Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement

le 25 avril 2019 à Poitiers

par Mr Clément PORTRON

Evaluation de la prise en charge de la douleur des personnes âgées de plus de 75 ans présentant des troubles cognitifs aux urgences.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Philippe NEAU

Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

Madame le Docteur Sandrine KHALIFA

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre-Alexis BOURRY

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie **(retraite 09/2019)**
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale **(retraite 09/2019)**
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en détachement)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie **(retraite 09/2019)**
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation **(en mission 1 an)**
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie **(en mission 1 an)**
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie **(pas avant janvier 2019)**
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
Tel : 05.49.45.43.43 – Fax : 05.49.45.43.05

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ,

Je vous remercie de m'avoir permis de réaliser le projet professionnel qui me tenait à cœur en acceptant ma candidature au DESC de médecine d'urgence et en me faisant l'honneur de présider cette thèse.
Veuillez accepter, Monsieur le Professeur, ma reconnaissance et mon sincère respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe NEAU,

Je suis honoré de votre participation à ce jury de thèse et je vous prie de croire, Monsieur le Professeur, en ma plus grande gratitude.

A Monsieur le Professeur Marc PACCALIN,

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de prendre part à ce jury de thèse. Je vous prie d'accepter, Monsieur le Professeur, toute ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Sandrine KHALIFA,

Merci pour tes précieux conseils et ta bienveillance durant mon stage en médecine gériatrique. C'est un grand plaisir de te compter dans ce jury.

A Monsieur le Docteur Pierre-Alexis BOURRY,

Je ne saurais comment te remercier à la hauteur de ton aide inestimable à la réalisation de cette thèse. Merci d'avoir accepté d'en être le directeur et de m'avoir soutenu dans sa réalisation, jusque dans les aléas des derniers jours. Tu m'as épaulé dès le début de mon internat, lors de mes premiers pas aux urgences et ce sera un honneur que de pouvoir y exercer à tes côtés. Encore une fois, merci.

A Madame le Docteur Gwenaëlle FARCY,

Merci pour ton accompagnement en tant que tutrice durant mon internat.

A Madame le Docteur Marie DUBOCAGE,

Merci pour ton aide tout au long de mon cursus de DESC et pour la finalisation de cette thèse.

A ma Mère, Laurence,

Pour m'avoir toujours soutenu et donné l'envie de me dépasser, que ce soit personnellement, professionnellement ou musicalement. Merci de ce que tu m'as permis de devenir et de ce que tu m'as apporté.

A mon Père, Pierre-Luc,

Pour tous les sacrifices réalisés afin de me permettre de m'épanouir dans tous domaines et d'atteindre des objectifs que je ne pensais pas accessibles. Merci pour ton soutien.

A mes sœurs, Charlène et Géraldine,

Pour tous les moments passés ensemble, les hauts et les bas, qui nous laisseront des souvenirs inoubliables ainsi qu'à tous ceux qu'il nous reste à créer.

A ma belle-famille,

Merci de m'avoir accueilli si chaleureusement parmi vous.

A mes amis,

Pour tous les bons moments passés, à cheval, à l'hôpital et partout ailleurs !

A Pauline,

Tu as su m'épauler et me combler de bonheur, jour après jour, même dans les moments difficiles et notamment ces dernières semaines. Tu m'as donné plus que ce que je n'aurais pu rêver avec notre « grande famille à quatre pattes ». En hommage à tout l'amour que j'ai pour toi, je te dédie cette thèse.

Sommaire

I.	Introduction	p 8
II.	Matériels et méthodes	p 11
III.	Résultats	p 15
IV.	Discussion	p 24
V.	Conclusion	p 32
VI.	Bibliographie	p 33
VII.	Annexes	p 37
VIII.	Résumé et mots clés	p 39
IX.	Serment d'Hippocrate	p 40

Abréviations

AD8 : Questionnaire de dépistage de la maladie d'Alzheimer

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CAM-ICU : Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COFER : Collège Français des Enseignants en Rhumatologie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EN : Evaluation numérique

EVS : Evaluation verbale simple

HAS : Haute Autorité de Santé

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

Mini-COG™ : Test rapide de dépistage de troubles cognitifs

MMSE : Mini-Mental State Examination

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Se : Sensibilité d'un test de dépistage

SIS : Six Item Screener

Sp : Spécificité d'un test de dépistage

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

I. Introduction

La proportion de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans est en constante augmentation dans la population française, passant de 7,1% en 2000 à 9,1% en 2016 avec des projections à 10,9% en 2025 et 16% en 2050 (1). Par la fragilité inhérente au vieillissement, à la polypathologie et en conséquence à la polymédication, cette classe de population est plus à risque et représente une part croissante des patients consultants dans les services d'urgence. Une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) réalisée en 2013 pour le ministère de la santé met en évidence une prise en charge moyenne aux urgences plus longue pour les patients de plus de 75 ans, avec la réalisation de plus d'examens complémentaires que pour les patients jeunes, ce qui augmente la complexité de leur prise en charge par les praticiens (2). Ceci est d'autant plus vrai que les taux de démence, de troubles de la communication et de troubles cognitifs au sens large augmentent fortement avec l'âge, obligeant les praticiens à s'adapter à ce type de patients. A titre d'exemple, on estime entre 7 et 17% la part de patients âgés atteints de troubles cognitifs parmi les patients consultant aux urgences (3) alors même que le diagnostic de trouble cognitif n'est pas repéré par les médecins urgentistes dans 57 à 83% des cas (4).

En parallèle, plusieurs études se sont intéressées à l'impact du vieillissement et des troubles cognitifs sur le ressenti de la douleur. Il apparaît ainsi que la relation qui unit ces trois notions (vieillissement, trouble cognitif et douleur) est complexe avec des intrications qui ne sont à ce jour, pas entièrement expliquées. Il ressort que dans la plupart des déficits cognitifs (maladie d'Alzheimer, troubles

cognitifs aspécifiques, etc.) les seuils de perception de la douleur sont abaissés, entraînant un ressenti douloureux majoré pour les patients (5). Il existe également une variation de ce seuil selon les différents types de stimuli douloureux (nociceptifs, thermiques, électriques, etc.), compliquant encore un peu plus l'appréhension du ressenti douloureux de cette population (5).

Ensuite, la capacité de ces patients à évaluer correctement leur douleur est altérée de façon proportionnelle à l'importance de leurs troubles cognitifs (5,6). Les différents auteurs s'étant intéressés à ce sujet retiennent l'intérêt de débuter l'évaluation algique par des échelles d'auto-évaluation et de les multiplier ou de les compléter par des échelles d'hétéroévaluation si nécessaire (6–8). De plus, l'absence d'échelle spécifiquement consacrée à cette tranche de la population peut mettre en échec celles dont nous disposons, du fait de la similitude de certains comportements retrouvés dans la démence et dans l'expression de la douleur (9). Pour finir, les personnes âgées sont régulièrement porteuses de polypathologies et consommatrices de nombreux traitements (10), ce qui peut entraîner des difficultés d'épuration ou des interactions avec les antalgiques administrés, faisant réfléchir à une prise en charge thérapeutique spécifique pour ces patients.

Il apparaît donc que la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées présentant des troubles cognitifs dans les services d'urgence est complexe. A notre connaissance, aucune étude française ne s'est intéressée à ce sujet et les études étrangères mettent en évidence de nombreuses lacunes dans les pratiques actuelles. Des pistes d'amélioration ont été évoquées par la création d'échelles dédiées à la reconnaissance rapide des troubles cognitifs (11) et de la douleur chez cette population (12).

Enfin, les conséquences d'un mauvais dépistage des troubles cognitifs ou d'une mauvaise gestion de la douleur aux urgences sont lourdes en termes de morbi-mortalité, donnant aux urgentistes un rôle déterminant pour le devenir à long terme de ces patients (3).

L'objectif principal de cette étude était donc d'évaluer la gestion de la douleur (de l'évaluation à l'administration d'antalgique) chez les personnes âgées présentant des troubles cognitifs et consultant aux urgences.

II. Matériel et méthodes :

a. Schéma de l'étude :

Cette étude, monocentrique, prospective et observationnelle a été menée dans le service d'urgence du Centre Hospitalier de Niort du 01/12/2018 au 31/01/2019. L'objectif était d'analyser la prise en charge de la douleur chez les patients suspects de troubles cognitifs, en comparaison à un groupe témoin.

b. Population :

Les critères d'inclusion étaient : patient consultant aux urgences ; âge de 75 ans ou plus ; réalisation du test du Six Item Screener (SIS) (Annexe 1).

Les critères d'exclusions étaient : patient non francophone ; handicap empêchant la réalisation du test du SIS (surdité, appréciation laissée à l'infirmier réalisant l'inclusion).

c. Déroulement de l'étude :

L'équipe paramédicale du service avait été formée à cette étude (présentation de l'objectif de l'étude et réalisation du SIS) sur plusieurs sessions durant les mois de novembre et décembre 2018.

Les inclusions étaient réalisées au plus tôt de la prise en charge, soit par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO), soit par l'équipe paramédicale lors de l'installation en salle d'examen. Le patient était ensuite pris en charge selon les protocoles actuels du service. Il n'a été donné aucune consigne de prise en charge particulière.

Le test SIS se composait de six items, côtés par 1 point chacun (soit un score minimum de 0 et maximum de 6). Il consistait à demander au patient de retenir trois mots (pomme, table et euro) puis de lui demander l'année actuelle, le mois en cours, le jour de la semaine et enfin de répéter les trois mots initiaux. Afin de s'assurer de la fiabilité de ce test, nous avons procédé à une recherche bibliographique qui a retrouvé une supériorité statistique comparé au test AD8 (13), au Mini-COG™ (14), voire même au MMSE selon le seuil choisi (15). A ce sujet, nous avons décidé d'utiliser une valeur seuil de 3, suivant les recommandations d'une étude chinoise de très large effectif (> 2000) ayant retrouvé cette valeur comme la plus sensible et spécifique (Se=0.86, Sp=0.87) (16), résultat confirmé par une seconde étude retrouvant une bonne corrélation entre ce seuil et le résultat au MMSE (17).

Les évaluations de la douleur ont été réalisées selon différentes échelles, type auto ou hétéroévaluation, au choix du soignant, puis les patients ont été répartis en trois groupes selon l'intensité de leur douleur : faible, modérée ou intense, d'après la classification du Collège Français des Enseignants en Rhumatologie (COFER). Les groupes ont été déterminés d'après les critères suivants : groupe « douleur faible » pour une échelle numérique (EN) (annexe 2) comprise entre 1 et 3, une évaluation verbale simple (EVS) (annexe 3) faible ou un ALGOPLUS (annexe 4) à 1 ; groupe « douleur modérée » pour une EN comprise entre 4 et 7, une EVS modérée ou un ALGOPLUS à 2 ; groupe « douleur forte » pour une EN supérieure à 7, une EVS forte

ou intense ou un ALGOPLUS à 3 ou plus. La classification des antalgiques en trois paliers (1, 2 et 3) a été effectuée selon l'échelle établie par l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS).

d. Paramètres recueillis :

Les dossiers ont été analysés à postériori du passage du patient en relevant différentes caractéristiques épidémiologiques : âge, traitements habituels, démence connue, orientation aux urgences et devenir. Il a également été recherché le délai d'évaluation initiale de la douleur, l'échelle utilisée et le résultat, le délai de prescription et d'administration du premier antalgique puis le délai de la première réévaluation. Ces différents paramètres ont été recueillis manuellement dans les dossiers de l'ensemble des patients ayant présenté une douleur, qui ont ensuite été classés en deux groupes selon le résultat obtenu au SIS : groupe suspect de troubles cognitifs avec SIS inférieur ou égal à 3 et groupe sans trouble cognitif avec SIS supérieur ou égal à 4.

Les traitements retenus comme possiblement confusiogènes ont été les neuroleptiques, antiépileptiques, benzodiazépines, antidépresseurs, antihistaminiques, hypnotiques, antiparkinsoniens, antidémences (type Mémantine), corticoïdes et la mélatonine. Le choix de ces différentes classes s'est basé sur les recommandations HAS de 2009 concernant la prise en charge de la confusion aiguë chez la personne âgée (18).

e. Analyses statistiques :

Les données ont été recueillies via le logiciel Urqual® (McKESSON, San Francisco, Etats-Unis), puis anonymisées. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Excel® (Microsoft, Redmond, Etats-Unis) pour PC (version 1903) et du logiciel biostaTGV (Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique UMR S 1136, France). La bibliographie a été réalisée grâce au logiciel Zotero (Center for History and New Media de l'université George Mason, FairFax, Etats-Unis) pour PC (version 5.0.65).

Concernant l'analyse descriptive, les variables quantitatives étaient décrites sous forme de moyenne et d'écart type, les variables qualitatives par l'effectif brut et le pourcentage correspondant. Les variables quantitatives ont été comparées par un test de Mann Withney. Les variables qualitatives ont été comparées par un test du Chi2 ou un test de Fisher selon les effectifs. Un seuil de significativité de 5% a été retenu.

f. Ethique :

Une déclaration de l'étude et de son objectif a été déposée auprès du département de la recherche clinique du Centre Hospitalier de Niort qui l'a présenté à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), le 11/02/2019.

III. Résultats

Durant la période de l'étude, le service d'accueil des urgences de Niort a accueilli 7880 patients, dont 1721 âgés de plus de 75 ans. Deux cents patients ont été inclus, dont 119 ont présenté un résultat au SIS ≤ 3 (seuil retenu comme suspect de troubles cognitifs).

L'âge moyen des patients du groupe « troubles cognitifs » était de 87,61 ans ($^{+}/_{-}$ 5,37) et de 84,96 ans ($^{+}/_{-}$ 6,04) dans le groupe témoin. Une démence était connue (notée dans les antécédents du dossier médical informatique du patient) pour 50 patients (42%) du groupe « troubles cognitifs » et pour 5 patients (6,1%) du groupe témoin.

Ces résultats ainsi que le reste de l'étude démographique de la population incluse est répertoriée dans le Tableau 1.

Des troubles cognitifs ont été relevés par l'urgentiste dans 70 cas sur les 119 patients (58,8%) présentant des troubles cognitifs et dans 4 cas (4,9%) parmi les autres patients. Il a été signalé l'absence de trouble cognitif chez 36 personnes (30,3%) ayant pourtant un score défavorable au test SIS.

Tableau 1 : Tableau démographique de la population étudiée.

	Effectif (n=200)	
Critères	**SIS ≤ 3**	**SIS ≥ 4**
Nombre total n	119	81
Sexe		
Hommes n *(%)*	42 *(35,3%)*	38 *(46,9%)*
Femmes n *(%)*	77 *(64,7%)*	43 *(53,1%)*
Âge (en années)		
Moyenne *($^{+}$/- σ)*	87,61 *($^{+}$/- 5,37)*	84,96 *($^{+}$/- 6,04)*
Démence connue n *(%)*	50 *(42%)*	5 *(6,2%)*
Antalgiques habituels		
Inconnu n *(%)*	14 *(11,8%)*	5 *(6,2%)*
Aucun n *(%)*	60 *(50,4%)*	46 *(56,8%)*
Palier 1 n *(%)*	40 *(33,6%)*	23 *(28,4%)*
Palier 2 n *(%)*	7 (*5,9%)*	6 *(7,4%)*
Palier 3 n *(%)*	5 *(4,2%)*	6 *(7,4%)*
Traitement confusiogène		
Inconnu n *(%)*	13 *(10,9%)*	5 *(6,2%)*
Aucun n *(%)*	40 *(33,7%)*	44 *(54,3%)*
1 classe n *(%)*	33 *(27,7%)*	22 *(27,2%)*
≥ 3classes n *(%)*	17 *(14,3%)*	5 *(6,2%)*
Orientation		
Box n *(%)*	107 *(89,9%)*	72 *(88,9%)*
Soins ambulatoires n *(%)*	12 *(10,1%)*	9 *(11,1%)*
Devenir		
Retour à domicile n *(%)*	48 *(40,3%)*	25 *(30,9%)*
Hospitalisation n *(%)*	68 *(57,2%)*	55 *(67,9%)*
Décès n *(%)*	3 *(2,5%)*	1 *(1,2%)*

.

Dans le groupe SIS ≤ 3, on a recensé 68 patients douloureux soit 34% de l'effectif total et 57,1% du sous-groupe « troubles cognitifs ». Dans le groupe témoin, le nombre de patients douloureux était de 47, soit 23,5% de l'effectif total et 58% de ce sous-groupe (Figure 1).

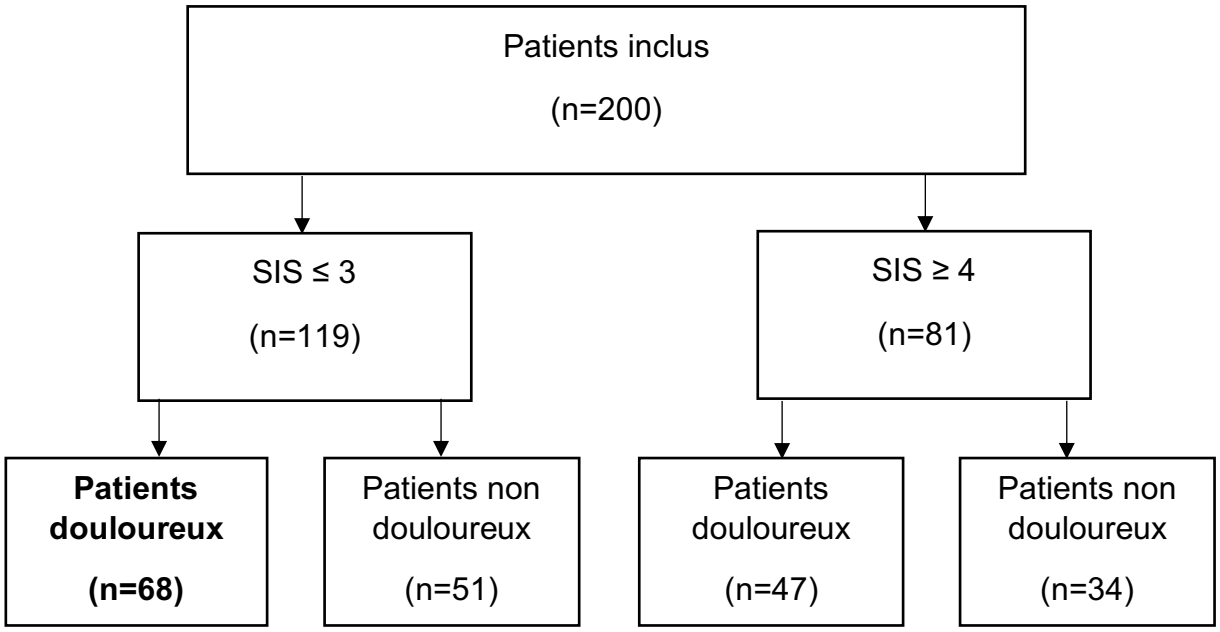


Figure 1 : Diagramme de flux.

En ce qui concerne l'intensité des douleurs, parmi les patients présentant des troubles cognitifs, 51 (42,9%) n'ont décrit aucune douleur, 5 (4,2%) présentaient une douleur faible, 14 (11,8%) une douleur modérée, 5 (4,2%) une douleur forte et 44 (37%) présentaient une douleur, mais pour lesquels la cotation n'a soit pas été réalisée, soit de manière incomplète. A titre de comparaison, dans le groupe SIS ≥ 4, les résultats ont été de 34 patients (42%) non algiques, 6 patients (7,4%) avec une douleur faible, 17 patients (21%) avec une douleur modérée, 8 patients (9,9%) avec une douleur forte et 16 patients douloureux (19,7%) n'ont pas eu d'évaluation complète par une échelle standardisée (Figure 2).

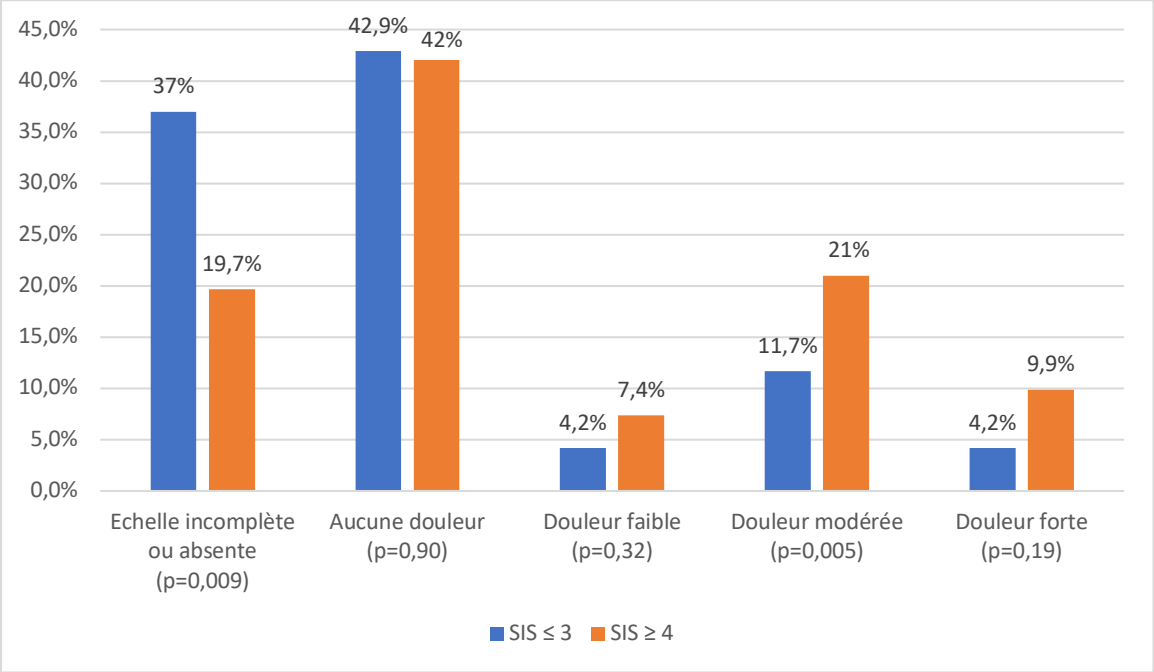


Figure 2 : Intensité initiale de la douleur selon les groupes (en pourcentage de l'effectif de chaque groupe).

La douleur a été évaluée dans le groupe SIS ≤ 3 par une EVS dans 58 cas (48,7%), par une EN dans 35 cas (29,4%), un Algoplus dans 2 cas (1,7%) et n'a été évaluée par aucune échelle chez 24 patients (20,2%). Lors de la première réévaluation, l'EN a été utilisée dans 50 cas (42%), l'EVS dans 8 cas (6,7%) et l'Algoplus dans 4 cas (3,4%).

Dans le groupe témoin, l'EN a été utilisée pour 37 patients (45,7%), l'EVS pour 35 patients (43,2%) et 9 patients (11,1%) n'ont pas eu d'évaluation de leur douleur. Pour la première réévaluation, il y a eu 52 EN (64,2%) et 3 EVS (3,7%) utilisées (Figure 3).

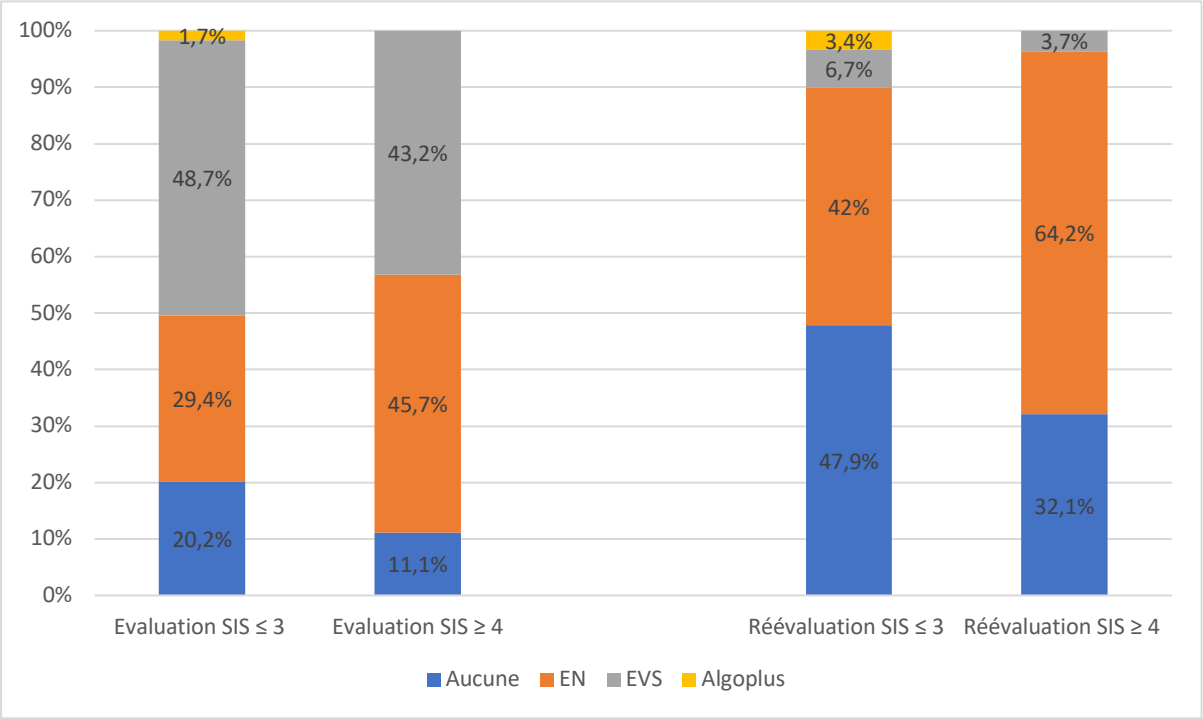


Figure 3 : Echelles d'évaluation de la douleur utilisées selon le groupe (en pourcentage de l'effectif de chaque groupe).

Dans le groupe SIS ≤ 3, le délai moyen d'évaluation de la douleur a été de 70,72 minutes (+/- 122,61), le délai de la première réévaluation de 172,48 minutes (+/- 138,35), le délai de la première prescription de 186,83 minutes (+/- 159,54) et le délai du premier antalgique administré de 276,13 minutes (+/- 261,51). Ces différentes données sont représentées dans la figure 4.

Parallèlement, dans le groupe témoin, ces mêmes délais ont été respectivement de 39,87 minutes (+/- 49,64) pour la première évaluation, 191,96 minutes (+/- 161,33) pour la première réévaluation, 230,48 minutes (+/- 271,37) pour la première prescription d'antalgique et de 333,36 minutes (+/- 366,90) pour la première administration d'antalgique (Figure 4).

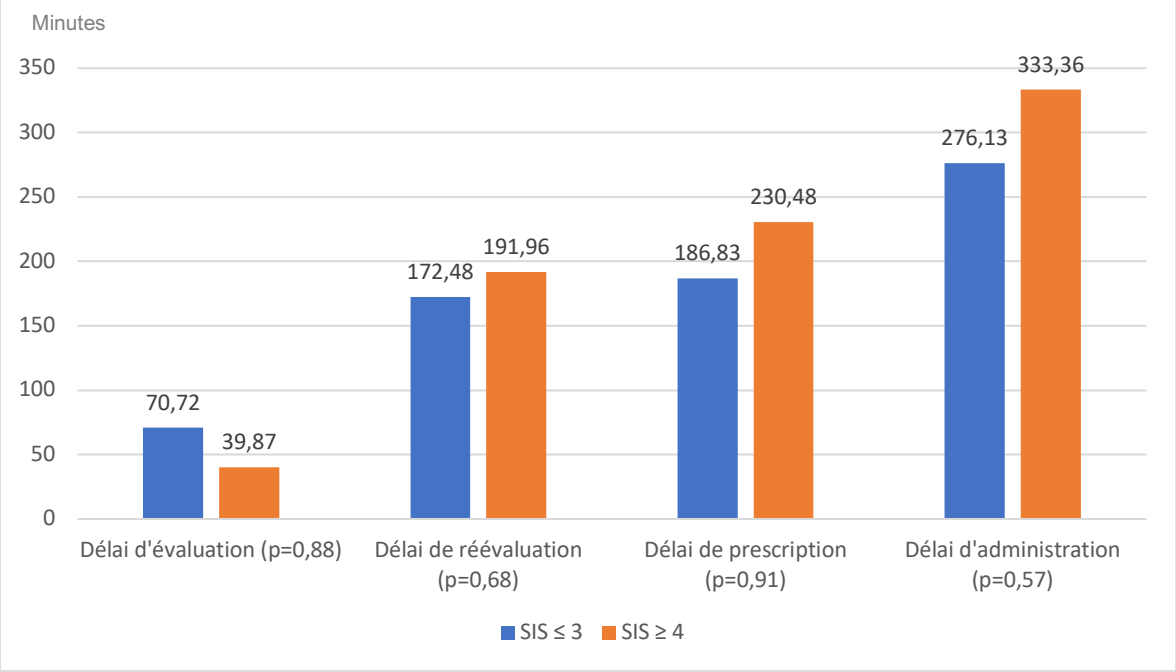


Figure 4 : Délais des étapes de la prise en charge antalgique (en minutes).

Le nombre d'antalgiques prescrits en fonction de leur classe, de l'intensité de la douleur et du groupe de patients (troubles cognitifs ou non) est résumé dans le tableau 2. L'addition des pourcentages peut aboutir à un résultat supérieur à 100% du fait que certains patients ont bénéficié de la prescription de plusieurs classes d'antalgiques différentes

Tableau 2 : Tableau des antalgiques prescrits selon le palier, l'intensité de la douleur et le groupe de patients.

	Patients douloureux SIS ≤ 3 (n=68)	**Patients douloureux SIS ≥ 4** (n=47)
Intensité inconnue	n = 44 *(64,7%)*	n = 16 *(34%)*
Aucun antalgique	33 *(75%)*	11 (68,8%)
Palier 1	11 *(25%)*	5 *(31,3%)*
Palier 2	0 *(0%)*	2 *(12,5%)*
Palier 3	2 *(4,5%)*	1 *(6,3%)*
Douleur faible	n = 5 *(7,4%)*	n = 6 *(12,8%)*
Aucun antalgique	1 *(20%)*	1 *(16,7%)*
Palier 1	4 *(80%)*	4 *(66,7%)*
Palier 2	0 *(0%)*	0 *(0%)*
Palier 3	1 *(20%)*	2 *(33,3%)*
Douleur modérée	n = 14 *(20,6%)*	n = 17 (36,2%)
Aucun antalgique	8 *(57,1%)*	7 *(41,2%)*
Palier 1	6 *(42,9%)*	9 *(52,9%)*
Palier 2	0 *(0%)*	1 *(5,9%)*
Palier 3	0 *(0%)*	2 *(11,8%)*
Douleur forte	n = 5 *(7,3%)*	n = 8 *(17%)*
Aucun antalgique	1 *(20%)*	1 *(12,5%)*
Palier 1	3 *(60%)*	5 *(62,5%)*
Palier 2	1 *(20%)*	0 *(0%)*
Palier 3	1 *(20%)*	5 *(62,5%)*

Plus globalement, parmi les patients douloureux du groupe SIS ≤ 3 (n=68), il n'y a eu aucun antalgique prescrit pour 43 patients (63,2%). Un palier 1 a été prescrit à 24 patients (35,3%), un palier 2 à 1 patient (1,5%) et un palier 3 à 4 patients (5,9%).

Dans le groupe témoin, parmi les 47 patients douloureux, il y a eu 20 patients (42,6%) qui n'ont eu aucune prescription d'antalgique, 23 patients (48,9%) à qui on a prescrit un palier 1, 3 patients (6,4%) un palier 2 et 10 patients (21,3%) un palier 3 (Figure 5).

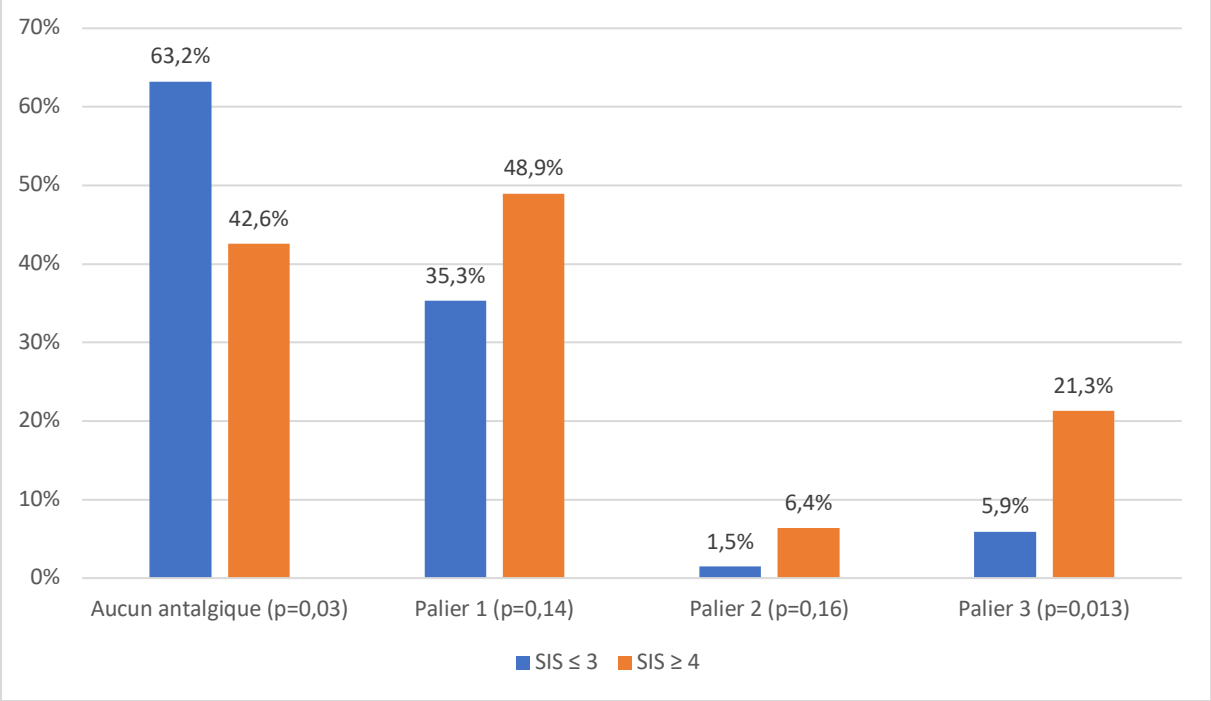


Figure 5 : Total des antalgiques administrés selon le palier et le groupe (en pourcentage des patients douloureux).

Au total, un antalgique a été prescrit pour 25 patients (36,8%) et administré pour 12 patients (17,6%) sur 68 patients douloureux dans le groupe SIS ≤ 3.

Dans le groupe témoin, la proportion est respectivement de 27 patients (57,4%) ayant bénéficié d'une prescription et 20 patients (42,5%) ayant reçu un antalgique sur 47 patients douloureux (Figure 6).

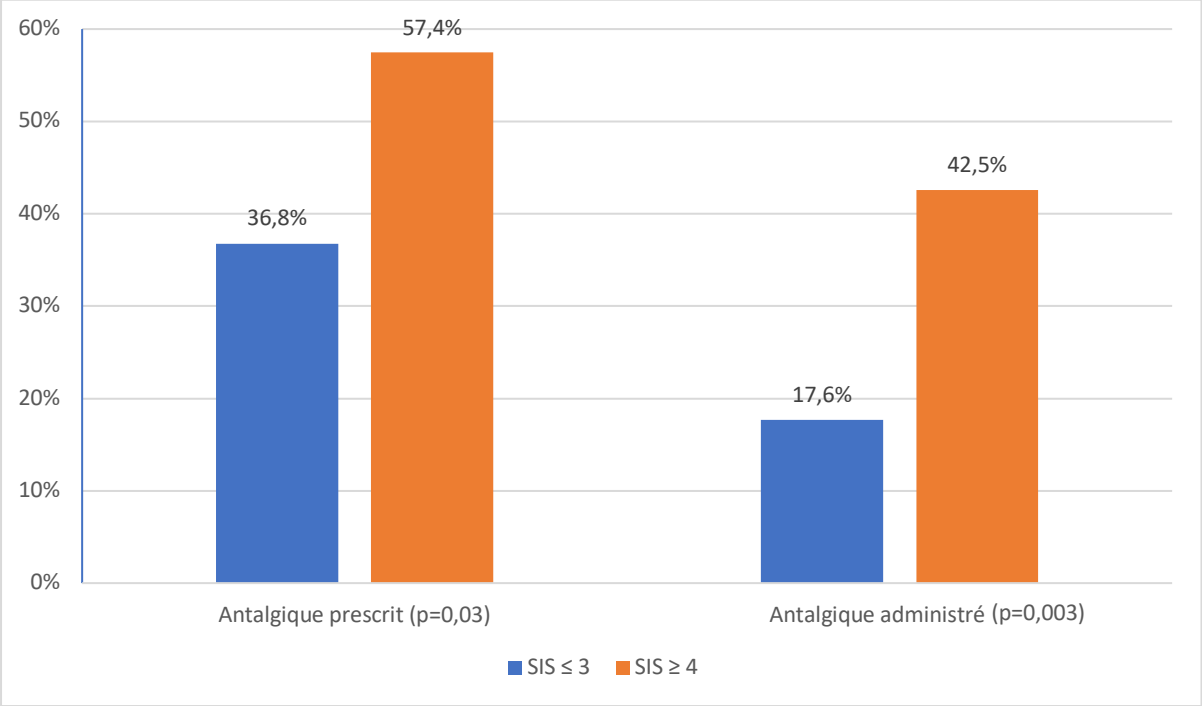


Figure 6 : Prescription et administration d'antalgique selon le groupe (en pourcentage des patients douloureux).

IV. Discussion

Cette étude a permis de mettre en avant des difficultés de prise en charge de la douleur chez les patients âgés de plus de 75 ans présentant des troubles cognitifs. Leur délai d'évaluation initial de la douleur était de 70 minutes (p=0,88), avec une intensité de la douleur non évaluée pour 37% de ces patients (p=0,009). Le taux de prescription d'antalgiques était de 36,8% chez les patients douloureux avec des troubles cognitifs (p=0,03) et seulement 17,6% se sont vu réellement administrer un antalgique (p=0,003). On remarque également que les patients présentant des troubles cognitifs ont reçu moins d'antalgiques de palier 3 que le groupe témoin (p=0,013). Enfin, il apparaît que les échelles d'hétéroévaluation n'ont quasiment pas été utilisées avec seulement 4 évaluations sur l'ensemble des 200 patients, toutes évaluations confondues.

La difficulté d'évaluer l'intensité de la douleur est majorée chez les patients présentant des troubles cognitifs. En effet, elle a été évaluée de façon moins précise car aucune échelle d'évaluation de la douleur n'a été utilisée correctement pour 37 % de ces patients (p=0,009) alors même qu'une notion de douleur est présente dans l'observation médicale. Peut-être que face à un patient avec des troubles cognitifs importants, les équipes paramédicales se sont basées sur une évaluation subjective de la douleur et n'ont donc pas utilisé d'échelle validée. On constate le très faible taux d'utilisation des échelles d'hétéroévaluation, type Algoplus, avec seulement 1,6% de patients évalués. Selon les résultats de cette étude, on peut imaginer que les équipes soignantes utilisant peu cette échelle, il leur est moins naturel d'y avoir recours en cas

de besoin. De plus, l'hétéroévaluation de la douleur nécessitant la cotation de critères plus nombreux (Annexe 4) que les échelles d'autoévaluation (Annexes 2 et 3), elle se prête peut-être moins facilement à l'activité d'un service d'urgence. Une sensibilisation et une formation à son utilisation auprès des équipes soignantes permettraient probablement d'augmenter son application et ainsi de diminuer le taux de patients non évalués. Concernant les autres échelles d'évaluation de la douleur, il ressort que les patients du groupe SIS ≤ 3 ont bénéficié de plus d'évaluations par une EVS (48,7%), ce qui semble approprié étant donné sa facilité d'utilisation et de compréhension comparé à l'EN par exemple. En effet, nommer l'intensité de la douleur (faible, modéré ou forte) demande moins de capacités cognitives que son évaluation puis sa retranscription sur une échelle numérique.

Le délai d'évaluation initial de la douleur est également allongé, à 70 minutes en moyenne (p=0,88) mais avec cependant des temps de réévaluation de la douleur, de prescription et d'administration d'antalgiques légèrement plus courts en comparaison avec le groupe témoin (respectivement p=0,68 ; 0,91 et 0,57). On peut penser que l'accueil et l'installation en salle de soin d'un patient avec des troubles cognitifs est plus long, du fait de la difficulté à obtenir et transmettre les informations et donc que l'évaluation de la douleur en est également retardée. Les différentes recommandations, depuis le plan gouvernemental contre la douleur 2006/2010, mettent pourtant l'accent sur un dépistage, une évaluation et une prise en charge de la douleur les plus précoces possibles, avec des réévaluations répétées, 20 minutes après l'administration d'un antalgique par exemple (19).

Le recours aux antalgiques est diminué de façon statistiquement significative pour les patients douloureux ayant un SIS ≤ 3, avec un pourcentage de prescription de 36,7% (p=0,03) et d'administration de 17,6% (p=0,003). En comparaison, le groupe témoin, bien que recevant plus d'antalgiques (42,5%), reste également sous-traité étant donné que plus de la moitié des patients présentant une douleur n'ont pas reçu de traitement. Il est difficile d'expliquer ces chiffres étant donné que ces patients ont été évalués comme douloureux par les équipes soignantes et médicales. Ce qui ressort de certaines études est la peur de la iatrogénie, chez cette population souvent polymédiquée, et la réticence de certains infirmiers d'administrer un antalgique non prescrit (3) malgré l'existence de protocoles de prescription anticipée. Peut-être que la sensibilisation à cette pratique n'est pas suffisante et que des formations spécifiques pourrait permettre de réduire significativement les délais d'administration d'antalgiques. Enfin, on pourrait également envisager l'élargissement des protocoles de prescription anticipée avec des corrélations, validées par les médecins des services d'urgence, entre les niveaux d'évaluation de la douleur de chaque échelle et une classe d'antalgique avec des posologies prédéfinies. Ainsi on espèrerait obtenir une adéquation entre le niveau de douleur évalué et le palier d'antalgique administré.

Parmi les infirmiers du service dans lequel notre étude a eu lieu, la crainte d'un surdosage a été évoquée lorsque les patients n'étaient pas capables de préciser l'heure de la dernière prise d'antalgique avant l'arrivée aux urgences. D'une façon plus directe, on peut supposer que les personnes avec des troubles cognitifs ayant leur douleur moins bien évaluée, recevront par répercussion, moins d'antalgiques (21).

Enfin, on remarque que les patients avec des troubles cognitifs reçoivent moins d'antalgiques de palier 3 que ceux du groupe témoin (p=0,013), alors que la proportion de patients présentant une douleur forte dans chacun des groupes ne montre pas de différence significative (p=0,19). Il est possible que l'appréhension des effets secondaires de ces traitements puissants et notamment l'aspect confusiogène, soit redouté et entraîne une moindre prescription de cette classe d'antalgique (21). Pourtant, les recommandations récentes mettent l'accent sur l'importance des opioïdes forts dans l'antalgie de la personne âgée et il a été décrit que les effets secondaires étaient moins fréquents qu'avec les opioïdes faibles, à condition de respecter des règles de titration progressive. Sous couvert du respect des bonnes pratiques de prescription, les opioïdes forts sont donc décrits comme l'antalgie de choix pour les douleurs modérées à intenses des personnes âgées (24). Il pourrait être intéressant de mener une enquête auprès des équipes médicales et paramédicales du service des urgences afin de rechercher quels ont été les freins à la prescription d'antalgiques de palier 3 et ainsi essayer de les surmonter.

Ces différents résultats mettent en évidence une prise en charge de la douleur incomplète parmi les personnes âgées présentant des troubles cognitifs, ce qui concorde avec les conclusions tirées d'études étrangères similaires (5,20,21). Pourtant, il a été démontré que les conséquences d'un mauvais dépistage des troubles cognitifs ou d'une mauvaise gestion de la douleur aux urgences sont lourdes en termes de morbi-mortalité. Selon les différentes études, il a été décrit qu'une confusion non repérée dans le service des urgences ne sera pas diagnostiquée en hospitalisation dans 90% des cas (22). Une mauvaise gestion de ces paramètres se traduit par un taux de décès à un an de 10 à 26%, soit autant que pour un sepsis ou un infarctus du

myocarde (3). Le seul fait de poser le diagnostic de confusion aux urgences et donc d'orienter le patient correctement par la suite, permettrait de diminuer le risque de décès par 3 à trois mois (3). A plus court terme, un patient dont le trouble cognitif n'était pas diagnostiqué lors de son passage aux urgences était plus à risque de reconsulter dans les jours suivants (22).

Tout ceci nous montre l'importance de dépister cette catégorie de population au plus tôt de la prise en charge dans les services d'urgence, afin d'apporter une réponse adaptée en terme de gestion de la douleur, de l'évaluation initiale jusqu'à l'administration d'antalgique.

Pour réaliser cette étude, nous avons fait le choix d'utiliser l'échelle du Six Item Screener pour détecter le risque de trouble cognitif, bien que la seule échelle validée actuellement en France soit le Mini Mental State Examination (MMSE) (23). En effet, le temps disponible pour effectuer un dépistage rapide des troubles cognitifs aux urgences ne nous parait pas suffisant pour réaliser dans de bonnes conditions un test MMSE et les autres tests rapides disponibles (CAM-ICU, Mini-COG™, AD8) présentent tous des contraintes qui, à notre avis, les rendent incompatibles avec l'activité d'un service d'urgence (Epreuve graphique, présence d'un tiers, etc.).

Par ailleurs, des études précédentes se sont intéressées à la recherche d'un test de dépistage unique le plus performant, mais le cadre des troubles cognitifs étant très large, les auteurs ont préféré abandonner l'idée d'un test universel au profit de tests plus spécifiques, adaptés à des situations précises (27). Notre choix s'est finalement porté sur le SIS, proposé par la Société Française de Médecine d'Urgence comme test de dépistage privilégié des troubles cognitifs aux urgences (28).

Perspectives :

Afin d'améliorer la prise en charge du patient avec un dépistage de trouble cognitif positif lors de son passage aux urgences, il nous semble important de pouvoir mettre en place des protocoles d'aide à la gestion de la douleur (4,5,11,14) en lien avec les médecins gériatres et en s'appuyant sur les différentes recommandations françaises (23–25). Il existe notamment une recommandation éditée par l'ANAES en 2000, proposant une prise en charge antalgique similaire à une population jeune, mais plus progressive dans la posologie (26). Plus récemment en 2017 un consensus pluridisciplinaire regroupant la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs et l'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support a publié des recommandations de prise en charge antalgique des patients âgés. Il est notamment proposé l'utilisation en premier recours du paracétamol puis d'antalgiques de palier 3 en titration et déconseillant l'utilisation des traitements de palier 2 en service d'urgence. La place des anti-inflammatoires non stéroïdiens a également été reconnue, sous réserve d'une utilisation encadrée par la recherche des nombreuses contre-indications (24).

Pour optimiser au mieux la prise en charge des patients âgés ayant des troubles cognitifs, la proposition d'une consultation pour bilan neuropsychologique, à distance de l'évènement aigu pour lequel le patient consulte aux urgences, pourrait permettre un diagnostic plus précoce des troubles cognitifs et ainsi proposer une prise en charge adaptée au plus tôt du déclin cognitif.

Limites :

Quelques limites sont à noter cependant concernant cette étude. Il n'a pas été fait de distinction entre les prescriptions d'antalgiques effectuées par les urgentistes par rapport à une douleur aigue et la prescription des traitements habituels des patients lorsque ceux-ci restaient hospitalisés en UHCD. C'est ce qui explique la prescription d'antalgiques a des patients décrits comme non douloureux ainsi que certaines inadéquations entre le palier prescrit et l'intensité de la douleur évaluée. De même, l'évaluation de la douleur étant principalement réalisée par l'IAO ou par l'équipe paramédicale installant le patient en salle de soins, il peut exister une différence d'appréciation entre leur ressenti et celui de l'urgentiste, qui parfois majore certaines douleurs lors de l'examen du patient. Ceci peut également expliquer certaines inadéquations entre les niveaux de douleur évaluées et les paliers d'antalgiques administrés.

Par ailleurs, l'absence de protocole de prise en charge validé entraîne immanquablement une variation des pratiques au sein de l'équipe médicale, que ce soit pour l'informatisation des actes (évaluation de la douleur), la codification du diagnostic ou les différents traitements administrés (peur des effets secondaires, de la iatrogénie, méconnaissance de cette population spécifique).

La question de la puissance de cette étude peut également se poser, étant donné un effectif inclus relativement faible (200 patients) et dont seulement 68 patients répondent aux critères de sélection d'un score SIS ≤ 3 et de la présence d'une douleur.

Enfin, il existe également un biais de recueil. Nos analyses sont en effet basées sur la validation informatique des dossiers des patients, or l'organisation et l'activité du

service d’urgence peuvent entraîner un délai entre l’heure réelle de réalisation des actes (évaluation, administration) et leur validation informatique.

V. Conclusion

La volonté de réaliser cette étude est née d'une impression, confirmée par notre recherche bibliographique, que la prise en charge de la douleur dans les services d'urgence de la population âgée de 75 ans et plus ayant des troubles cognitifs était insatisfaisante.

Nous avons pu mettre en évidence que la douleur n'était pas correctement évaluée chez 37% de ces patients avec un délai moyen d'évaluation de 70 minutes. Un antalgique n'a été administré que dans 17,6% des cas avec significativement moins de palier 3 comparé à un groupe témoin sans trouble cognitif. Enfin il n'y a eu que 1,7% d'utilisation d'échelle d'hétéroévaluation alors même que les études expliquent l'intérêt de celles-ci chez les patients avec troubles cognitifs sévères.

Du fait des implications lourdes d'un sous-dépistage des troubles cognitifs ou d'une mauvaise prise en charge antalgique de ces patients, il semble nécessaire de mettre en place un test de dépistage adapté aux services d'urgence et de réaliser un protocole de prise en charge dédiée à cette population. Pour donner suite à cela, il semblerait intéressant de pouvoir proposer aux patients dont le dépistage des troubles cognitifs s'est révélé positif, une consultation neuropsychologique dédiée, à distance de l'évènement aigu pour lequel ils consultent afin de préciser les troubles dépistés et proposer une prise en charge la plus précoce possible.

La réalisation d'études spécifiques à l'adaptation d'un test de dépistage adapté aux services d'urgence, de même que la mise en place de protocoles institutionnels, en lien avec les médecins gériatres, nous paraît être la solution idéale pour améliorer notre prise en charge de cette population de patients.

VI. Bibliographie

1. Population par âge − Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743

2. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-aux-urgences-une-sante-plus-fragile-necessitant-une-prise

3. Fry M, Chenoweth L, Arendts G. Assessment and management of acute pain in the older person with cognitive impairment: A qualitative study. Int Emerg Nurs. 2016;24:54-60.

4. Han JH, Zimmerman EE, Cutler N, Schnelle J, Morandi A, Dittus RS, et al. Delirium in Older Emergency Department Patients: Recognition, Risk Factors, and Psychomotor Subtypes. Acad Emerg Med. 2009;16(3):193-200.

5. Defrin R, Amanzio M, de Tommaso M, Dimova V, Filipovic S, Finn DP, et al. Experimental pain processing in individuals with cognitive impairment: current state of the science. PAIN. 2015;156(8):1396-408.

6. Chen Y-H, Lin L-C. The Credibility of Self-reported Pain Among Institutional Older People with Different Degrees of Cognitive Function in Taiwan. Pain Manag Nurs. 2015;16(3):163-72.

7. Ngu SSC, Tan MP, Subramanian P, Abdul Rahman R, Kamaruzzaman S, Chin A-V, et al. Pain Assessment Using Self-reported, Nurse-reported, and Observational Pain Assessment Tools among Older Individuals with Cognitive Impairment. Pain Manag Nurs. 2015;16(4):595-601.

8. Lukas A, Niederecker T, Günther I, Mayer B, Nikolaus T. Self- and proxy report for the assessment of pain in patients with and without cognitive impairment: Experiences gained in a geriatric hospital. Z Für Gerontol Geriatr. 2013;46(3):214-21.

9. Gagliese L, Gauthier LR, Narain N, Freedman T. Pain, aging and dementia: Towards a biopsychosocial model. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2018;87:207-15.

10. Herr M. Fragilité et consommation de médicaments en population âgée. BEH16-17. 2017;311-317.

11. Schnitker LM, Martin-Khan M, Burkett E, Beattie ERA, Jones RN, Gray LC, et al. Process Quality Indicators Targeting Cognitive Impairment to Support Quality of Care for Older People with Cognitive Impairment in Emergency Departments. Carpenter CR, éditeur. Acad Emerg Med. 2015;22(3):285-98.

12. Ersek M, Herr K, Hilgeman MM, Neradilek MB, Polissar N, Cook KF, et al. Developing a Pain Intensity Measure for Persons with Dementia: Initial Construction and Testing. Pain Med. 2018;0(0):1-15.

13. Carpenter CR, DesPain B, Keeling TN, Shah M, Rothenberger M. The Six-Item Screener and AD8 for the Detection of Cognitive Impairment in Geriatric Emergency Department Patients. Ann Emerg Med. 2011;57(6):653-61.

14. Wilber ST. An Evaluation of Two Screening Tools for Cognitive Impairment in Older Emergency Department Patients. Acad Emerg Med. 2005;12(7):612-6.

15. Krupp S, Seebens A, Kasper J, Willkomm M, Balck F. Validierung der deutschen Fassung des Six-Item Screeners: Kognitiver Kurztest mit breiten Anwendungsmöglichkeiten. Z Für Gerontol Geriatr. 2018;51(3):275-81.

16. Xue J, Chiu HFK, Liang J, Zhu T, Jiang Y, Chen S. Validation of the Six-Item Screener to screen for cognitive impairment in primary care settings in China. Aging Ment Health. 2018;22(4):453-7.

17. Callahan CM, Unverzagt FW, Hui SL, Perkins AJ, Hendrie HC. Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subjects for clinical research. Med Care. 2002;40(9):771-81.

18. HAS. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. Recommandations de bonne pratique. 2009

19. Bertrand X. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur, Ministère de la Santé et des Solidarités. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 2006;7(2):3.

20. Markey G, Reilly N, Kelly P, Kelly C. Delayed Emergency Analgesia for Patients With Dementia and Hip Fracture. Geriatr Orthop Surg Rehabil. 2016;7(2):110-1.

21. Joshua Jones, Tin Sim, Jeff Hughes. Pain Assessment of Elderly Patients with Cognitive Impairment in the Emergency Department: Implications for Pain Management—A Narrative Review of Current Practices. Pharmacy. 2017;5(4):30.

22. Han JH, Wilber ST. Altered Mental Status in Older Patients in the Emergency Department. Clin Geriatr Med. 2013;29(1):101-36.

23. HAS. Identification des troubles mnésiques et stratégie d'intervention chez les séniors de 70 ans et plus. 2014;34.

24. Capriz F, Chapiro S, David L, Floccia M, Guillaumé C, Morel V, et al. Consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie : utilisation des antalgiques dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée (hors anesthésie). Douleurs Éval - Diagn - Trait. 2017;18(5):234-47.

25. Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. La douleur chez la personne âgée. Programme de l'amélioration des pratiques professionnelles. 2013.

26. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. 1998;28(2):151-5.

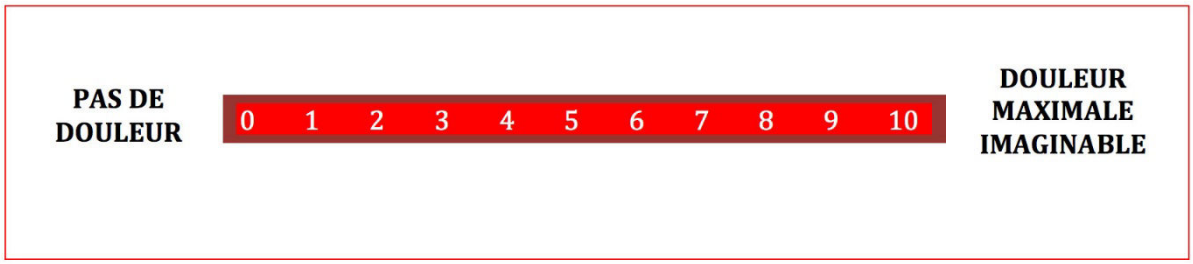
27. Cullen B, O'Neill B, Evans JJ, Coen RF, Lawlor BA. A review of screening tests for cognitive impairment. J Neurol Neurosurg Amp Psychiatry. 2007;78(8):790-9.

28. Société Française de Médecine d'Urgence. Six Item Screener [Internet]. Disponible sur: https://www.sfmu.org/calculateurs/six.html

VII. Annexes

Test à réaliser dans une ambiance calme, avec un patient concentré.	
« Essayez de mémoriser les trois mots suivants : Pomme, Table et Euro »	
En quelle année sommes-nous ?	/ 1 point
En quel mois sommes-nous ?	/ 1 point
Quel jour sommes-nous ?	/ 1 point
« Pouvez-vous me répéter les trois mots que je vous ai demandé de retenir tout à l'heure ? »	/ 3 points

Annexe 1 : Test du Six Item Screener.



Annexe 2 : Echelle Numérique (EN) d'évaluation de la douleur.

« Comment évaluez-vous votre douleur ? »			
Faible = 1	Modérée = 2	Intense = 3	Très intense = 4

Annexe 3 : Echelle Verbale Simple (EVS) d'évaluation de la douleur.

ECHELLE ALGOPLUS

Evaluation de la douleur

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

Identification du patient

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

Annexe 4 : Echelle Algoplus d'évaluation de la douleur.

Résumé

Introduction : Ces dernières années, nous observons une population vieillissante avec une proportion croissante de patients présentant des troubles cognitifs. L'objectif était d'analyser la prise en charge de la douleur dans un service d'urgence, chez les patients âgés de plus de 75 ans ayant des troubles cognitifs, en comparaison à un groupe témoin.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude monocentrique, prospective et observationnelle réalisée dans le service d'urgence du centre hospitalier de Niort du 01/12/2018 au 31/01/2019. Les patients âgés de plus de 75 ans consultant aux urgences et ayant bénéficié du test du Six Item Screener (SIS) ont été inclus.

Résultats : Deux cents patients ont été inclus. Une différence significative a été mise en évidence dans la prise en charge de la douleur pour les patients présentant des troubles cognitifs, avec notamment une douleur non évaluée dans 37% des cas (p=0,03) et un taux d'administration d'antalgiques faible à 17,6% (p=0,003). On a également remarqué que les patients atteints de troubles cognitifs recevaient moins d'antalgiques de palier 3 (p=0,013) et que les échelles d'hétéroévaluation de la douleur n'étaient que très peu utilisées (1,7%).

Conclusion : La réalisation d'études spécifiques à la création d'un test de dépistage adapté aux services d'urgence, de même que la mise en place de protocoles institutionnels, en lien avec les médecins gériatres, permettrait d'améliorer notre prise en charge des patients âgés atteints de troubles cognitifs.

Mots clés : Personne âgée ; Troubles cognitifs ; Urgence ; Douleur ; Six Item Screener

Serment d’Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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