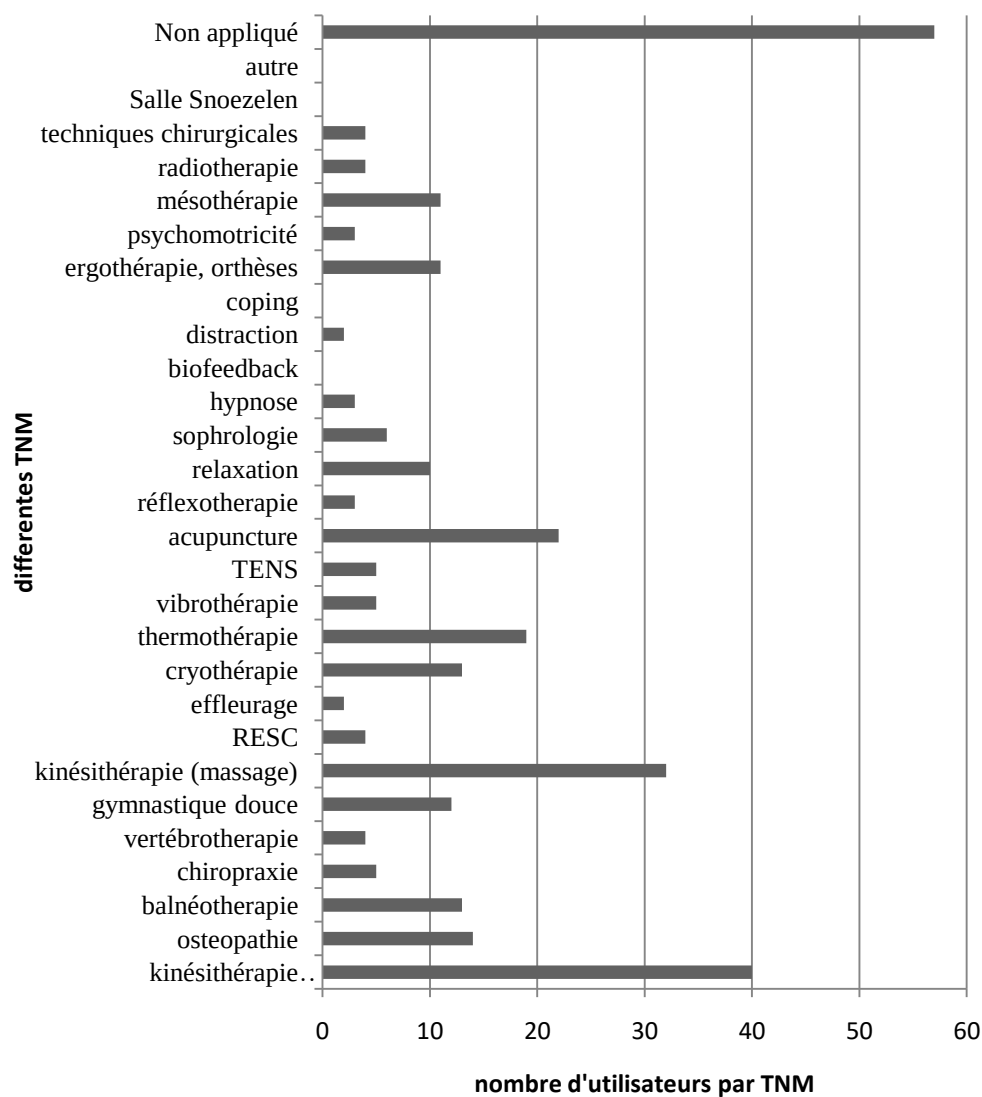
Tableau 6 : prise médicamenteuse

Avez-vous déjà utilisez des TNM ?	Effectifs	Pourcentages
Oui	43	43,0
Non	36	36,0
non appliqué	21	21,0

Tableau 7 : utilisation des TNM

Si oui, lesquelles ?

Figure 1 : TNM déjà utilisées par les patients âgés hospitalisés



Utilisation des TNM	Effectifs	Pourcentages
première intention	10	10,0
deuxième intention	23	23,0
durant une hospitalisation	12	12,0
consultation hospitalière externe	0	0,0
en cabinet de ville	25	25,0
à domicile	18	18,0
autre	0	0,0
ne sait pas	4	4,0
non appliqué	57	57,0

Tableau 8 : caractéristiques de l'utilisation des TNM

Professionnel de santé ayant appliqué les TNM	Effectifs	Pourcentages
kinésithérapeute	37	37,0
médecin	14	14,0
autre	14	14,0
ergothérapeute	10	10,0
ostéopathe	5	5,0
psychomotricienne	3	3,0
infirmière	2	2,0
aide soignante	1	1,0
chiropracteur	0	0
psychologue	0	0
ne sait pas	1	1,0
non appliqué	57	57,0

Tableau 9 : professionnels appliquant les TNM

Figure 2ab : Echelle Verbale Simple (EVS) avant (fig 2a) et après (fig 2b) TNM

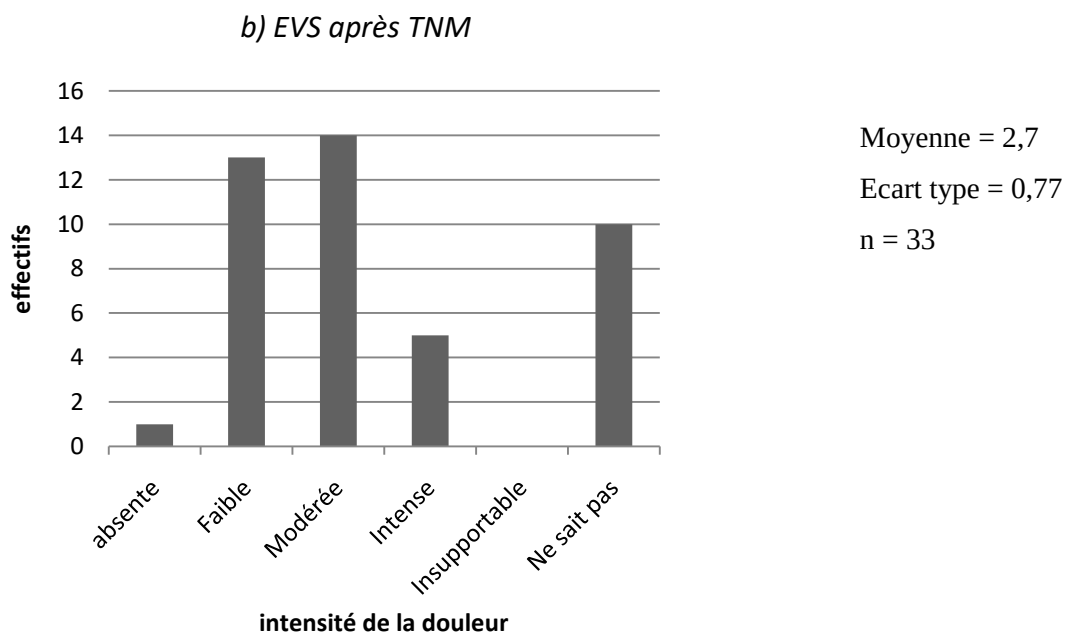
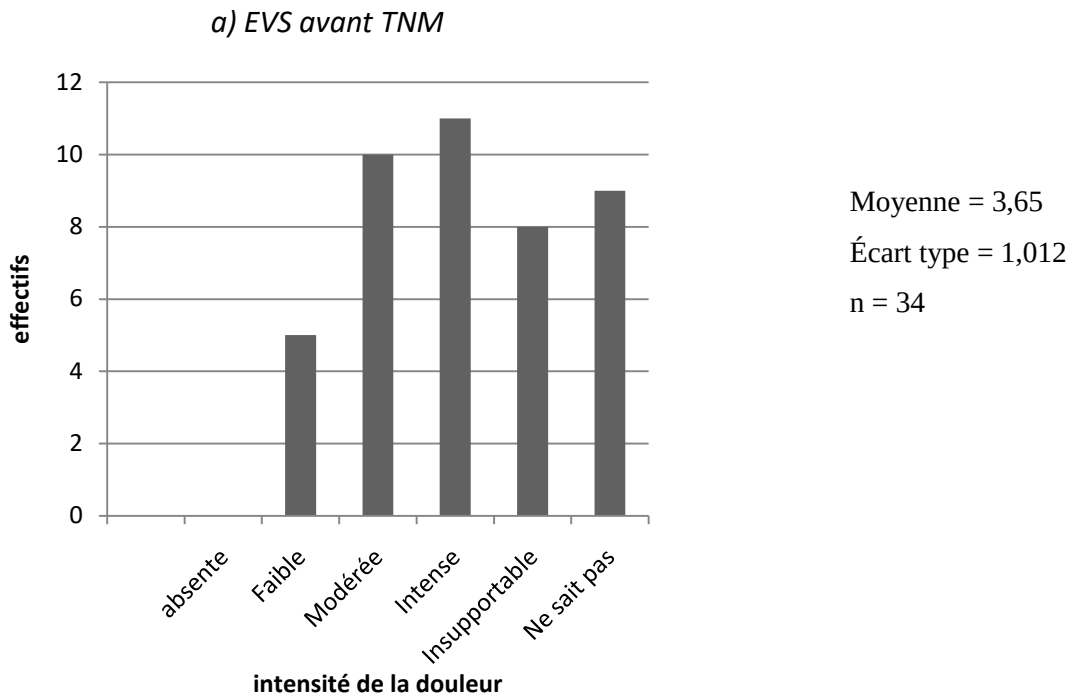
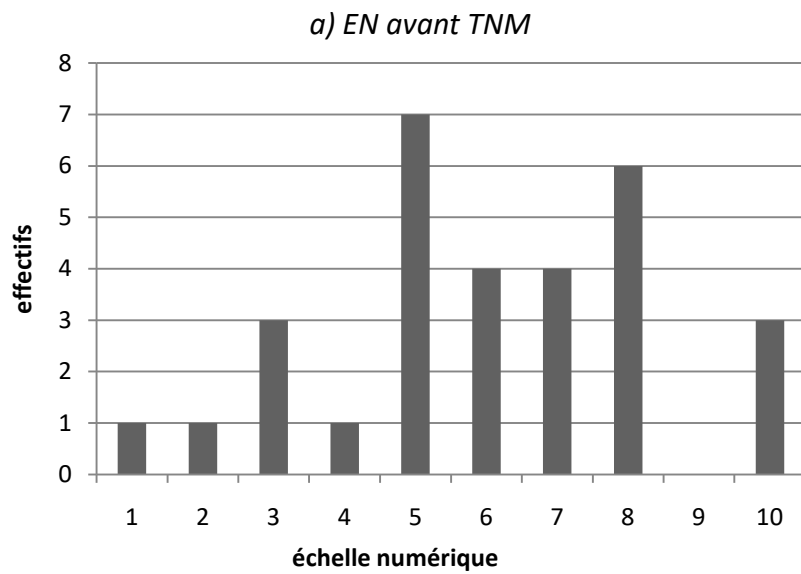
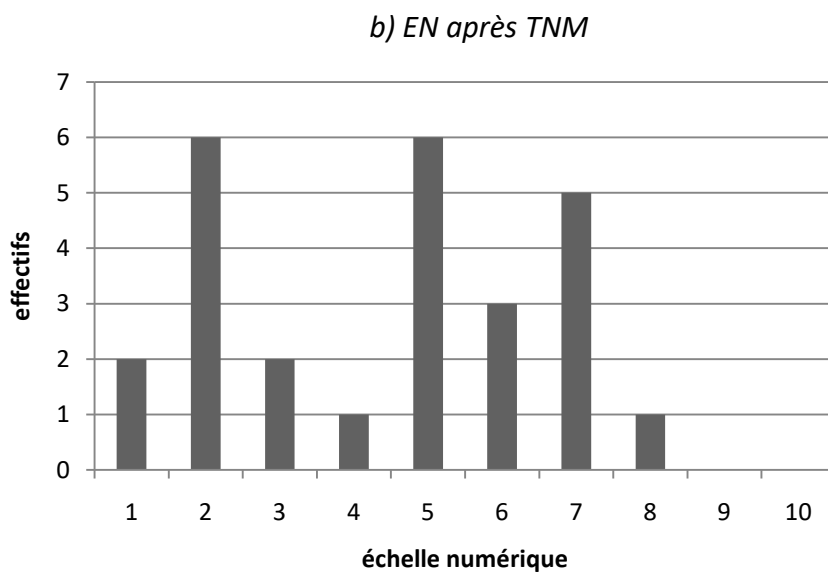


Figure 3 ab : Echelle Numérique (EN) avant (fig3a) et après (fig 2b) TNM



Moyenne = 6,03
Ecart type = 2,312
n=30



Moyenne = 4,42
Ecart type = 2,176
n = 26

		N	Rang moyen	Somme des rangs
EVS B - EVS A	Rangs négatifs	24 ^a	13,00	312,00
	Rangs positifs	2 ^b	19,50	39,00
	Ex aequo	7 ^c		
	Total	33		
EN B - EN A	Rangs négatifs	17 ^d	10,12	172,00
	Rangs positifs	2 ^e	9,00	18,00
	Ex aequo	7 ^f		
	Total	26		

a. EVS B < EVS A

b. EVS B > EVS A

c. EVS B = EVS A

d. EN B < EN A

e. EN B > EN A

f. EN B = EN A

Tableau 10 : comparaison des échelles de la douleur avant/après l'utilisation des TNM

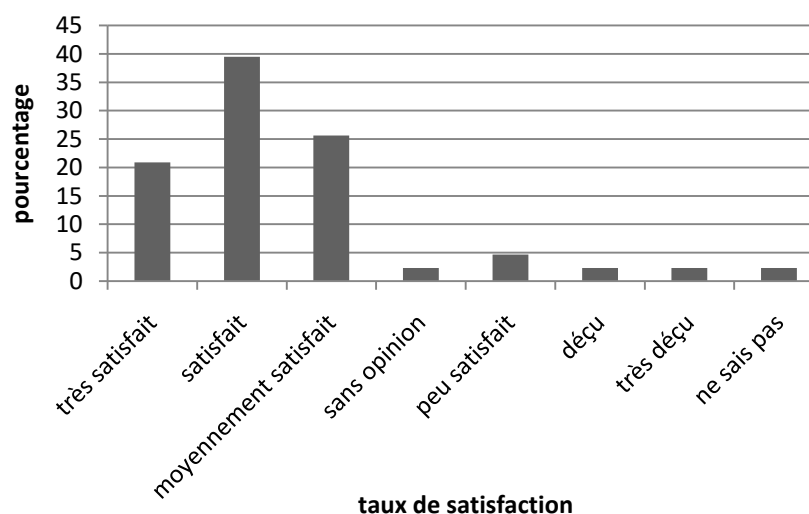
	Test ^b	
	EVS B - EVS A	EN B - EN A
Z	-3,557 ^a	-3,130 ^a
Signification asymptotique (bilatérale)	0,000	0,002

a. Basée sur les rangs positifs.

b. Test de Wilcoxon

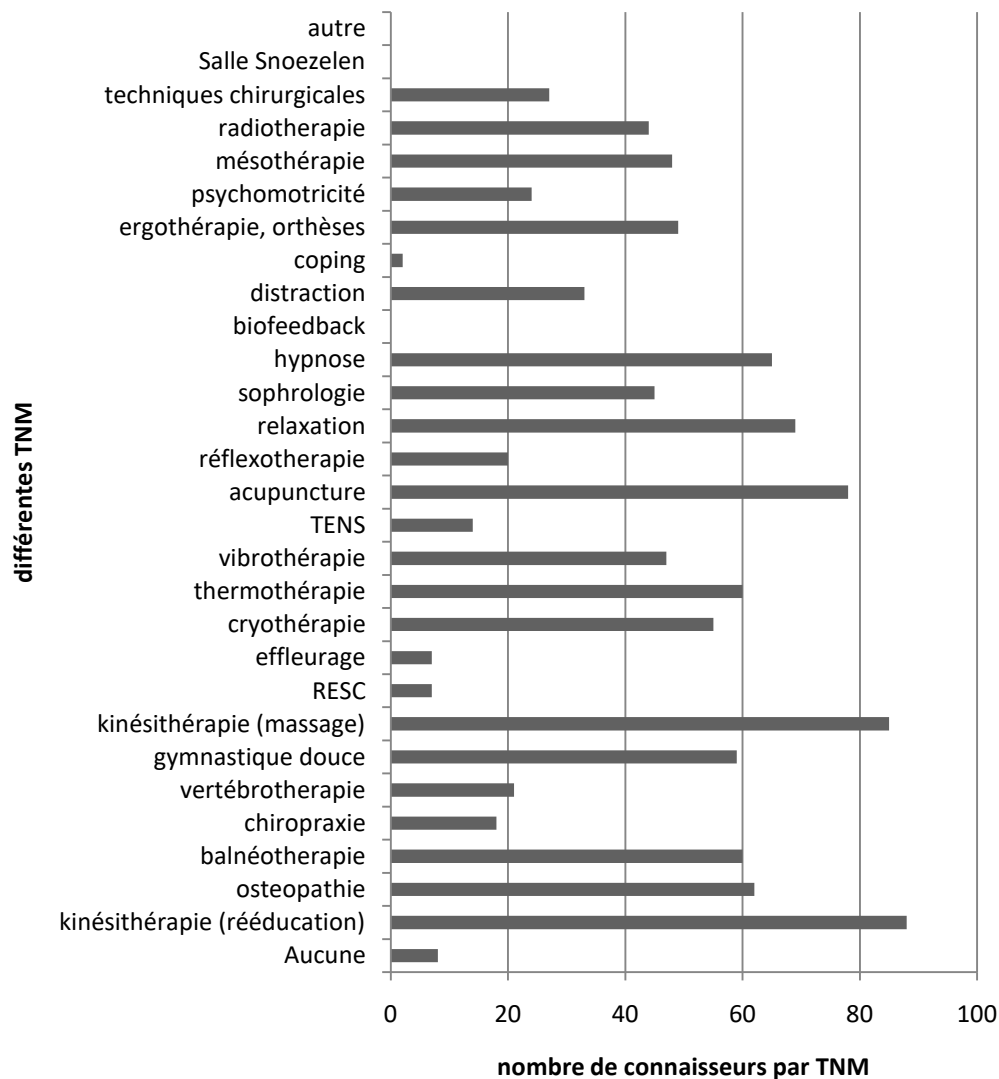
Tableau 11 : écart des échelles de la douleur avant/après TNM et significativité statistique

Figure 4 : taux de satisfaction chez les utilisateurs de TNM, n=43



III. Connaissances du patient sur les TNM

Figure 5 : nombre de connaisseurs par TNM

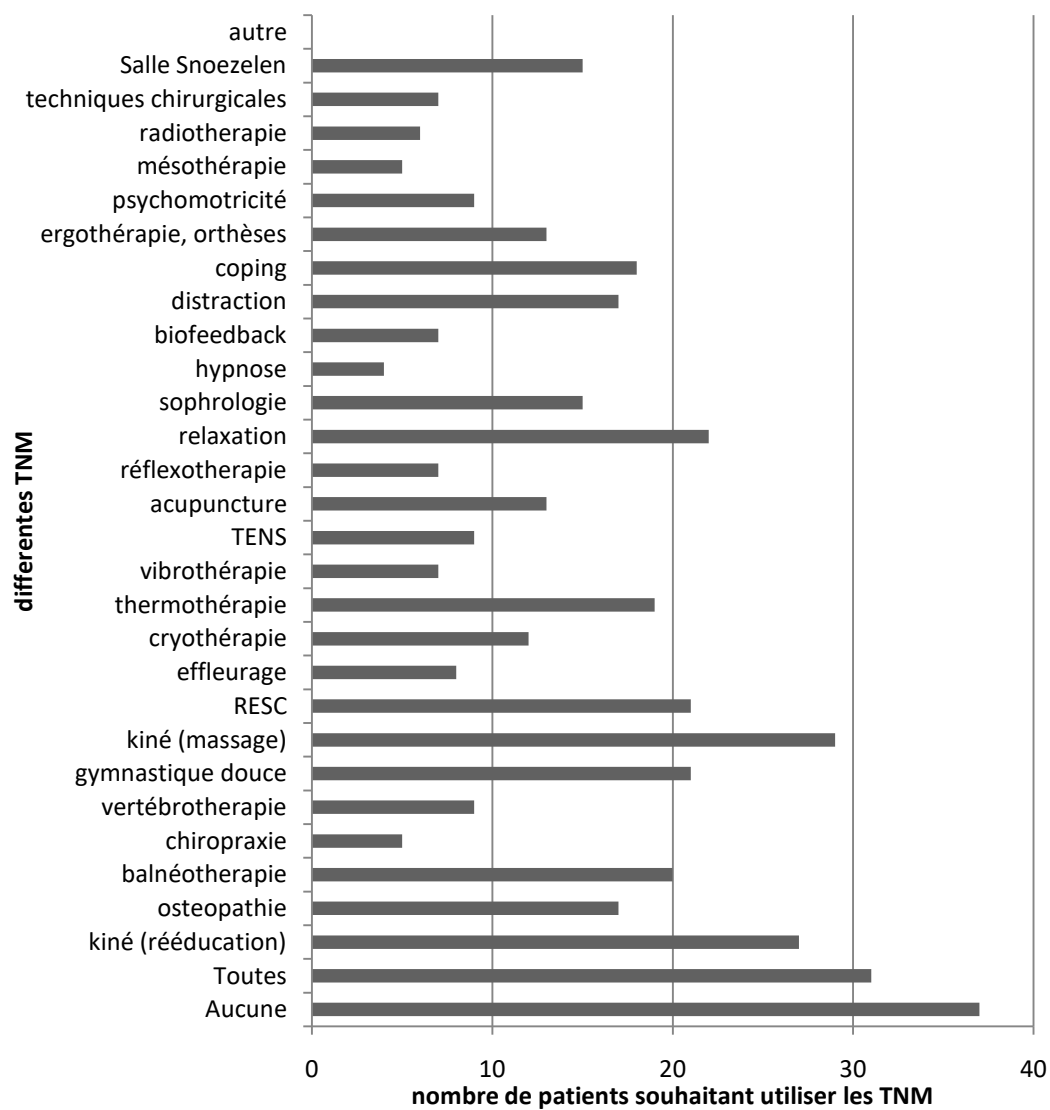


TNM connues par	Effectifs	Pourcentage
entourage	53	53,0
médecin	30	30,0
tv	18	18,0
autre professionnel de santé	10	10,0
presse écrite	10	10,0
livres	8	8,0
autre	3	3,0
internet	1	1,0
radio	1	1,0
ne sait pas	6	6,0
non appliqué	8	8,0

Tableau 12 : moyen de connaissance des TNM

IV. Les attentes du patient

Figure 6 : nombre de patients âgés hospitalisés qui souhaite utiliser les TNM en fonction des différentes thérapies



Variables	Effectifs	Pourcentages
Raison d'utilisation		
réduire les prises médicamenteuses	41	41,0
effet complémentaire	13	13,0
absence d'effet secondaire	9	9
peu d'effet secondaire	9	9,0
prise en charge globale	6	6,0
autre	5	5,0
ne sait pas	9	9
non appliqué	37	37
Mode d'utilisation		
avant un traitement médicamenteux	19	19,0
en complément des médicaments	16	16,0
après échec des médicaments	13	13,0
seules	1	1,0
autre	1	1,0
ne sait pas	16	16,0
non appliqué	37	37,0

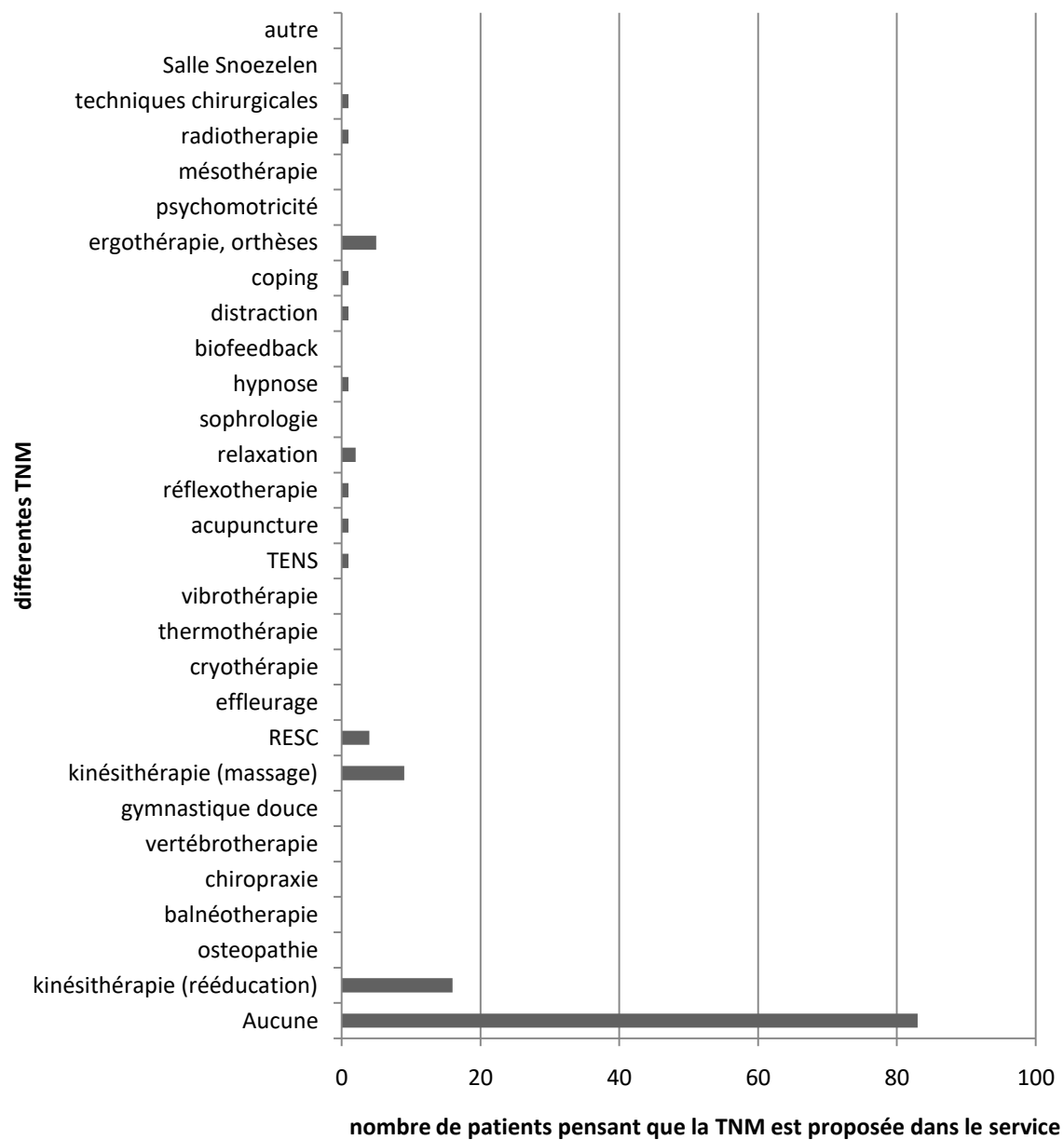
Tableau 13 : caractéristiques de l'utilisation des TNM

Raisons de la NON utilisation	Effectifs	Pourcentages
trop cher	32	32,0
manque de connaissance	31	31,0
difficulté d'accès	20	20,0
effets secondaires	17	17,0
absence d'efficacité prouvée	13	13,0
aucune raison	12	12,0
mauvaise expérience antérieure	4	4,0
manque de temps	3	3,0
autre	17	17,0
ne sait pas	9	9,0

Tableau 14 : raison du refus d'utilisation des TNM

V. Coté hospitalier

Figure 7 : TNM proposées dans le service d'après les patients



Intérêt du patient pour	Effectifs	Pourcentages
intensification de la prise en charge :		
○ de façon générale	43	43,0
○ à l'hôpital	10	10,0
développement des techniques dans le service	50	50,0
livret d'accueil présentant les TNM possibles dans le service	47	47,0
éducation thérapeutique	37	37,0
aucune de ces propositions	17	17,0
Autre	1	1,0
ne sait pas	14	14,0

Tableau 15 : intérêt du patient

Durée de l'entretien	min
Moyenne	16,54
Médiane	15,00
Ecart-type	8,167
Minimum	0
Maximum	45

Tableau 16 : durée des entretiens

VI. Tableau croisé

TNM	TNM utilisées/TNM connues		TNM connues/TNM souhaitées		TNM utilisées/TNM souhaitées	
	odds ratio	p	odds ratio	p	odds ratio	p
1	3.8	0.079	4.612903226	0.172	2.4	0.053
2	9.816326531	0.01	2.255102041	0.177	5.113636364	0.013
3	0	0.002	3.272727273	0.041	1.972222222	0.287
4	0	0,000	1.147058824	1	0	1
5	13	0.028	0.44375	0.68	3.666666667	0.318
6	9.166666667	0.007	2.679069767	0.072	2.088235294	0.271
7	8.037037037	0.048	1.762711864	0.6	1.455026455	0.416
8	0	0,000	12.03125	0.004	0	0.002
9	15.33333333	0,136	2.047619048	0.453	0	1
10	12.27906977	0.004	2.739130435	0.138	2.6	0.187
11	7.511627907	0.004	3	0.061	6.39	0.001
12	1.738636364	0.664	0.835227273	1	12	0.038
13	34	0.001	3.636363636	0.111	2.71875	0.382
14	3.448275862	0.173	3.818181818	0.287	1.703703704	0.475
15	0	0.007	1.666666667	0.625	36.8	0.012
16	0	0.029	1.7	0.342	4.294117647	0.039
17	0	0.007	2.857142857	0.067	6.833333333	0.042
18	0	0.55	1.64516129	1	15.66666667	0.116
19	non calculable		non calculable		non calculable	
20	2.0625	1	2.062222222	0.176	0	0.027
21	non calculable		4.764705882	0.329	non calculable	
22	0	0,000	16.21621622	0.001	8.4375	0.005
23	6.818181818	0.142	8.111111111	0.006	0	1
24	13.42105263	0.003	0.710144928	1	2.125	0.449
25	0	0.035	7.051282051	0.084	6.066666667	0.222
26	9	0.059	8.068181818	0.015	5	0.255
27	non calculable		non calculable		non calculable	
28	non calculable		non calculable		non calculable	

1 : kinésithérapie 2 : ostéopathie 3 : balnéothérapie 4 : chiropraxie 5 : vertébrothérapie 6 : gymnastique douce 7 : kinésithérapie (massage) 8 : RESC 9 : effleurage 10 : cryothérapie 11 : thermothérapie (chaud, lampe infrarouge) 12 : vibrothérapie : ultra-sons ou onde de choc 13 : TENS 14 : acupuncture 15 : réflexothérapie 16 : relaxation 17 : sophrologie 18 : hypnose 19 : biofeedback 20 : distraction 21 : coping 22 : ergothérapie, orthèses 23 : psychomotricité 24 : mésothérapie 25 : radiothérapie 26 : technique antalgique chirurgicale 27 : Salle Snoezelen 28 : Autre
En gris : statistiquement significatif

Tableau 17 : tableau croisé des variables TNM utilisées, TNM connues et TNM souhaitées

D'après le tableau ci-dessus, il s'avère que les patients utilisent et connaissent l'ostéopathie, la vertébrothérapie, la gymnastique douce, les massages par le kinésithérapeute, la cryothérapie, la thermothérapie, le TENS et la mésothérapie. En revanche, il n'y a pas de relation entre connaissance et utilisation pour la balnéothérapie, la chiropraxie, la RESC, la réflexothérapie, la relaxation, la sophrologie, l'ergothérapie et la radiothérapie.

Les patients connaissent et désirent utiliser la balnéothérapie, la RESC, l'ergothérapie, la psychomotricité et les techniques chirurgicales.

Les patients ont déjà utilisé et souhaiteraient utiliser l'ostéopathie, la thermothérapie, la vibrothérapie, la réflexothérapie, la relaxation, la sophrologie et l'ergothérapie. En revanche, il n'y a pas de relation entre l'utilisation et les souhaits du patient concernant la RESC et la distraction.

Discussion

I. Forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

L'étude réalisée est une étude quantitative, or il en existe peu de comparables dans la littérature. Cette approche originale nous a permis de réaliser un état des lieux des ressentis, connaissances et attentes du patient âgé hospitalisé de la façon la plus objective possible. Lors des entretiens individuels, nombreux ont été les patients à avoir peur que leur réponse ne corresponde pas aux attentes éventuelles de l'enquêteur. Le questionnaire, principalement composé de questions fermées, a permis aux patients de cocher les réponses sans appréhension, même si elles restaient limitées par le nombre de propositions. Les répondants avaient également la possibilité de cocher la case « autre ».

Le choix de la méthodologie, à savoir un questionnaire avec possibilité d'aide au remplissage au cours d'un entretien individuel, s'est avéré adapté à la population étudiée. Les questions détaillées avec la liste exhaustive des TNM (Annexe 3) ont pu aboutir à des réponses précises. Un enquêteur unique, donnant les explications basées sur le guide de remplissage (Annexe 4) de façon identique à tous les patients, a permis d'obtenir des questionnaires sans manque de données.

Le but de l'étude était d'inclure un maximum de personne concernée par le sujet. Ainsi, les critères d'inclusions et d'exclusions ont été délibérément souples. Une partie de la population obtenue pouvait donc avoir des difficultés de lecture ou de compréhension écrite, palliées grâce aux entretiens individuels. Les échanges oraux ont permis d'apporter des précisions au questionnaire, de donner de nombreuses explications, de rassurer les patients et d'augmenter le taux de participation. Nous n'avons par ailleurs eu que 11 refus de participation. Cet accompagnement personnalisé a été très apprécié par les patients.

La question ouverte a permis de recueillir des informations propres à chaque patient, comme leur enthousiasme face à cette thématique. En faveur ou non des thérapies non médicamenteuses, l'accueil a été très positif. Ces échanges ont été riches et la majorité des patients s'est montrée

très intéressée par le sujet même si certains patients ont estimé être trop âgés pour bénéficier de ces « nouvelles thérapies ». Cependant, ils considèrent qu'il est important de développer ces thérapies pour les générations futures.

Il existe actuellement un manque de données objectives concernant ces thérapies non médicamenteuses. Cette étude vise à l'amélioration des connaissances et au développement d'autres travaux précis sur le sujet.

B. Limites

1. La population

L'échantillonnage de notre étude s'est limité à 100 patients hospitalisés limitant la puissance statistique. Le temps nécessaire à chaque interrogatoire, l'enquêteur unique et le temps d'inclusion limité nous ont contraints à limiter le nombre d'inclusions.

L'étude étant unicentrique et dans le cadre hospitalier, les résultats ne peuvent donc être extrapolés à la population générale. Toutefois, elle a été menée sur 2 services différents, 4 unités fonctionnelles de SSR et CSG et une étude similaire, dans un autre établissement hospitalier gériatrique, devrait avoir lieu prochainement.

2. Le questionnaire

Nous avons choisi de réaliser un questionnaire en trois parties : données socio-environnementales, expérience douloureuse du patient avec les TNM déjà utilisées, et enfin connaissances et attentes concernant les TNM.

Ce découpage nous a permis de réaliser des renvois simples d'une partie à l'autre. Il aurait également été intéressant de modifier la temporalité en explorant avant tous les connaissances du patient, puis leur utilisation et leurs attentes des TNM, cependant les renvois dans le questionnaire auraient été moins clairs.

Afin de rendre le questionnaire le plus lisible possible, nous avons défini la douleur aiguë et la douleur chronique uniquement sur un aspect temporel qui est une définition source de confusion. Les entretiens oraux individuels, venant en complément des questionnaires, ont donc permis d'apporter des précisions sur la définition des différents types de douleurs.

Lors du travail préalable de mémoire, le questionnaire avait été qualifié de « technique ». Le grand nombre de TNM évoquées le rendait assez compliqué pour les patients, mais il était nécessaire d'être exhaustif. Les entretiens individuels ont donc été mis en place afin de pallier à cette contrainte en apportant aux patients des définitions orales simples et de répondre à leurs questions. Des modifications avaient aussi été apportées à la suite de ce travail, malgré tout, le questionnaire restait perfectible.

3. Les biais

➤ Biais de sélection

L'échantillonnage a été limité à un seul site et uniquement à des patients hospitalisés. Seuls les patients volontaires ont été analysés. Les patients refusant le questionnaire et/ou l'entretien ont été exclus. Le mode de sélection des sujets pour cette étude est donc en soi un biais de sélection. On peut supposer que les patients ayant répondu à l'enquête sont plus concernés par les problématiques de santé.

➤ Biais d'information

Plusieurs questions font appel à la mémoire et aux impressions subjectives du patient comme l'évaluation de la douleur avant et après les TNM, l'histoire de leur douleur... De fait, un biais de mémorisation est à prendre en compte.

De plus, les patients peuvent être tentés de répondre ce qu'ils croient être correct et non ce qu'ils pensent réellement. Ce biais a été limité par l'anonymisation des données du questionnaire garantie aux patients lors des entretiens.

➤ Biais lié à l'enquêteur

La majorité des questionnaires ont été remplis lors d'un entretien individuel. Les questions étaient identiques, mais la durée des entretiens a différé en fonction du besoin d'explication du patient entraînant un biais.

Ce biais a été limité par l'intervention d'un enquêteur unique.

➤ Biais de confusion

On peut également se poser la question d'un biais de confusion. L'étude menée est originale, mais les thérapies non médicamenteuses sont à « la mode » créant un facteur d'interaction. Les patients peuvent être influencés par leur environnement et par la multiplication des informations sur ces thérapies. Le fait d'être hospitalisé et d'avoir des douleurs a pu également inciter les patients à répondre plus favorablement aux TNM.

II. Discussion des résultats

A. La population

D'après les données de l'INSEE au 1^{er} janvier 2016, la population française de plus de 65 ans se compose de 57,2% de femme et 77,5% de la population française vit en milieu urbain (44). Notre échantillon se composait de patients de plus de 65 ans dont 73% de femme. De plus, 80% des répondants vivaient en milieu urbain. L'échantillon est donc assez représentatif de la population générale, mais la proportion de femmes est plus importante que celle attendue.

Au niveau socioprofessionnel, on a pu constater que la profession des patients est variée et représentative de la population française, hormis la proportion d'employés qui est plus importante dans notre échantillon.

Plus de 50% des répondants ont leur certificat d'études et au total 77% des patients interrogés ont un diplôme d'études. Or 50% des plus de 65 ans seraient sans diplôme et seulement 9% aurait un diplôme de l'enseignement supérieur (45). L'échantillon étudié concerne donc une population éduquée.

Notre échantillon est donc plus féminin et plus éduqué que la population française des plus de 65 ans. Il n'est pas possible d'extrapoler des résultats à la population générale.

B. L'expérience du patient sur la douleur

1. La douleur

Il est à noter que, tous motifs d'hospitalisation primaires confondus, 41% des patients interrogés sont aussi hospitalisés pour des douleurs en motif secondaire (tableau n°3).

D'après les résultats de notre étude, 79% des patients ont déjà ressenti des douleurs, qu'elles soient actuelles, récentes ou plus anciennes. Plus de la moitié des patients ont déclaré avoir des douleurs aiguës ou chroniques, les deux types de douleurs pouvant également être associés. Seulement 21% des patients affirment n'avoir jamais eu de douleurs.

Il a été estimé en 2008 par l'étude « Study of the Prevalence of Neuropathic Pain » qu'environ 1 personne sur 3 (31,7%), dans la population général, exprimerait une douleur quotidienne depuis plus de 3 mois et que près de 20% des Français souffriraient de douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère (46). Une étude menée par le groupe SANOFI en 2014 a montré que 92% des Français interrogés ont souffert d'une douleur de courte durée ou persistante au cours des 12 derniers mois (47). Les résultats de notre étude vont également dans ce sens. La proportion de douleur chronique plus élevée de notre étude est due au fait que la population est hospitalière.

Enfin, la majorité des patients prennent ou ont pris un traitement médicamenteux pour la douleur. Seuls deux patients ne prennent aucun médicament. Les traitements pris étaient en grande majorité représentés par le palier 1, le palier 2 et les antidépresseurs. Les quelques traitements autres comprenaient essentiellement des huiles essentielles et de l'homéopathie. Il est à noter que 18% avaient recours aux morphiniques.

Les résultats montrent l'importance du symptôme « douleur » et de la consommation des traitements antalgiques.

2. Recours aux TNM

Nous n'avons pu retrouver d'étude similaire dans la littérature. Les résultats de notre étude sont donc difficilement comparables, mais ils représentent des pistes que nous allons tenter de vérifier.

Plus de la moitié des patients douloureux (43 sur 79), soit 43% des patients interrogés, déclarent avoir déjà utilisé des thérapies non médicamenteuses. Parmi les utilisateurs, la quasi-totalité a eu recours à la kinésithérapie et plus de la moitié à l'acupuncture, la thermothérapie et la cryothérapie. Au total, seule trois des thérapies non médicamenteuses abordées ici, à savoir la salle Snoezelen, le coping et le biofeedback, ne sont pas citées par les patients.

La majorité des répondants ont eu recours aux TNM en deuxième intention (53%) et en ambulatoire (dont 58% en cabinet de ville et 42% à domicile). Ces traitements sont majoritairement réalisés par un professionnel de santé (kinésithérapeute et/ou médecin).

D'après un sondage IFOP réalisé sur 958 personnes en 2007, 39% de la population française de plus de 18 ans a déjà eu recours aux thérapies dites « naturelles » (48) représentées par l'homéopathie, l'ostéopathie, la phytothérapie, l'acupuncture, la thalassothérapie et autres disciplines. Une étude suisse publiée en 1992 et menée auprès de 157 patients douloureux chronique montrait un taux de recours aux médecines complémentaires de 46% (49) et une étude anglaise de 2008 menée sur 463 patients montrait un taux de 52% (50).

En outre, un dossier de l'INSERM de 2014 concernant les médecines alternatives(51), cite le rapport du Commissariat général à la stratégie et à la prospective (CGSP) publié en octobre 2012, selon lequel 70 % des habitants de l'Union européenne ont fait appel à une thérapie complémentaire au moins une fois dans leur vie et 25 % y recourent chaque année.

Enfin, différentes thèses d'exercice (52) (53) traitant des médecines alternatives et complémentaires montrent également que les patients utilisent ces thérapeutiques. Les raisons de cette utilisation sont multiples, mais il en ressort que leur usage est préférentiellement en complément des traitements médicamenteux ou après un échec de la médecine dite conventionnelle. En ce sens, l'usage est essentiellement de deuxième intention.

Les résultats de notre étude sont donc corrélés aux résultats retrouvés dans la littérature. Il est à noter que les thérapies les plus utilisées restent celles remboursées par la sécurité sociale, car exercées ou prescrites par des médecins et/ou facile d'accès à domicile (application de chaleur, de glace...).

3. Efficacité/Satisfaction

D'après les échelles des douleurs utilisées dans le questionnaire, les patients présentaient :

- avant leur prise en charge par les TNM, des douleurs cotées intenses/modérées ou EVA=6,03 en moyenne
- après leur prise en charge par les TNM, des douleurs cotées faibles/modérées et EVA=4.42 en moyenne.

Après réalisation d'un test de Wilcoxon, il apparaît que l'utilisation des TNM permettrait de diminuer d'environ 3 points les douleurs ressenties par les patients, résultats statistiquement significatifs. Toujours d'après les différentes thèses d'exercice citées précédemment, on retrouve l'argument « efficacité » dans les raisons du recours aux TNM. Les résultats des échelles montrent effectivement une diminution des douleurs. Il faut cependant rester prudent, car il s'agit d'une étude rétrospective et d'une impression subjective recueillie.

Enfin, nous avons pu constater que les patients sont globalement contents de leur prise en charge par les TNM. En effet, environ 60% des patients se déclarent très satisfaits ou satisfaits de leur prise en charge contre moins de 10% qui se déclarent peu satisfaits ou déçus.

C. Connaissances et attentes du patient

1. Connaissances

Les patients sont globalement bien informés sur les thérapies non médicamenteuses. Les seules thérapies non connues sont le biofeedback et la salle Snoezelen. De même, ils sont peu à connaître le coping, l'effleurage et la RESC. Il est à noter que seulement 8 patients ont déclaré n'en connaître aucune.

La méconnaissance de ces thérapies pourrait s'expliquer par leur expansion récente et leur utilisation essentiellement hospitalière, or nous avons vu que les patients ont utilisé ces thérapies essentiellement en ambulatoire.

Selon notre étude, la connaissance des TNM se ferait majoritairement par l'entourage ensuite par le médecin. Ces résultats sont surprenants au vu de la littérature. En effet, différentes thèses sur la relation médecin-malade dans les médecines alternatives et complémentaires montrent que les patients utilisent ces thérapies, mais n'en parlent pas à leur médecin (54) ou pas spontanément, et que leur utilisation n'est pas ou peu cherchée lors de l'interrogatoire par les médecins (55).

Ce constat reflète le rôle central du médecin traitant dans la coordination des soins. Le système de soins français s'organise autour du médecin généraliste, c'est lui qui dirige le patient vers les spécialistes. Il est donc logique qu'il soit responsable de l'orientation du patient vers les TNM.

2. Souhaits/freins

Du point de vu des attentes, les patients âgés hospitalisés sont favorables aux TNM. Au total 63% des répondants désireraient avoir recours à au moins une des thérapies évoquées, et 31% d'entre eux aimeraient toutes les utiliser. Nous n'avons pas trouvé de chiffre de comparaison dans la littérature.

Les patients souhaiteraient avoir recours à ces thérapies pour réduire leurs prises médicamenteuses, pour leur effet complémentaire et leurs effets secondaires limités. Ces données sont en adéquation avec les nombreuses thèses d'exercice traitant du recours aux médecines non conventionnelles. Ces études démontrent que les patients veulent utiliser les thérapies non médicamenteuses en complément des médicaments, qu'ils souhaitent une prise en charge globale par médecine conventionnelle et complémentaire et qu'il n'y aurait que peu, voire pas, d'effet secondaire lors de l'utilisation de ces thérapies (56).

Enfin, d'après les patients, le principal frein à l'utilisation de ces thérapeutiques est le coût et le manque de connaissances. Or nous avons vu précédemment que les patients déclarent connaître globalement bien les TNM. Les entretiens individuels nous ont permis de comprendre cette contradiction. En effet, les patients connaissent un grand nombre de TNM mais ils ignorent leurs indications précises et surtout ils regrettaient l'absence de données scientifiques « prouvant leur efficacité ».

L'évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur (24) a déjà mis en lumière les problèmes de financement et d'évaluation des TNM ainsi que le manque de données scientifiques objectives.

3. A l'hôpital

Concernant les thérapies non médicamenteuses proposées dans le service où ils étaient hospitalisés, 83% des patients interrogés pensent qu'il n'y en a aucune à disposition.

Cette question peut être interprétée de plusieurs manières : est-ce le manque d'information du patient ou le manque réel d'offre dans le service qui mène à ce résultat ? On constate que malgré l'offre dans les services de certaines TNM comme les massages, le TENS ou la cryothérapie, les patients n'associent pas ces thérapies au traitement antalgique.

Les patients souhaiteraient une intensification globale de la prise antalgique par les TNM notamment lors de leur hospitalisation. Près de la moitié aimerait un livret d'information ainsi qu'une éducation thérapeutique sur la prise en charge de la douleur durant leur séjour à l'hôpital. Cette question reflète le désir grandissant du patient d'être au centre de sa prise en charge et d'en être l'acteur principal.

Toutefois, nous sommes conscients des difficultés que représente l'intégration des TNM au parcours de soins du patient et du manque d'études objectives. Une problématique financière, de formation des soignants et d'« Evidence Base Medecine » sont au cœur de cette problématique. Il faudra déterminer avec quels moyens les TNM vont pouvoir se développer. Le 4ème plan douleur devait répondre à ces interrogations, mais il n'a actuellement pas encore été mis en place.

D. Tableaux croisés

Il a paru intéressant de croiser les données obtenues dans le but de rechercher des relations entre elles (*Tableau 17*).

Nous avons d'abord cherché à savoir si les patients utilisent les TNM qu'ils connaissent. Ensuite, nous nous sommes intéressées aux thérapies qu'ils connaissent et celles qu'ils souhaiteraient utiliser. Enfin, nous avons cherché une relation entre les TNM déjà utilisées et celles qu'ils souhaiteraient utiliser.

D'après les résultats, il existe des discordances entre l'utilisation, la connaissance et les attentes du patient. Les patients ne connaissent pas seulement les TNM qu'ils utilisent. Le désir d'avoir accès aux différentes TNM n'est pas toujours corrélé à celles qu'ils ont déjà utilisées ou celles qu'ils connaissent.

Il serait intéressant de connaître les raisons de ces discordances. Les patients n'utilisent pas toutes les TNM qu'ils connaissent par peur, inutilité, inaccessibilité ? Ils ne souhaitent pas utiliser celles qu'ils connaissent par manque de preuves scientifiques, d'un coût trop élevé ? Ou encore, ils ne souhaitent pas utiliser les TNM qu'ils ont déjà utilisées à cause d'une mauvaise expérience, des effets secondaires, de l'inefficacité ? D'autres études sont nécessaires pour identifier les déterminants de ces discordances.

E. Dans l'avenir

Cette étude a permis de souligner l'intérêt que portent les patients âgés hospitalisés aux TNM, mais également la difficulté à développer ces dernières.

La revue de la littérature (57) met en lumière le manque d'études à haut niveau de preuve, mais également qu'il est possible d'en mener. Une étude pilote prospective randomisée de 2005 a évalué les massages par rapport à la méditation et le yoga dans la douleur chronique (58). Comparer deux thérapies est donc faisable, mais malheureusement une étude en double aveugle contre placebo est impossible à mener.

Le développement des TNM passe également par les professionnels de santé. Ce sont eux qui orientent les patients et souvent, eux même qui appliquent les TNM. Il serait donc intéressant d'avoir l'avis des soignants hospitaliers sur ces thérapies.

Nous avons également vu que l'interprofessionnalité est un élément clé de la prise en charge de la douleur. Depuis 2014 aux États-Unis, le National Center for Integrative Primary Healthcare (NCIPH) développe un programme de formation interprofessionnel, afin d'intégrer au mieux les thérapies alternatives dans les soins primaires (59) et notamment dans la prise en charge de la douleur. Il serait intéressant de développer ce genre d'initiative en France et d'intensifier la sensibilisation des soignants aux TNM notamment pour éviter les dérives.

L'interprofessionnalité s'articule aussi autour du réseau ville-hôpital. Ce lien est primordial dans la prise en charge globale du patient. De plus, les TNM restent majoritairement utilisées en ambulatoire. Il se pose donc le problème de la continuité des soins. Comment coordonner les thérapies non médicamenteuses entre l'hôpital et le domicile ? Comment allier les deux dans le parcours de soins du patient ?



Nom, prénom du candidat : CHAZOT Julie

CONCLUSIONS

La prise en charge de la douleur du sujet âgé est complexe. Cette population est plus fragile, plus douloureuse et elle présente plus d'effets secondaires dus aux médicaments. Cette mauvaise tolérance favorise d'autant plus la mauvaise observance thérapeutique.

Par ailleurs, peu d'études sont réalisées chez les sujets âgés dans le domaine de la prise en charge antalgique par des thérapies non médicamenteuses. La prise en charge antalgique présente une dimension non seulement médicale, mais également psycho-sociale et économique.

À travers les thérapies non médicamenteuses (TNM), de nouvelles perspectives s'ouvrent. En plein essor, ces TNM s'inscrivent dans une dynamique pluridisciplinaire et globale qui est essentielle à l'efficacité de la prise en charge antalgique et à l'adhésion du patient au parcours de soins.

L'objectif de cette étude était de réaliser, à partir de patients âgés hospitalisés, un état des lieux de leurs connaissances, de leurs expériences et de leurs attentes sur la prise en charge antalgique non médicamenteuse. Une enquête de pratique descriptive transversale unicentrique avec une analyse quantitative, à l'aide d'un questionnaire distribué aux patients, a été réalisée. Le but était d'évaluer, à partir de la population étudiée, les sujets âgés hospitalisés, l'intérêt pour les TNM.

L'analyse des résultats a montré :

- une prédominance de la douleur chez ces patients âgés hospitalisés : seulement 21 % des patients affirment n'avoir jamais eu mal et 80% des sujets ont au moins un antalgique prescrit sur l'ordonnance en cours.

- les patients douloureux ont déjà utilisé les TNM dans la prise en charge de leur douleur : 43 patients sur 79 inclus ont déjà utilisé au moins une des TNM étudiées. Ils ont essentiellement recours aux thérapies non médicamenteuses remboursées par la sécurité sociale, telles que la kinésithérapie et l'acupuncture, car exercées ou prescrites par des médecins.
- les TNM sont plus souvent utilisées en seconde intention et en ville
- les TNM soulagent les patients de façon significative lorsqu'elles sont utilisées.
- les patients ont connaissance de nombreuses TNM, essentiellement par l'entourage et le médecin.
- les patients désirent utiliser les TNM pour traiter leur douleur : 31 % des sujets interrogés aimeraient toutes les essayer.
- le coût et le manque de connaissances sont des freins importants à leur recours.

De l'avis des patients, d'autres thérapeutiques peuvent donc être envisagées pour améliorer leur prise en charge. Efficaces et présentant peu d'effets secondaires, les thérapies non médicamenteuses semblent être un bon complément. Le souhait de diminuer la prise médicamenteuse est aussi un argument fort en faveur des TNM.

De façon plus globale, ces patients âgés hospitalisés sont en faveur d'une intensification de la prise en charge antalgique par les TNM. Le manque de connaissances pourrait être en partie amélioré grâce à l'élaboration d'un livret explicatif, transmis lors de leur hospitalisation et complété par une éducation thérapeutique dispensée durant leur séjour à l'hôpital.

Face à ces constats, il serait intéressant d'étendre cette étude à d'autres services et donc sur un échantillon plus important.

Il serait également important d'interroger les soignants sur leurs points de vue et connaissances des TNM, car ils sont les acteurs principaux dans l'orientation voire la pratique des TNM sur les patients. Une formation de sensibilisation aux TNM à destination des soignants pourrait être envisagée.

Le développement d'étude avec une méthodologie adaptée est nécessaire pour permettre d'affirmer un bon niveau de preuves et éviter les dérives.

Enfin, le lien ville-hôpital est primordial dans la continuité des soins, notamment pour la prise en charge des douleurs chroniques. Un travail sur la pratique des TNM à l'hôpital et en ambulatoire serait intéressant, ainsi que sur leur coordination et leur alliance dans le parcours du patient.

Le Président de jury,
Nom et Prénom
Médecine
Signature

Mr. BOUWÉFOT .



VU,
Le Doyen de la Faculté de
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux



Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 6 / 01 / 2017

Bibliographie

1. COEGD-Etude auprès du grand public sur la perception de la prise en charge de la douleur en France [Internet]. Disponible sur: <http://www.intercludvendee.fr/textes-officiels/COEGD-Etude-perception-grand-public.pdf>
2. HAS. Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf
3. La Documentation française. L'état de santé de la population en France - Edition 2015 [Internet]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000124/index.shtml>
4. Poindexter HA. Health Problems of Older Persons. J Natl Med Assoc. mars 1980;72(3):269-74.
5. Dubois-Courvoisier J, Zerbib Y. Pourquoi les patients ont-ils recours aux médecines non conventionnelles ? Attitudes, connaissances et représentations à partir de 15 entretiens semi-dirigés. [S.l.]: s.n.; 2011.
6. Geesen M, Zerbib Y. Le recours des patients aux médecines non conventionnelles en région Rhône-Alpes: étude quantitative descriptive transversale par questionnaire de 473 patients. [S.l.]: s.n.; 2011.
7. Plans douleur | SFETD [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur>
8. Dalacorte RR, Rigo JC, Dalacorte A. Pain management in the elderly at the end of life. North Am J Med Sci. août 2011;3(8):348-54.
9. Chanson É. Représentation des thérapies complémentaires chez le patient douloureux chronique: enquête auprès de patients hospitalisés au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, rôle du pharmacien dans l'orientation rationnelle et raisonnée du patient [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Sciences Pharmaceutiques et Biologiques; 2015.
10. Douleur par l'INSERM [Internet]. Disponible sur: <http://www.iserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>
11. La douleur chronique [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-chronique>
12. Pierrot M. Définition de la douleur. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/soins_paliatifs/MODULE_II/B02-%20Definition%20de%20la%20douleur.pdf
13. Jonik L, Veret T. Quels sens des personnes donnent à leurs itinéraires particuliers intégrant soins non conventionnels et recours au médecin traitant ? [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier;

14. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf
15. pain proposal, AFVD [Internet]. Disponible sur: http://www.association-afvd.com/images/telechargement/documentation_professionnels/PainProposal.pdf
16. AFVD, fibromyalgie france. livre blanc de la douleur chronique [Internet]. Disponible sur: http://www.cns.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Livre_Blanc_Douleur_Chronique_AFVD_FIBROMYALGIE_FRANCE_env_270415.pdf
17. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&idArticle=LEGIARTI000006697464>
18. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>
19. La douleur - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/>
20. Dartigues JF, Gagnon M, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Commenges D, Sauvel C, et al. The Paquid epidemiological program on brain ageing. *Neuroepidemiology*. 1992;11 Suppl 1:14-8.
21. Thomas E, Wilkie R, Peat G, Hill S, Dziedzic K, Croft P. The North Staffordshire Osteoarthritis Project – NorStOP: Prospective, 3-year study of the epidemiology and management of clinical osteoarthritis in a general population of older adults. *BMC Musculoskelet Disord*. 13 janv 2004;5:2.
22. Soldo BJ, Hurd MD, Rodgers WL, Wallace RB. Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old: an overview of the AHEAD Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. mai 1997;52 Spec No:1-20.
23. Douleur et personnes âgées : repérer, évaluer, organiser une prise en charge de qualité - Colloque du 24 mars 2005. *La Revue de Gériatrie*, Tome 30, Supplément C au N°6 JUIN 2005. juin 2005;
24. Evaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010 [Internet]. Disponible sur: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/hcspr20110315_evaldouleur20062010.pdf
25. MobiQual [Internet]. Disponible sur: <http://www.mobiquail.org/>
26. Pucino F, Beck CL, Seifert RL, Strommen GL, Sheldon PA, Silbergleit IL. Pharmacogeriatrics. *Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther*. 12 nov 1985;5(6):314-26.
27. Wynne HA, Blagburn J. Drug treatment in an ageing population: Practical implications. *Maturitas*. juillet 2010;66(3):246-50.

28. Beroud F. Douleur et personne âgée. Douleurs - Vol 11 - N° 5 - P 258-265 © Elsevier Masson [Internet]. 19 oct 2010; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/269164>
29. étude REGARDS de prévalence des Actes Ressentis comme Douloureux et Stressants en gériatrie [Internet]. Disponible sur: https://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Carbajal_REGARDS_15.pdf
30. Approche non médicamenteuse de la douleur chronique [Internet]. Disponible sur: http://www.usp-lamirandiere.com/tt_non_med.htm
31. Le code de déontologie médicale | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915>
32. Code de la santé publique - Article L4112-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688657&dateTexte=&categorieLien=cid>
33. Daniel BOUTOUX, Daniel COUTURIER, Charles-Joël MENKES. THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins [Internet]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf>
34. stratégie de l'OMS pour les médecines traditionnelles 2014-2023 [Internet]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95009/1/9789242506099_fre.pdf
35. Dischler Florence. 2ème cycle –Handicap-Incapacité-Dépendance– item 53 :Techniques physiques, kinésithérapie et ergothérapie kinésithérapie et ergothérapie en pathologie ostéo-articulaire [Internet]. Disponible sur: http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_2/Autres-Mod-Oblig/MT4/MT4_53_Principales_techniques_de_reeducation_%20readaptation.pdf
36. Avis de l'Académie de médecine sur l'acupuncture, l'hypnose, l'ostéopathie et le tai chi [Internet]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/5902/avis_de_l_academie_de_medecine_sur_l_acupuncture_l_hypnose_l_osteopathie_et_le_tai_chi/
37. Siddiqui MJ, Min CS, Verma RK, Jamshed SQ. Role of complementary and alternative medicine in geriatric care: A mini review. Pharmacogn Rev. 2014;8(16):81-7.
38. Abraha I, Cruz-Jentoft A, Soiza RL, O'Mahony D, Cherubini A. Evidence of and recommendations for non-pharmacological interventions for common geriatric conditions: the SENATOR-ONTOP systematic review protocol. BMJ Open [Internet]. 27 janv 2015;5(1). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4316555/>
39. Abdulla A, Bone M, Adams N, Elliott AM, Jones D, Knaggs R, et al. Evidence-based clinical practice guidelines on management of pain in older people. Age Ageing. 1 mars 2013;42(2):151-3.
40. Bruckenthal P. Integrating Nonpharmacologic and Alternative Strategies Into a Comprehensive Management Approach for Older Adults With Pain. Pain Manag Nurs. juin 2010;11(2, Supplement):S23-31.

41. Ardigo S, Herrmann FR, Moret V, Déramé L, Giannelli S, Gold G, et al. Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study. BMC Geriatr [Internet]. 15 janv 2016;16. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4714456/>
42. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, et al. Guidance on the management of pain in older people. Age Ageing. mars 2013;42 Suppl 1:i1-57.
43. Aide a la classification avec la CIM 10 (+PMSI) [Internet]. Disponible sur: <http://taurus.unine.ch/icd10>
44. Insee - Population - Bilan démographique 2015 - Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2016, France [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm
45. Observatoire des inégalités. 16 % de la population a un diplôme supérieur à bac +2 [Internet]. Disponible sur: <http://www.inegalites.fr/spip.php?article34>
46. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population: Pain. juin 2008;136(3):380-7.
47. Enquête «les Français et la douleur» réalisée par CSA pour Sanofi [Internet]. Disponible sur: <http://www.sanofi.fr/l/fr/medias/2FC8BD2E-B64C-46E6-9B4A-66EB1F93E920.pdf>
48. Ifop - Les Français et les médecines naturelles [Internet]. Disponible sur: http://www.ifop.fr/?option=com_publication&type=poll&id=464
49. Allaz AF, Robert A, Dayer P. [Use of conventional and complementary medical care in patients with chronic non-cancerous pain]. Schweiz Med Wochenschr. 26 déc 1992;122(51-52):1954-6.
50. Rosenberg EI, Genao I, Chen I, Mechaber AJ, Wood JA, Faselis CJ, et al. Complementary and Alternative Medicine Use by Primary Care Patients with Chronic Pain. Pain Med. 1 nov 2008;9(8):1065-72.
51. Inserm. Médecines alternatives : ce qu'en dit la science [Internet]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/medecines-alternatives-ce-qu-en-dit-la-science>
52. Corbeau M. Les médecines non conventionnelles: Comment ? Pourquoi ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015.
53. Martinez D. Etude de l'utilisation des médecines parallèles dans une population de patients hospitalisés. [Lyon]; 2000.
54. Zuily E, Bismuth M, Escourrou B. Relation médecin patient et recours aux médecines non conventionnelles: étude qualitative à partir d'un panel de 11 patients. Toulouse, France: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2014.
55. Sicard S. Les médecines non conventionnelles: enquête sur leur définition et appropriation par 25 professionnels de santé de la presqu'île guérandaïse en 2009 [Thèse d'exercice]. [France]:

Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.

56. Moreau S, Zerbib Y. Le choix d'une médecine non conventionnelle et les bases d'une intégration. [S.l.]: s.n.; 2011.
57. O'Connell NE, Wand BM, McAuley J, Marston L, Moseley GL. Interventions for treating pain and disability in adults with complex regional pain syndrome- an overview of systematic reviews. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009416.pub2/abstract>
58. Plews-Ogan M, Owens JE, Goodman M, Wolfe P, Schorling J. A Pilot Study Evaluating Mindfulness-Based Stress Reduction and Massage for the Management of Chronic Pain. J Gen Intern Med. déc 2005;20(12):1136-8.
59. Kligler B, Brooks AJ, Maizes V, Goldblatt E, Klatt M, Koithan MS, et al. Interprofessional Competencies in Integrative Primary Healthcare. Glob Adv Health Med. sept 2015;4(5):33-9.

Annexe 1. Lettre d'information destinée aux patients

Madame, Monsieur,

Interne en Médecine générale à la faculté de Lyon, j'ai été interne au Centre hospitalier gériatrique du Mont d'or, et plus précisément sur le Pavillon Amandier, de Novembre 2014 à Avril 2015. Durant ce stage j'ai, entre autre, été très sensibilisée à la prise en charge de la douleur, axe capital du centre hospitalier. De ce fait je réalise ma thèse de médecine générale sur ce dernier sujet et plus précisément sur « La place de la prise en charge non médicamenteuse de la douleur chez le sujet âgé » via un questionnaire.

Ce questionnaire se compose de trois parties :

- une première partie sur vos données socio-environnementales
- une deuxième sur votre expérience de la douleur
- une troisième sur vos connaissances des traitements non médicamenteux (TNM) dans le cadre de votre prise en charge de la douleur.

Le but de cette thèse est de faire un état des lieux sur vos connaissances et sur votre prise en charge de la douleur par les traitements non médicamenteux (TNM) mais également de connaître vos attentes dans ce domaine afin d'améliorer votre prise en charge de la douleur.

Afin de mener cette étude j'ai besoin de votre aide et je vous remercie de bien vouloir remplir ce questionnaire qui est anonyme. Vous pouvez ensuite déposer le questionnaire dans l'urne à votre disposition.

Vous trouverez également ci-joint la définition de chaque thérapie non médicamenteuse proposée dans le questionnaire, les différents traitements médicamenteux contre la douleur classés par palier, la définition des échelles de la douleur et un « mode d'emploi » pour remplir le questionnaire.

Bien à vous.

Julie CHAZOT

Annexe 2. Guide de remplissage

Mode d'emploi :

Le début du questionnaire comprend quelques questions standards d'épidémiologie.

La deuxième partie :

- comprend 11 questions fermées
- si vous répondez NON aux trois premières questions allez directement à la troisième partie
- aux questions 6 et 7 précisez les noms des traitements
- si vous répondez NON à la question 8 allez directement à la troisième partie
- aux questions 9,10 et 11 si plusieurs expériences sont décrites, noter pour chaque expérience

La troisième partie :

- comprend 8 questions fermées
- si vous répondez aucune à la question 1 allez directement à la question 3
- si vous répondez aucune à la question 3 allez directement à la question 6

Les dernières questions sont des questions ouvertes afin que vous puissiez vous exprimer et afin de tester ce questionnaire.

Votre avis nous intéresse.

Annexe 3. Le questionnaire

Place de la prise en charge antalgique non médicamenteuse chez le sujet âgé hospitalisé

I. LE PATIENT : DONNEES SOCIO-ENVIRONNEMENTALES

1. âge :
2. sexe : M / F
3. Code postal du lieu de vie :
4. Vous habitez en milieu :
 - ☐ rural
 - ☐ semi-rural
 - ☐ urbain
5. Ancienne profession :
 - ☐ agriculteurs exploitants
 - ☐ artisans/commerçants et chef d'entreprise
 - ☐ cadres et professions intellectuelles supérieurs
 - ☐ professions intermédiaires
 - ☐ employés
 - ☐ ouvriers
 - ☐ autres
6. niveau d'études :
 - ☐ certificat d'étude
 - ☐ baccalauréat
 - ☐ diplôme post baccalauréat
 - ☐ sans diplôme
7. Motif actuel d'hospitalisation :
8. Depuis :
9. Service :
 - SSR / CSG
 - nom :

II. EXPERIENCE DU PATIENT SUR LA DOULEUR

1. Avez-vous eu mal récemment (ds les 3 derniers mois) ? Entourez votre réponse.
Oui / non / ne sait pas

2. Avez-vous eu mal il y a longtemps (il y a plus de 3 mois)? Entourez votre réponse.
Oui / non / ne sait pas

3. Avez-vous mal actuellement ? Entourez votre réponse.
Oui / non / ne sait pas

Si non aux 3 premières questions allez directement à la troisième partie du questionnaire.

4. Était-ce ou est-ce des douleurs aiguës (durant moins de trois mois) ? Entourez votre réponse.
Oui / non / ne sait pas

5. Était-ce ou est-ce des douleurs chroniques (plus de trois mois) ? Entourez votre réponse.
Oui / non / ne sait pas

6. Traitement(s) médicamenteux utilisé(s) ce jour (**ordonnance sillage**) : notez le nom des médicaments que vous prenez contre la douleur y compris les traitements antidépresseur, contre l'épilepsie, anesthésiant
ou noter « ne sait pas » ou «aucun »

7. Traitement(s) médicamenteux utilisé(s) antérieurement : Quel(s) médicament(s) avez-vous **déjà** utilisé ? Notez le nom des médicaments que vous avez déjà pris contre la douleur y compris les traitements antidépresseur, contre l'épilepsie, anesthésiant où noter « ne sait pas » ou «aucun »

8. Avez-vous déjà utilisé des méthodes non médicamenteuses (voir ci-dessous) pour soulager vos douleurs ? Entourez votre réponse.
Oui / non / ne sait pas

Si non : allez directement à la troisième partie

Si oui :

8.1. Lesquelles ? Cocher la ou les réponses

Manipulations physiques et exercices de rééducation :

- ☐ kinésithérapie
- ☐ ostéopathie
- ☐ balnéothérapie
- ☐ chiropraxie
- ☐ vertébrothérapie
- ☐ gymnastique douce

Massages et touchers thérapeutiques :

- ☐ kinésithérapie
- ☐ RESC (résonance énergétique par stimulation cutanée)
- ☐ effleurage

Méthodes de physiothérapies :

- ☐ cryothérapie (froid)
- ☐ thermothérapie (chaud, lampe infra-rouge)
- ☐ vibrothérapie : ultra-sons ou onde de choc
- ☐ TENS (courant électrique administré par des électrodes)
- ☐ acupuncture
- ☐ réflexothérapie

Techniques cognitives et comportementales :

- ☐ relaxation
- ☐ sophrologie
- ☐ hypnose
- ☐ biofeedback
- ☐ distraction
- ☐ coping

Aides techniques à l'installation, transfert, mobilisation :

- ☐ ergothérapie, orthèses
- ☐ psychomotricité

Méthodes médicales et chirurgicales :

- ☐ mésothérapie
- ☐ radiothérapie
- ☐ technique antalgique chirurgicale
- ☐ Salle Snoezelen
- ☐ Autre :

8.2. Vous avez utilisé certaines méthodes citées plus haut : cocher la ou les réponses

- ☐ en première intention (avant les médicaments)
- ☐ en deuxième intention (après les médicaments)
- ☐ A l'hôpital durant une hospitalisation
- ☐ A l'hôpital en consultation externe
- ☐ En cabinet de ville
- ☐ A domicile (chez vous)
- ☐ autre
- ☐ ne sait pas

8.3. Ces méthodes ont été appliquées par : cocher la ou les réponses

- ☐ un médecin
- ☐ un(e) kinésithérapeute
- ☐ un(e) psychomotricienne
- ☐ un(e) ostéopathe
- ☐ un(e) chiropracteur
- ☐ un(e) infirmière
- ☐ un(e) Aide Soignante
- ☐ un(e) psychologue
- ☐ un(e) ergothérapeute
- ☐ autre
- ☐ ne sait pas

9. A combien estimez-vous votre douleur **avant** la prise en charge non médicamenteuse ?
entourez votre réponse, si plusieurs expériences noter pour chacune d'elle, merci de répondre aux 2 échelles

- EVS = absente - faible - modérée - intense – insupportable
- ☐ ne sait pas
- EVN=

Echelle numérique (EN)

Pas de Douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

- ☐ ne sait pas

10. A combien estimez vous votre douleur **après** la prise en charge non médicamenteuse ?
Entourez votre réponse, si plusieurs expériences noter pour chacune d'elle, merci de répondre aux 2 échelles

- EVS = absente - faible - modérée - intense - insupportable
- ☐ ne sait pas

- EVN=

Echelle numérique (EN)												
Pas de Douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable

- ☐ ne sait pas

11. Êtes-vous satisfait de votre/vos expérience(s) concernant la prise en charge non médicamenteuse ? cocher la ou les réponses

- ☐ Très satisfait
- ☐ Satisfait
- ☐ Moyennement satisfait
- ☐ Sans opinion
- ☐ Peu satisfait
- ☐ Déçu
- ☐ Très déçu
- ☐ ne sait pas

III. CONNAISSANCES DU PATIENT SUR LES TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX (NM) CONTRE LA DOULEUR

1. Quelles méthodes non médicamenteuses contre la douleur connaissez-vous? cocher la ou les réponses

- ☐ Aucune

Manipulations physiques et exercices de rééducation :

- ☐ kinésithérapie
- ☐ ostéopathie
- ☐ balnéothérapie
- ☐ chiropraxie
- ☐ vertébrothérapie
- ☐ gymnastique douce

Massages et touchers thérapeutiques :

- ☐ kinésithérapie
- ☐ RESC (résonance énergétique par stimulation cutanée)
- ☐ effleurage

Méthodes de physiothérapies :

- ☐ cryothérapie (froid)
- ☐ thermothérapie (chaud, lampe infra-rouge)
- ☐ vibrothérapie : ultra-sons ou onde de choc
- ☐ TENS (courant électrique administré par des électrodes)
- ☐ acupuncture
- ☐ réflexothérapie

Techniques cognitives et comportementales :

- ☐ relaxation
- ☐ sophrologie
- ☐ hypnose
- ☐ biofeedback
- ☐ distraction
- ☐ coping

Aides techniques à l'installation, transfert, mobilisation :

- ☐ ergothérapie, orthèses
- ☐ psychomotricité

Méthodes médicales et chirurgicales :

- ☐ mésothérapie
- ☐ radiothérapie
- ☐ technique antalgique chirurgicale
- ☐ Salle Snoezelen
- ☐ Autre

Si aucune allez directement à la question 3.

2. Comment en avez-vous eu connaissance de ces méthodes ? cocher la ou les réponses

- ☐ Via le médecin
- ☐ Via un autre professionnel de santé précisé :
- ☐ Via la TV
- ☐ Via la radio
- ☐ Via internet
- ☐ Via la presse écrite
- ☐ Via les livres

- ☐ Via l'entourage (familial ou amical)
- ☐ autre
- ☐ ne sait pas

3. Quelles méthodes non médicamenteuses souhaiteriez-vous utiliser pour soulager vos douleurs (en dehors de tout problème d'accès, financier...) ? Cocher la ou les réponses

- ☐ Toutes
- ☐ Aucune

Manipulations physiques et exercices de rééducation :

- ☐ kinésithérapie
- ☐ ostéopathie
- ☐ balnéothérapie
- ☐ chiropraxie
- ☐ vertébrothérapie
- ☐ gymnastique douce

Massages et touchers thérapeutiques :

- ☐ kinésithérapie
- ☐ RESC (résonance énergétique par stimulation cutanée)
- ☐ effleurage

Méthodes de physiothérapies :

- ☐ cryothérapie (froid)
- ☐ thermothérapie (chaud, lampe infra-rouge)
- ☐ vibrothérapie : ultra-sons ou onde de choc
- ☐ TENS (courant électrique administré par des électrodes)
- ☐ acupuncture
- ☐ réflexothérapie

Techniques cognitives et comportementales :

- ☐ relaxation
- ☐ sophrologie
- ☐ hypnose
- ☐ biofeedback
- ☐ distraction
- ☐ coping

Aides techniques à l'installation, transfert, mobilisation :

- ☐ ergothérapie, orthèses
- ☐ psychomotricité

Méthodes médicales et chirurgicales :

- ☐ mésothérapie
- ☐ radiothérapie
- ☐ technique antalgique chirurgicale
- ☐ Salle Snoezelen
- ☐ Autre

Si aucune allez directement à la question 6.

4. Pour quelles raisons utiliseriez-vous les thérapies non médicamenteuses ? cocher la ou les réponses

- ☐ Absence d'effets secondaires
- ☐ Peu d'effets secondaires
- ☐ Prise en charge globale
- ☐ Effet complémentaire
- ☐ Réduire le nombre de prises médicamenteuses
- ☐ autre
- ☐ ne sait pas

5. Vous souhaiteriez les utiliser : cocher la ou les réponses

- ☐ seules
- ☐ en complément des traitements médicamenteux
- ☐ après échec des médicaments seuls
- ☐ avant de débiter un traitement médicamenteux
- ☐ autre
- ☐ ne sait pas

6. Pour quelle(s) raison(s) vous ne souhaiteriez **PAS** utiliser les thérapies non médicamenteuses ? cocher la ou les réponses

- ☐ Manque de connaissance sur les thérapies non médicamenteuses
- ☐ Manque de temps
- ☐ Difficulté d'accès
- ☐ Absence d'efficacité prouvée
- ☐ Trop cher
- ☐ Mauvaise expérience antérieure
- ☐ Effets secondaires
- ☐ Aucune raison (pas de raisons de ne pas les utiliser)
- ☐ autre
- ☐ ne sait pas

7. Connaissez-vous les traitements non médicamenteux proposés dans le service où vous êtes hospitalisés actuellement ? cocher la ou les réponses

☐ Aucun

Manipulations physiques et exercices de rééducation :

- ☐ kinésithérapie
- ☐ ostéopathie
- ☐ balnéothérapie
- ☐ chiropraxie
- ☐ vertébrothérapie
- ☐ gymnastique douce

Massages et touchers thérapeutiques :

- ☐ kinésithérapie
- ☐ RESC (résonance énergétique par stimulation cutanée)
- ☐ effleurage

Méthodes de physiothérapies :

- ☐ cryothérapie (froid)
- ☐ thermothérapie (chaud, lampe infra-rouge)
- ☐ vibrothérapie : ultra-sons ou onde de choc
- ☐ TENS (courant électrique administré par des électrodes)
- ☐ acupuncture
- ☐ réflexothérapie

Techniques cognitives et comportementales :

- ☐ relaxation
- ☐ sophrologie
- ☐ hypnose
- ☐ biofeedback
- ☐ distraction
- ☐ coping

Aides techniques à l'installation, transfert, mobilisation :

- ☐ ergothérapie, orthèses
- ☐ psychomotricité

Méthodes médicales et chirurgicales :

- ☐ mésothérapie
- ☐ radiothérapie
- ☐ technique antalgique chirurgicale

- ☐ Salle Snoezelen
- ☐ Autre

8. Seriez-vous intéressé par : cocher la ou les réponses

- ☐ L'intensification de cette prise en charge :
 - ☐ de façon générale (hôpital, chez vous...)
 - ☐ à l'hôpital
- ☐ Le développement de ces techniques dans le service
- ☐ Par un livret d'accueil vous présentant l'offre de soins sur la prise en charge non médicamenteuse possible dans le service
- ☐ Par une éducation thérapeutique sur la prise en charge non médicamenteuse de la douleur dans le service
- ☐ aucune de ces propositions
- ☐ autre
- ☐ ne sait pas

Auriez vous d'autres remarques concernant votre prise en charge par les thérapies non médicamenteuses non abordées dans le questionnaire ?

Avez vous des remarques sur ce questionnaire ?

Merci de votre précieuse aide !!

Durée de l'entretien :

Impression globale :

Annexe 4. Le lexique

Définition des différentes thérapies non médicamenteuses (TNM) :

Manipulation physique et exercice de rééducation :

- **Kinésithérapie :**

La kinésithérapie est une spécialité paramédicale qui permet à un professionnel diplômé de travailler sur différentes formes de rééducation, le renforcement musculaire, la mobilité et l'endurance d'un patient. La kinésithérapie est très utilisée à la suite d'une blessure, d'une intervention chirurgicale ou d'un événement traumatisant pour le corps humain.

- **Ostéopathie :**

L'ostéopathie est une méthode de soins qui s'emploie à déterminer et à traiter les restrictions de mobilité qui peuvent affecter l'ensemble des structures composant le corps humain.

L'ostéopathie est fondée sur la capacité du corps à s'autoéquilibrer et sur une connaissance approfondie de l'anatomie.

- **Balnéothérapie :**

La balnéothérapie regroupe l'ensemble des techniques de rééducation actives ou passives réalisées sur des sujets en immersion dans l'eau.

La balnéothérapie consiste à utiliser le pouvoir médicinal de l'eau.

- **Chiropractie :**

la chiropractie est une pratique médicale qui utilise les mains pour soulager les patients. Elle est basée sur la manipulation des différentes parties du corps humain et plus particulièrement de la colonne vertébrale. Cette technique thérapeutique est exercée par un chiropracteur qui agit sur trois domaines : les muscles, les vertèbres et les articulations.

- **Vertébrothérapie :**

La Vertébrothérapie est un mode de soins manuel par manipulation vertébrale réservé à l'usage des médecins, médecins du sport ou rhumatologues.

La vertébrothérapie s'adresse aux malades souffrant du mal de dos et de ses conséquences.

- **Gymnastique douce :**

Gymnastique adaptée à la physiologie du public senior.

Elle comprend plusieurs disciplines comme le yoga, le stretching postural ou encore la méthode Feldenkrais.

Massage antalgique et toucher thérapeutique :

- **Kinésithérapie :** cf ci-dessus

- **RESC (Résonance Énergétique par Stimulation cutanée):**

Méthode dite « non conventionnelle », il s'agit d'une approche corporelle, non invasive (sans aiguille). Cette méthode consiste, par des points de pression bien ciblés, à soulager la douleur physique mais aussi psychologique.

La RESC est d'abord une écoute attentive par les mains du praticien. Dans cette attitude de profonde attention, le praticien va d'abord rechercher les blocages énergétiques, puis par une stimulation cutanée douce il va permettre le retour à une meilleure fluidité de la circulation énergétique.

Le protocole de base comprend l'écoute et l'équilibration de points situés sur les pieds, l'abdomen et la tête. La personne est en position allongée, de détente.

- **Effleurage :**

Massage très léger pratiqué avec l'extrémité des doigts ou avec la main entière et n'affectant que la surface cutanée

Méthode de physiothérapies :

- **cryothérapie :**

La cryothérapie est le traitement par le froid

- **thermothérapie :**

La thermothérapie est une technique qui emploie la chaleur dans le traitement de la douleur, en particulier musculaire.

Lampe à Infra-rouge :

La lumière infrarouge est une lumière qui ne peut être perçue par l'œil humain. Elle permet de propager la chaleur dans le corps, elle pénètre jusqu'aux articulations et tendons ce qui lui permet de soulager les douleurs et détendre les muscles et aussi de favoriser la circulation sanguine.

- **Vibrothérapie :**

Traitement à l'aide de vibrations = ultra son/onde de choc

Ultra son :

Les ultrasons sont des vibrations mécaniques de haute fréquence entraînant un effet biostimulant sur l'organisme.

Les ondes traversent la peau par l'intermédiaire d'un gel de contact (identique à celui des échographies).

L'effet antalgique : Les ultrasons permettent de diminuer l'influx nerveux sur la fibre sensitive.

L'effet anti-inflammatoire : les ultrasons permettent d'augmenter le flux sanguin et lymphatique et entraînent une diminution de l'œdème.

L'effet cicatrisant : les ultrasons permettent une meilleure cicatrisation des tendons et ligaments après un traumatisme.

Onde de choc :

Vibrations électromagnétiques dont l'application nécessite un guidage par échographie afin de cibler la zone d'impact.

Les indications majeures sont les calcifications tendineuses et les tendinites chroniques

- **TENS :**

La hyperstimulation électrique trans cutanée est une technique antalgique non médicamenteuse qui utilise les propriétés d'un courant électrique transmis au travers d'électrodes placées sur la peau.

- **Acupuncture :**

L'acupuncture est une branche proche de la médecine, d'origine chinoise, à la fois naturelle et empirique. L'acupuncture travaille sur l'ensemble du corps et s'appuie sur les grands principes de la médecine asiatique : yin et yang, utilisation des méridiens énergétiques, etc.

Cette méthode consiste à introduire sous la peau des aiguilles en métal, qui vont piquer le corps à des endroits bien précis pour provoquer l'action souhaitée sur l'organisme et rétablir l'équilibre énergétique du corps

- **réflexothérapie :**

La thérapie des zones réflexes consiste à exercer un toucher spécifique sur différentes zones réflexes du corps. L'objectif du traitement est de stimuler et de renforcer les capacités de régulation et d'auto-guérison du corps.

Techniques cognitives et comportementales :

- **relaxation :**

Détente physique et mentale résultant d'une diminution du tonus musculaire et de la tension nerveuse.

Méthode visant à obtenir cette détente par le contrôle conscient du tonus physique et mental afin d'apaiser les tensions internes et de consolider l'équilibre mental.

- **sophrologie :**

La sophrologie est une technique de relaxation basée sur des exercices de respiration et de gestion de la pensée. Elle est souvent utilisée pour combattre le stress, mais ce n'est pas sa seule indication. Cette technique de relaxation plonge en effet le sujet dans un état de semi-conscience qui lui permet alors se concentrer sur un besoin bien spécifique.

- **Hypnose :**

État de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion. Ensemble des techniques permettant de provoquer un état d'hypnose, utilisées notamment au cours de certaines psychothérapies

- **Biofeedback :**

Discipline qui étudie les liens entre l'activité du cerveau et les fonctions physiologiques. L'objectif est de redonner au patient le contrôle sur son propre corps, y compris sur certaines fonctions dites involontaires, de façon à prévenir ou à traiter un ensemble de problèmes de santé par l'utilisation d'appareils (électroniques ou informatiques) comme outils d'apprentissage (ou de rééducation).

- **Distraction :**

Fixer l'esprit sur d'autres centres d'intérêt tel que le dessin, la musique, le chant...

- **Coping :**

Utilisé comme technique de thérapie comportementale, le coping vise à renforcer la capacité de gestion de l'anxiété et de contrôle des peurs.

Méthodes qui cherchent à renforcer les moyens de la personne pour s'adapter au stress notamment lié à la douleur.

Aide technique au positionnement, mobilisation, transfert :

- **Ergothérapie :**

L'ergothérapie est une profession de santé évaluant et traitant les personnes afin de préserver et développer leur indépendance et leur autonomie dans leur environnement quotidien et social.

L'ergothérapie repose sur l'éducation, la rééducation, la réadaptation ou encore la réhabilitation, par l'activité. La thérapie mise en place vise à améliorer capacités d'agir ou compétences, ce, lors de séances individuelles ou en groupe. L'ergothérapeute utilise comme support thérapeutique nombre d'activités de la vie quotidienne (toilette, hygiène personnelle, travail et loisirs, etc.).

Orthèses :

L'orthèse est un appareil orthopédique qui revêt plusieurs fonctionnalités.

L'orthèse sert à compenser, prévenir ou corriger la ou les parties de votre corps qui sont atteintes.

L'orthèse peut servir à soutenir une articulation ou un muscle tout comme elle peut remplacer une fonction corporelle présentant un déficit. Elle permet aussi d'immobiliser une partie du corps pour faciliter son rétablissement. Il existe ainsi des orthèses pour les genoux, les chevilles, les poignets, les mandibules, la voûte plantaire, etc.

- **Psychomotricien :**

Il exerce sa profession auprès d'enfants et d'adultes qui présentent des difficultés d'adaptation au monde à cause d'une intégration perceptivo-motrice perturbée.

La rééducation ou thérapie psychomotrice est un des moyens qui permettent de restaurer l'adaptation de l'individu au milieu par le biais d'apprentissages psycho-perceptivo-moteurs. Elle étudie à la fois les mécanismes perceptifs, c'est-à-dire comment et avec quelle efficacité le sujet extrait du milieu les informations pertinentes pour la réalisation de son projet moteur et, par ailleurs, le comportement moteur lui-même et ses caractéristiques

Technique médicale et chirurgicale :

- **mésothérapie :**

Consiste à injecter au site de la lésion par voie intradermique ou sous cutanée superficielle des médicaments à très faible concentration (antalgiques, anesthésiques locaux, anti-inflammatoires...)

- **radiothérapie :**

La radiothérapie consiste à exposer une partie précise du corps à des radiations ionisantes.

- **techniques antalgiques chirurgicales**

Salle Snoezelen :

L'espace de snoezelen aussi appelé environnement multisensoriel. Ces espaces sont spécialement conçus pour pouvoir cibler les stimuli sens par sens, notamment au travers d'effets lumineux, de jeux de couleurs, de sons, de musique, de parfums, etc...L'utilisation de différentes textures de matières sur les murs permet une exploration tactile. Le sol est agencé de façon à stimuler la recherche d'équilibre.

L'espace est typiquement adapté par la personne stimulante avant la séance afin de solliciter plusieurs sens à la fois ou, au contraire, pour se concentrer sur un seul sens. L'adaptation se fait en jouant sur les différents paramètres de l'espace que sont les éclairages, l'atmosphère, les sons et les textures afin de répondre au contexte spécifique de la ou des personne(s) à stimuler

Définition des échelles de la douleur :**L'échelle verbale simple : EVS**

L'échelle verbale simple ou EVS permet d'apprécier la douleur ressentie du patient par paliers. Chaque palier correspond à un score que le soignant demande au patient :

- Absence de douleur : 0
- Douleur faible : 1
- Douleur modérée : 2
- Douleur intense : 3
- Douleur atroce : 4

L'échelle numérique : EN

L'échelle numérique consiste à demander au patient de donner une note allant de 0 à 10 à sa douleur ressentie.

- La note 0 correspond à « pas de douleur » tandis que la note 10 à « douleur insupportable ».

Les paliers et les traitements de la douleur :

Palier 1 : traitement des douleurs de faible intensité.

- Paracétamol : Dafalgan®, Doliprane®, Efferalgan®, Dolko®, Claradol®, Algodol®
- Aspirine.
- Anti-inflammatoire non stéroïdiens : Diclofénac (Voltarène®), Kétoprofène (Profénid®), Ibuprofène (Advil®, Nurofen®, Antarène®, Spedifen®), Naproxène (Apranax®), Indométacine (Indocid®)

Palier 2 : traitement des douleurs légères à modérées.

- Codéine : Dafalgan codéine®, Lindilane®, Efferalgan codéine®, Codoliprane®, Algisedal®, Klipal®
- Codéine seule (Dihydrocodéine) Dicodin®
- Paracétamol-opium-caféine Lamaline®
- Tramadol : Tramadol Topalgic®, Contramal®, Zamudol®, Zumalgic®
- Tramadol-paracétamol Ixprim®, Zaldiar®
- Néfopam Acupan®

Palier 3 : traitement des douleurs très intenses ou résistantes aux autres antalgiques.

- Morphine : Actiskénan®, Sévredol®, Skénan® LP, Moscontin®, Oramorph®
- Dérivé de la morphine : Hydromorphone Sophidone® LP Oxycodone Oxycontin® LP Oxynorm® OxynormORO®
- Fentanyl : Fentanyl Actiq® (cp avec appl. buccal) Abstral® (cp sublingual) Effentora® (cp gingival) Instanyl® (spray nasal) Durogésic® Matrifen® (patch cutané)

Annexe 5 : Protocole d'audit

Titre de la thèse

Place des thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge antalgique chez le sujet âgé hospitalisé.

Contexte (choix de la thématique)

Interne en Médecine générale à la faculté de Lyon, j'ai travaillé au Centre hospitalier gériatrique du Mont d'or, et plus précisément sur le Pavillon Amandier, de Novembre 2014 à Avril 2015.

Durant ce stage j'ai, entre autre, été très sensibilisée à la prise en charge de la douleur, axe capital du centre hospitalier.

De ce fait je réalise ma thèse de médecine générale sur ce dernier sujet et plus précisément sur « La place de la prise en charge non médicamenteuse de la douleur chez le sujet âgé hospitalisé » via un questionnaire.

La douleur est un symptôme rencontré quotidiennement en gériatrie ; le traitement antalgique est en plein essor et est une des priorités dans les prises en charges. Or les thérapies non médicamenteuses (TNM) sont peu utilisées dans les services hospitaliers. Celles-ci ont toutefois des avantages tels que le peu voire l'absence d'effets secondaires, d'être complémentaire des traitements médicamenteux, et de favoriser une prise en charge globale, capitale en gériatrie.

Pour optimiser la prise en charge de la douleur, le patient doit être acteur principal, il doit donc pouvoir avoir connaissance des traitements proposés pour adhérer au projet (traitements médicamenteux et non médicamenteux).

De ces constats, il nous a semblé nécessaire de faire le point sur l'expérience, les connaissances et les attentes des patients âgés hospitalisés concernant les thérapies non médicamenteuses.

L'objectif de cet état des lieux est de mettre en évidence :

- que le patient est intéressé par les TNM
- qu'il souhaite intensifier et avoir une meilleure accessibilité aux TNM durant son hospitalisation
- qu'il est en attente d'une éducation thérapeutique sur la prise en charge antalgique non médicamenteuse.

Taille de l'établissement :

Le Centre hospitalier gériatrique dispose de services de Médecine, SSR et Hôpital de jour:

- 26 lits de médecine
- 156 lits de Soins Suite et de Réadaptation (dont 36 lits de SSR actuellement fermés, ouverture prévue en Octobre 2016).
- 5 places en hôpital de jour

et 85 d'Unités de soins de Longue Durée (USLD) pour les personnes âgées en perte d'autonomie, dépendante, sur le site d'Albigny sur Saône,

- 351 lits d'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

Champ d'application

services concernés :

- Soins de suite et Réadaptation (Service Amandier : Amandier 1 unité fonctionnelle de 34 patients, Amandier 2 unité fonctionnelle de 36 patients ; Capucine : Capucine 2, unité fonctionnelle de 36 patients). L'unité fonctionnelle de Bruyère 2 n'est pas concernée car fermée au moment de l'audit.
- Médecine gériatrique : service Capucine, Capucine 1 : 26 patients)

période : Septembre 2016 à Novembre 2016 ou jusqu'à l'obtention de 100 recueils de données

population étudiée : patients hospitalisés de plus de 65 ans en SSR gériatrique ou Médecine gériatrique présents dans le service depuis plus de 48 heures.

Critères d'inclusion et d'exclusion

➤ Critères d'exclusion :

Patients de moins de 65 ans

Patients hospitalisés depuis moins de 48 heures.

Patients refusant de participer à l'audit

Troubles de la compréhension invalidants (pathologie psychiatrique ou neurologique, handicap de communication type surdité, barrière linguistique). Les patients en SSR de Bruyère 1 (patients avec troubles du comportement) sont de ce fait exclus.

Altération de l'état général en lien avec une pathologie aigüe ou chronique.

➤ Critères d'inclusion :

Tous les patients hospitalisés en SSR ou Médecine Gériatrique ne présentant pas de critère d'exclusion.

Type d'audit :

- Prospectif. Enquête descriptive transversale observationnelle unicentrique sur cohorte de patients hospitalisés en gériatrie avec une analyse quantitative, à travers un questionnaire proposé au patient.

➤ Méthodologie :

- Autorisation préalable

Avant de débiter notre étude il est nécessaire d'obtenir les autorisations officielles afin d'avoir l'accord pour interroger les patient de l'établissement.

Un accord de principe de tous les chefs de service de l'établissement a été obtenu par mails.

Une demande officielle à la présidente de la CME, qui sera soumis au directoire pour accord, a également été transmise par mail.

○ Réalisation du questionnaire :

Les données vont être recueillies à l'aide d'un questionnaire, réalisé avec OpenOffice Writer®.

Il a été élaboré à l'aide de la recherche bibliographique et notamment à l'aide du portail MOBIQUAL qui est un programme porté par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). C'est une action nationale pour soutenir l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles en EHPAD, établissements de santé et à domicile, au bénéfice des personnes âgées ¹et handicapées.

Le questionnaire a également été relu par plusieurs intervenants : 3 docteurs en médecine et un docteur en pharmacie du CHG du Mont d'Or qui ont apporté leurs connaissances professionnelles afin que le questionnaire soit le plus complet possible

Le document transmis aux patients se compose :

- d'une lettre explicative
- d'un guide de remplissage
- du questionnaire
- d'un lexique contenant toutes les définitions des TNM évoquées dans le questionnaire.

○ Recueil de données :

Tous les patients hospitalisés pendant la période d'inclusion, et ne présentant pas de critères d'exclusions, se verront proposer de répondre à un questionnaire sur la PEC de la douleur avec d'autres moyens que les médicaments ou en complément des médicaments.

- Si le patient donne son accord : le questionnaire sera donné au patient afin qu'il en prenne connaissance et qu'il commence à le remplir (environ 30 min) puis lors d'un entretien individuel, dans leur chambre (mené soit par le Dr Émilie BOUGIATOTIS, soit par Julie CHAZOT interne) ils seront aidés afin de le compléter et de répondre à leurs interrogations.

La durée de chaque entretien sera enregistrée.

- Si le patient refuse : la raison du refus sera notée et le patient exclu.

Le recueil des données s'arrête à 100 questionnaires remplis (ou lorsque les trois mois sont écoulés).

Source de données

- dossier patient informatique
- entretien avec questionnaire auprès des patients

1

Taille de l'échantillon et mode de sélection de cette échantillon

➤ Population cible

La population cible correspond à tous les patients hospitalisés du 01/09/2016 au Centre hospitalier Gériatrique du Mont d'or répondant aux critères d'inclusion.

➤ Echantillon

L'échantillon de notre étude sera obtenu par diffusion du questionnaire aux patients gériatriques hospitalisés en SSR ou Médecine gériatrique au CHG du Mont d'Or ne présentant pas les critères d'exclusions.

Arrêt du recueil de données après 3 mois d'enquête (soit au 30/11/2016) ou dès l'obtention de 100 questionnaires remplis.

Calendrier

Début de l'enquête : 01/09/2016

Fin de l'enquête au plus tard le 30/11/2016.

Bibliographie

MOBIQUAL :

http://www.mobiqua1.org/douleur/SOURCES/ETBS-DIAPORAMAS/PRISE-EN-CHARGE/PDF/3.PEC_NON_MEDICAMENTEUSE.pdf

PLAN DOULEUR, HCSP :

1. - evaluation_plan_triennal.pdf [Internet]. [cited 2016 Aug 28]. Available from: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/evaluation_plan_triennal.pdf
2. 21/29,7 douleur - programme_lutte_douleur_2002-05.pdf [Internet]. [cited 2016 Aug 28]. Available from: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf
3. Enjeu de santé publique et critère de qualité et d'évolution d'un système de santé, la lutte contre la douleur répond avant tout à un objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme : la douleur et la souffrance morale ressenties à tous les âges de - plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf [Internet]. [cited 2016 Aug 28]. Available from: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf
4. hcspr20110315_evaldouleur20062010.pdf [Internet]. [cited 2016 Aug 28]. Available from: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/hcspr20110315_evaldouleur20062010.pdf

5. http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/-plan_douleur_1998.pdf [Internet]. [cited 2016 Aug 28]. Available from: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/plan_douleur_1998.pdf

SUDOC, Thèse :

6. Martinez D. Etude de l'utilisation des médecines parallèles dans une population de patients hospitalisés. [Lyon]; 2000.
7. Moreau S, Zerbib Y. Le choix d'une médecine non conventionnelle et les bases d'une intégration. [S.l.]: s.n.; 2011.
8. Geesen M, Zerbib Y. Le recours des patients aux médecines non conventionnelles en région Rhône-Alpes: étude quantitative descriptive transversale par questionnaire de 473 patients. [S.l.]: s.n.; 2011.
9. Reix F, Erpeldinger S. Les médecines complémentaires et alternatives dans les études de médecine en France: état des lieux et opinions des doyens et des étudiants. [S.l.]: s.n.; 2010.
10. Dubois-Courvoisier J, Zerbib Y. Pourquoi les patients ont-ils recours aux médecines non conventionnelles ? Attitudes, connaissances et représentations à partir de 15 entretiens semi-dirigés. [S.l.]: s.n.; 2011.
11. Bui-Xuan A-S, Broussolle C. Recueil des attentes et identification des besoins de formation des médecins généralistes du Rhône. [S.l.]: s.n.; 2000.

...

Pubmed, articles:

12. Ardigo S, Herrmann FR, Moret V, Déramé L, Giannelli S, Gold G, et al. Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2016 Jan 15 [cited 2016 Aug 26];16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4714456/>
13. Burns E, Nair S. New horizons in care home medicine. *Age Ageing*. 2014 Jan 1;43(1):2–7.
14. Dalacorte RR, Rigo JC, Dalacorte A. Pain management in the elderly at the end of life. *North Am J Med Sci*. 2011 Aug;3(8):348–54.
15. Eum Y, Yim J, Choi W. Elderly Health and Literature Therapy: A Theoretical Review. *Tohoku J Exp Med*. 2014;232(2):79–83.
16. Herman CJ, Allen P, Prasad A, Hunt WC, Brady TJ. Use of Complementary Therapies Among Primary Care Clinic Patients With Arthritis. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2004 Sep 15 [cited 2016 Aug 26];1(4). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1277952/>
17. Kligler B, Brooks AJ, Maizes V, Goldblatt E, Klatt M, Koithan MS, et al. Interprofessional Competencies in Integrative Primary Healthcare. *Glob Adv Health Med*. 2015 Sep;4(5):33–9.
18. Siddiqui MJ, Min CS, Verma RK, Jamshed SQ. Role of complementary and alternative medicine in geriatric care: A mini review. *Pharmacogn Rev*. 2014;8(16):81–7.
19. Wärne B. CAM launched in a Swedish geriatric unit. *Acupunct Med*. 2002 Aug 1;20(2-3):141–141.
20. [cited 2016 Aug 28]. Available from: <http://www.altmedrev.com/publications/12/3/246.pdf>

CHAZOT Julie

« Place des thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge
antalgique du sujet âgé hospitalisé »

Th.Méd : Lyon 2017 n°

Introduction : Le sujet âgé est plus fragile, plus douloureux et présente plus d'effets secondaires dus aux médicaments comparé à la population générale. A travers les thérapies non médicamenteuses (TNM), de nouvelles perspectives s'ouvrent. L'objectif de cette étude a été de réaliser un état des lieux sur les connaissances, l'expérience et les attentes du sujet âgé hospitalisé concernant la prise en charge antalgique non médicamenteuse.

Matériel et méthode : Une enquête de pratique descriptive transversale unicentrique avec une analyse quantitative, à travers un questionnaire avec aide au remplissage, a été réalisée sur tous les patients de SSR ou CSG du Centre Hospitalier d'Albigny qui ne présentaient pas les critères d'exclusion (état général ou troubles cognitifs ne permettant pas de répondre, refus de participation, troubles de la compréhension invalidants, patient dans le service depuis moins de 2 jours).

Résultats : Le recueil de données s'est limité à 100 patients. Seulement 21% d'entre eux ne présentaient pas de douleur et 80% avaient au moins un traitement antalgique. 43 patients sur 79 douloureux ont déjà utilisé au moins une TNM, essentiellement la kinésithérapie et l'acupuncture, en deuxième intention et en ville. Lorsqu'elles sont utilisées les TNM soulagent les patients de façon significative. Le sujet âgé connaît un grand nombre de TNM grâce à son entourage et le médecin. Il souhaite également utiliser les TNM pour traiter la douleur. 31% des sujets interrogés aimeraient toutes les essayer. Les freins principaux à l'utilisation restent le coût et le manque de données scientifiques.

Conclusion : Les patients âgés hospitalisés sont en faveur d'une intensification de la prise en charge antalgique par les TNM. Toutefois, il se pose la question des moyens de développement de ces thérapies. Des études à haut niveau de preuves restent à réaliser.

MOTS CLES Thérapies non médicamenteuses, douleur, antalgique, sujet âgé, gériatrie, état des lieux, hospitalisé

JURY Président : Monsieur le Professeur Marc BONNEFOY
Membres : Madame le Professeur Marie FLORI
Madame le Professeur Marilène FILBET
Madame le Docteur Emilie BOUGIATIOTIS

DATE DE SOUTENANCE 03 février 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR 1 rue de la vapeur – 42100 Saint Etienne
chazot-julie@hotmail.fr