



**Gestion de la douleur chronique par opiacés chez les personnes
âgées de plus de 65 ans en milieu hospitalier**

Baptiste Pernet

Étudiant Bachelor – Filière Soins infirmiers

Timothé Zaffinetti

Étudiant Bachelor – Filière Soins infirmiers

Directrice de travail : Mbarga Josiane

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2023 EN VUE DE
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

**Haute École de Santé Vaud
Filière Soins infirmiers**

Résumé

Titre : Gestion de la douleur chronique par opiacés chez les personnes âgées de plus de 65 ans en milieu hospitalier.

Contexte : De nos jours, les avancées dans le domaine médical, les progrès technologiques et les mesures de santé publique contribuent à une augmentation de la durée de vie. Par conséquent, il y a une augmentation croissante de la probabilité de l'apparition de maladies chroniques et de tous les signes et symptômes qui y sont associés dont la douleur. De ce fait, le nombre de patients âgés traités par opiacés est en constante augmentation. Ces traitements mènent à un enjeu majeur, celui de coordonner et sécuriser leur prescription pour un usage optimal.

Objectif : Comprendre quelle est la gestion de la douleur chronique par opiacés chez les patients âgés de 65 ans et plus en milieu hospitalier.

Méthode :

Critère d'inclusion : des personnes âgées traitées par opiacés pour des douleurs chroniques

Stratégies de recherche : Deux bases de données renommées dans la santé : CINAHL et PubMed.

Synthèses des données : Six articles ont été sélectionnés et analysés

Résultats : L'utilisation d'opiacés chez les personnes âgées nécessite une approche prudente en raison des risques associés. Les personnes âgées sont plus souvent sensibles aux effets de ces médicaments en raison de changements physiologiques liés à l'âge. De ce fait, il est important que les professionnels de la santé évaluent attentivement les bénéfices potentiels par rapport aux risques chez les personnes âgées avant l'administration des opiacés. Il est recommandé de suivre une approche individualisée en tenant compte des caractéristiques spécifiques de chaque patient, de sa condition médicale globale, de ses antécédents médicaux et de son risque individuel de complications liées aux opiacés.

Conclusion : Bien que les opiacés peuvent être utilisés pour le traitement de la douleur chez les personnes âgées, leur utilisation doit être soigneusement évaluée et surveillée en raison des risques potentiels associés. La prise de décision de prescription d'opiacés devrait être basée sur une évaluation approfondie des bénéfices et des risques individuels, en prenant en compte d'autres options de traitements disponibles.

Mots clés : Opioïdes (opioïds), douleur chronique (chronic pain), personnes âgées (elderly), hospitalisé (hospitalized), gestion (managing).

AVERTISSEMENT

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute École de Santé Vaud, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seuls le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références.

12 juillet 2023, Baptiste Pernet, Timothé Zaffinetti

Remerciements

Nous tenons à adresser nos sincères remerciements et toute notre reconnaissance à notre directrice de travail de Bachelor, Madame Josiane Mbarga. Nous la remercions pour sa disponibilité et son implication dans le suivi ainsi que son expertise et ses conseils judicieux qui ont concouru à notre réussite. Son investissement nous a été essentiel pour nous permettre de mener à bien ce travail.

Nous remercions également Madame Nancy Helou, professeure qui nous a fourni des outils essentiels à l'élaboration de notre travail de Bachelor durant les séminaires, ainsi que Madame Magali Serex, bibliothécaire à HESAV pour son temps accordé à notre travail.

Un grand merci à Isabelle Pernet et Michèle Zaffinetti pour le temps consacré à la relecture du travail et pour leurs commentaires pertinents.

Nous remercions particulièrement nos amis pour le soutien moral et intellectuel apporté.

Table des matières

Introduction.....	1
1. Problématique	2
1.1. Milieu hospitalier	2
1.2. Définition de la douleur.....	2
1.3. Physiopathologie de la douleur	3
1.4. Types de douleurs	3
1.5. La douleur chronique et douleur aiguë.....	4
1.6. Traitement de la douleur chronique.....	5
1.7. Actions des traitements par opiacés	7
1.8. Effets indésirables principaux des opioïdes	9
1.9. Personnes âgées et douleur chronique.....	9
1.10. Personnes âgées et les antalgiques par opiacés.....	10
2. Rôle infirmier	11
2.1. Évaluation de la douleur.....	11
2.2. Gestion de la douleur par traitements	11
Éducation thérapeutique	12
Prise en charge biopsychosociale de la douleur	13
L'accompagnement	13
Aspects relationnels	13
2.3. Obstacles	14
3. Formulation de la question de recherche	15
4. Cadre théorique : La théorie infirmière de gestion des symptômes (TGS).....	15
5. Méthode	17
5.1. Stratégies de recherche	17
5.2. Base de données : CINAHL et PubMed	18
5.3. Termes et descripteurs	18
5.4. Sélection des articles.....	18
5.5. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	20
6. Analyse des 6 articles sélectionnés.....	20
7. Synthèse des résultats	31
7.1. La douleur chronique, un fardeau universel	31
7.2. Prescriptions d'opioïdes chez la personne âgée.....	31

7.3.	Prévalence des opioïdes chez les personnes âgées	32
7.4.	Impact des opioïdes sur le statut fonctionnel	32
7.5.	Opioïdes et coûts de la santé	32
7.6.	Recommandations des auteurs liées à la gestion de la douleur chez les personnes âgées 33	
8.	<i>Discussion</i>	34
8.1.	Limites et forces du travail.....	36
	<i>Conclusion</i>	38
	<i>Références</i>	40
	<i>Bibliographie</i>	46

Introduction

Le sujet que nous avons choisi pour la réalisation de notre Travail de Bachelor est celui de la gestion de la douleur chronique par opiacés, auprès des patients¹ âgés de 65 ans et plus en milieu hospitalier.

De nos jours, l'espérance de vie augmente considérablement avec l'amélioration des soins. Cette augmentation de la longévité engendre un accroissement des maladies chroniques. Effectivement, le nombre de personnes susceptibles de développer des maladies chroniques avec leur multiples symptômes est en constante augmentation. Actuellement en Suisse, 2,2 millions de personnes souffrent d'une affection chronique² et près de 20% de la population de plus de 50 ans est atteinte de maladies chroniques multiples (multimorbidités) (Bachmann & al., 2015). Dans toutes les pathologies, la douleur est l'un des principaux symptômes et elle est très fréquente chez la personne âgée. En France, la prévalence des douleurs chroniques est de 40% à 75% pour les personnes âgées qui vivent à domicile et près de 90% pour celles qui vivent en institution (Pickering & al., 2017). Or, selon Sophie Pautex et Nicole Vogt-Ferrier (2006), les personnes âgées sous-estiment souvent leur douleur et la considèrent comme un fait qui survient automatiquement avec la vieillesse. En effet, la souffrance chez les personnes âgées est souvent minimisée, évaluée de manière insatisfaisante et insuffisamment prise en charge (Gomes da Rocha, 2019).

La douleur peut avoir de graves répercussions sur la qualité de vie. Évoquons en particulier l'incapacité physique, le déclin fonctionnel, la perte d'autonomie, l'isolement social et la dépression. Une pathologie douloureuse aiguë ou sa chronicisation peuvent mettre à l'épreuve la résilience de la personne âgée et entraîner une cascade délétère vers un déclin fonctionnel et une perte d'autonomie (Pickering & al., 2016). Plusieurs études ont estimé le coût total imputable de la douleur chronique. Les frais sont dus aux coûts directs de traitements (consultation, médicaments et hospitalisations) ainsi qu'aux coûts indirects liés aux absences professionnelles et à la diminution de productivité. Une étude réalisée aux États-Unis d'Amérique, basée sur le *Medical Expenditure Panel Survey* (MEPS) par Gaskin et Richard (2012) a évalué les coûts annuels de la douleur chronique de 560 à 600 milliards de dollars US en 2010. Cette somme dépasse les coûts annuels d'autres maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires (309 milliards), les cancers (243 milliards) et le diabète (138 milliards).

La prise en charge de la douleur représente un des plus grands défis du 21^{ème} siècle pour les systèmes de santé (Pruitt & Epping-Jordan, 2005). Le soignant est confronté à plusieurs défis lorsqu'il s'agit de prendre en charge la douleur. L'un de ces défis est de concilier ses connaissances et les actions qui en découlent avec l'expérience vécue par le patient. Il est essentiel de respecter la singularité de l'expérience du patient, car cela permet de libérer intérieurement la personne qui est figée dans son existence par la douleur. La douleur chronique nous rappelle ainsi que la médecine est un art qui nécessite une écoute de soi et des autres pour être nourrie et enrichie (Berquin & Grisart, 2016). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013), il existe 3 paliers dans la gestion de l'antalgie. Le premier palier comprend les antalgiques faibles tels que le Paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ; le deuxième palier inclut le Tramadol et la Codéine pour la gestion des douleurs modérées à sévères ; enfin, le troisième palier comprend les opioïdes (morphine, oxycodone, fentanyl...) dans le cas de douleurs sévères. (HUG, 2021). L'utilisation des opioïdes dans la gestion de la douleur chronique est un sujet complexe et controversé (Houle & Raymond, 2009). Les opioïdes sont des médicaments puissants qui peuvent offrir un soulagement efficace de la douleur, mais leur utilisation comporte également des risques potentiels, tels

¹ Ce terme générique se réfère aussi bien au masculin qu'au féminin

² Comprend la douleur

que la dépendance, les effets secondaires indésirables et les surdoses. Malgré ces préoccupations, les opioïdes sont parfois considérés comme une option nécessaire pour les patients souffrant de douleur chronique sévère et invalidante (Houle & Raymond, 2009). C'est pourquoi ce travail cherche à comprendre quelle est la gestion de la douleur chronique par opiacés chez les patients âgés de 65 ans et plus en milieu hospitalier.

Les douleurs chroniques ont un impact considérable sur la qualité de vie des patients. Nous avons trouvé judicieux de ne pas nous concentrer uniquement sur une pathologie qui engendre des douleurs chroniques, mais d'aller au-delà de celle-ci et d'avoir une approche plus globale des douleurs chroniques et de ce qu'elles engendrent. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé de travailler sur cette thématique et en faire notre travail de Bachelor.

En tant que futurs professionnels de la santé, nous avons conscience de l'importance des défis que les douleurs chroniques peuvent engendrer. Le rôle infirmier est d'accompagner au mieux le patient dans la gestion de la douleur en respectant ses choix, ses envies et ses besoins, du mieux possible. Nous avons conscience de l'impact bio-psycho-social que les douleurs chroniques provoquent, de ce fait, nous allons donc considérer la personne comme un être holistique.

Pour ce faire, ce travail présente dans un premier temps la genèse de la douleur et ses différentes caractéristiques, ses traitements et ses surveillances ainsi que la population de personnes âgées de plus de 65 ans en milieu hospitalier et le rôle infirmier dans ces situations afin d'éveiller la conscience du lecteur à ces problématiques. Dans un deuxième temps, nous présenterons la méthodologie de recherche, les critères de sélection ainsi que les équations de recherche réalisées pour l'obtention des articles scientifiques. Finalement, la résolution de la question de recherche sera effectuée par l'analyse des articles sélectionnés et leurs résultats. La gestion de la douleur chronique par opiacés chez les personnes âgées de plus de 65 ans en milieu hospitalier sera abordée dans la discussion.

1. Problématique

1.1. Milieu hospitalier

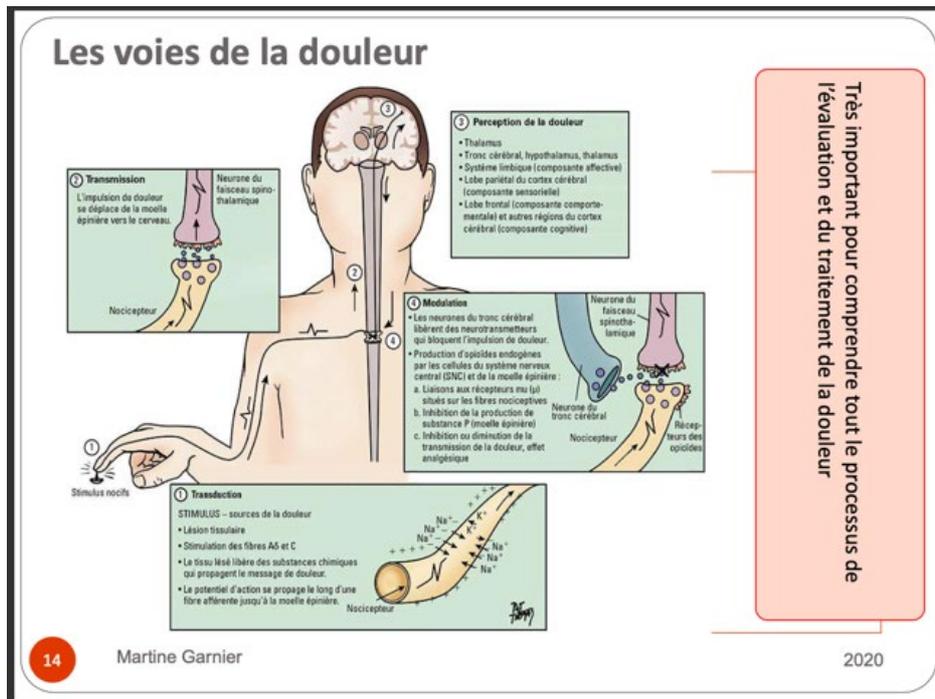
L'OMS définit le milieu hospitalier comme suit : « L'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradiant jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu : c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio-sociale. » (Comité d'experts de l'Organisation des Soins médicaux de l'OMS, 1957). (Del Volgo, 2008).

1.2. Définition de la douleur

La douleur est définie par l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle, ou décrite dans ces termes » (Raja & al., 2020, p.161). La douleur est toujours une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Vader & al., 2021). La douleur et la nociception sont des phénomènes différents. La douleur ne peut être déduite uniquement de l'activité des neurones sensoriels tandis que « la nociception est une réaction des récepteurs sensitifs provoquée par des stimulus qui menacent l'intégrité de l'organisme » (Le Robert, 2022). Selon Courtin & al., (2019), le système nociceptif est le capteur d'un système d'alarme du corps humain qui collecte les informations en périphérie et les transmet par la suite au cerveau. Ce dernier traite les informations et interprète s'il y a une menace à l'intégrité corporelle et le cas échéant elle se traduira par la douleur.

1.3. Physiopathologie de la douleur

La douleur se manifeste à travers différentes voies illustrées dans le schéma ci-dessous :



(Garnier, 2020)

Selon ce schéma, il y a premièrement, la phase de transduction où un stimulus douloureux va être capté par des récepteurs de la douleur (nocicepteurs). Deuxièmement, il y a la phase de transmission au cours de laquelle la douleur va se déplacer sous forme d'influx nerveux de la moelle épinière jusqu'au cerveau. Une fois cet influx arrivé au cerveau, il sera intégré par ce dernier. Cette phase constitue la perception de la douleur. L'information nociceptive parvient au cortex pour que la personne en prenne conscience, interprète cette information et lui donne une signification (Doyon & Longpré, 2016). En dernier lieu se trouve l'étape de la modulation. Les neurones du tronc cérébral vont libérer des neurotransmetteurs qui ont pour objectif de bloquer l'impulsion de la douleur (Garnier, 2020).

1.4. Types de douleurs

Nous retrouvons classiquement plusieurs grands types de mécanismes générateurs de la douleur : excès de nociception, neuropathique, idiopathique ou fonctionnelle et psychogène (Bassan & al., 2018).

1.4.1. La douleur par excès de nociception

Un nocicepteur est un récepteur sensoriel tissulaire assurant la transduction d'un stimulus nociceptif en potentiel d'action (Berquin & Grisart, 2016). La douleur par excès de nociception est le mécanisme le plus courant. Il s'agit d'une stimulation somatique mécanique (musculaire, osseuse, cutanée etc.) ou d'origine infectieuse, dégénérative, traumatique ou viscérale des tissus périphériques. Elle correspond à la douleur que tout le monde peut rencontrer et pour laquelle la prise en charge est souvent codifiée (Bassan & al., 2018).

1.4.2. La douleur neuropathique

Les douleurs neuropathiques sont des douleurs qui succèdent à une atteinte du système nerveux périphérique (amputation, zona, etc.) ou centrale (paraplégie, à la suite d'un AVC etc.). Dans certains cas, cette lésion peut être documentée (par des imageries ou des examens spécifiques). Parfois, elle sera établie à partir de la présentation clinique. Ce sont des douleurs spécifiques en termes de sensations et de mécanismes nécessitant une prise en charge particulière (Bassan & al., 2018).

1.4.3. La douleur idiopathique ou fonctionnelle

Les douleurs idiopathiques ou fonctionnelles font référence à des douleurs qui ne peuvent être classées dans les deux catégories précédentes. Ces douleurs n'ont aucune corrélation avec une lésion observable ou présumée. Elles résultent d'un dysfonctionnement d'un organe ou d'une fonction. Par exemple, des dysrégulations du système de contrôle de la douleur ou certaines pathologies qui surviennent de temps en temps en raison de l'interaction de plusieurs facteurs tels que les hormones, la physiologie, les émotions, le comportement, etc. (Bassan & al., 2018).

1.4.4. La douleur psychogène

La douleur psychogène est une douleur ressentie dans le corps dont la cause est d'origine psychologique. Ce mécanisme est identifié en se basant sur des critères sémiologiques et psychopathologiques spécifiques, plutôt que sur l'absence d'origine organique de la douleur. Cela nécessite une évaluation et une approche de traitement spécifiques. Parmi les mécanismes psychopathologiques impliqués, il y a les douleurs associées à des troubles de conversion hystérique, l'hypocondrie, la somatisation, ou encore les hallucinations (Bassan & al., 2018).

1.5. La douleur chronique et douleur aiguë

Il est important de distinguer la douleur chronique de la douleur aiguë. La douleur aiguë est « une expérience sensorielle et émotionnelle résultant des stimulations « nociceptives » de haute intensité qui déclenchent une cascade d'événements physiologiques conduisant à l'intégration des informations codant les différents aspects de la douleur (Melzack & Wall, 1965. pp. 971-9.). La description verbale n'est qu'un comportement parmi d'autres pour exprimer la douleur ; l'incapacité de communiquer n'exclut pas la possibilité qu'un humain ou un animal éprouve de la douleur (Vader, & al., 2021). Elle peut être multifactorielle : des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux contribuent au syndrome de la douleur (CIM-11, 2022). La douleur intègre de nombreuses dimensions de l'être humain. Dans cette perspective, Le Breton (1995) affirme : « ce n'est pas le corps qui souffre, mais l'individu en son entier » (Le Breton, 1995, p.45).

« La douleur chronique est celle qui persiste plus de trois à six mois. Elle envahit tout l'être, les émotions, le discours, l'imaginaire ; elle colore l'histoire du patient, déteint sur ses proches, sculpte son empreinte physique, psychique, culturelle, spirituelle. Elle désespère, dévalorise, handicape » (Queneau & Ostermann, 2004, p.23). De même, Nusbaum & al. (2010), indiquent que le patient subit une détérioration notable et graduelle de ses capacités fonctionnelles et relationnelles dans ses activités quotidiennes, que ce soit à la maison, à l'école ou au travail, en raison de la douleur qu'il ressent. Comme la douleur aiguë, la douleur chronique peut être soulagée. Cependant, elle résiste aux traitements et dure dans le temps.

En 2019, l'organisation mondiale de la santé (OMS), a adopté une nouvelle édition de classification internationale des maladies, la CIM-11. Cette classification reconnaît la douleur chronique en deux catégories : les douleurs primaires et les douleurs secondaires. Les douleurs chroniques primaires sont considérées comme une maladie en soi. Elles incluent notamment les douleurs chroniques généralisées (fibromyalgie, lombalgie non spécifique,

syndrome douloureux régional complexe...), les douleurs musculosquelettiques chroniques. Les douleurs chroniques secondaires, quant à elles, sont le symptôme d'une maladie sous-jacente. Elles sont classées en six catégories : douleur chronique liée au cancer, douleur chronique post-chirurgicale ou post-traumatique, douleur neuropathique chronique, céphalées ou douleurs orofaciales chroniques secondaires, douleur viscérale chronique secondaire, douleur musculosquelettique chronique secondaire (CIM-11, 2022).

En comparaison avec la douleur chronique, la douleur aiguë est souvent décrite comme une "douleur signal d'alarme" qui indique une atteinte. Cette douleur est considérée comme protectrice, car elle permet d'arrêter ou de réduire l'exposition au stimulus et de prévenir une lésion existante ou l'aggravation de la lésion, lorsque cela est possible. Dans cette perspective, la douleur chronique est perçue comme une pathologie distincte, avec des mécanismes spécifiques qui peuvent persister en dehors de l'atteinte initiale. Ainsi, la douleur chronique perd sa fonction d'alerte et de protection (Bassan & al., 2018). La douleur peut avoir des effets dévastateurs sur la personne touchée, affectant différents aspects de sa vie tels que le plan personnel, familial, social et professionnel. En raison de la persistance de la douleur, des mécanismes spécifiques sont déclenchés dans toutes les dimensions de la douleur, ce qui entraîne l'émergence de processus spécifiques. Cela rend la problématique de la douleur plus complexe, parfois résistante aux traitements habituels et provoquant une invalidité (Bassan & al., 2018).

Les personnes acquièrent la notion de douleur grâce à leurs expériences personnelles. Il est essentiel de respecter la déclaration d'une personne affirmant qu'une expérience est douloureuse (Vader & al., 2021).

1.6. Traitement de la douleur chronique

La douleur est fondamentalement un phénomène complexe qui nécessite une prise en charge tout aussi complexe, impliquant la coordination de professionnels provenant de différentes professions et disciplines.

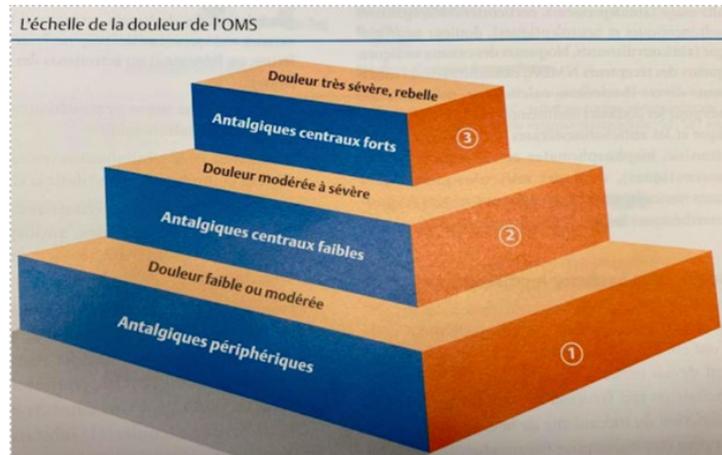
La première étape dans le traitement de la douleur consiste à comprendre et diagnostiquer le passage du patient de la douleur aiguë à la douleur chronique. Une fois le diagnostic de chronicité établi, des examens cliniques sont réalisés pour déterminer le type de douleur à traiter et le choix du traitement approprié. Différents types d'examen sont utilisés en fonction de l'origine de la douleur. L'évaluation de la douleur pose une difficulté majeure car elle n'est pas objectivable et reflète une complexité considérable. L'évaluation (et la réévaluation) est donc une étape indispensable pour la prise en charge de la douleur, et elle permet d'atteindre plusieurs objectifs :

- Elle permet au patient de comprendre concrètement l'importance de sa douleur.
- Elle facilite un retour en arrière et une éventuelle adaptation des traitements proposés.
- Elle est également bénéfique pour le personnel soignant, car elle leur fournit un outil de communication avec le patient, ainsi qu'un moyen de communication stable avec les différents professionnels impliqués dans la prise en charge (Bassan & al., 2018).

Afin de s'adapter à différentes populations telles que les enfants, les personnes âgées, les personnes non communicantes, ou celles en état de coma, et aux problématiques spécifiques qu'ils rencontrent, les professionnels de santé utilisent des outils d'évaluation de la douleur. Ils ont à leur disposition plusieurs outils d'évaluation tels que des échelles (unidimensionnelles) ou des questionnaires (multidimensionnels). Ces outils varient en fonction de l'âge du patient, de sa capacité à communiquer, du type de douleur, et d'autres facteurs pertinents (Bassan & al., 2018).

Il existe deux façons de traiter les douleurs chroniques : avec ou sans médicaments. Le choix du traitement dépend de l'analyse de la douleur et de son type, de ses composantes, de son intensité, de sa qualité et de l'expérience passée du patient (CHUV, 2019).

Pour ce qui concerne les thérapies médicamenteuses, en 1987, l'OMS a instauré un protocole de trois paliers pour la classification et l'utilisation des antalgiques pour le traitement la douleur décrit dans le schéma ci-dessous :



(OMS, 2013)

Le premier palier concerne les antalgiques non opioïdes, couramment appelés antalgiques périphériques. Parmi les médicaments les plus utilisés de cette catégorie, il faut citer le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et l'aspirine. Ces substances sont utilisées lors de douleurs faibles à modérées.

Le deuxième palier comprend les antalgiques centraux faibles ou opioïdes faibles (les morphiniques et dérivés sont regroupés sous le terme d'opioïdes.). Ils inhibent le stimulus douloureux au niveau médullaire et cérébral. Le Tramadol® et la codéine font partie de ce groupe de médicaments. Ils sont utilisés pour tous les types de douleurs ne pouvant être calmées par le premier palier, lors de douleurs modérées et sévères. Ces traitements sont fréquemment combinés avec ceux du 1^{er} palier.

Le troisième palier intègre les morphiniques forts. Le chlorhydrate de morphine, le sulfate de morphine, le fentanyl, le sufentanyl, en font partie. Ils sont prescrits lors de douleurs sévères, persistantes, ne pouvant être calmées par une analgésie de palier inférieur. L'administration de morphine peut se faire par voie orale, intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée, transdermique, rachidienne, rectale ou encore intra nasale. Les dosages et modes d'administration sont choisis en fonction du type de douleur, de son intensité, ainsi que d'autres facteurs personnels (allergie ou réaction antérieure au produit) (Garnier, 2020).

Dans certains cas, une "pompe d'analgésie contrôlée" permet au patient de s'administrer lui-même la quantité dont il a besoin. Pour certaines douleurs, même très intenses (crises de migraine, douleurs liées à une atteinte neurologique, douleur psychogène...), les médecins ne donnent pas de morphine ou de morphiniques (qui sont inefficace ou dangereux dans ces indications) : ils proposent alors d'autres molécules ou d'autres solutions (FHF, 2022). Les traitements de la douleur chronique sont identiques à ceux de la douleur aiguë, mais on les accompagne fréquemment d'un traitement adjuvant (CHUV, 2019).

1.7. Actions des traitements par opiacés

Il est important de relever l'origine la morphine. Cette substance a été extraite du pavot en 1817 par Serturmer. Il l'a baptisée ainsi d'après Morphée, dieu du sommeil. Cependant cette substance a été découverte depuis plus de 2000 ans (Chauffour-Ader & Daydé, 2016). Les opiacés sont des substances produites à partir de l'opium.

En Suisse, ce sont des médicaments soumis à la loi fédérale sur les stupéfiants, du fait de leur risque élevé de toxicomanie. Comme précédemment mentionnés, les opiacés sont le troisième palier d'antalgique selon l'OMS. Ce sont des thérapeutiques utilisées pour gérer des douleurs fortes/ intenses et surtout chroniques. Ils ont une action puissante sur le système nerveux central (Garnier, 2020).

Les principaux médicaments appartenant à ce palier sont les suivants : Morphine, Fentanyl, Oxycodone. Ce qui différencie ces différentes molécules et qu'elles ont différentes affinités pour les récepteurs mu (μ) (récepteurs opiacés, réponse à la douleur) et cela différencie la puissance antalgique et donc les doses thérapeutiques (Serrie & al., 2020). Il est important de savoir que l'être humain est doté de récepteurs opioïdes qui sont localisés dans la corne dorsale de la moelle épinière, le cerveau, la médullosurrénale et dans les glandes exocrines du tube digestif.

Comme le démontre le schéma ci-dessous, en fonction du type de récepteur concerné, les actions seront différentes.

Récepteur	Actions principales				
μ	Analgésie supraspinale, spinale et périphérique (μ_1)	Antitussif	Rigidité thoracique	Constipation	Dépendance physique
	Dépression respiratoire (μ_2)	Bradycardie Hypotension artérielle	Myosis	Euphorie	
κ	Analgésie spinale	Sédation	Dysphorie		
δ	Analgésie induite par le stress	Modulation de l'activité des récepteurs μ			

(Roewer & al., 2017, Atlas de poche d'anesthésie).

Action psychomotrice : c'est un effet sédatif. Le patient ressentira une sensation d'euphorie, d'excitation et de bien-être avec état d'indifférence psychique, agitation, hallucinations, confusion, délire et modification de l'humeur (Garnier, 2020).

Action sur le système nerveux autonome : il s'agit d'un effet parasymphomimétique qui se traduit par une bradycardie et une hypotension orthostatique et d'un effet sympathique avec la libération par les glandes surrénales de catécholamines (implication dans la transmission de l'influx nerveux entre les neurones) (Garnier, 2020).

Action respiratoire : c'est la dépression respiratoire. La fréquence respiratoire du patient diminue, ce qui induit une apnée (Garnier, 2020). Action sur les muscles lisses : elle se traduit par une diminution du péristaltisme intestinal (Garnier, 2020).

Action sur les reins et la diurèse, avec un effet antidiurétique : elle entraîne une diminution de la filtration glomérulaire et une augmentation de la sécrétion de l'hormone ADH (hormone antidiurétique) (Garnier, 2020).

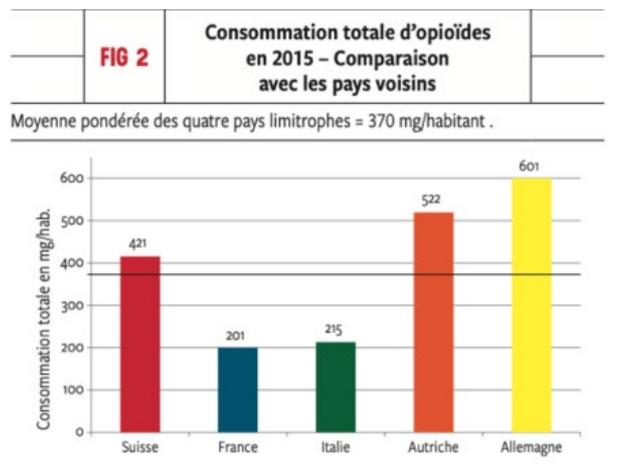
Action sur le système nerveux central : il s'agit d'une diminution de la pression intra crânienne et de la consommation en O₂. Cela provoque des nausées et des vomissements et un myosis par contraction de l'iris (Garnier, 2020).

1.7.1. Réponse insuffisante au traitement

Les douleurs chroniques ont souvent des répercussions importantes sur les capacités fonctionnelles, rendant la plupart des tâches quotidiennes problématiques. Cela entraîne une réduction de l'autonomie et une dépendance importante vis-à-vis des proches. Ces limitations sont particulièrement difficiles à vivre pour les patients qui étaient auparavant actifs et indépendants (Berquin & Grisart, 2016). Il est donc approprié d'élargir nos domaines de recherche en présence de douleur et de l'appréhender dans toutes ses dimensions, en prenant en considération à la fois son évolution dans le temps et l'expérience individuelle qui l'accompagne (Bassan & al., 2018).

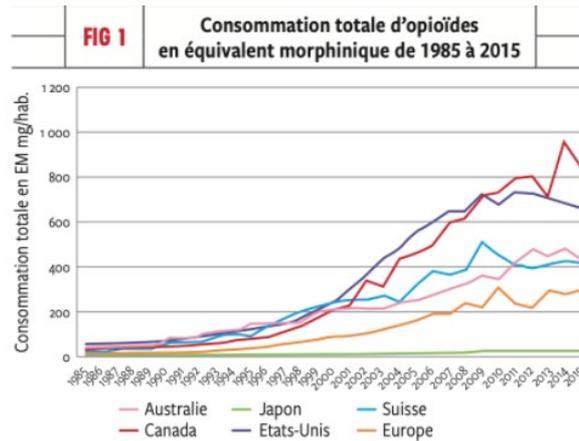
1.7.2. Les opiacés en Suisse

“La Suisse est le 7^e consommateur mondial d'opioïdes par habitant. Entre 1985 et 2015, la consommation suisse d'opioïdes forts est passée de 18 à 421 mg/habitant/année.” (Ruchat & al., 2018, p. 1265). Au cours de cette même période, la consommation suisse d'opioïdes a été multipliée par 23, augmentant de 18 à 421 mg/habitant (Ruchat & al., 2018). Sur le tableau ci-dessous, nous pouvons constater la consommation totale d'opioïdes dans l'année 2015 en comparaison des pays voisins de la Suisse. Nous pouvons voir que la consommation de ces thérapeutiques opioïdes par la Suisse est largement supérieure à celle par des autres pays européens (Ruchat & al., 2018).



(Ruchat & al., Revue Médicale Suisse, 2018, p.1264)

Sur le graphique ci-dessous, nous pouvons voir la consommation totale des opioïdes en équivalent morphinique de 1985 à 2015 et nous constatons que les États-Unis et le Canada ont des consommations supérieures aux pays européens.



(Ruchat & al., Revue Médicale Suisse, 2018, p.1264)

Il est important de savoir que c'est en Amérique du Nord que l'usage des thérapeutiques opioïdes est abusif (en référence à l'opioïd crisis) (Serrie & al., 2020).

La conséquence de ces usages abusifs est qu'il y a environ 200 morts par jour aux USA, soit plus que d'accidents de la voie publique et d'armes à feu. On parle de "mort sur ordonnance". "Les médicaments se sont mis à tuer alors qu'ils sont censés soigner" (Monégier & al., 2019).

1.8. Effets indésirables principaux des opioïdes

Les principaux effets indésirables des opioïdes sont : la constipation, la rétention urinaire, les nausées et vomissements, la somnolence ou agitation psychomotrice, le prurit : "Le prurit est défini cliniquement comme la sensation subjective et désagréable d'un désir de se gratter" (Bigliardi, 2005, p. 1115), la bradycardie, l'hypotension orthostatique et la dépression respiratoire (Chauffour-Ader & Daydé, 2016). Outre ces effets indésirables, il y a la pharmacodépendance qui est un élément non négligeable. Selon l'OMS (1975), il s'agit d'une dépendance psychologique et/ou physique à des substances chimiques licites (médicament : antidouleurs, sédatifs) et illicites (drogues : cannabis, amphétamine, héroïne...).

Dans le cadre du traitement des douleurs chroniques, l'utilisation des opiacés appartenant au troisième palier de l'OMS a montré l'apparition de trois risques aujourd'hui : l'abus, la dépendance ainsi que l'usage détourné de ces thérapeutiques (Serrie & al., 2020). En cas de surdosage aux opioïdes ou de dépression du système nerveux central due à ces derniers, il est possible d'administrer l'antagoniste de la morphine, (le Naloxone®) (Garnier, 2020). Cette dernière inhibe les effets des opioïdes, y compris la dépression du système nerveux central et la dépression respiratoire (Deglin & al., 2014).

1.9. Personnes âgées et douleur chronique

Le corps humain fait l'objet d'un processus de développement appelé vie, qui est caractérisé par une succession d'étapes. Un parcours de vie représente la période qui s'étend de la naissance à la mort d'un individu. Ce parcours est constitué de différentes étapes de durée variable. On identifie plusieurs étapes dans la vie, telles que la naissance, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte, la vieillesse et la mort. Chaque étape correspond à un changement qui modifie l'étape précédente, conduisant à une intégration et à un nouvel état relativement stable jusqu'à la prochaine transformation (Debuigny & al., 2012).

L'âge physiologique d'une personne est plus important que son âge biologique. Même à un même âge biologique, certaines personnes montrent peu d'effets négatifs liés au vieillissement, tandis que d'autres souffrent de plusieurs

maladies. Il est également essentiel de faire la distinction entre les changements physiologiques résultant du vieillissement normal et ceux résultant de maladies (pathologiques) (Lussier & Mallet, 2005).

La société actuelle définit les personnes de 65 ans et plus, comme des personnes âgées (Voyer, 2013). Cette catégorisation est associée à la fin de la vie professionnelle et au départ à la retraite. Selon l'OMS (2022), "D'ici 2030, une personne sur six dans le monde aura 60 ans ou plus. Dans un même temps, la population âgée de 60 ans et plus passera de 1 milliard de personnes en 2020 à 1,4 milliard. En 2050, la population de personnes âgées de 60 ans et plus dans le monde aura doublé (2,1 milliards de personnes)" et "en 2050, environ 65 % des personnes âgées vivront dans des pays à revenu faible ou intermédiaire".

Avec l'allongement de la vie, la catégorie d'âge de plus de 65 ans est contestable. D'après Bee & al., (2011), il n'est plus possible de regrouper tous les adultes âgés de plus de 65 ans dans une seule catégorie. Les spécialistes de la gérontologie ont donc séparé cette période en trois sous-groupes. Le premier groupe comprend les personnes âgées de 65 à 74 ans, qui sont généralement encore actives, autonomes et indépendantes. Le deuxième groupe concerne les personnes âgées de 75 à 84 ans, qui commencent à faire face à des maladies chroniques et peuvent progressivement perdre leur indépendance et leur autonomie. Finalement, le troisième groupe est celui des « très vieux », qui comprend les personnes de 85 ans et plus pouvant être diversement atteintes dans leur santé (Voyer, 2013). Ces différentes catégories d'âge correspondent à des niveaux de santé fonctionnelle et mentale distincts, à savoir les personnes indépendantes, les personnes fragiles et les personnes dépendantes (Guilley & al., 2003).

La douleur chronique constitue un problème majeur chez les personnes âgées, à la fois en raison de sa fréquence élevée et de ses conséquences négatives sur le fonctionnement physique et émotionnel. De plus, une diminution de la capacité à réguler la douleur et du fonctionnement du système inhibiteur descendant peut en partie expliquer l'augmentation de la prévalence et de la sévérité de la douleur chronique avec l'âge. Ces changements anatomiques et physiopathologiques pourraient partiellement expliquer les difficultés rencontrées par certains patients âgés pour décrire et localiser leur douleur de manière précise (Lussier & Mallet, 2005). Ainsi, les impacts de la douleur chez une personne âgée sont multiples : diminution de l'autonomie fonctionnelle, diminution des interactions sociales, perturbation du sommeil, dépression, anxiété, diminution de la qualité de vie et augmentation de l'utilisation des services de santé (Lussier & Mallet, 2005). Sur le plan épidémiologique, la prévalence des personnes âgées vivant à domicile avec la douleur comme symptôme est de 30 à 75 %. Il s'agit le plus souvent d'une douleur chronique, constante, multifactorielle et qui dure depuis plusieurs années. Selon Lussier (2012), la douleur est sous-traitée chez les patients âgés, peu importe le milieu de soins, et surtout chez les très âgés et les déments.

1.10. Personnes âgées et les antalgiques par opiacés

Les préjugés entourant les opiacés sont répandus parmi les individus en raison de leurs croyances et représentations. Malgré son statut de "vieille dame respectable" (Chauffour-Ader & Daydé, 2016). La morphine continue d'effrayer certains prescripteurs, professionnels de santé, patients et familles. Les raisons de cette "phobie" sont multiples, mais la principale raison est probablement le manque de connaissance. Après une compréhension approfondie des opiacés, on se rend compte que leur dangerosité n'est pas plus élevée que celle d'autres médicaments couramment utilisés par les patients, tels que l'insuline et les traitements cardiovasculaires (Chauffour-Ader & Daydé, 2016). Cependant, le contexte, auquel elle a longtemps été associée (les douleurs en fin de vie, qui peuvent être entendues comme "mort imminente"), a contribué à sa mauvaise réputation. Il est donc essentiel de bien connaître les effets secondaires des opiacés et de comprendre les termes tels que la tolérance, la dépendance et l'addiction (Chauffour-Ader & Daydé, 2016).

Comme évoqué précédemment, le processus de vieillissement s'accompagne de changements physiologiques. Par conséquent, il engendre des altérations au niveau de la pharmacocinétique et de la pharmacodynamie. Ces modifications se manifestent généralement de manière progressive, mais elles doivent être prises en compte lors de la prescription de médicaments chez les patients âgés de plus de 70 ans (Lussier & Mallet, 2005).

Plusieurs études (Maxwell & al., 2008 ; Mäntyselkä, 2008) ont démontré la tendance à sous-évaluer la douleur chronique et à sous-utiliser les analgésiques, en particulier les opioïdes. Parmi les raisons expliquant ce phénomène, on peut citer un supposé seuil de douleur plus élevé chez les personnes âgées, l'absence de plainte ou les difficultés dans l'évaluation de la douleur et des besoins en analgésiques, ainsi que le manque de connaissance sur les propriétés des agents analgésiques (Aubrun & Le Guen, 2009).

2. Rôle infirmier

2.1. Évaluation de la douleur

Les infirmiers utilisent des échelles d'évaluation de la douleur. Ce sont soit des échelles d'auto-évaluation ou d'hétéroévaluation. « La douleur étant une expérience sensorielle et émotionnelle subjective, chaque fois que cela est possible, les échelles d'auto-évaluation seront privilégiées, car la parole du patient sur sa douleur est essentielle » (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.59).

Parmi les différentes échelles d'auto-évaluation il y a : l'échelle visuelle analogique (EVA) qui est une échelle unidimensionnelle d'auto-évaluation de l'intensité de la douleur (HUG, 2016) ; l'échelle numérique (EN) qui permet au patient de quantifier sa douleur sur une échelle de 0 à 10. 0 = pas de douleur et 10 = douleur maximale imaginable (Chauffour-Ader & Daydé, 2016) ; et l'échelle verbale simple (EVS), dotée de 5 qualificatifs (douleur absente, faible, modérée, intense et extrêmement intense) et utilisée chez les patients âgés (Serrie & al., 2020).

2.2. Gestion de la douleur par traitements

« L'adhésion au traitement et à la démarche thérapeutique repose sur la bonne compréhension du patient » (Fu & al., 2016, pp.339-49). « Il n'y a qu'un seul discours sur la souffrance, celui de la personne qui l'éprouve » (Bizet & al., 2003, p. 143). « Une information pertinente bien comprise est donc primordiale et contribue à une relation thérapeutique de qualité, évoluant vers une alliance thérapeutique » (Butow & al., 2013, p.154 ; Rees & Williams, 2009, p. 492-582.). Afin de fournir des informations précises et de qualité, le professionnel de santé doit établir une relation de confiance et une alliance thérapeutique avec le patient. Il doit être capable de connaître l'indication du médicament administré et de l'expliquer au patient lui-même ou, en cas d'incapacité, à son représentant thérapeutique. L'infirmier doit également pouvoir proposer des alternatives d'administration à la médication, telles que l'administration par voie orale, intraveineuse, sous-cutanée, etc., et laisser au patient le choix du mode de traitement à utiliser ou non.

La gestion de la douleur peut se faire par des moyens non médicamenteux ou médicamenteux. Afin de minimiser les effets indésirables liés à la prise de ces traitements antalgiques, il est possible de bénéficier de thérapies non-médicamenteuses. A cet effet, le Centre hospitalier universitaire vaudois a créé le Centre de médecines intégratives et complémentaires (CEMIC) qui propose des prestations ambulatoires telles que l'acuponcture, l'hypnose, l'antalgie intégrative, massage thérapeutique etc. (CHUV, 2023).

En ce qui concerne les thérapies médicamenteuses, le choix de la molécule est basé sur la classification de l'OMS (2013) :

Palier 1 : analgésiques non opioïdes (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens)

Palier 2 : analgésiques opioïdes faibles (tramadol®, codéine)

Palier 3 : analgésiques opioïdes forts (morphine et dérivés)

Cependant, il est important de noter que les traitements médicamenteux ne sont pas toujours efficaces pour soulager la douleur. Ils peuvent être complétés par des thérapies non médicamenteuses telles que la physiothérapie, la thermothérapie, la cryothérapie, l'acupuncture et les thérapies cognitives et comportementales (Chauffour-Ader & Daydé, 2016).

Surveillances

Les soignants sont amenés à faire des surveillances avant et après administration d'un thérapeutique. Avant l'administration, l'infirmier doit utiliser la règle des 5B. Il doit s'assurer qu'il s'agit du bon patient, bon médicament, bonne dose, bonne voie d'administration (per os, intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée) et du bon moment (Pharmacie HUG, 2009). Après l'administration, l'infirmier doit s'assurer des surveillances liées au médicament administré.

Antalgie du palier 1

Concernant le *Paracétamol*, il faut surveiller la fonction hépatique du fait de son hépatotoxicité (Ahmad, 2007)

À propos des *AINS*, il faut surveiller les fonctions digestives (hémorragies, ulcérations, perforations), cardiaques (aggravation insuffisance cardiaque), rénale (dégradation insuffisance rénale chronique) et le risque de confusion (Capriz & al., 2017).

Antalgie du palier 2

Les surveillances liées au *Tramadol* ® sont les suivantes : Dépression du système nerveux central et du système respiratoire, un niveau cardiovasculaire (hypotension artérielle) et au niveau gastro-intestinal (nausées et vomissements) (Delgin & al., 2014).

Surveillances liées à l'administration de la *Codéine* : dépression du système nerveux central et du système respiratoire, un niveau cardiovasculaire (hypotension artérielle) et au niveau gastro-intestinal (nausées et vomissements) (Delgin & al., 2014).

Antalgie du palier 3

Surveillances liées aux morphiniques : dépression du système nerveux central et du système respiratoire, fonction digestive (nausées, vomissements, constipation), rétention urinaire. Il faut être aussi conscient du fort pouvoir de dépendance à ces substances et ainsi du risque de surdosage (Capriz & al., 2017).

Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante du cahier des charges des infirmiers. « L'efficacité de la prise en charge du patient douloureux chronique passe obligatoirement par l'étape du savoir éduquer » (Serrie & al., 2020, p.61). L'éducation thérapeutique permet au patient de mieux détecter les situations à risque et ce dernier saura mettre en œuvre toutes les actions adaptées à ses symptômes et pourra modifier ses comportements de façon

positive afin d'améliorer sa qualité de vie (Ganji & al., 2018). Le processus d'éducation est un processus évolutif, progressif et adaptable (Serrie & al., 2020). Il existe plusieurs outils d'éducation comme la consultation et les ateliers (jeux, vecteurs d'échanges) (Serrie & al., 2020).

Finalement, « éduquer, c'est donc transmettre des connaissances, plus qu'informer, mais c'est surtout transmettre les « bonnes connaissances », c'est-à-dire celles dont a besoin le patient » (Serrie & al., 2020, p.62).

Prise en charge biopsychosociale de la douleur

Chez les patients souffrant de douleurs chroniques, il y a une apparition de modifications au niveau biologique, psychologique et social (CHU de Liège, 2020). L'objectif dans la prise en charge du patient douloureux chronique est de l'aider à mieux gérer sa douleur (CHU de Liège, 2020). Selon le Dr Robert Fontaine (2020), « le corps et l'esprit sont indissociables. La douleur a des conséquences psychologiques, et à l'inverse, un problème psychologique peut engendrer des douleurs. On ne peut soigner l'un de ces aspects sans que l'autre n'interfère ». C'est pourquoi nous parlons d'un modèle biopsychosocial) (CHU de Liège, 2020).

Actuellement, il est largement reconnu que l'approche biopsychosociale comme étant la plus efficace dans la gestion des douleurs chroniques (Booth & al., 2017). Contrairement à l'approche biomédicale, qui place le professionnel de santé en position d'expert et le patient en position d'ignorant, l'approche biopsychosociale prend en compte les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la douleur.

Cependant, il est important de souligner que des informations biomédicales incorrectes ou une mauvaise interprétation peuvent engendrer de la peur et de l'anxiété chez le patient (effet nocebo), renforçant ainsi l'idée d'une défaillance structurelle. C'est pourquoi il est défavorable de centrer l'attention du patient exclusivement sur les aspects biomécaniques (Butler & Moseley, 2013).

L'accompagnement

L'accompagnement infirmier des patients atteints de douleur chronique a une importance primordiale. En effet, cette intervention permet aux patients de se fixer des objectifs dans divers aspects de leur vie quotidienne, tels que le travail, les relations sociales, les loisirs, l'activité physique et les tâches domestiques, malgré la présence de la douleur (Berquin & Grisart, 2016). Ces objectifs visent à maintenir une certaine autonomie chez le patient. Il est essentiel d'aider le patient à formuler des objectifs concrets, réalisables et modestes au départ, et à les ajuster si nécessaire pour éviter de le décourager s'ils sont trop ambitieux (Bizet & al., 2003).

Aspects relationnels

La douleur chronique impacte le patient sur sa vie relationnelle. Cette dernière affecte la vie de couple, familiale et sociale (Berquin & Grisart, 2016). Selon la Dr Birgit Sojer (2020), « les états chroniques de douleur sont difficiles à appréhender pour les autres, qui peinent à les comprendre sur le long terme » (Sojer, 2020). De plus, « les patients souffrant de douleurs chroniques se retirent de la vie sociale, ne pratiquent plus leurs loisirs, dans le pire des cas perdent leur emploi ou s'ôtent la vie par désespoir. » (Sojer, 2020).

Les soignants accordent une grande importance à la dimension relationnelle des patients. En effet, l'implication et le soutien des proches jouent un rôle indéniable dans la prise en charge des patients atteints de douleur chronique. En les considérant et en leur fournissant toutes les informations nécessaires sur la maladie de l'être cher, ils seront mieux en mesure de comprendre les enjeux liés à la maladie chronique et de développer des stratégies pour faire face à cette nouvelle réalité de vie (Formarier, 2007).

2.3. Obstacles

Dans un projet de recherche mené par Teike Lüthi & al., (2015), dans lequel 70 infirmières se sont engagées à répondre à un questionnaire sur les obstacles à la gestion de la douleur perçus par les infirmières. De nombreux facteurs participent cependant à une gestion suboptimale de la douleur comme les obstacles en lien avec le patient, les soignants ou le système (Borneman & al., 2011).

Dans le tableau ci-dessous, les résultats de la recherche :

RESULTATS			
<i>N = 70</i>			
Rang	Obstacle (énoncé du <i>NPOP</i>)	Dimension	<i>n (%)</i>
1	La difficulté à évaluer la douleur chez les personnes à cause des troubles cognitifs	Infirmière	46(65,71)
2	La difficulté des patients à remplir les échelles de douleur	Patient	38(54,29)
3	Le manque de temps pour offrir des approches non pharmacologiques pour soulager la douleur	Système	29(41,43)
4	La réticence des patients à prendre des antalgiques par peur de devenir dépendant	Patient	22(31,43)
5	La volonté des patients à tolérer la douleur chronique	Patient	20(28,57)
5	Les patients ne voulant pas déranger les infirmières	Patient	20(28,57)
5	La réticence des médecins à prescrire un traitement adéquat pour soulager la douleur par peur de sur-doser les patients atteints de démence ou de délirium	Système	20(28,99)
8	La difficulté de croire la douleur rapportée par les patients parce qu'ils sont incohérents d'une fois à l'autre, et que leurs propos ne correspondent pas à leur comportement non verbal	Patient	19(27,14)
9	La réticence des patients à prendre des antalgiques à cause des effets secondaires	Patient	18(25,71)
10	Ne pas savoir à combien la douleur est acceptable pour chaque patient	Infirmière	17(24,29)
10	Ne pas connaître l'intensité de la douleur des patients à cause du manque de temps passé avec eux	Système	17(24,29)
12	Les pratiques incohérentes autour des doses de réserve pour un patient	Infirmière	16(23,19)
12	La tendance à documenter seulement si le soulagement de la douleur n'est pas atteint ou si le patient refuse ses antalgiques	Infirmière	16(22,86)

(Teike Lüthi & al., 2015)

D'après cette étude, il réside certains obstacles quant à la gestion de la douleur. Au niveau infirmier : la difficulté à évaluer la douleur chez les personnes à cause des troubles cognitifs, le manque de temps pour offrir des approches non pharmacologiques pour soulager la douleur, la réticence des médecins à prescrire un traitement adéquat pour

soulager la douleur par peur de sur-doser les patients atteints de démence, les pratiques incohérentes autour des doses de réserve pour un patient, la tendance à documenter seulement si le soulagement de la douleur n'est pas atteint ou si le patient refuse ses antalgiques.

Concernant les difficultés exprimées par les patients : la difficulté à remplir les échelles de douleur, la réticence à prendre des antalgiques par peur de devenir dépendant, la volonté à tolérer la douleur chronique, la volonté de ne pas déranger les infirmières, la réticence à prendre des antalgiques à cause des effets secondaires et ne pas savoir à combien la douleur est acceptable pour chaque patient. Les obstacles liés au système de santé sont le manque de temps passé avec les patients pour connaître l'intensité de leur douleur, la difficulté de croire la douleur rapportée par les patients en raison d'incohérences et de différences entre les propos et le comportement non verbal. (Teike Lüthi & al., 2015).

Finalement, les difficultés se concentrent principalement sur la dimension du patient, ce qui incite les infirmières et les institutions à créer les conditions nécessaires pour les surmonter, afin que les patients puissent bénéficier d'une approche multimodale de qualité. Les résultats réfutent l'idée que le manque de connaissance des infirmières soit la seule responsable de ce problème (Teike Lüthi & al., 2015).

3. Formulation de la question de recherche

L'utilisation de la méthode PICO, nous a permis d'élaborer une question de recherche pertinente quant à la problématique posée par notre sujet de Bachelor.

P	Population cible	Les personnes âgées de plus de 65 ans souffrant de douleurs chroniques.
I	Interventions	Gestion de la douleur chronique par opiacés, en incluant les répercussions qu'ils peuvent avoir dans la sphère bio-psycho-sociale chez les personnes âgées.
C	Comparaison	Pas de comparaison.
O	Outcome	Diminution des douleurs, limitation des effets secondaires et amélioration de la qualité de vie en garantissant une gestion optimale des traitements par opiacés.

La question de recherche qui en découle est la suivante : “ Quelle est la gestion des traitements par opiacés chez les personnes âgées de 65 ans et plus, souffrant de douleurs chroniques en milieu hospitalier ? “

4. Cadre théorique : La théorie infirmière de gestion des symptômes (TGS)

Actuellement, il est essentiel de placer l'expérience personnelle de la personne malade au centre du processus de soins infirmiers. Cela représente un défi majeur pour la pratique des soins, en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques. Il est devenu crucial de structurer et d'organiser la pratique infirmière en utilisant une théorie spécifique. Au fil du temps, les études sur les besoins ont révélé une complexité croissante due à l'augmentation des cas de maladies chroniques. Par conséquent, il est nécessaire d'introduire de nouvelles théories afin d'améliorer la pratique des soins infirmiers (Eicher & al., 2013).

La théorie de gestion des symptômes de Larson, Carrieri-Kohlman, & al. (1994) est une théorie infirmière à spectre modéré issue de plusieurs théories développées en 1994 par des chercheurs de la Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Californie à San Francisco (UCSF). La conceptualisation du modèle s'est appuyée sur une analyse des modèles existants et développés par des infirmières, comme la théorie des auto-soins d'Orem, (1991).

(Eicher & al., 2013). Cette dernière a été élaborée dans le but d’orienter la recherche sur les symptômes et la pratique clinique infirmière.

En effet, selon Dodd & al., (2001), un symptôme se définit comme une expérience individuelle reflétant des changements dans le fonctionnement bio-psycho-social, dans les perceptions ou dans la cognition d’une personne. A contrario, un signe se définit comme une manifestation objective de la maladie, identifiée par la personne elle-même ou par d’autres (Eicher & al., 2013). Selon Humphreys & al., (2013), les signes et symptômes sont des éléments importants pour décrire l’état de santé d’une personne, car ils reflètent les perturbations de son fonctionnement physique, mental, psychique ou social.

Les symptômes peuvent être provoqués par les atteintes fonctionnelles liées à la maladie, les thérapies médicamenteuses ou par d’autres interventions thérapeutiques. La théorie infirmière intermédiaire sur la gestion des symptômes apporte des informations utiles en vue, par exemple d’éliminer le symptôme et réduire la détresse liée à l’expérience vécue de ce symptôme. Elle permet en effet de guider la pratique clinique par l’évaluation subjective et systématique des symptômes, le choix des interventions et leurs évaluations. Les symptômes ressentis par les patients diffèrent selon leur âge, leur statut (dimension personnelle), leur croyance sur la signification du symptôme (dimension environnementale) et leur état de santé actuelle ou diagnostic (dimension de la santé et de la maladie). Un patient souffrant d’une maladie chronique sera fréquemment confronté à la douleur qui peut être reliée à la maladie en elle-même (dimension de la santé et de la maladie) ou aux soins ou gestes invasifs répétitifs qu’il devra subir (dimension environnementale). De plus, la dimension personnelle c’est-à-dire l’âge du patient, son état psychologique, social et développemental aura également une influence sur l’expérience de la douleur induite lors des soins. Comme le démontre le schéma ci-dessous, ces dimensions encadrent les trois concepts de la théorie de gestion des symptômes (Smith & Liehr, 2013) à savoir l’expérience des symptômes, la stratégie de gestion des symptômes et les effets obtenus sur l’état des symptômes (Eicher & al., 2013).

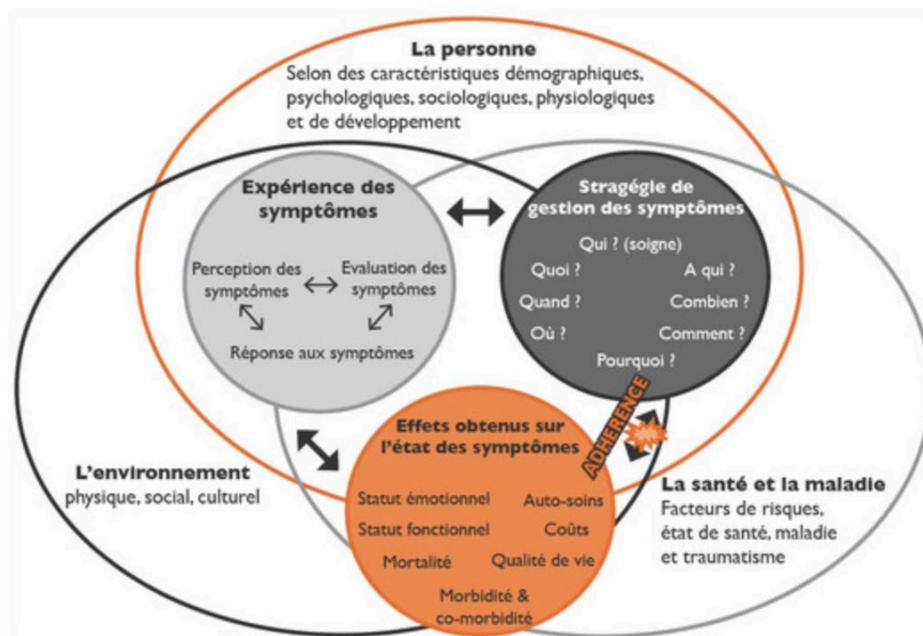


Schéma théorique de la Théorie de la gestion des symptômes (Eicher & al., 2013, p.17)

Le concept de l'expérience des symptômes se réfère à la manière dont une personne perçoit, évalue et réagit à ses symptômes (Smith & Liehr, 2013). Pour un patient souffrant de douleur chronique, cela englobe tous les aspects de sa vie liés à sa maladie, ainsi que sa façon de percevoir, comprendre et gérer les soins répétitifs qu'il doit subir au quotidien. Les stratégies de gestion des symptômes regroupent tous les efforts déployés par une personne pour prévenir, retarder ou réduire l'apparition des symptômes. Afin de mieux comprendre les différentes actions entreprises par le patient, les auteurs suggèrent aux professionnels de santé de se poser les questions suivantes concernant la nature de ces stratégies : quoi faire, quand le faire, où le faire, pourquoi le faire, combien en faire, à qui s'adresser et comment le faire (Eicher & al., 2013). En analysant ces réponses, le soignant pourra collaborer avec le patient pour mettre en place des stratégies d'intervention adaptées. Le développement d'interventions personnalisées pour le patient ou sa famille augmente considérablement la probabilité d'adopter de nouveaux comportements et de réduire les symptômes en question (Eicher & al., 2013).

Pour évaluer si une stratégie est appropriée, il est crucial d'avoir des résultats précis et mesurables sur l'impact des mesures prises sur l'état des symptômes. Ces résultats comprennent des changements objectifs tels que la diminution de la fréquence, de l'intensité et de l'impact des symptômes (Eicher & al., 2013). L'amélioration de l'état des symptômes peut également entraîner une amélioration du fonctionnement physique (appelé "statut fonctionnel") et mental (appelé "statut émotionnel") de la personne, ainsi qu'une meilleure qualité de vie, une réduction de la durée d'hospitalisation et un retour plus rapide au travail (Eicher & al., 2013). Tout cela contribue à réduire les coûts pour la personne, sa famille, l'employeur et le système de santé en général (Eicher & al., 2013).

Dans cette théorie, le professionnel de la santé assume divers rôles. Tout d'abord, il doit établir une relation thérapeutique de qualité avec le patient afin de l'accompagner de manière optimale dans sa démarche de rétablissement. Cette relation thérapeutique implique une collaboration entre le soignant et le patient, qui comprend plusieurs éléments tels que la confiance, la négociation, la coordination et une influence réciproque. Cette relation est d'une importance capitale dans la gestion des maladies chroniques, car celles-ci nécessitent des soins à long terme et requièrent une relation de confiance entre le soignant et le patient pour assurer des soins de qualité sur la durée (Anaut, 2012). Secondement, il doit aller investiguer auprès du patient les différentes stratégies qu'il a adoptées pour atténuer les symptômes. Par la suite, il doit évaluer l'efficacité de ces stratégies, en identifiant celles qui fonctionnent et celles qui ne fonctionnent pas. Enfin, un rôle essentiel consiste à favoriser l'adhésion du patient à ces différentes stratégies, en commençant par les siennes, tout en le motivant, le soutenant et l'encourageant à atteindre les objectifs qu'il s'est fixés (Anaut, 2012).

Nous avons choisi la théorie intermédiaire sur la gestion des symptômes, car nous pouvons définir la douleur comme un symptôme. En effet, selon (le Robert, 2022), un symptôme se définit par un phénomène et/ou caractère perceptible ou observable lié à un état.

Cette théorie permet aux soignants de trouver et d'adapter un plan sur mesure englobant différentes stratégies d'interventions pour chaque patient, afin que celui-ci puisse apprendre à gérer ses symptômes (Eicher & al., 2013).

5. Méthode

5.1. Stratégies de recherche

Ce chapitre est composé de la méthodologie de départ utilisée pour l'élaboration de la revue de littérature. Pour répondre à notre question de recherche, nous allons dans un premier temps développer une stratégie basée sur la recherche d'articles en lien avec le sujet, soit la gestion des traitements par opiacés pour les personnes âgées de 65

ans et plus, souffrant de douleurs chroniques dans le milieu hospitalier et l'impact qu'ils ont sur leurs sphères bio-psycho-sociales. Puis dans un second temps, nous analyserons les articles à l'aide de la théorie de la gestion des symptômes.

5.2. Base de données : CINAHL et PubMed

Afin que la recherche de nos articles soit pertinente, notre choix s'est orienté sur des bases de données renommées dans le milieu de la santé. Ces bases de données sont les suivantes : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL) et PubMed.

5.3. Termes et descripteurs

Afin de définir les mots clés essentiels à notre recherche, nous avons repris les concepts centraux exposés dans notre problématique. Ceux-ci ont d'abord été traduits du français à l'anglais et par la suite, ils ont été convertis en termes ou en descripteurs selon les plateformes de recherche.

Concepts de la question	Mots-clés	CINAHL	PubMed --> MeSH
P : Personnes âgées hospitalisées	Patients aged	(MH "hospitalization of older persons") (MH "aged, Hospitalized")	"Elderly/patients patients" "Aged" [Mesh] "Hospitalized Patients" [Mesh]
I : Interventions	Nursing intervention	(MH "Nursing interventions")	"Patient/education" [Mesh]
C : Opioïdes	Analgesics opioids	(MH "analgesics, Opioid+")	"Opioids" [Mesh] "Opioid Addiction" [Mesh]
C : Gestion douleur chronique	Pain management	(MH "Pain Management+") (MH "Chronic Pain")	"Pain" [Mesh] "Chronic Pain" [Mesh]
O : Rôle infirmier	Nurse's role	(MH "Nursing") (MH "Nursing Care+")	"Nurses" [Mesh]

5.4. Sélection des articles

Ces Mesh Terms nous ont permis de construire, dans un premier temps, nos équations de recherches sur CINHAL et PubMed. L'utilisation des termes et des descripteurs en association avec les critères d'inclusion et d'exclusion nous ont permis, par la suite, de sélectionner 6 articles scientifiques.

Exemples d'équations de recherches

L'équation de recherche sur CINAHAL : (Aging OR Elderly) AND (Analgesics, Opioid) AND (Substance Dependence), texte intégral 2012- 2022, langue : anglais

Celle-ci nous a permis d'obtenir 3 résultats. L'article suivant a été retenu :

Spurgaitis, K. (2019). Aging and Addicted. *Abilities Canada - Abilities Magazine*, 14-17.

L'équation de recherche sur PubMed : ("Opiate Prescribing" OR "Opioid Prescribing") AND ("Hospitalized" OR "Inpatient") AND ("Older Adults" OR "Elderly"), texte intégral 2014- 2022, langue : anglais

Celle-ci nous a permis d'obtenir 7 résultats. L'article suivant a été retenu :

Maiti, S., Sinvani, L., Pisano, M., Kozikowski, A., Patel, V., Akerman, M., Patel, K., Smilios, C., Nouryan, C., Qiu, G., Pekmezaris, R., & Wolf-Klein, G. (2018). Opiate Prescribing in Hospitalized Older Adults: Patterns and Outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(1), 70-75. <https://doi.org/10.1111/jgs.15127>

L'équation de recherche sur CINAHAL : (MH "hospitalization of older persons") and (MH " pain Management"), texte intégral 2012- 2022, langue : anglais

Celle-ci nous a permis d'obtenir 17 résultats. L'article suivant a été retenu :

Scheer, S., Patel, K., Deng, L. X., Miaskowski, C., Maravilla, I., Garrigues, S. K., Thompson, N., Auerbach, A. D., & Ritchie, C. S. (2020). Multimorbidity and Opioid Prescribing in Hospitalized Older Adults. *Journal of Palliative Medicine*, 23(4), 475-482. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0260>

L'équation de recherche sur CINAHAL : ("Managing Persistent Pain") OR ("Chronic Pain") AND ("Hospitalization" OR "Inpatient"), texte intégral 2012- 2022, langue : anglais, Age : 65 ans +

Celle-ci nous a permis d'obtenir 19 résultats. L'article suivant a été retenu :

Rebar, C. R., & Heimgartner, N.-M. (2020). Managing Persistent Pain throughout Hospitalization. *Medsurg Nursing*, 29(4), 276-277,279.

L'équation de recherche sur PubMed : ("Opioid Prescription") OR ("Prescription of Opioids") AND ("Vulnerable Populations") AND ("Elderly" OR "Older Adults"), 2012- 2022,

Celle-ci nous a permis d'obtenir 7 résultats. L'article suivant a été retenu :

Rodieux, F., Lloret-Linares, C., Pigué, V., Desmeules, J. (2018), Prescription des opioïdes chez les patients vulnérables : les enfants et les personnes âgées. Recommandations pratiques, *Revue Médicale Suisse*, 4(612), 1268–1278. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2018.14.612.1268>

L'équation de recherche sur PubMed : ("Trends" OR "Trend") AND ("Opioid Use Disorder" OR "Opioid Addiction" OR "Substance-Related Disorders") AND ("Hospitalized Patients" OR "Inpatients") AND ("Chronic Pain" OR "Persistent Pain") texte intégral, 2012-2022, langue : anglais

Celle-ci nous a permis d'obtenir 4 résultats et nous avons retenu l'article :

Orhurhu, V., Olusunmade, M., Urits, I., Viswanath, O., Peck, J., Orhurhu, M. S., Adekoya, P., Hirji, S., Sampson, J., Simopoulos, T., & Jatinder, G. (2019). Trends of Opioid Use Disorder Among Hospitalized Patients With Chronic Pain. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*, 19(6), 656-663. <https://doi.org/10.1111/papr.12789>

5.5. Critères d'inclusion et d'exclusion

Afin d'obtenir des résultats en adéquation avec notre question de recherche, nous avons choisi certains critères d'inclusion et d'exclusion. Ces derniers nous ont permis de nous baser sur des données récentes et pertinentes.

Inclusion : articles scientifiques ayant une date de publication de moins de 10 ans, texte entièrement disponible, publication en anglais ou en français, population des deux genres, personnes âgées, douleurs chroniques, opiacés, rôle infirmier, article analysant les points de vue des personnes soignées.

Exclusion : article datant de plus de 10 ans, personne âgée de moins de 65 ans, article sur le traitement par un autre type que les opiacés, article non scientifique, douleurs aiguës.

6. Analyse des 6 articles sélectionnés

Titre: Opiate Prescribing in Hospitalized Older Adults: Patterns and Outcomes				
Source	But & Échantillon	Devis & Méthode	Résultats	Éthique & Limites
<p>Auteurs :</p> <p>Sutapa Maiti Liron Sinvani Michele Pisano Andrzej Kozikowski Vidhi Patel Meredith Akerman Karishma Patel Christopher Smilios Christian Nouryan Guang Qiu Renee Pekmezaris Gisele Wolf-Klein</p> <p>Lieu : États-Unis d'Amérique, New York</p> <p>Mois : Octobre</p>	<p>But :</p> <p>L'objectif est de décrire les schémas de prescription d'opiacés et les résultats associés chez les personnes âgées hospitalisées.</p> <p>Échantillon :</p> <p>→ Échantillonnage non probabiliste de cohorte rétroactif</p> <p>Le personnel de recherche formé a recueilli les données sans informations de santé protégées à l'aide de Sunrise Clinical Manager (SCM) et stockées dans REDCap (Research Electronic Data Capture,</p>	<p>Devis :</p> <p>Étude quantitative de cohorte rétrospective</p> <p>Méthode :</p> <p>Cette étude évalue l'exposition à l'opiacé, la durée d'action et les résultats associés.</p> <p>Les données extraites des dossiers médicaux électroniques comprenaient l'exposition aux opiacés, la durée d'action (courte VS longue) des opiacés, l'utilisation simultanée de médicaments potentiellement inappropriés, les événements indésirables, les diagnostics de sortie, la durée du séjour et les réadmissions à 30 jours.</p> <p>L'exposition aux opiacés a été définie comme suit : non-opiacés</p>	<p>Résultats :</p> <p>Profils des patients :</p> <p>Les patients qui n'ont pas reçu de prescription d'opiacés pendant leur hospitalisation (groupe "non-opiacés") étaient plus âgés en moyenne (80,9 ans) que ceux qui ont déclaré avoir pris des opiacés avant leur admission (groupe "opiacés antérieurs") (76,5 ans) et ceux à qui des opiacés ont été prescrits pour la première fois pendant leur hospitalisation (groupe "nouveaux opiacés") (78,9 ans). Cependant, il n'y avait aucune différence significative entre les groupes en termes de sexe, de race, d'ethnicité ou d'indice de comorbidité de Charlson (Échelle pour prédire le risque de décès dans l'année qui suit l'hospitalisation des patients présentant des comorbidités spécifiques).</p> <p>Relation entre prescription d'opiacés et types de morbidité :</p> <p>Dans cette étude, la morbidité ne différait pas en fonction de l'exposition aux opiacés. Les trois diagnostics de sortie les plus fréquents étaient les maladies infectieuses (24,8 %), les maladies cardiovasculaires (18,5 %) et les maladies gastro-intestinales (12,7 %).</p>	<p>Éthique :</p> <p>Il n'y a pas eu d'approbation d'un comité d'éthique dans cette étude mais Sutapa Maiti et Liron Sinvani ont eu accès à toutes les données de l'étude et assument la responsabilité de l'intégrité des données et de l'exactitude de l'analyse des données.</p> <p>Limites :</p> <p>Les auteurs expliquent que les données ont été collectées auprès d'un seul hôpital universitaire de 806 lits avec un échantillon de plus de 10 000 personnes soignées</p>

<p>Année : 2018</p> <p>Article publié dans le « Journal of the American Geriatric Society », <i>volume 66, P 70-75,2018</i></p>	<p>Vanderbilt University, TN).</p> <p>Les données ont été tirées entre le 22 septembre 2015 et le 3 octobre 2015 à partir des dossiers médicaux de patients hospitalisés âgés de 65 ans et plus dans un centre tertiaire universitaire de 806 lits dans la région métropolitaine de New York.</p> <p>L'étude est portée sur 9'245 patients. Leurs données comprenaient l'exposition aux opiacés, la durée d'action des opiacés, l'utilisation simultanée de médicaments potentiellement inappropriés, les événements</p>	<p>(participants n'ayant pas déclaré avoir déjà consommé des opiacés et auxquels aucun opiacé n'a été prescrit pendant l'hospitalisation), opiacés antérieurs (participants ayant déclaré avoir consommé activement des opiacés à l'admission) et nouveaux opiacés (participants n'ayant pas déclaré avoir consommé des opiacés avant l'admission et auxquels des opiacés ont été prescrits pendant l'hospitalisation). De plus, les auteurs ont étudié les résultats de la durée d'action des opiacés (courte VS longue). Finalement, ils ont cherché à déterminer si ces schémas étaient associés à des résultats cliniques négatifs à court terme.</p> <p>Les variables comprenaient les caractéristiques démographiques, les diagnostics de sortie d'hospitalisation, les comorbidités, l'utilisation</p>	<p>Toutefois, l'étude a également montré que l'exposition aux opiacés était significativement associée à des diagnostics de sortie tels que les fractures musculosquelettiques ou les chutes. Les résultats de cette étude confirment les précédentes conclusions selon lesquelles l'exposition aux opiacés est associée à des marqueurs de substitution du déclin fonctionnel et des chutes.</p> <p>Prescription d'opiacés :</p> <p>Les patients ayant été exposés aux opiacés avant leur hospitalisation ainsi que ceux qui prenaient des opiacés à action prolongée étaient particulièrement vulnérables à des pratiques de soins associées à des résultats médiocres. De plus, la moyenne des équivalents morphine (morphine, oxycodone, hydromorphone et fentanyl) était significativement plus élevée chez les patients prenant des opiacés à longue durée d'action que chez ceux prenant des opiacés à courte durée d'action. Cela était également vrai pour les patients ayant consommé des opiacés avant l'admission, par rapport à ceux n'ayant reçu des opiacés que pendant leur hospitalisation. D'autre part, les patients non exposés aux opiacés étaient significativement moins susceptibles de recevoir des benzodiazépines et des anticholinergiques en tant qu'adjuvants, par rapport à ceux prenant des opiacés à courte ou à longue durée d'action. Par ailleurs, une forte baisse de la prescription d'opiacés a été observée au moment de la sortie de l'hôpital.</p>	<p>par plus de 80 médecins prescripteurs au cours d'une période d'étude d'un an. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux électroniques et la nature rétrospective de l'étude n'a pas permis d'évaluer les effets indésirables avant l'admission ou après la sortie de l'hôpital. Il est également mentionné que les covariables n'ont pas été contrôlées mais qu'il n'y avait pas de différence en termes de sexe, de race, d'ethnicité ou d'indice de comorbidité de Charlson entre les groupes exposés aux opiacés.</p> <p>De plus, le fait de n'avoir pas été validée par une</p>
--	--	---	---	---

	<p>indésirables, la décision (diagnostic) de sortie, la durée du séjour et les réadmissions à 30 jours.</p> <p>La moyenne d'âge des participants est de 80,3 ans. 55,2% étaient des femmes, 72,3 % étaient blancs, 9,9 % étaient noirs, 4,8 % étaient asiatiques, 5,7% étaient des Hispaniques, 12,3% « autres ».</p> <p>Critères d'exclusions :</p> <p>Les participants décédés, hospitalisés en soins intensifs ou transférés à l'hospice ont été exclus.</p>	<p>d'opiacés avant l'admission, l'exposition aux opiacés, la prescription d'opiacés au moment de la sortie d'hôpital, la durée de séjour, la décision de la sortie de l'hôpital et les réadmissions à 30 jours.</p> <p>Les statistiques descriptives ont été calculées pour l'ensemble de l'échantillon et séparément pour les groupes suivants : non - opiacés, utilisation antérieure d'opiacés ; non-utilisation, utilisation avant l'admission, nouvelle utilisation d'opiacés pendant l'hospitalisation ; non - opiacés, utilisation d'opiacés à courte durée d'action, utilisation d'opiacés à longue durée d'action.</p> <p>Logiciel :</p> <p>Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide de la version 9.4</p>	<p>Cette étude met en évidence le fait que les opiacés sont souvent prescrits pendant l'hospitalisation, où la gestion de la douleur est un critère important pour évaluer la qualité des soins.</p> <p>Hospitalisation et opiacés :</p> <p>Les adultes âgés hospitalisés exposés aux opiacés, que ce soit avant ou pendant l'hospitalisation, présentaient de mauvais résultats tels qu'une durée d'hospitalisation prolongée, une sortie vers un établissement de soins infirmiers spécialisés et une réadmission dans les 30 jours suivant la sortie malgré des caractéristiques démographiques et des comorbidités similaires entre les groupes. Les patients n'ayant pas pris d'opiacés ont quant à eux présenté une durée moyenne d'hospitalisation significativement plus courte que ceux prenant des opiacés à courte ou à longue durée d'action. De plus, ils étaient plus susceptibles de recevoir une autorisation de sortie et nettement moins susceptibles de subir une réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur sortie.</p> <p>Effets indésirables des opiacés sur les patients âgés :</p> <p>Les patients n'ayant pas pris d'opiacés présentaient une plus grande probabilité d'avoir une démence et d'avoir besoin d'une surveillance constante mais avaient moins de chances de devoir suivre un régime alimentaire restrictif, d'avoir une sonde vésicale permanente ou d'être alités. En revanche, les participants ayant pris des opiacés avant leur admission étaient plus susceptibles de</p>	<p>commission éthique peut être une limite.</p>
--	--	--	---	---

		de SAS (SAS Institute, Inc., Cary, NC).	recevoir des prescriptions de benzodiazépines que ceux n'ayant pas pris d'opiacés ou ceux ayant pris des opiacés seulement pendant leur hospitalisation.	
--	--	---	--	--

Commentaire : La douleur chez les personnes âgées hospitalisées est un défi pour les professionnels de santé. Bien que les opiacés puissent être bénéfiques dans certaines situations, leur utilisation est associée à des résultats négatifs. La Joint Commission et le CMS recommandent des approches non pharmacologiques telles que les massages, la relaxation et la kinésithérapie pour la gestion de la douleur en première intention. Ces approches peuvent également être envisagées pour les patients hospitalisés. Cependant, elles sont plus couramment utilisées en milieu ambulatoire pour les douleurs non aiguës.

Titre: Trends of Opioid Use Disorder Among Hospitalized Patients with Chronic Pain				
Source	But & Échantillon	Devis & Méthode	Résultats	Éthique & Limites
<p>Auteurs :</p> <p>Vwaire Orhurhu Mayowa Olusunmade Ivan Urits Omar Viswanath Jacquelin Peck Mariam Salisu Orhurhu Peju Adekoya Sameer Hirji John Sampson Thomas Simopoulos Jatinder Gill</p> <p>Lieu : USA</p> <p>Mois : Juillet</p> <p>Année : 2019</p> <p>Article publié dans le journal « Pain practice »</p>	<p>But :</p> <p>Analyser les tendances de l'évolution des taux de troubles liés à l'utilisation d'opioïdes chez les patients souffrant de douleurs chroniques</p> <p>Échantillon :</p> <p>→ Échantillonnage probabiliste stratifié aléatoire</p> <p>Les patients inclus à l'étude sont ceux ayant le code de diagnostic de troubles liés à l'utilisation d'opioïdes (« opioid use disorder » (« OUD ») et un diagnostic de douleur chronique. Les auteurs</p>	<p>Devis :</p> <p>Étude quantitative observationnelle transversale</p> <p>Méthode :</p> <p>L'étude détermine selon les données d'informations sur les patients acquises à partir du NIS (National Inpatient Sample, « NIS ») les tendances de la comorbidité des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes « OUD (opioïd use disorder) » chez les patients souffrant de douleur chronique. Les auteurs ont analysé de 2011 à 2015 les données de l'échantillon du « NIS ». Cette base de données est accessible au public et ne contient aucune information d'identification personnelle. Elle est considérée comme la</p>	<p>Résultats :</p> <p>Profils des patients souffrant d'« OUD » :</p> <p>L'âge moyen des patients souffrant d' « OUD » est passé de 48,6 ans en 2011 à 51,9 ans en 2015. La proportion la plus élevée de patients souffrant d'OUD étant âgée de 45 à 64 ans. Les patients âgés de plus de 84 ans représentaient la proportion la plus faible de patients souffrant d' « OUD ».</p> <p>Les patients atteints d' « OUD » étaient principalement de race blanche et de faible revenu, de plus la majorité des patients étaient des femmes. La proportion de ces derniers a augmenté chez ceux ayant un revenu faible. Entre 2011 et 2015, on observe une tendance à la hausse des cas d'overdose chez les patients âgés de 45 à 64 ans, de 65 à 84 ans et de plus de 84 ans.</p> <p>L'OUD dans l'échantillon de cette étude était le plus répandu chez les femmes, les patients de moins de 45 ans et les patients blancs non hispaniques. Des tendances à la baisse ont été remarquées pour certaines sous-populations dans l'ensemble de données, notamment les Blancs non hispaniques, les patients dans les tranches de revenus sont plus élevés.</p>	<p>Éthique :</p> <p>Comme le NIS est accessible au public et ne contient aucune information d'identification personnelle, cette étude n'a donc pas eu à être approuvée par un comité d'examen institutionnel.</p> <p>Limites :</p> <p>Les auteurs n'expriment aucun conflit d'intérêts.</p> <p>Les variables dans la base de données « NIS » ne permettent pas d'évaluer la gravité de la maladie, et les facteurs sociaux tels que le statut socio-économique ou l'accès aux soins de santé ne sont</p>

<p><i>Volume 19, pp. 656-663, juillet 2019</i></p>	<p>ont utilisé les codes de diagnostic de la Classification internationale des maladies (9e et 10e révisions) (CIM-9 et CIM-10). Toutes ces données ont été récoltées entre 2011 et 2015.</p> <p>Critères d'exclusion :</p> <p>Les patients sans diagnostic de douleur chronique ont été exclus.</p>	<p>plus grande base de données de soins hospitaliers toutes assurances confondues aux États-Unis et a été utilisée à de multiples reprises pour analyser les tendances nationales en matière de résultats, de qualité, de coûts, d'accès et d'utilisation des soins de santé, sur la base des données extraites de 7 à 8 millions d'hospitalisations. Ces dernières représentent environ 20 % des hôpitaux communautaires américains, définis comme tous les centres médicaux universitaires, les hôpitaux généraux spécialisés, les centres médicaux non fédéraux et les centres médicaux de courte durée.</p> <p>L'analyse inclut les établissements de traitement des dépendances chimiques, les hôpitaux de soins aigus de</p>	<p>Les auteurs estiment que ces résultats sont cohérents avec les rapports de la littérature existante, qui ont montré que les augmentations les plus importantes du taux de traitement médicamenteux pour l'OUA ont eu lieu dans les régions des USA avec une population hispanique et noire moins aisée.</p> <p>Les patients blancs ont connu la plus forte réduction de l'utilisation abusive d'opioïdes (OUA) au cours de cette période, ce qui suggère des disparités dans la disponibilité et le ciblage des traitements.</p> <p>La plupart des patients atteints de « OUA ont été admis dans des hôpitaux de grande taille.</p> <p>Douleurs chroniques et opioïde use disorder « OUA » :</p> <p>De 2011 à 2015, environ 10,3 millions de patients atteints de douleur chronique ont été recensés, dont 680 631 ont été diagnostiqués avec un trouble lié aux opioïdes (OUA). Parmi les patients atteints de syndrome douloureux régional chronique, la proportion de cas d'OUA a augmenté de 5,53 % en 2011 à 7,46 % en 2015. Les patients ayant subi un traumatisme présentaient la plus forte proportion de cas d'OUA.</p> <p>Prévalence et tendances de l' « OUA » :</p> <p>La proportion annuelle de patients souffrant de douleur chronique atteints d'OUA a augmenté de 6,16 % en 2011 à 7,21 % en 2015. Cette tendance à la hausse persiste malgré une prise de conscience accrue de la société à l'égard de l'OUA, des changements dans les habitudes de prescription des opioïdes des prestataires de soins ayant</p>	<p>pas pris en compte dans l'étude, bien qu'ils puissent avoir une incidence sur la prévalence de l'OUA. De plus, bien que les résultats montrent une augmentation de la prévalence de l'OUA, il est difficile de déterminer si cette augmentation est due à une véritable augmentation de la maladie ou simplement à une meilleure identification.</p>
--	---	--	---	---

		<p>longue durée, les établissements de réadaptation de courte durée et les hôpitaux psychiatriques.</p> <p>Pour analyser les variables continues, les auteurs ont effectué une régression linéaire spécifique à l'enquête et pour les variables catégorielles, ces derniers ont utilisé le test de tendance de Cochrane-Armitage pour l'analyse de tendance. Ils ont ajusté les tendances des caractéristiques des patients au fil du temps en utilisant le modèle de régression logistique pour les données de l'enquête et ont inclus l'année en tant que variable continue.</p> <p>Logiciel :</p> <p>Les analyses ont été effectuées à l'aide de la version 14 de</p>	<p>des privilèges de prescription, ainsi que de l'augmentation des programmes de lutte contre la dépendance aux opioïdes entre 2011 et 2015. Une étude antérieure menée par Palmer et al. (2015) a signalé une tendance similaire à la hausse de l'ODU avec une augmentation de 9,4% parmi 22 142 patients recevant une thérapie opioïde chronique entre 2006 et 2012. De plus, une revue systématique intégrant 16 rapports d'ODU de 2009 à 2014 a également montré une tendance à la hausse et une augmentation globale de la prévalence pendant cette période.</p>	
--	--	---	---	--

		STATA (StataCorp, College Station, TX, U.S.A.)		
--	--	--	--	--

Titre : Managing Persistent Pain throughout Hospitalization				
Source	But & Échantillon	Devis & Méthode	Résultats	Éthique & Limites
<p>Auteurs :</p> <p>Cherie R. Rebar Nicole M. Heimgartner</p> <p>Lieu : USA</p> <p>Mois : août</p> <p>Année : 2020</p> <p>Article publié dans le journal « Medsurg Nursing » <i>Volume 29, no 4 pp. 276-279, août 2020</i></p>	<p>But :</p> <p>Le but de cette étude est de démontrer l'importance du rôle infirmier dans la prise en charge de la douleur chronique durant l'hospitalisation des patients.</p> <p>La douleur étant une expérience universelle et subjective, les infirmiers s'appuient sur des données probantes afin de déterminer le degré de douleurs aiguës et chroniques.</p> <p>Échantillon :</p> <p>Les personnes âgées souffrantes de douleurs</p>	<p>Devis :</p> <p>C'est une revue systématique de littérature</p> <p>Méthode :</p> <p>N'est pas mentionnée par les auteurs</p>	<p>Résultats :</p> <p>Les résultats présentés sont issus d'autres travaux dont les auteurs s'inspirent.</p> <p>Vision infirmière :</p> <p>Depuis longtemps, les infirmières considèrent la douleur comme une expérience universelle que chacun vit à un moment ou à un autre. Elle est subjective, complexe et personnelle. C'est la raison la plus fréquente pour laquelle les gens recherchent des soins de santé.</p> <p>En plus d'administrer les médicaments prescrits, les infirmières doivent présenter aux patients souffrant de douleurs persistantes des mesures non pharmacologiques de gestion de la douleur et inclure l'équipe interprofessionnelle dans la gestion afin de fournir une approche globale de l'inconfort qui pourrait bien être accru dans des conditions aiguës.</p> <p>Douleur chronique : généralités, épidémiologie, éthologie et effets secondaires :</p> <p>La douleur d'une personne influence les activités de la vie quotidienne, la santé mentale, les relations, les finances et l'invalidité.</p>	<p>Éthique :</p> <p>N'est pas mentionnée par les auteurs.</p> <p>Limites :</p> <p>L'article n'a pas été validé par un comité éthique.</p> <p>L'âge de la population âgée n'est pas mentionné par les auteurs de l'article.</p>

	<p>chroniques et hospitalisées</p>		<p><i>Les auteurs de l'article citent</i> : la douleur persistante, également appelée douleur chronique, touche plus de 15 % de la population mondiale (Sisignano et al., 2019).</p> <p>Pendant des années, les opioïdes ont été utilisés pour traiter la douleur persistante chez les adultes.</p> <p><i>Les auteurs de l'article mentionnent</i> : les personnes âgées présentent un taux de douleur sévère, invalidante et persistante beaucoup plus élevé que les individus plus jeunes (Nahin et al., 2019).</p> <p>Les personnes âgées ont été identifiées comme l'une des populations les plus vulnérables au monde ayant besoin de meilleures méthodes de gestion de la douleur (Association internationale pour l'étude de la douleur, 2019).</p> <p>Pharmacocinétique :</p> <p>Les résultats de l'étude (de Keen et ses collègues (2017)), indiquent qu'une meilleure compréhension de la pharmacocinétique et des effets secondaires (en particulier des opioïdes) a contribué à réduire les inquiétudes des infirmières quant à l'administration de ces types de médicaments.</p> <p>Gestion de la douleur :</p> <p><i>Les auteurs de l'article font référence</i> : Arnstein et Herr (2015) ont créé un guide de pratique fondé sur des données probantes pour la prise en charge de la douleur persistante chez les personnes âgées. Ce guide recommande que toutes les personnes âgées soient soumises à un dépistage de la douleur persistante lors de la première rencontre avec un</p>	
--	------------------------------------	--	--	--

			<p>professionnel de la santé et que toute personne présentant une douleur persistante réelle ou suspectée fasse l'objet d'une évaluation.</p> <p><i>Ces derniers indiquent</i> : une combinaison de stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques peut s'avérer très efficace pour gérer la douleur persistante (Shropshire et al., 2019).</p> <p>Les stratégies non médicamenteuses et les stratégies pharmacologiques peuvent être combinées pour élaborer un plan de soins holistique centré sur le patient.</p> <p><i>Les auteurs de l'article notent</i> : les patients qui souffrent d'une douleur persistante apprennent souvent à fonctionner malgré un inconfort permanent (Chesebro, 2019).</p> <p>Cet inconfort peut conduire à l'hypothèse que la douleur est gérée ou qu'elle n'est pas suffisamment grave pour justifier une intervention pharmacologique.</p> <p>L'approche professionnelle dans la gestion de la douleur :</p> <p>En plus des options complémentaires et alternatives, il y a la thérapie physique, l'ergothérapie et la thérapie cognitive. Les infirmières doivent connaître les techniques simples, non invasives et non médicamenteuses qui permettent de favoriser le confort.</p> <p><i>Ils rapportent</i> : pour les personnes âgées, les stratégies éprouvées comprennent le positionnement pour le confort, le massage, l'exercice thérapeutique et les concepts généraux de bien-être (par exemple, un</p>	
--	--	--	---	--

			<p>sommeil suffisant, un meilleur apport nutritionnel) (Arnstein & Herr, 2015).</p> <p>Options pharmacologiques dans la gestion de la douleur :</p> <p>Les options pharmacologiques pour le traitement de la douleur persistante comprennent trois catégories principales de médicaments : les non-opioïdes, les opioïdes et les analgésiques adjuvants.</p> <p><i>Les auteurs de l'article exposent :</i> les opioïdes sont une option appropriée lorsque les traitements non opioïdes et les traitements adjuvants ont été inefficaces. Les opioïdes pouvant créer une dépendance. Les infirmières doivent trouver un équilibre entre la défense des patients qui souffrent et la prévention des abus (Chesebro, 2019).</p>	
--	--	--	--	--

Titre : Prescription des opioïdes chez les patients vulnérables : les enfants et les personnes âgées				
Source	But & Échantillon	Devis & Méthode	Résultats	Éthique & Limites
<p>Auteurs :</p> <p>Docteurs ; Frédérique Rodieux. Célia lloret-Linares. Valérie Piguet. Jules Desmeules.</p> <p>Journal :</p> <p>Revue Médicale Suisse</p> <p>Mois : juin</p> <p>Année : 2018</p> <p>Article publié dans le journal</p>	<p>But :</p> <p>Rappeler les spécificités de deux populations aux extrêmes de l'âge et de proposer des recommandations de bon usage des opioïdes pour la médecine ambulatoire.</p> <p>Échantillon :</p> <p>Les auteurs n'ont pas précisé quel était leur échantillon.</p>	<p>Devis</p> <p>Ce sont des opinions d'experts</p> <p>Méthode</p> <p>C'est une revue de la littérature avec formulation de recommandations</p>	<p>Résultats :</p> <p>Introduction :</p> <p>Les opioïdes sont des substances à marge thérapeutique étroite et à haute variabilité interindividuelle cinétique et dynamique. Une antalgie adéquate est obtenue chez de nombreux patients, mais une inefficacité et/ou des effets indésirables intolérables peuvent limiter leur utilisation. Cette variabilité peut être liée à la physiopathologie de la douleur elle-même, à des facteurs environnementaux, génétiques et individuels.</p> <p>Douleurs et vulnérabilité liées à l'âge :</p> <p>Chez le sujet âgé, la douleur chronique interférant avec la qualité de vie concerne près de 75% des sujets. Elle est majoritairement liée à des troubles musculosquelettiques, tels que des troubles dégénératifs de la colonne vertébrale, des douleurs neuropathiques et des douleurs cancéreuses.</p> <p>Un traitement antalgique inadapté peut s'associer à de nombreux événements indésirables tels qu'une altération de l'autonomie, des chutes, des troubles du sommeil et de l'appétit et une augmentation des coûts de la santé.</p> <p>Dans ces populations, la prise en charge de la douleur est rendue parfois complexe par la difficulté d'évaluer le niveau de douleur, que ce soit en raison de la difficulté à verbaliser les plaintes ou la présence de troubles cognitifs et de méconnaissance des outils/échelles d'évaluation de la douleur ou une réponse aux médicaments potentiellement différentes que chez le jeune adulte.</p>	<p>Éthique :</p> <p>Les auteurs n'annoncent aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.</p> <p>Limites :</p> <p>Ce n'est pas un groupe de travail international reconnu qui a écrit cette revue de littérature.</p> <p>Ce n'est pas une revue systématique.</p>

<p>« Revue Médicale Suisse » no 612, pp. 1268-1278, juin 2018</p>		<p>Aspect pharmacocinétique des opioïdes et vulnérabilités liées à l'âge :</p> <p>Il y a 8 opioïdes les plus souvent prescrits en médecine de ville dans le traitement de la douleur : la codéine, le tramadol, la morphine, la buprénorphine, le fentanyl, l'hydromorphone, l'oxycodone et le tapentadol.</p> <p>Le CYP2D6 peut voir son activité fortement modifiée par des facteurs génétiques et environnementaux. Au niveau génétique, plus de 100 variants de son gène ont été décrits et sont à l'origine de quatre profils de métabolisme : les métaboliseurs lents, les intermédiaires, les bons métaboliseurs et les ultrarapides.</p> <p>Un sujet ultrarapide, par excès de formation de métabolites actifs, sera ainsi sensible et pourra être rapidement intoxiqué par une petite dose de codéine, d'oxycodone ou de tramadol.</p> <p>Un sujet métaboliseur lent nécessitera souvent des posologies plus importantes de codéine, d'oxycodone ou de tramadol pour être soulagé et pourrait être pris à tort pour un patient qui en fait un mésusage.</p> <p>À l'exception de la buprénorphine et du fentanyl, les opioïdes et/ou leurs métabolites actifs sont éliminés majoritairement par voie rénale, imposant des précautions d'utilisation chez les sujets insuffisants rénaux.</p> <p>Particularités chez le sujet âgé :</p> <p>Les événements indésirables seraient plus fréquents chez les sujets âgés par rapport aux adultes. Ces derniers sont : la constipation, les nausées et les vertiges dans 30, 28 et 22% des cas respectivement. Même si la plupart sont atténués si l'on commence par des petites doses.</p> <p>Les hallucinations seraient aussi plus fréquentes, de même que les douleurs paradoxales et l'hyperalgésie induite par les opioïdes, par rapport à l'adulte jeune.</p>	
---	--	---	--

			<p>À long terme, peut survenir une diminution de la production de différentes hormones endogènes, hypothalamiques, surrénaliennes qui contribuent à une diminution de la libido, au risque de dépression et de fatigue. L'effet indésirable le plus grave est la dépression respiratoire. Ce risque existe notamment en cas d'administration parentérale, d'augmentation successive et rapide des doses, en cas d'interaction médicamenteuse, de comédication ayant un effet dépressif du système nerveux central ou en cas d'accumulation accidentelle.</p> <p>La dépendance peut être un problème chez le sujet âgé, même si l'âge est un facteur protecteur.</p> <p>Afin de stratifier le risque de dépendance chez l'adulte, des tests spécifiques, tels que le Opioid Risk Tool, le SOAPP-R sont disponibles.</p> <p>Particularités dans la population pédiatrique :</p> <p>Seules l'efficacité et la sécurité de la morphine, du fentanyl, de la codéine et du tramadol, comme antalgiques en médecine de ville chez l'enfant sont documentées.</p> <p>Les effets indésirables sont comparables à ceux chez l'adulte.</p> <p>Bien prescrire dans les populations vulnérables :</p> <p>Il est important de définir l'objectif réaliste du traitement et d'obtenir la posologie minimale efficace d'opioïdes évitant la survenue d'effets indésirables.</p> <p>Une attention doit être portée sur le choix de la forme galénique la plus adaptée pour faciliter la compliance. L'administration orale est à privilégier chez le sujet âgé, en raison des troubles cognitifs qui peuvent limiter la participation active à la prise du traitement, quand il ne s'agit pas d'authentiques troubles de la déglutition.</p> <p>Bien prescrire les opioïdes chez le sujet âgé :</p>	
--	--	--	---	--

		<p>Les auteurs évoquent une revue systématique de la littérature qui montre que dans une population âgée de plus de 60 ans, traitée plus de six mois par opioïdes forts, 44% des sujets ont un soulagement de plus de 50%.</p> <p>Chez les sujets correctement sélectionnés et surveillés, le recours aux opioïdes faibles puis forts peut s'avérer utile, voire indispensable, après échec des traitements de première intention.</p> <p>Tous les opioïdes forts semblent similaires en termes d'efficacité, quelle que soit l'indication. Le rythme, l'intensité et les caractéristiques de la douleur guideront la prescription ainsi que les comorbidités et les comédications.</p> <p>Le choix des opioïdes s'orientera vers des formes galéniques permettant l'obtention d'une analgésie rapide, et de durée courte pour des douleurs sévères épisodiques, ou pour ajuster la dose d'opioïdes à libération prolongée.</p> <p>Des traitements « en réserve » peuvent manquer d'être administrés à des sujets ayant des troubles cognitifs.</p> <p>Chez les sujets ayant une fonction rénale altérée, il est suggéré de préférer les molécules ayant un métabolisme hépatique conduisant à des métabolites inactifs, telles que la buprénorphine et le fentanyl.</p> <p>Bien prescrire les opioïdes chez l'enfant :</p> <p>Actuellement, seuls 3 opioïdes possèdent une autorisation de mise sur le marché en suisse : le tramadol, dès l'âge d'un an, le fentanyl, dès l'âge de deux ans sous sa forme transdermique et la morphine.</p> <p>Le tramadol est le traitement de premier choix lors de douleurs nociceptives modérées après échec du paracétamol et des anti-inflammatoires.</p>	
--	--	--	--

			Hors de ces situations, ainsi que chez les enfants présentant des facteurs de risque de dépression respiratoire, ou des antécédents d'inefficacité ou d'intolérance au tramadol, la morphine, à la posologie la plus faible avec un intervalle d'au moins 4 heures devraient être préférée.	
--	--	--	---	--

Titre: Multimorbidity and Opioid Prescribing in Hospitalized Older Adults				
Source	But & Échantillon	Devis & Méthode	Résultats	Éthique & Limites
<p>Auteurs :</p> <p>Sarah Schear Kanan Patel Lisa X. Deng Christine Miaskowski Ingrid Maravilla Sarah K. Garrigues Nicole Thompson Andrew D. Auerbach Christine S. Ritchie</p> <p>Lieu : Université de Californie San Francisco,</p> <p>Mois : Mars</p> <p>Année : 2020</p>	<p>But : Évaluer la prévalence et la relation entre la multimorbidité et la prescription d'opioïdes chez les patients âgés hospitalisés souffrant de douleurs.</p> <p>Échantillon : →Échantillonnage non probabiliste de convenance</p> <p>Le personnel de recherche formé a recueilli des données par extraction structurée du dossier</p>	<p>Devis : Étude quantitative de cohorte rétrospective.</p> <p>Méthode : Les scores de douleurs ont été émis par 3 différentes échelles : le « NPRS » (Numerical Pain Rating Scale), le « CNPI » (Non Verbal Pain Indicator et le « VDS » (Verbal Descriptor Scale) les résultats des deux dernières échelles ont été convertis pour correspondre au « NPRS ».</p> <p>L'échelle CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics) a été utilisée pour</p>	<p>Résultats :</p> <p>Prescription d'opioïdes à la sortie de l'hôpital :</p> <p>Dans cette cohorte de patients âgés hospitalisés pour des raisons médicales et souffrant de douleurs modérées à sévères, la plupart des patients sont entrés à l'hôpital (50,4 %) et l'ont quitté avec une prescription d'opioïdes (59,7 %). Ils étaient 60% à avoir reçu une prescription d'opioïdes à leur sortie.</p> <p>Parmi ces derniers, 75,4 % avaient déjà une prescription d'opioïdes avant l'hospitalisation. Ceux sans prescription d'opioïdes avant l'admission, le taux de prescription incident était de 14,7 %. Parmi les patients ayant reçu des opioïdes à la sortie, 35,2% ont reçu une dose élevée (MEDD +50 mg) d'opioïdes dans les 24 heures précédant la sortie, et ceux qui ont reçu cette dose élevée étaient en moyenne plus jeunes que ceux qui ont reçu une dose inférieure à 50 mg et avaient moins de chance de sortir de l'hôpital. Les patients ayant reçu une dose élevée d'opioïdes présentaient une charge de morbidité cumulative significativement plus élevée. Ils étaient plus susceptibles de recevoir des prescriptions d'opioïdes à la sortie</p>	<p>Éthique : L'approbation éthique a été obtenue auprès du comité d'examen institutionnel local.</p> <p>Limites : L'étude présente les données d'un seul centre médical universitaire. Les auteurs énoncent que la précision de la mesure de la morbidité dans le dossier médical électronique pourrait être affectée par le sous-diagnostic de certains troubles.</p>

<p>Article publié dans le « journal of palliative medicine » vol 23, no 4 pp. 475-482, mars 2020</p>	<p>médical électronique (DME).</p> <p>Les données ont été tirées à partir des dossiers médicaux de patients âgés de 65 ans et plus admis dans les services de médecine d'un centre médical universitaire entre le 28.11.2014 et le 28.05.2015.</p> <p>L'étude s'est portée sur 238 patients avec des douleurs modérées à sévères à l'admission (minimum 4/10 sur l'échelle numérique de l'évaluation de la douleur) et en vie jusqu'à la sortie de l'hôpital. La moyenne d'âge des participants et de 74.9 ans. 56.7% étaient des femmes,</p>	<p>mesurer les multimorbidités de la cohorte.</p> <p>Le principal résultat auquel l'étude s'intéresse est la prescription préalable d'analgésiques opioïdes à la sortie de l'hôpital. Cette variable incluait les nouvelles prescriptions résultant de l'hospitalisation et la poursuite des prescriptions d'opioïdes aux patients qui avait déjà des opiacés avant l'hospitalisation. Pour ce faire, toutes les doses d'opioïdes ont été converties en doses journalières équivalentes à la morphine (« <i>morphine equivalent daily dose</i> » MEDD). De ce fait, une dose élevée d'opioïde a été définie comme + de 50mg (MEDD) sur la base des lignes directrices de « Health United States report » (2016).</p> <p>La régression logistique multivariée a été utilisée pour</p>	<p>s'ils avaient un diagnostic de douleur chronique, des scores de douleur à la sortie plus élevée et à des antécédents de douleurs chroniques. Les taux plus élevés de prescriptions d'opioïdes à des patients plus âgés souffrant de morbidité musculosquelettique, de douleur chronique et de cancer dans cette étude reflètent une étude nationale à grande échelle qui a révélé que les adultes avec des diagnostics primaires de sortie de blessure musculosquelettique, de douleur et de cancer étaient significativement plus susceptibles de recevoir des opioïdes pendant leur hospitalisation.</p> <p>Facteurs associés à la prescription d'opioïdes :</p> <p>Les patients souffrant de douleur chronique avaient 1,6 fois plus de chance de recevoir des opioïdes à la sortie ainsi qu'une probabilité plus élevée de recevoir une dose plus élevée d'opioïdes avec l'augmentation progressive du score total CIRS-G.</p> <p>Ces derniers souffrant de morbidité musculosquelettique, de douleur chronique et de cancer étaient significativement plus susceptibles de recevoir des opioïdes pendant leur hospitalisation.</p> <p>Multimorbidité et prescription d'opioïdes :</p> <p>La multimorbidité et une charge de maladie élevée sont courantes chez les patients âgés hospitalisés pour des douleurs.</p>	<p>De plus, ils déclarent qu'il est peu probable qu'une grande étude reprenne leur sujet de recherche de par la complexité de l'extraction des données du DME.</p>
--	---	--	--	--

	<p>50.4% des Blancs, 21.9% des asiatiques, 10.9% des Hispaniques, 27.7% autres. 39.9% souffraient de douleurs chroniques, 50.4% ont été admis avec une prescription existante d'opioïdes, 79.4% ont eu des opioïdes prescrits pendant l'admission et la moyenne de douleur à l'admission était de 6.3 sur l'échelle numérique de l'évaluation de la douleur.</p>	<p>estimer le rapport de cotes (RC) des caractéristiques associées à la prescription d'opioïdes à la sortie de l'hôpital et à une dose élevée d'opioïdes.</p> <p>Les covariables d'âge, de sexe, de race et d'antécédents de douleur chronique ont été pris en compte.</p> <p>Logiciel :</p> <p>Les analyses ont été effectuées à l'aide de la version 9.4 de SAS (SAS Institute, Inc., Cary, NC).</p>	<p>Celles-ci étaient presque généralisées dans cette cohorte : 99 % des patients présentaient une morbidité modérée à extrêmement sévère. La charge de morbidité cumulée était significativement plus élevée chez les patients ayant reçu une prescription d'opioïdes à la sortie. La gravité de la multimorbidité était également significativement plus élevée dans le groupe ayant reçu une prescription d'opioïdes. De plus, la présence de multimorbidité augmente le risque de prescription d'opioïdes.</p> <p>Les morbidités les plus fréquentes étaient d'ordre vasculaire (72,7 %), musculosquelettique (63,5 %), psychiatrique (52,1 %) et gastro-intestinal supérieur (47,9 %).</p> <p>Les patients ayant une charge de morbidité cumulative plus élevée étaient plus susceptibles de recevoir des opioïdes à la sortie de l'hôpital.</p> <p>Risques associés aux opioïdes chez les patients atteints de multimorbidité :</p> <p>Étant donné que la multimorbidité augmente également le risque d'effets indésirables liés aux opioïdes, une charge de morbidité élevée peut éclairer la relation entre les opioïdes et les effets indésirables pendant et après l'hospitalisation. De plus, il est établi que la gravité accrue de la comorbidité et de la charge de maladie est associée à la prescription d'opioïdes, ce qui peut augmenter le risque d'événements indésirables</p>	
--	--	---	--	--

			<p>post-hospitalisation chez les adultes plus âgés recevant des opioïdes. Les opioïdes peuvent être perçus comme plus sûrs pour les personnes souffrant d'une maladie du foie, d'une maladie rénale ou d'antécédents de saignements gastro-intestinaux dans le cas des agents anti-inflammatoires.</p>	
<p>Commentaire : Les modèles de soins tels que le programme de soins tout compris pour les personnes âgées et les soins primaires à domicile, qui assurent un suivi étroit des personnes âgées souffrant de multimorbidité, peuvent constituer des cadres idéaux pour l'étude des résultats de santé liés aux analgésiques.</p>				

7. Synthèse des résultats

Ce chapitre a pour but de ressortir uniquement les résultats clés découlant des articles afin de soulever les analogies ou les éventuelles discordances. Ceux-ci nous permettront d'apporter des éléments de réponse à notre question de recherche lors de la discussion.

Pour rappel, notre question est la suivante : “ Quelle est la gestion des traitements par opiacés chez les personnes âgées de 65 ans et plus souffrant de douleurs chroniques en milieu hospitalier ? “

7.1. La douleur chronique, un fardeau universel

La douleur est une expérience universelle et subjective que chacun vit à un moment ou à un autre (Rebar & Heimgartner, 2020). Cette dernière fait partie de notre existence et peut se présenter sous différentes formes et intensités. En outre, la douleur chronique affecte plus de 15% de la population mondiale, ce qui en fait un problème de santé majeur à l'échelle mondiale (Rebar & Heimgartner, 2020). Près de 75% des personnes âgées souffrent de douleur chronique, ce qui a un impact considérable sur leur qualité de vie (Rodieux & al., 2018). Selon Spurgaitis (2019), jusqu'à un cinquième de la population canadienne et même trois personnes âgées sur cinq vivent avec une forme de souffrance irrévocable, qui comprend la douleur. Par ailleurs, Rebar et Heimgartner (2020) soulignent que les personnes âgées sont particulièrement vulnérables à la douleur sévère, invalidante et persistante. En effet, elles présentent un taux plus élevé de souffrance par rapport aux jeunes. Ces chiffres montrent l'importance du fardeau lié aux douleurs chroniques.

7.2. Prescriptions d'opioïdes chez la personne âgée

La douleur chronique représente une prévalence élevée chez les personnes âgées comme le mettent en évidence (Rodieux & al., 2018). De leur côté, Rebar & Heimgartner (2020) indiquent que les opioïdes sont utilisés comme traitement courant pour soulager la douleur chez les adultes. D'après l'étude de (Schear & al., 2020), les patients plus jeunes et ceux présentant une charge de morbidité plus élevée se voient prescrire des doses plus élevées d'opioïdes pour soulager leur douleur. L'article de Orhurhu & al. (2019) présente qu'au fil du temps il y a une augmentation de l'âge moyen des patients atteints de troubles liés à l'utilisation d'opioïdes (OUD), la majorité d'entre eux sont âgés de 45 à 64 ans. La plupart des patients étaient principalement de race blanche, à faible revenu et la majorité étaient des femmes. Cependant, l'étude de Maiti & al. (2018) n'a pas exposé de différence significative entre les groupes en termes de sexe, de race, d'ethnicité ou d'indice de comorbidité de Charlson³.

Les opioïdes sont une option appropriée lorsque les autres traitements ont échoué (Rebar & Heimgartner, 2020 ; Rodieux & al., 2018). Ils sont indiqués pour traiter les affections chroniques et sont recommandés pour soulager la douleur après une intervention chirurgicale ou lors d'une fin de vie (Spurgaitis, 2019). En outre, Maiti & al. (2018) révèlent que l'exposition aux opiacés est significativement associée à des diagnostics de sortie tels que les fractures musculosquelettiques ou les chutes, qui sont des marqueurs de substitution du déclin fonctionnel. La présence de multiples affections médicales augmente le risque de prescription d'opioïdes (Schear & al., 2020).

Le choix des opioïdes est orienté pour un soulagement rapide de la douleur et de courte durée d'action et des douleurs sévères qui surviennent de manière épisodique ou pour ajuster la dose d'opioïdes à libération prolongée (Rodieux & al., 2018). Lors de la prescription d'opioïdes chez le patient âgé, il existe des difficultés à évaluer la

³ Échelle pour prédire le risque de décès dans l'année qui suit l'hospitalisation des patients présentant des comorbidités spécifiques.

douleur telles que la difficulté à exprimer leurs plaintes, les troubles cognitifs et le manque de connaissance des outils d'évaluation de la douleur ainsi que des réponses médicamenteuses différentes de celles des jeunes adultes. Il semble que tous les opioïdes forts ont une efficacité similaire, peu importe l'indication. La prescription est basée sur le type de douleur (son rythme, son intensité et ses caractéristiques), ainsi que sur les autres comorbidités et les médicaments pris par le patient (Rodieux & al., 2018).

Selon l'étude de Schear & al., (2020), la plupart des patients âgés souffrant de douleurs modérées à sévères ont reçu des opioïdes à la sortie de l'hôpital. Cette dernière soulève que les patients atteints de douleur chronique, avec des scores de douleur élevés et des antécédents de douleurs chroniques, étaient plus susceptibles de recevoir une prescription d'opioïdes à la sortie de l'hôpital.

Il existe trois options pharmacologiques différentes pour la gestion de la douleur chronique : les non-opioïdes, les opioïdes et les analgésiques adjuvants (Rodieux & al., 2018 ; Rebar & Heimgartner, 2020). Pour ce qui est des opioïdes, les plus souvent prescrits dans le traitement de la douleur sont la codéine, le tramadol, la morphine, la buprénorphine, le fentanyl, l'hydromorphone, l'oxycodone et le tapentadol (Rodieux & al., 2018).

7.3. Prévalence des opioïdes chez les personnes âgées

Les Américains de plus de 65 ans sont les plus touchés par les problèmes liés aux opioïdes sur ordonnance. Cette population a connu une augmentation des cas d'abus et de dépendance aux opioïdes (Spurgaitis, 2019). Ces auteurs constatent qu'un nombre élevé de prescriptions d'opioïdes par les médecins peut engendrer une spirale de dépendance chez les patients souffrant de douleurs chroniques. Abondant dans le même sens, Orhurhu & al., (2019) observent une hausse des cas d'overdose chez les patients âgés de 45 à 64 ans et de 65 à 84 ans. La prévalence de l'« OUD⁴ », chez les patients souffrant de douleur chronique a augmenté et représente environ 680 631 personnes diagnostiquées avec ce trouble parmi les 10,3 millions de patients atteints de douleur chronique recensés (Orhurhu & al., 2019).

7.4. Impact des opioïdes sur le statut fonctionnel

Un traitement antalgique inadapté peut entraîner des conséquences sur l'état fonctionnel, allant de l'altération de l'autonomie à des problèmes tels que des chutes, des troubles du sommeil et de l'appétit (Rodieux & al., 2018). Il est donc important de prendre en compte les effets indésirables associés à l'utilisation de ces médicaments, en particulier chez les patients présentant une charge de morbidité élevée, afin de prévenir ces effets (Schear & al., 2020).

Les auteurs ont mis en évidence plusieurs effets indésirables des opioïdes chez les sujets âgés, en l'occurrence : la somnolence, la transpiration excessive, la constipation, les nausées, les vomissements et la perte d'appétit, les vertiges, les hallucinations, les douleurs paradoxales et l'hyperalgésie, ainsi qu'une diminution de la production de certaines hormones (Rodieux & al., 2018 ; Spurgaitis, 2019). Cependant, l'effet indésirable le plus grave associé à l'utilisation d'opioïdes est la dépression respiratoire, pouvant entraîner des complications potentiellement mortelles (Rodieux & al., 2018).

7.5. Opioides et coûts de la santé

L'utilisation inappropriée d'opioïdes dans le traitement de la douleur, chez les patients âgés de 65 ans et plus qui sont exposés aux opiacés avant ou pendant leur hospitalisation, présente souvent des résultats défavorables qui

⁴ Opioid use disorder (troubles liés à l'utilisation d'opioïde)

entraînent une augmentation des coûts de la santé (Rodieux & al., 2018). Maiti & al., (2018) affirment qu'une durée d'hospitalisation prolongée est une conséquence fréquente chez ces patients. En effet, les opioïdes peuvent entraîner des effets indésirables tels que la sédation et la confusion chez les personnes âgées qui peuvent prolonger leur séjour à l'hôpital et nécessiter une surveillance et des soins supplémentaires, ce qui engendre des coûts supplémentaires pour le système de santé. Une autre conséquence coûteuse est la réadmission fréquente dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital (Maiti & al., 2018).

7.6. Recommandations des auteurs liées à la gestion de la douleur chez les personnes âgées

La douleur chez les personnes âgées hospitalisées est un défi pour les professionnels de santé. La Joint Commission⁵ et le CMS⁶ recommandent des approches non pharmacologiques telles que les massages, la relaxation et la kinésithérapie pour la gestion de la douleur en première intention. Cependant, elles sont plus couramment utilisées en milieu ambulatoire pour les douleurs non aiguës (Maiti & al., 2018).

En effet, les modèles de soins tels que le programme de soins tout compris pour les personnes âgées et les soins primaires à domicile assurent un suivi étroit des personnes âgées souffrant de multimorbidité et peuvent constituer des cadres idéaux pour l'étude des résultats de santé liés aux analgésiques (Schear & al., 2020).

Maiti & al. (2018) soulignent l'importance de la prescription d'opiacés dans la gestion de la douleur chez les patients hospitalisés, ce qui constitue un critère essentiel pour évaluer la qualité des soins. Cependant, il est important de considérer les effets indésirables potentiels des opiacés sur la santé des patients âgés, en particulier ceux souffrant de douleurs chroniques. Ainsi, la gestion de la douleur chez les patients âgés doit être évaluée avec précaution et en tenant compte des risques et des avantages potentiels pour la santé du patient (Maiti & al., 2018).

Il est important que lors de la prescription d'opioïdes, l'indication soit bien posée pour les sujets âgés car de multiples précautions et une surveillance rapprochée sont indispensables. L'objectif du traitement est essentiel à définir en vue d'obtenir la dose minimale efficace en évitant la survenue d'effets indésirables, sachant que le risque de dépendance et de tolérance existe dans ces populations et doit être surveillé. De plus, il est important de prendre en compte la meilleure voie d'administration pour faciliter l'efficacité du traitement chez les personnes âgées en raison des problèmes cognitifs qui peuvent restreindre leur participation active à la prise du médicament, voire même des troubles de la déglutition (Rodieux & al., 2018).

Il est vrai que les patients ayant été exposés aux opioïdes avant leur hospitalisation, ainsi que ceux prenant des opioïdes à action prolongée, présentent une vulnérabilité particulière aux pratiques de soins associées à des résultats médiocres. Par conséquent, il est primordial que des mesures soient mises en place pour assurer leur sécurité et leur bien-être (Maiti & al., 2018). De ce fait, il est nécessaire de prendre en compte les antécédents médicaux, l'état de santé actuel et la charge de morbidité cumulative pour une gestion appropriée de la prescription d'opioïdes chez les patients âgés souffrant de douleurs chroniques (Schear & al., 2020).

Finalement, Rebar & Heimgartner, (2020) et Orhurhu & al., (2019) soulignent l'importance d'améliorer les méthodes de gestion de la douleur pour la population âgée afin de soulager leur fardeau et d'améliorer leur qualité de vie. Ils indiquent également que les personnes âgées peuvent être plus vulnérables aux effets nocifs des opioïdes et nécessitent donc une attention particulière de la part des professionnels de la santé.

⁵ La Joint Commission est une organisation 501 exonérée d'impôt à but non lucratif basée aux États-Unis qui accrédite plus de 22' 000 organisations et programmes de soins de santé aux États-Unis.

⁶ Medicare and Medicaid Services

8. Discussion

Ce travail met en exergue comme symptôme la douleur chronique. La douleur est une expérience universelle et subjective que chacun vit à un moment ou à un autre (Rebar & Heimgartner, 2020). Cette dernière fait partie de notre existence et peut se présenter sous différentes formes et intensités. La douleur chronique chez un patient peut avoir deux origines principales : la maladie elle-même, qui relève de la dimension de la santé et de la maladie, ou les soins et/ou gestes invasifs répétitifs auxquels le patient doit se soumettre, ce qui relève de la dimension environnementale. En outre, la dimension personnelle du patient jouera également un rôle dans l'expérience de la douleur liée aux soins qu'il reçoit (Eicher & al., 2013).

De nos jours, les avancées dans le domaine médical, les progrès technologiques et les mesures de santé publique contribuent à une augmentation de la durée de vie. Par conséquent, il y a une augmentation croissante de la probabilité de l'apparition de maladies chroniques et de tous les signes et symptômes qui y sont associés dont la douleur. Près de 75% des personnes âgées souffrent de douleur chronique, ce qui a un impact considérable sur leur qualité de vie (Rodieux & al., 2018). Dans ce contexte, l'utilisation d'opioïdes est courante pour soulager la douleur chez les adultes mais il est essentiel de comprendre comment ces traitements sont gérés chez les personnes âgées. De ce fait, l'enjeu de ce travail consiste à mettre en lien un symptôme qui est récurrent dans les affections chroniques, la douleur chronique, avec sa gestion par opiacé chez les patients âgés de 65 ans et plus dans le milieu hospitalier en mobilisant comme cadre théorique, la théorie de la gestion des symptômes (Eicher & al., 2013).

La théorie de la gestion des symptômes met en évidence trois concepts centraux : l'expérience des symptômes, la stratégie de gestion des symptômes et les effets obtenus sur l'état des symptômes (Eicher et al., 2013). Ces concepts, notamment les deux derniers, car l'expérience des symptômes est peu rapportée dans les articles choisis, nous ont aidés à comprendre les résultats obtenus dans nos analyses d'articles et de ce fait à comprendre comment les patients perçoivent et réagissent à leurs symptômes, ainsi qu'à identifier les stratégies de gestion des symptômes utilisées. En effet, l'expérience des symptômes est cruciale dans la gestion des douleurs chroniques. Même si nos articles ne parlent que très peu de cet aspect, il en ressort que les patients souffrant de douleur chronique vivent un fardeau considérable qui affecte leur qualité de vie. La douleur chronique est un problème de santé majeur touchant plus de 15% de la population mondiale et les personnes âgées sont particulièrement vulnérables à des douleurs sévères et persistantes encore plus que les jeunes adultes (Rebar & Heimgartner, 2020 ; Rodieux & al., 2018). De par la diversité des symptômes liés à la douleur chronique, les soignants vont privilégier plusieurs interventions afin qu'elles aient un impact plus grand sur les symptômes (Eicher & al., 2013). La thérapie médicamenteuse par opioïdes, qui est indiquée pour traiter les affections chroniques (Spurgaitis, 2019), peut être l'une des interventions privilégiées pour traiter certains symptômes spécifiques lorsque les autres traitements ont échoué (Rebar & Heimgartner, 2020 ; Rodieux & al., 2018). La stratégie de gestion des symptômes apparaît ainsi primordiale. Il est légitime que les prescriptions d'opioïdes soient utilisées comme traitement courant pour soulager la douleur chez les adultes ainsi que chez les personnes âgées, comme le mentionnent Rebar & Heimgartner, (2020). L'OMS a instauré un protocole de trois paliers pour la classification et l'utilisation des antalgiques pour le traitement la douleur, c'est pourquoi les opioïdes sont une option appropriée lorsque les autres traitements ont échoué (Rebar & Heimgartner, 2020 ; Rodieux & al., 2018). Cependant, force est de constater que la prescription d'opioïdes chez les personnes âgées présente des défis non-négligeable. Comme Lussier & Mallet, (2005) le mentionnent, le vieillissement s'accompagne de changements physiologiques. De ce fait, le vieillissement s'accompagne de différentes modifications au niveau pharmacocinétique et pharmacodynamique. Ces modifications se manifestent souvent graduellement mais doivent être considérées lors de la prescription des médicaments chez les patients.

Les difficultés à évaluer la douleur chez les personnes âgées, de part des troubles cognitifs qui limitent la capacité à exprimer leurs plaintes, le manque de connaissance des soignants aux outils d'évaluation de la douleur ainsi que des réponses médicamenteuses différentes de celles des jeunes adultes, rendent complexe la détermination de la dose appropriée. Certes, la prescription est basée sur le type de douleur (son rythme, son intensité et ses caractéristiques), ainsi que sur les autres comorbidités et les médicaments pris par le patient (Rodieux & al., 2018). Néanmoins, la tendance à sous-estimer la douleur chronique et à sous-utiliser les analgésiques, en particulier les opioïdes est un phénomène connu (Maxwell et al., 2008 ; Mäntyselkä, 2008). Ceci peut s'expliquer par plusieurs facteurs : la croyance selon laquelle les personnes âgées ont un seuil de douleur supposément plus élevé, l'absence de plainte ou la difficulté à évaluer la douleur et les besoins en analgésie ainsi que le manque de connaissance des propriétés des médicaments analgésiques (Aubrun & Le Guen, 2009). Enfin, il est important de noter que l'âge et la charge de morbidité peuvent influencer la prescription de ces médicaments. Les patients plus jeunes et ceux présentant une charge de morbidité plus élevée se voient souvent prescrire des doses plus élevées d'opioïdes (Scheer et al., 2020).

Par ailleurs, l'utilisation des opioïdes peut avoir des effets qui vont au-delà du soulagement de la douleur. En effet, l'utilisation inappropriée d'opioïdes peut entraîner des effets indésirables tels que la dépression respiratoire et d'autres complications potentiellement mortelles. Il est sans conteste observé qu'un nombre élevé de prescriptions d'opioïdes par les médecins pouvait entraîner une spirale de dépendance chez les patients souffrant de douleurs chroniques (Spurgaitis, 2019). Ceux-ci peuvent avoir un impact sur le statut fonctionnel, émotionnel et sur la qualité de vie des patients âgés. Un traitement antalgique inadapté peut entraîner une altération de l'autonomie, des problèmes de sommeil, des troubles de l'appétit, des dysfonctionnements sociaux et d'autres conséquences néfastes. En outre, l'utilisation inappropriée d'opioïdes chez les personnes âgées peut augmenter les coûts de santé en raison de résultats défavorables liés à ces derniers qui engendrent une prolongation de la durée d'hospitalisation (Maiti & al., 2018).

Tout ceci souligne l'importance d'une gestion appropriée des traitements par opioïdes chez les personnes âgées souffrant de douleurs chroniques en milieu hospitalier. Il est essentiel de trouver un équilibre entre le soulagement de la douleur et la minimisation des risques associés à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées. Nous avons constaté qu'une approche individualisée, basée sur la théorie de la gestion des symptômes peut être bénéfique. En comprenant l'expérience des symptômes, en identifiant les stratégies de gestion des symptômes et en identifiant les effets obtenus sur l'état des symptômes, les professionnels de la santé peuvent adapter les traitements par opioïdes de manière plus efficace. Cela implique une évaluation approfondie de la douleur, en prenant en compte non seulement l'intensité de la douleur, mais aussi son impact sur la qualité de vie globale du patient. Cela nécessite une approche individualisée prenant en compte les caractéristiques spécifiques de chaque patient, tels que l'état de santé général, les antécédents médicaux et les besoins en matière de contrôle de la douleur. Il est également important d'inclure des approches non pharmacologiques dans la gestion des douleurs chroniques chez les personnes âgées. Des interventions telles que la physiothérapie, la thérapie occupationnelle, la thérapie cognitivo-comportementale et d'autres thérapies complémentaires peuvent jouer un rôle significatif dans la réduction de la douleur et l'amélioration de la fonctionnalité chez les personnes âgées (Maiti & al., 2018). En intégrant ces approches non pharmacologiques à la prise en charge, les soignants peuvent réduire la dépendance aux opioïdes et minimiser les effets secondaires indésirables. Pour ce faire, il est crucial de mettre en place une collaboration interdisciplinaire entre les professionnels de la santé afin de soutenir la prise en charge holistique. Les médecins, les infirmiers et autres soignants doivent travailler ensemble pour élaborer des plans de traitement complets et

personnalisés pour chaque patient. Une communication ouverte et une coordination étroite sont essentielles pour assurer des soins optimaux. Qui plus est, il est essentiel de considérer les facteurs sociaux et environnementaux qui influent sur la gestion de la douleur chez les personnes âgées. Les problèmes tels que l'isolement social, la précarité financière, les obstacles à l'accès aux soins de santé et le manque de soutien familial peuvent aggraver la douleur et rendre la prise en charge plus difficile. En abordant ces facteurs, les soignants peuvent améliorer l'efficacité des traitements et la qualité de vie globale des patients. Par ailleurs, la formation et l'éducation des professionnels de la santé sont essentielles pour une gestion appropriée des traitements par opioïdes chez les personnes âgées. Ils doivent être conscients des risques potentiels, des alternatives non pharmacologiques et des stratégies de surveillance pour minimiser les effets indésirables.

En résumé, la gestion des traitements par opioïdes chez les personnes âgées souffrant de douleurs chroniques en milieu hospitalier est un défi complexe qui nécessite une approche multidisciplinaire. Pour améliorer la gestion de la douleur chez les personnes âgées, il est crucial d'adopter une approche globale et personnalisée. Cela inclut une évaluation approfondie des symptômes et des stratégies de gestion utilisées, l'intégration d'approches non pharmacologiques, la collaboration interdisciplinaire entre les professionnels de la santé et la prise en compte des facteurs sociaux et environnementaux. Une approche équilibrée et personnalisée permettra d'optimiser le soulagement de la douleur tout en minimisant les risques associés à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées.

8.1. Limites et forces du travail

A la fin de notre travail, nous pouvons constater qu'il est encore difficile de pouvoir répondre spécifiquement à notre question de recherche pour différentes raisons que nous allons énoncer.

Premièrement, lors de la recherche de nos 6 articles, nous avons constaté que nous avions des critères d'inclusion très spécifiques. Les personnes âgées de plus de 65 ans souffrant de douleurs chroniques et traitées par opiacés en milieu hospitalier. Tous ces critères de recherche nous ont réduit considérablement le nombre d'articles disponibles et en lien avec notre question de recherche. De plus, un des articles que nous avons choisis est une étude de cas. Cette dernière ne nous permet donc pas de généraliser ses résultats à plus large échelle.

Deuxièmement, concernant les 6 articles que nous avons choisis, seulement un provient de la littérature Suisse. Les 5 autres articles proviennent d'Amérique du Nord (Canada et États-Unis). La limite est dans le fait que nous obtenons des données d'analyse que nous ne pouvons pas totalement transférer à la population Suisse, car ce sont des systèmes de santé bien différents.

Troisièmement, nous avons utilisé uniquement deux bases de données pour la recherche de nos articles (CINHAL et PubMed). En effet, il aurait été intéressant de chercher des articles en lien avec notre thématique sur d'autres bases de données non médicales. Par exemple, un regard sociologique sur cette thématique aurait permis d'avoir une vision plus large sur la question de recherche, d'autant plus que l'expérience de la douleur et propre à chaque individu.

De plus, il est possible que le choix subjectif de nos articles selon les divers résumés ait fait passer à la trappe d'autres articles qui auraient pu contenir des résultats plus intéressants pour notre travail.

Finalement, lors de la synthèse des résultats des 6 articles, nous nous sommes concertés afin de regrouper tous les résultats des articles en titres distincts pour ensuite pouvoir procéder à la synthèse des résultats. Par conséquent, il

serait possible qu'une autre personne ait une synthèse diamétralement opposée à la nôtre en fonction du choix des titres.

Malgré les limites de notre travail, celui-ci comporte également des forces. Une des forces de notre travail est la pertinence de la question de recherche. En effet, elle fait écho au fait que la population devient toujours plus âgée et que le nombre de patients souffrants de douleur chronique est récurrent. Par conséquent, notre travail apporte d'autres idées et connaissances sur le sujet. De plus, celui-ci peut être utilisé dans la pratique afin d'amener des connaissances aux autres professionnels de la santé et ainsi permettre une meilleure prise en soins dans la gestion des patients souffrant de douleurs chroniques.

8.1.1. Caractère généralisable des résultats

Pour l'élaboration de notre travail, nous nous sommes centrés sur les patients âgés de plus de 65 ans souffrant de douleurs chroniques et soulagés par un traitement par opiacés en milieu hospitalier. En plus du caractère spécifique de la question de recherche, le nombre d'articles que nous avons analysés (six) est amplement insuffisant pour généraliser les résultats. Comme nous l'avons mentionné dans les limites, la quasi-totalité de nos articles proviennent d'Amérique du Nord. Par conséquent, il est complexe de transférer les pratiques infirmières du système de santé américain à celles du système de santé Suisse bien que les patients souffrent de maux similaires.

8.1.2. Recommandations, implication pour la pratique et la recherche

Dans la pratique infirmière, l'un des rôles qui incombe aux infirmiers en milieu hospitalier est la prise en charge de la douleur chez les patients. Cette prise en charge se caractérise par l'évaluation et la gestion de la douleur.

La douleur est propre à chaque individu. De ce fait, les soignants ne doivent pas sous-estimer les symptômes du patient et les intégrer sans préjugé dans leur prise en soin afin d'accompagner le patient sur son chemin de santé. Les soignants ont pour principal objectif, lorsqu'ils s'occupent de patients souffrant de douleurs chroniques, non seulement de soulager leur douleur, mais aussi de les aider à utiliser les ressources disponibles pour améliorer leur qualité de vie et créer un plan socioprofessionnel. Cela leur permet de progressivement atteindre les objectifs qu'ils ont eux-mêmes définis (Bizet & al., 2003). En effet, il est primordial que les soignants soient au clair sur les différentes indications et les effets indésirables lors de la prescription d'un traitement par opiacés. Avant une prescription d'opiacés, il est nécessaire de prendre en compte les différentes comorbidités et antécédents de santé du patient afin d'éviter une péjoration d'un problème sous-jacent non lié aux symptômes de la douleur. Les résultats de nos articles ont démontré par ailleurs un grand nombre d'effets indésirables liés aux opiacés chez les personnes âgées qui ont des répercussions sur leur qualité de vie. Dès-lors, il serait intéressant que les soignants suivent des formations à la sensibilisation de la gestion de la douleur par opiacés dans tout contexte de soin. Cette dernière permettrait aux différents infirmiers de la profession de se re-familiariser avec tous les aspects à prendre en compte lors de la gestion de la douleur par opiacés (indications, effets indésirables, augmentation des coûts de la santé). Aujourd'hui, le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) est un pilier sur la question de la gestion de la douleur. En effet, depuis 2007, l'établissement propose un projet institutionnel qui informe les patients et les soignants sur la prévention et la gestion de la douleur (CHUV, 2015). Par conséquent, lors de nos différents stages infirmiers (hors établissements du CHUV), nous avons pu prendre conscience de la difficulté que présente la gestion de la douleur chez les patients et n'avons par ailleurs pas été sensibilisés à un programme de gestion de la douleur. La collaboration interprofessionnelle est un point central dans la gestion de la douleur mais ceci doit se faire avec la collaboration du patient.

Il est important que les soignants puissent faire de l'éducation thérapeutique aux patients aussi sur les différents effets attendus des traitements par opiacés. De plus, ce travail peut permettre un transfert de son contenu dans la pratique infirmière. Effectivement, lorsque nous serons diplômés, nous pourrions être amenés à échanger avec de nouveaux collègues, des étudiants en période de formation pratique et bien évidemment des patients. Toutes ces connaissances et résultats que nous avons mis en exergue dans ce travail pourront être utilisés à bon escient dans la pratique de tous les jours afin que tous les soignants puissent potentiellement parler le même langage.

Ensuite, il serait judicieux de favoriser d'autres méthodes pour la gestion de la douleur en complément des traitements conventionnels. Le recours aux thérapies complémentaires permettrait de gérer la douleur via un autre mode d'action et ainsi de diminuer la dose de médicaments administrée et par conséquent de diminuer leurs potentiels effets secondaires. Comme l'hypnose, l'acupuncture et la phytothérapie sont des approches thérapeutiques alternatives qui peuvent être utilisées dans la gestion des symptômes.

Hormis la prescription de traitements par opiacés, la prise en charge des patients souffrant de douleurs se doit d'être holistique. En effet, inclure les représentations du patient ainsi que sa famille font partie intégrante du processus de soin. Enfin, il nous paraît judicieux de mener une campagne de prévention des risques liés à l'usage abusif d'opiacés. Cette dernière pourrait se faire par le domaine de la santé publique.

A propos de la recherche, il serait intéressant de développer de nouvelles approches afin d'améliorer la prise en charge de la douleur en milieu hospitalier en dépit des opiacés. De par le vieillissement de la population, de nouveaux défis de santé vont émerger. Il est donc important d'approfondir les recherches sur la population de plus de 65 ans afin de minimiser les effets négatifs de ces médicaments et l'augmentation des coûts de santé.

Conclusion

Ce travail que nous avons mené durant plus d'une année est l'aboutissement de notre parcours de formation au sein de la Haute École de Santé Vaud (HESAV). Il nous a permis d'acquérir une certaine expérience de la méthodologie de recherche, de l'analyse ainsi que de l'écriture scientifique, et de nous ouvrir des portes futures vers la recherche.

Notre travail a été élaboré en binôme. De ce fait, il nous a appris durant toute sa durée l'aménagement de la charge de travail à deux. Pour ce faire, l'engagement, l'écoute et le respect de l'autre ont permis d'évoluer dans les meilleures conditions afin de respecter tous les délais que nous nous sommes fixés.

Nous avons pu constater que la gestion de la douleur demande beaucoup de réflexion et certaines connaissances sur ses caractéristiques ainsi que sur ses effets indésirables pouvant permettre de gérer au mieux les traitements par opiacés. L'ambivalence des traitements par opiacés, qui sont tantôt un objet de soulagement tantôt un objet toxique, nous permet de remettre en question certaines pratiques et de nous poser certaines questions : comment pouvons-nous trouver un équilibre entre les avantages et les risques associés aux traitements par opiacés ? Quels autres types de traitements pourraient être explorés en alternative aux opiacés ? Comment pouvons-nous sensibiliser davantage aux problèmes liés à l'ambivalence des traitements par opiacés ? Quelles recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les bénéfices et les risques associés aux traitements par opiacés ?

Durant tout notre travail, nous nous sommes posés des questions par rapport à la gestion de l'antalgie chez les personnes âgées lors de nos différents stages de formation pratique. Par exemple, comment aurions-nous pu limiter certains effets secondaires ? Quelles sont les recommandations actuelles en matière de choix et de posologie des

analgésiques chez les personnes âgées ? Comment évaluer de manière fiable et précise la douleur chez les personnes âgées qui peuvent avoir des difficultés à communiquer ou à exprimer leur douleur ? Quelle est l'importance de la prise en compte des comorbidités et des interactions médicamenteuses dans la gestion de l'analgésie chez les personnes âgées ?

Les résultats que nous avons extraits de l'analyse de nos articles nous ont permis d'apporter différents éléments de réponse à notre problématique mais aussi aux questions que nous nous posons pour notre future carrière en qualité d'infirmier HES.

Références

- Ahmad, S. R. (2007). Safety of recommended doses of paracetamol. *Lancet (London, England)*, 369(9560), 462-463. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60229-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60229-3)
- Anaut, M. (2012). Résilience. In M. Formarier & L. Jovic (Eds), *Les concepts en sciences infirmières* (2^{ème} éd., pp. 269-270). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0269>
- Aubrun, F., & Le Guen, M. (2009). Anesthésie du grand vieillard. *Elsevier Masson SAS, 51^{ème} Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Médecins. Les essentiels*, 1-26. https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/anesthesie_du_grand_vieillard.pdf
- Bachmann, N., Burla, L., & Kohler, D. (2015). *La santé en Suisse - le point sur les maladies chroniques*. Observatoire Suisse de la Santé (Obsan). https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-08/rapportsante_2015_f_0.pdf
- Bee, H.-L., Gosselin, F., & Boyd, D.-R. (2011). *Les âges de la vie : psychologie du développement humain*. ERPI.
- Berquin, A., & Grisart, J. (2016). *Les défis de la douleur chronique*. Mardaga. <https://doi.org/10.3917/mard.berq.2016.01>
- Bigliardi, P.-L. (2005). Prurit : causes, diagnostic et traitement, *Revue Médicale Suisse*. 9(063), 1115–1121. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-63/prurit-causes-diagnostic-et-traitement>
- Bizet, M. P., Vigot, I., Nizard, J., & Lajat, Y. (2003). Accompagner les patients douloureux chroniques : Rôle de l'équipe soignante au Centre de Traitement de la Douleur. *Douleur et Analgésie*, 16(3), 141-144. <https://doi.org/10.1007/BF03008061>
- Booth, J., Moseley, G. L., Schiltenswolf, M., Cashin, A., Davies, M., & Hübscher, M. (2017). Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. *Musculoskeletal Care*, 15(4), 413-421. <https://doi.org/10.1002/msc.1191>
- Borneman, T., Koczywas, M., Sun, V., Piper, B. F., Smith-Idell, C., Laroya, B. T., Uman, G., & Ferrell, B. (2011). Effectiveness of a Clinical Intervention to Eliminate Barriers to Pain and Fatigue Management in Oncology. *Journal of Palliative Medicine*, 14(2), 197-205. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0268>
- Bassan, F., Conradi, S., & Brennstuhl, M.-J. (2018). Les paradigmes de la douleur. In M.-J. Brennstuhl (Éd.), *Prendre en charge la douleur chronique : Avec les thérapies non médicamenteuses* (pp.16-38). Dunod.
- Butler, D., & Moseley, G.-L. (2013). *Explain pain* (2nd ed.). Noigroup Publications.
- Butow, P., & Sharpe, L. (2013). The impact of communication on adherence in pain management. *Pain*, 154 Suppl 1, S101-S107. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.07.048>
- Capriz, F., Chapiro, S., David, L., Floccia, M., Guillaumé, C., Morel, V., Berlemont, C., Gautier, J.-M., Hérisson, B., de Montgazon, G., Poulain, P., & Pickering, G. (2017). Consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie : Utilisation des antalgiques dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée (hors anesthésie). *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 18(5), 234-247. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2017.07.007>

- Chauffour-Ader, C., & Daydé, M. (2016). *Comprendre et soulager la douleur* (3^e éd.). Lamarre.
- Centre Hospitalier Universitaire de Liège. (2020). *[Semaine de la douleur] L'intérêt d'une approche biopsychosociale*. Consulté le 12 juin 2022 à l'adresse https://www.chuliege.be/jcms/c2_22856666/nl/anesthesie-reanimation/-semaine-de-la-douleur-l-interet-d-une-approche-biopsychosociale
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2019). *La douleur chronique*. Service de neurochirurgie. Consulté le 6 juin 2022, à l'adresse <https://www.chuv.ch/fr/neurochirurgie/nch-home/patients-et-familles/maladies-traitees/la-douleur-chronique>
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2023). *Centre de médecines intégratives et complémentaires*. <https://www.chuv.ch/fr/cemic/>
- Courtin, A., Risch, N., & Maitre, J.-H. (2019). *Douleur et nociception, deux concepts différents*. Groupe d'intérêt de douleur. <http://gi-douleur.fr/wp-content/uploads/2019/02/1.-Douleur-et-nociception-deux-concepts-diffe%CC%81rents-.pdf>
- Debuigny, P., Dumora, C., Goursaud, C., Labousset-Piquet, H., Proteau, P., Sebbane, D., Siebert, C., & Sérandour, C. (2012). *Étapes de la vie et grandes fonctions*. (Unité d'Enseignement 2.2). Elsevier Masson.
- Deglin, J. H., Beaudoin, Eric., Vallerand, A. H., Marceau, I., Sanoski, C. A., Laplante, H., Rochu, S., Le Bail, A. (2014). *Guide des médicaments*. (4^{ème} éd). ERPI.
- Del Volgo, M. (2008). Hôpital d'hier et d'aujourd'hui : Malaise dans le soin ? *Cliniques méditerranéennes*, 78, 165-175. <https://doi.org/10.3917/cm.078.0165>
- Dictionnaire en ligne Le Robert. (2022). *Nociception - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples*. Consulté le 26 juin 2022 à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/nociception>
- Dictionnaire en ligne Le Robert. (2022). *Symptôme - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples*. Consulté le 26 juin 2022 à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/symptome>
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
- Doyon, O., & Longpré, S. (Éds.). (2016). *Évaluation clinique d'une personne symptomatique : Application des principes de la pratique réflexive*. Pearson.
- Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Viens Python, N. (2013). Version Française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application. *Recherche en soins infirmiers*, 112(1), 14-25. <https://doi.org/10.3917/rsi.112.0014>
- Fédération hospitalière de France. (s.d.). *FHF*. Consulté le 12 juin 2022, à l'adresse <https://www.fhf.fr/content/view/full/64922#:~:text=Le%20palier%201%20pour%20les,pas%20ceux%20des%20autres%20paliers>
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>

- Fu, Y., McNichol, E., Marczewski, K., & Closs, S. J. (2016). Exploring the Influence of Patient-Professional Partnerships on the Self-Management of Chronic Back Pain: A Qualitative Study. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 17(5), 339-349. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2016.05.004>
- Ganji, R., Pakniat, A., Armat, M. R., Tabatabaiechehr, M., & Mortazavi, H. (2018). The Effect of Self-Management Educational Program on Pain Intensity in Elderly Patients with Knee Osteoarthritis: A Randomized Clinical Trial. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(6), 1062-1066. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.225>
- Garnier, M. (2020). *Cours les antalgiques*. Communication personnelle.
- Gaskin, D. J., & Richard, P. (2012). The Economic Costs of Pain in the United States. *The Journal of Pain*, 13(8), 715-724. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.03.009>
- Gomes da Rocha, C. (12 décembre 2019). La douleur chez la personne âgée. *REISO, Revue d'information sociale*. <https://www.reiso.org/articles/themes/vieillesse/5328-la-douleur-chez-la-personne-agee>
- Guilley, E., Armi, F., Ghisletta, M., P., d'Epinay, C., L., & Michel, J. (2003). Vers une définition opérationnelle de la fragilité. *Revue Medicale Suisse*, 11(2459), 2256-2261. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2003/revue-medicale-suisse-2459/vers-une-definition-operationnelle-de-la-fragilite>
- Houle, M., & Raymond, M. (2009). Opioïdes et douleur chronique non cancéreuse : enjeux cliniques. *Drogues, santé et société*, 3(1), 357-389. <https://doi.org/10.7202/019626ar>
- Hôpitaux universitaires de Genève, Pharmacie. (2009). *Bonnes pratiques de préparation des médicaments*. https://pharmacie.hug.ch/ens/conferences/cours_HUG2009_BPpreparation.pdf
- Hôpitaux universitaires de Genève. (2021). *Les classes d'antalgiques - Aide-mémoire destiné aux soignants médicaments*. <https://www.hug.ch/soins-palliatifs-aide-memoire-destine-aux/classes-antalgiques>
- Humphreys, J., Janson, S., Donesky, D. A., Dracup, K., Lee, K. A., Puntillo, K., Faucett, J. A., Aouizerat, B., Miaskowski, C., Baggott, C., Carrieri-Kohlman, V., Barger, M., Franck, L., Kennedy, C., & the University of California, San Francisco (UCSF) School of Nursing Symptom Management Faculty Group.. (2013). Theory of Symptom management. In M.- J.Smith., & P.-R. Liehr (Éds.), *Middle range theory for nursing* (3ème éd., pp. 141-164). Springer Publishing compagny.
- Kramer, J.-F., & Cameron, D.-C. (1975). *La pharmacodépendance*. Organisation mondiale de la santé. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40465/9242540455.pdf>
- Le Breton, D. (1995). *Anthropologie de la douleur*. Editions Métaillé.
- Lussier, D., & Mallet, L. (2005). Particularités pharmacologiques de la douleur chez le patient âgé. In P. Beaulieu (Ed.), *Pharmacologie de la douleur* (pp. 537-557). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lussier D. (2012). *La douleur chez le patient âgé*. Dans *Pharmacologie de la douleur*. Cours PHL6035 du 18 avril 2012. Faculté de médecine, Université de Montréal.
- Maiti, S., Sinvani, L., Pisano, M., Kozikowski, A., Patel, V., Akerman, M., Patel, K., Smilios, C., Nouryan, C., Qiu, G., Pekmezaris, R., & Wolf-Klein, G. (2018). Opiate Prescribing in Hospitalized Older Adults:

- Patterns and Outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(1), 70-75.
<https://doi.org/10.1111/jgs.15127>
- Mäntyselkä, P. (2008). Balancing act with geriatric pain treatment. *Pain*, 138(1), 1-2.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.05.012>
- Maxwell, C. J., Dalby, D. M., Slater, M., Patten, S. B., Hogan, D. B., Eliasziw, M., & Hirdes, J. P. (2008). The prevalence and management of current daily pain among older home care clients. *Pain*, 138(1), 208-216.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.04.007>
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science (New York, N.Y.)*, 150(3699), 971-979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
- Monégier, P., Baubit, B., & Lejeune, E. (2019). *Envoyé spécial, France 2. Antidouleurs : L'Amérique dévastée*. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=Kp6Y5rMhuVQ>
- Nusbaum, F., Ribes, G., & Gaucher, J. (2010). La douleur chronique : une dépression liée au déficit d'empathie et d'endocongruence. Apports de l'hypnose. *Bulletin de psychologie*, 507(3), 191-201.
<https://doi.org/10.3917/bupsy.507.0191>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité*.
<https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2013). La classification des analgésiques. In Beaulieu, P. (Éd.), *La douleur : guide pharmacologique et thérapeutique*. (p.41). Maloine.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Vieillesse et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice*. Mosby Year Book.
- Orhurhu, V., Olusunmade, M., Urits, I., Viswanath, O., Peck, J., Orhurhu, M. S., Adekoya, P., Hirji, S., Sampson, J., Simopoulos, T., & Jatinder, G. (2019). Trends of Opioid Use Disorder Among Hospitalized Patients With Chronic Pain. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*, 19(6), 656-663.
<https://doi.org/10.1111/papr.12789>
- Pautex, S., Vogt-Ferrier, N. (2006). Prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée, *Revue Médicale Suisse*. 8(071), 1629-1633. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-71/prise-en-charge-de-la-douleur-chronique-chez-la-personneagee>
- Pickering, G., Gavazzi, G., Gaillat, J., Paccalin, M., Bloch, K., & Bouhassira, D. (2016). Is herpes zoster an additional complication in old age alongside comorbidity and multiple medications? *Results of the post hoc analysis of the 12-month longitudinal prospective observational ARIZONA cohort study*. *BMJ Open*, 6(2), e009689. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009689>
- Pickering, G., Martin, E., Tiberghien, F., Delorme, C., & Mick, G. (2017). Localized neuropathic pain: An expert consensus on local treatments. *Drug Design, Development and Therapy*, 11, 2709-2718.
<https://doi.org/10.2147/DDDT.S142630>
- Pruitt, S. D., & Epping-Jordan, J. E. (2005). Preparing the 21st century global healthcare workforce. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 330(7492), 637-639. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7492.637>

- Queneau, P., & Ostermann, G. (2004). *Le médecin, le malade et la douleur*. Elsevier Masson.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, *161*(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Rebar, C. R., & Heimgartner, N.-M. (2020). Managing Persistent Pain throughout Hospitalization. *Medsurg Nursing*, *29*(4), 276-277,279.
- Rees, S., & Williams, A. (2009). Promoting and supporting self-management for adults living in the community with physical chronic illness: A systematic review of the effectiveness and meaningfulness of the patient-practitioner encounter. *JBIC Library of Systematic Reviews*, *7*(13), 492-582. <https://doi.org/10.11124/01938924-200907130-00001>
- Rodieux, F., Lloret-Linares, C., Piguet, V., Desmeules, J. (2018), Prescription des opioïdes chez les patients vulnérables : les enfants et les personnes âgées. Recommandations pratiques, *Revue Médicale Suisse*, *4*(612), 1268–1278. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2018.14.612.1268>
- Roewer, N., Thiel, H., Wirth, J., & Freys, G. (2017). *Atlas de poche d'anesthésie*. (3^{ème} éd). Lavoisier Médecine Sciences Publications.
- Ruchat, D., Suter, M. J., Rodondi, P., & Berna, C. (2018). Consommation d'opioïdes entre 1985 et 2015 : chiffres suisses et mise en perspective internationale. *Revue Médicale Suisse*, *14*(612), 1262-1266. <https://doi.org/10.53738/revmed.2018.14.612.1262>
- Schear, S., Patel, K., Deng, L. X., Miaskowski, C., Maravilla, I., Garrigues, S.- K., Thompson, N., Auerbach, A. D., & Ritchie, C. S. (2020). Multimorbidity and Opioid Prescribing in Hospitalized Older Adults. *Journal of Palliative Medicine*, *23*(4), 475-482. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0260>
- Serrie, A., Delorme, C., & Navez, M.-L. (2020). *Médecine de la douleur pour le praticien*. Elsevier Masson.
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (Éds.). (2013). *Middle Range Theory for Nursing*. (3^{ème} éd). Springer Publishing Company.
- Sojer, B. (2020). *Comment mieux vivre avec la douleur aiguë ou chronique ?* Hôpital du Valais. <https://blog.hopitalvs.ch/douleur-chronique/>
- Spurgaitis, K. (2019). Aging and Addicted. *Abilities Canada - Abilities Magazine*, 14-17.
- Teike Lüthi, F., Gueniat, C., Nicolas, F., Thomas, P., & Ramelet, A.-S. (2015). *Quels sont les obstacles à la gestion de la douleur perçus par les infirmières ?* https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/cfo/documents/cfo_Poster_obstacles_gestion_douleur.pdf
- Teike Lüthi, F., Gueniat, C., Nicolas, F., Thomas, P., & Ramelet, A.-S. (2015). *Quels sont les obstacles à la gestion de la douleur perçus par les infirmières ?* https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/cfo/documents/cfo_Poster_obstacles_salon_infirmier_Paris.pdf
- Vader, K., Bostick, G. P., Carlesso, L. C., Hunter, J., Mesaroli, G., Perreault, K., Tousignant-Laflamme, Y., Tupper, S., Walton, D. M., Wideman, T. H., & Miller, J. (2021). La définition révisée de la douleur de

l'IASP et les notes complémentaires : les considérations pour la profession de la physiothérapie.
Physiotherapy Canada., 73(2), 106–109. <https://doi.org/10.3138/ptc-2020-0124-gef>

Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2^{ème} éd). Pearson ERPI

Bibliographie

- Booth, T. F., & Booth, W. (1995). Unto us a child is born: The trials and rewards of parenthood for people with learning difficulties. *Australia and New Zealand journal of developmental disabilities*, 20(1), 25-39. <https://doi.org/10.1080/07263869500035411>
- Coutaz, M., & Morisod, J. (3 octobre, 2012). Je suis vieux, malade, donc j'« EXIT » ? *Revue Médicale Suisse*, 8, 1886-9. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2012/revue-medicale-suisse-356/je-suis-vieux-malade-donc-j-exit>
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-89. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>
- Haute Autorité de Santé. (2009). *Douleur chronique : Reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient
- Le, J. (2022). Biodisponibilité des médicaments. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/pharmacologieclinique/pharmacocin%C3%A9tique/nano-m%C3%A9decine#top>
- Lussier, D., & Pickering, G. (2010). Particularités pharmacologiques de la douleur chez le patient âgé. Beaulieu P (Ed.). *Dans Pharmacologie de la douleur* (pp. 547-565). IASP Press, Seattle.
- Mennier, E. (2019). *Demi-vie*. Pharmacomedicale. <https://pharmacomedicale.org/pharmacologie/pharmacocinetique/38-parametres-pharmacocinetiques/80-demi-vie>
- Office fédérale de la statistique. (2020). *Évolution de la population de 2020 à 2050 : Croissance, vieillissement et concentration autour des grandes villes - Scénarios de l'évolution de la population de la Suisse et des cantons 2020-2050. Communiqué de presse*. Consulté le 05 juin 2022 à l'adresse <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/12847543>
- Perruchoud, C., Albrecht, É., & Moret, V. (2017). *Manuel pratique d'algologie : Prise en charge de la douleur chronique*. Elsevier Masson.
- Pujos-Guillot, E., Pickering, G., Lyan, B., Ducheix, G., Brandolini-Bunlon, M., Glomot, F., Dardevet, D., Dubray, C., & Papet, I. (2011). Therapeutic paracetamol treatment in older persons induces dietary and metabolic modifications related to sulfur amino acids. *Age*, 34(1), 181-193. <https://doi.org/10.1007/s11357-011-9218-4>
- Tubiana, M. (1998). *Le cancer. Hier, aujourd'hui, demain*. Editions Odile Jacob.