

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2022

2022 TOU3 1052

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Waël HOUHOU

Le 24 Mai 2022

CARACTÉRISATION DES PATIENTS ONCOGÉRIATRIQUES DOULOUREUX

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-François HURSTEL

JURY

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGÉ BUGAT	Président
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Madame le Professeur Motoko DELAHAYE	Assesseur
Monsieur le Docteur Jean-François HURSTEL	Assesseur



FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maléutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONIEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétiq	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale
M. MESTHÉ Pierre
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeurs Associés

Professeur Associé de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BOYER Pierre
M. CHICOULAA Bruno
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dev. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
M.C.U. Médecine générale			
M. BISMUTH Michel			
M. BRILLAC Thierry			
Mme DUPOUY Julie			
M. ESCOURROU Emile			

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale	
M. BIREBENT Jordan	
Mme BOURGEOIS Odile	
Mme BOUSSIER Nathalie	
Mme FREYENS Anne	
Mme LATROUS Leila	
M. PIPONNIER David	
Mme PUECH Marielle	

REMERCIEMENTS :

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGÉ BUGAT, vous me faites l'honneur de présider ce jury, bien que nous n'ayons jamais travaillé ensemble. Soyez assurée de ma plus profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN, vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse et de m'avoir suivi tout au long de mon internat. Soyez assuré de toute ma gratitude pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE, vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse et de vous intéresser à mon travail. Je vous remercie de vos enseignements au sein du DUMG et des conseils que vous m'avez prodigués ces derniers mois.

Monsieur le Docteur Jean-François HURSTEL, je vous remercie de m'avoir guidé dans ce travail avec patience et disponibilité. Ce fut un réel plaisir de vous avoir comme directeur de thèse et comme collègue.

A ma famille :

Je dédie entièrement cette thèse à **mon frère** qui en une phrase m'a permis de réussir la première année de médecine : « le travail n'est pas question de motivation, c'est juste qu'il n'y a pas le choix ».

Je remercie également **ma mère** à qui je dois tout !

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	2
Liste des annexes et illustrations.....	3
I- <u>Introduction</u>.....	6
1. Epidémiologie.....	6
2. Définition de la douleur.....	7
3. Prévalence de la douleur dans le cancer.....	8
4. Prise en charge de la douleur en oncogériatrie.....	8
5. Définition de l'oncogériatrie.....	8
6. Définition des soins palliatifs.....	8
7. Faible représentation des populations gériatriques dans les études....	9
8. Evaluation de la douleur chez la personne âgée.....	9
9. La douleur paroxystique.....	10
10. Conséquence de la douleur.....	11
II- <u>Objectifs de l'étude</u>.....	12
III- <u>Matériels et méthodes</u>.....	13
1. Type d'étude.....	13
2. Critères d'inclusion et d'exclusion	13
3. Recueil de données.....	13
4. Codification de la douleur et création d'un nouveau score composite.....	14
5. Codification de l'anxiété.....	15
6. Données sur la iatrogénie et relatives aux urgences	15
7. Analyse statistique.....	15
8. Ethique.....	15
IV- <u>Résultats</u>.....	16

1. Dossiers retenus après exclusions.....	16
2. Objectif principal.....	16
a. Présentation des principales données (gériatriques, oncologiques, USP, douleur)	16
b. Complications douloureuses par catégorie de patients douloureux	24
c. Complications douloureuses par classe d'âge.....	26
d. Douleur paroxystique et douleur neuropathique.....	28
e. Escarre et pathologies bucco-dentaires.....	30
3. Objectif secondaire : Iatrogénie.....	31
4. Objectif secondaire : Urgences.....	34
V- <u>Discussion</u>.....	37
1. Rappels des principaux résultats issus des tableaux.....	37
a. Données gériatriques.....	37
b. Données oncologiques.....	37
c. Données relatives à l'hospitalisation en USP.....	37
d. Données relatives à la douleur.....	38
e. Données sur les traitements.....	38
f. Hospitalisations aux urgences.....	38
2. Forces et faiblesses.....	38
3. Discussion des principaux résultats.....	41
a. Données gériatriques.....	41
b. Données oncologiques.....	42
c. Données relatives à la douleur.....	43
d. Données sur les thérapeutiques.....	45
e. Données en lien avec les hospitalisations aux urgences....	45
VI- <u>Conclusion</u>.....	47
VII-<u>Bibliographie</u>.....	48
VIII-<u>Annexes</u>.....	54

Liste des abréviations

- EHPAD : Etablissement d’Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- SAU : Service d’Accueil des Urgences
- USLD : Unité de Soins de Longues Durées
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- USP : Unité de Soins Palliatifs
- IDE : Infirmière Diplômée d’Etat
- IASP : Association Internationale pour l’Etude de la Douleur
- EN : Echelle Numérique
- EVA : Echelle Visuelle Analogique
- EVS : Echelle Verbale Simple
- HAD : Hospitalisation à Domicile
- SSR : Soins de Suites et de Réadaptation
- AEG : Altération de l’Etat Général
- RAU : Rétention Aigüe d’Urine
- ADP : Adénopathie
- OMI : Œdèmes des Membres Inférieurs
- AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
- CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
- ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
- TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
- MEOPA : Mélange Equimolaire d’Oxygène-Protoxyde d’Azote

Liste des annexes

Annexe 1 : Score ALGOPLUS.....	55
Annexe 2 : Echelle Verbale Simple (EVS).....	56
Annexe 3 : Echelle Visuelle Analogique (EVA).....	57
Annexe 4 : Score DN4.....	58

Liste des illustrations

Tableau 1 : Principales caractéristiques gériatriques.....	16
Tableau 2 : Principales données oncologiques.....	18
Tableau 3 : Principales caractéristiques relatives à l'hospitalisation en USP.	20
Tableau 4 : Principales données relatives à la douleur.....	21
Tableau 5 : Principaux traitements antalgiques et anxiolytiques reçus par les patients depuis le diagnostic de cancer.....	31
Tableau 6 : Données en lien avec les passages aux urgences depuis le diagnostic de cancer.....	34
Figure : Incidence et mortalité par cancer selon la classe d'âge en 2018.....	7
Figure 1 : Douleur comme révélateur en fonction du type de cancer.....	23
Figure 2 : Répartition des catégories de patients en fonction du type de cancer	24
Figure 3 : Représentation des complications cancéreuses douloureuses par catégorie douloureuse.....	25
Figure 4 : Représentation des complications non cancéreuses douloureuses par catégorie douloureuse	26
Figure 5 : Représentation des complications cancéreuses douloureuses par classe d'âge.....	27
Figure 6 : Représentation des complications non cancéreuses douloureuses par classe d'âge.....	27

Figure 7 : Prévalence du type de cancer chez les patients avec des douleurs mixtes.....	28
Figure 8 : Présence ou absence de douleur paroxystique chez les patients en fonction de leur type de douleur.....	29
Figure 9 : Représentation de la prévalence de douleur paroxystique dans les différentes classes douloureuses.....	29
Figure 10 : Prévalence d'escarre par classe douloureuse.....	30
Figure 11 : Prévalence de pathologies bucco-dentaires par classe douloureuse.....	31
Figure 12 : Proportion des effets indésirables ayant dû entraîner un changement de thérapeutique en fonction des différents médicaments antalgiques.....	33
Figure 13 : Nombres d'évènements iatrogéniques par médicament impliquant une modification du traitement antalgique rapporté au nombre de patients ayant reçu ce même traitement.....	34

I-Introduction

1. Epidémiologie

Au 1er janvier 2019, la France comptait 20,0 % d'habitants âgés de 65 ans ou plus soit approximativement 13 millions de personnes. Parmi elles, 6 millions ont 75 ans ou plus. La part des seniors a augmenté de 5,1 points depuis 1995. La progression s'accélère depuis 2011, année où la première génération nombreuse du baby-boom (née en 1946) a atteint 65 ans.(1-3)

De nos jours, les tumeurs représentent sur l'ensemble de la population française, la première cause de mortalité (première place pour les hommes et deuxième pour les femmes (cardiovasculaire en 2^{ème} et 1^{ère} place respectivement)). (4)

En 2018, l'âge médian au diagnostic de cancer était de 68 ans chez l'homme et 67 ans chez la femme pour les tumeurs solides, et s'échelonne de 62 à 78 ans chez l'homme et de 64 à 81 ans chez la femme pour la plupart des hémopathies malignes, tandis que l'âge médian au décès était de 73 et 77 ans respectivement chez l'homme et chez la femme.(4,5)

Une autre donnée reflétant bien que cancer et population gériatrique doivent être maintenant indissociables dans les pensées est le fait que 60% des patients vivant avec un cancer en 2017 ont 65 ans ou plus. (6)

Les estimations montrent une augmentation de près de 110 % du nombre de nouveaux cas de cancer tout âge confondu en France métropolitaine entre 1980 et 2012. (4) Cette augmentation est liée en plus grande partie à l'augmentation du nombre d'habitants et du vieillissement de la population que du risque de cancer en lui-même. (5)

Les cancers responsables du plus grand nombre de décès masculins sont, par ordre décroissant, ceux du poumon puis du côlon-rectum et de la prostate. Chez la femme, le cancer du sein reste la première cause de décès par cancer, suivie du cancer du poumon désormais deuxième juste avant le cancer colorectal. (4)

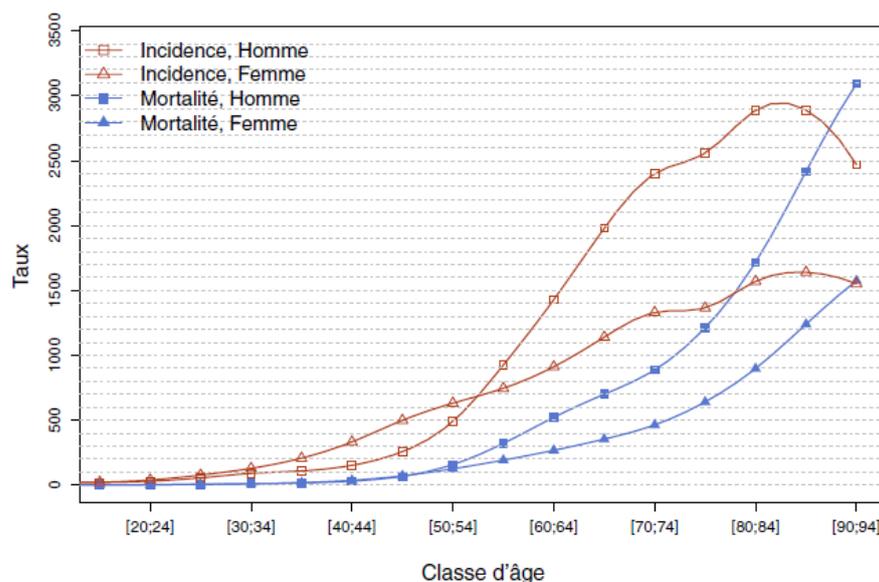


Figure : Incidence et mortalité par cancer selon la classe d'âge en 2018.

Source : Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides

On peut ainsi retenir une donnée très importante : l'incidence des cancers augmente avec l'âge ainsi que la mortalité. (5)

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 réelle ou potentielle, ou décrite en relation avec une telle lésion. (7)

On distingue trois types principaux de douleurs : la douleur physiologique dite par excès de nociception qui survient lors de dommages tissulaires potentiels ou réels, la douleur neuropathique en lien avec une lésion du système somato-sensoriel et la douleur nociplastique qui correspond à une altération de la nociception sans mise en évidence de dommages tissulaires réels ou potentiels, ni de lésion du système somato-sensoriel. (8)

A l'instar des autres fonctions de l'organisme, le système physiologique qui engendre la douleur peut, lui aussi, être altéré par la maladie. Lorsque la douleur se chronicise (supérieure à trois mois), la fonction protectrice fait place à un processus pathologique qui n'est pas seulement inutile mais qui devient délétère pour le patient, son entourage et son environnement socioprofessionnel. Le cas le plus typique reste la douleur du cancer en phase terminale. (8)

L'élaboration d'une douleur est un processus hautement complexe qui intègre à la fois l'aspect physique avec le stimulus douloureux qui déclenche une suite de réactions moléculaires dans notre corps jusque dans notre cerveau où elle est intégrée et traitée. Mais s'y rajoute également une modulation émotionnelle et cognitive d'où l'extrême complexité neuronale du processus douloureux. On comprend donc que la douleur ressentie va dépendre du stimulus en lui-même mais également de notre état affectif ainsi que de facteurs cognitifs comme l'expérience passée, les attentes, le contexte. (8)

3. Prévalence de la douleur dans le cas du cancer

La prévalence de la douleur chez les patients atteints de cancer est estimée à 85%. (9–11)

La douleur est un problème majeur dans la prise en charge des cancers. Celle-ci doit être dépistée et traitée à tous les stades de la maladie.

4. Prise en charge de la douleur chez les patients âgés

Les douleurs du cancer sont dans la population générale insuffisamment prises en charge : Plus de la moitié des patients atteints de cancer sont sous-traités pour la douleur. (13,14,15)

Et ce constat est encore pire chez les personnes âgées. Il est rapporté dans de nombreuses études que les patients âgés douloureux atteints de cancer avaient fréquemment une prise en charge médicale de la douleur non conforme aux guidelines en recevant notamment moins fréquemment d'opioïdes que des patients plus jeunes. (16,15)

Une étude de 2017 montrait que la tranche d'âge la plus mal prise en charge sur le plan de la douleur était les patients de plus de 60 ans avec une inadéquation de prise en charge de la douleur dans plus de 50% des cas. (18)

5. Définition de l'oncogériatrie

D'après la définition retrouvée sur le site de l'Institut National du Cancer, l'oncogériatrie vise à garantir à tout patient âgé atteint de cancer un traitement adapté à son état grâce à une approche interdisciplinaire et pluriprofessionnelle. (19)

L'oncogériatrie est née du rapprochement de deux spécialités, l'oncologie et la gériatrie, à partir d'un constat commun : la prise en charge de ces patients est largement sous-optimale. (20)

6. Définition des soins palliatifs

Définition du code de la santé publique : « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. » (21)

Idéalement, les soins palliatifs sont instaurés au moment du diagnostic et sont dispensés en concordance avec tous les autres traitements dirigés contre la maladie notamment curatifs. Bon nombre de ces traitements peuvent et doivent être prodigués par les médecins généralistes- de la même manière que l'hypertension ou le diabète non compliqué sont gérés par les médecins de soins primaires plutôt que par des cardiologues ou des endocrinologues – tandis que les équipes de soins palliatifs interviennent dans les situations les plus complexes. (13)

L'intérêt des soins palliatifs n'est plus aujourd'hui à démontrer notamment tant sur le plan de la qualité de vie des patients et de leurs familles que sur la réduction des dépenses de santé. (22–25)

7. Faible représentation des populations gériatriques dans les études

Les sujets âgés de plus de 65 ans sont très peu représentés au sein des essais thérapeutiques. (26)

L'âge est en effet une barrière au recrutement des patients dans les études cliniques : seulement 1/4 à 1/3 des patients de plus de 65 ans éligibles sont intégrés dans les études (44), voire même moins. (27)

8. Evaluation de la douleur chez la personne âgée

Il faut distinguer 3 situations :

- Patients non déments et communicant verbalement.
- Patients déments communicant verbalement.
- Patients non communicant verbalement.

Pour les patients non déments communicants verbalement:

L'auto-évaluation de la douleur est considérée comme le « gold-standard » de la même manière que chez des patients plus jeunes. (28)

Il est communément reconnu trois échelles d'auto-évaluation: L'Echelle Numérique (EN), L'Echelle Visuelle Analogique (EVA), L'Echelle Verbale Simple (EVS). (29)

Pour les patients atteints de maladie neuro-dégénérative :

Il est d'abord intéressant de citer quelques études qui montrent que les patients atteints de pathologies neurodégénératives mais toujours capables de s'exprimer verbalement peuvent faire une auto-évaluation de leur douleur autant valable que le reste des autres patients.

(30)

De plus, il n'y a pas de différence significative dans l'expression non verbale des douleurs entre des patients avec et sans maladie neurodégénérative. (31)

De nombreux scores d'hétéro-évaluation sont apparus depuis une vingtaine d'années pour évaluer la douleur des patients atteints de maladie neuro-dégénérative ne pouvant faire une auto-évaluation. (32,33)

Parmi ces scores, quelques-uns reviennent fréquemment dans la littérature. C'est notamment le cas du score DOLOPLUS, de l'échelle PACSLAC-II et du score ALGOPLUS. (32)

Evaluation de la douleur chez les patients présentant un trouble de la conscience.

En phase terminale, 70 à 85% des patients présentent des troubles de la conscience ce qui rend l'évaluation de leur douleur particulièrement compliquée. En effet, l'ensemble des échelles d'hétéro-évaluation pour les patients atteints de démence n'ont pas été validées pour le cas des patients en fin de vie avec trouble de la conscience. (12,34,35)

Pour faire face à cette problématique, deux scores sont récemment apparus : le Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS) (14) et le score Multidimensional Objective Pain Assessment Tool (MOPAT) (36,37)

9. Le concept de la « Breakthrough Cancer Pain » ou douleur paroxystique

La Breakthrough cancer pain ou douleur paroxystique est une donnée nouvelle dans la prise en charge de la douleur cancéreuse. En effet, cela fait moins de 30 ans que l'on s'intéresse à ce phénomène à part entière (38) alors que plus de 50% des patients oncologiques en sont atteints. (39)

Malgré l'absence de définition internationale officielle (et donc de critères diagnostics) (40), voici une définition communément admise : une exacerbation transitoire de la douleur qui se produit soit spontanément, soit en relation avec un déclencheur spécifique prévisible ou imprévisible, malgré une douleur de fond relativement stable et suffisamment contrôlée. (38)

Ces douleurs ont des caractéristiques propres avec un pic douloureux atteint rapidement (de l'ordre de la dizaine de minutes) et disparaissant relativement rapidement sans intervention médicamenteuse (médiane de 60 minutes). (41)

Il s'agit de douleurs mal comprises qui manquent d'études à leur sujet et notamment cruellement chez les patients âgés (42,43), alors même qu'elles sont responsables d'une diminution notable de la qualité de vie imposant l'arrêt des activités en cours. (39,44,45)

10. Conséquences de la douleur

Il n'est pas nécessaire de rappeler longuement que la douleur est un symptôme d'inconfort majeur responsable d'une diminution de la qualité de vie, de troubles des relations sociales, d'une charge économique importante ... (46,47)

Il est cependant intéressant de rappeler que la douleur des patients augmente la souffrance des proches mais également des soignants. (48)

II-Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude est de comprendre les déterminants prépondérants de la douleur de patients oncogériatriques douloureux hospitalisés dans une unité de soins palliatifs, et ce notamment grâce à l'utilisation d'un nouveau score composite.

Nos objectifs secondaires sont :

- D'analyser le recours aux urgences pour ces patients (motifs, hospitalisations).
- D'observer la tolérance des médicaments antalgiques au sein de cette population (iatrogénie entraînant un changement de traitement).

III-Matériels et méthodes

1. Type de l'étude

Nous avons réalisé une étude rétrospective, unicentrique menée chez des sujets âgés de plus de 65 ans, atteints de cancer, douloureux et hospitalisés au moins une fois en unité de soins palliatifs au CHU de Purpan à Toulouse durant l'année 2019.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion au sein de notre étude étaient :

- un âge de 65 ans ou plus,
- d'être porteur d'un cancer solide ou d'une hémopathie maligne,
- la trace dans le dossier médical de plaintes douloureuses,
- au moins une hospitalisation en unité de soins palliatifs à Purpan entre le 1^{er}

Janvier 2019 et le 31 Décembre 2019.

Les critères d'exclusion au sein de notre étude étaient :

- l'absence de cancer actif au moment de l'hospitalisation en USP,
- une absence de récurrence du symptôme douloureux dans le dossier médical,
- un temps d'hospitalisation en USP inférieur à 24 heures.

3. Recueil de données

Les informations médicales concernant chaque patient ont été recueillies à travers son dossier de soins informatisés (via la plateforme Orbis) et son dossier papier.

Pour notre analyse, nous avons intégré différents types de données comme les caractéristiques sociodémographiques des patients, leurs données médicales cliniques et thérapeutiques. (Voir annexe)

4. Codification de la douleur et création d'un nouveau score composite

Nous avons codifié la douleur comme suit :

- pour l'entrée en USP, nous avons classé les patients en algique ou non algique en fonction de la présence ou de l'absence de plainte douloureuse dans l'observation médicale d'entrée.

- pour l'évaluation globale de la douleur durant l'hospitalisation en USP, nous

avons proposé l'élaboration d'un nouveau score composite permettant de classer les patients en trois catégories (peu douloureux, moyennement douloureux, très douloureux).

Codifier la douleur est difficile car il s'agit d'une donnée subjective dont l'expression même est différente d'un patient à l'autre.

Pour la création de notre score composite, nous nous sommes appuyés sur le score ALGOPLUS qui était le score systématiquement présent dans le dossier de tous les patients. Nous en avons fait une utilisation détournée qui consistait à faire la moyenne des résultats donnés par ce score. Si la moyenne était entre 0 et 2 (2 exclu), le patient était classé comme peu douloureux sur l'ensemble de son hospitalisation, entre 2 et 3 (3 exclu) comme moyennement douloureux, et supérieur à 3, comme très douloureux.

Nous avons également regardé les résultats des autres scores d'évaluations de la douleur quand ils étaient présents (Echelle Visuelle Analogique et Echelle Numérique). Pour ces deux scores, un procédé similaire a été utilisé. Les intervalles étaient ici : [0-3[; [3-6[; [6-10].

Quand il existait une discordance entre les résultats de ces trois différents scores, nous prenions pour référence les observations de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale écrites dans les dossiers papiers. Ceci nous permettait de privilégier les résultats d'un score au détriment d'un autre.

Concernant les données relatives à la douleur elle-même :

- Pour déterminer si un patient souffrait de douleur neuropathique, il était nécessaire de retrouver dans le dossier du patient soit la présence d'un score DN4 positif soit le diagnostic posé de douleur neuropathique. La présence de médicaments habituellement reconnus dans la prise en charge des douleurs neuropathiques ne suffisait pas comme critère à lui seul pour affirmer qu'un patient souffrait de douleur neuropathique.

- Concernant la présence ou absence de douleur paroxystique, la présence de plusieurs observations médicales dans le dossier relatant cette symptomatologie était nécessaire pour classer les patients comme atteints de cette affection.

- Pour déterminer chez un patient si la cause de ses douleurs étaient en lien ou non avec son affection cancéreuse et ses complications, les dites douleurs devaient pouvoir être cliniquement et/ou radiologiquement rattachées au cancer et/ou ses complications.

5. Codification de l'anxiété

L'anxiété a été évaluée comme suit :

- pour l'entrée en USP, nous avons classé les patients en anxieux ou non anxieux en fonction de la présence ou de l'absence de plainte anxieuse dans l'observation médicale d'entrée.

- pour l'évaluation globale de l'anxiété durant l'hospitalisation en USP, ne disposant pas de score d'évaluation, nous nous sommes référés directement aux observations de l'équipe médicale et para-médicale dans le dossier papier ainsi qu'au courrier de fin d'hospitalisation. Ce qui nous a permis d'en dégager deux catégories : contrôle de l'anxiété durant l'hospitalisation jugée satisfaisante ou non satisfaisante.

6. Données sur la iatrogénie et relatives aux urgences

Pour les traitements, nous avons étudié l'ensemble des ordonnances d'entrées et de sorties des différentes hospitalisations ainsi que les traitements reçus pendant le séjour en USP. Un évènement a été considéré comme iatrogénique lorsqu'il répondait à la définition de l'OMS : « la iatrogénie médicamenteuse désigne les réactions nocives d'un médicament se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une pathologie. »

Une iatrogénie a été considérée comme majeure lorsqu'elle était responsable d'une modification du schéma thérapeutique.

Et enfin, concernant les données relatives aux hospitalisations dans les services d'urgences : le motif de passage a été directement extrait de la première page du compte rendu des urgences.

7. Analyse statistique

Les données obtenues ont été intégrées dans le logiciel d'analyse R Studio®.

Nous avons ainsi réalisé une analyse descriptive des différentes données notamment à travers des moyennes, des médianes, des écarts-types et des pourcentages.

Afin de comparer les variables qualitatives entre les groupes de l'étude, un test du Chi 2 a été réalisé, ou un test exact de Fisher lorsque ce dernier n'était pas applicable (effectifs théoriques inférieurs à 5).

8. Ethique

L'anonymisation des données a été effectuée de manière systématique et dès le commencement de l'étude.

Je déclare l'absence de tout conflit d'intérêt.

IV-Résultats

1. Dossiers retenus après exclusions

Sur 123 dossiers de patients de plus de 65 ans hospitalisés au moins une fois en USP au cours de l'année 2019, et après exclusion nous avons conservés 95 dossiers de patients :

- 9 dossiers exclus pour absence de douleur.
- 14 dossiers exclus pour absence de cancer.
- 5 dossiers exclus en raison d'une hospitalisation trop courte.

2. Objectif principal

a. Présentation des principales données (gériatriques, oncologiques, USP, douleur)

Dans un premier temps, nous présenterons les résultats des caractéristiques gériatriques des patients dans le tableau 1 suivi des données oncologiques dans le tableau 2 puis des principales caractéristiques relatives à l'hospitalisation en USP dans le tableau 3 et enfin des données relatives à la douleur dans le tableau 4. La date de référence pour la collecte des données a été l'entrée pour la première fois en USP.

Caractéristiques gériatriques	N (%)	Score moyen	Ecart type
Population de l'étude, N= 95			
Âge moyen (années)		76.6	8
[65–74]	43 (45 %)		
[75 et 84]	29 (31 %)		
> 85	23 (24%)		
Sexe			
Homme	47 (49.5 %)		
Femme	48 (50.5 %)		
Lieu de vie			
Domicile	90 (95 %)		
Institution	5 (5 %)		
Patient vivant seul à domicile	48 (53.3 %)		

Patient reconnu comme aidant principal du conjoint(e)	6 (6.3 %)		
Présence d'enfant	88 (92.6 %)		
Nombres de comorbidités		2.4	1.5
Trouble neurocognitif			
Absence	83 (87.4 %)		
Léger	7 (7.4 %)		
Modéré	4 (4.2%)		
Sévère	1 (1 %)		
Tabagisme			
Actif	13 (13.7 %)		
Absence de données	42 (44.2 %)		
OH			
Actif	9 (9.5 %)		
Absence de données	58 (61 %)		
Aides de l'entourage à domicile			
Absence	7 (7.4%)		
Conjoint uniquement	27 (28.5%)		
Enfant uniquement	39 (41%)		
Autres proches	7 (7.3%)		
Conjoint + enfant	15 (15.8%)		
Aides professionnelles à domicile			
Absence	31 (32.6%)		
IDE	32 (33.9%)		
Auxiliaire de vie	8 (8.4%)		
IDE + Auxiliaire de vie	14 (14.7%)		
IDE + Kinésithérapeute	4 (4.2%)		
IDE + Kinésithérapeute + Auxiliaire de vie	6 (6.2%)		

Tableau 1 : Principales caractéristiques gériatriques.

Données oncologiques	N (%)	Score médian (mois)
Population de l'étude, N= 95		

Localisations initiales des cancers

Digestif *	34 (35.8%)
Pneumologique	18 (18.9%)
Gynécologique	14 (14.7%)
Hématologique	11 (11.6%)
Urologique	10 (10.5%)
Autres **	6 (6.4%)
Absence de primitif identifié	2 (2.1%)

Stades des cancers au moment du diagnostic ***

Stade I – II	6 (7.9%)
Stade III	27 (35.5%)
Stade IV	43 (56.6%)

Traitements oncologiques reçus par les patients

Absence	20 (22%)
Chimiothérapie/Hormonothérapie exclusive	29 (32%)
Chirurgie exclusive	7 (7.7%)
Chimiothérapie + Chirurgie	14 (15.4%)
Chimiothérapie + Radiothérapie	7 (7.7%)
Radiothérapie + Chirurgie	2 (2.2%)
Chimiothérapie + Chirurgie + Radiothérapie	12 (13%)

Prise en charge par RELIENCE / HAD

Absence	48 (50.5%)
Relience	27 (28.5%)
HAD	15 (16%)
Relience + HAD	5 (5%)

Au moins une consultation par un/une oncogériatre 55 (52.3 %)

Nombre de patients hospitalisés en service d'oncogériatrie 16 (16.8 %)

Délai entre l'arrêt des traitements oncologiques et la survenue du décès (en mois)	3,12
---	------

Tableau 2 : Principales données oncologiques

* Parmi les 34 cancers digestifs, 13 étaient pancréatiques.

** Autres : ORL : 1, osseux : 2, neurologique : 2, cutanée : 1.

*** Données manquantes pour 19 patients soit N = 76

Caractéristiques relatives à l'hospitalisation en USP	Hospit 1 N = 95	Hospit 2 N = 12	Total N = 107
Provenances			
Domicile	34 (35.9 %)	4 (33.3 %)	38 (35.5 %)
Hôpital/Clinique	54 (56.8 %)	6 (50 %)	60 (56.1 %)
SSR/USLD	7 (7.3 %)	2 (16.7 %)	9 (8.4 %)
Motifs principaux d'hospitalisations			
Douleur	27 (28.4 %)	8 (66.7 %)	35 (32.7 %)
Souffrance morale	10 (10.5 %)	1 (8.3 %)	11 (10.3 %)
Isolement	10 (10.5 %)	0	10 (9.4 %)
Syndrome occlusif	5 (5.3 %)	0	5 (4.7 %)
Dyspnée	5 (5.3 %)	1 (8.3 %)	6 (5.6 %)
Rotation méthadone	4 (4.2 %)	0	4 (3.7 %)
Hospitalisation de répit	7 (7.4 %)	0	7 (6.5 %)
Prise en charge globale	27 (28.4 %)	2 (16.7 %)	29 (27.1 %)
Score OMS à l'entrée en USP			
0	0	0	0
1	0	0	0
2	8 (8.5 %)	0	8 (7.6 %)
3	21 (22.3 %)	1 (8.3 %)	22 (20.7 %)
4	65 (69.2 %)	11 (91.7 %)	76 (71.7 %)
Etat neurologique à l'entrée en USP			
Absence d'anomalie	75 (79 %)	10 (83.3 %)	85 (79.5 %)
Confusion	12 (12.6 %)	2 (16.7 %)	14 (13 %)
Coma quelques soit le stade	8 (8.4 %)	0	8 (7.5 %)

Patients algiques à l'entrée en USP	52 (54.7 %)	11 (91.7 %)	63 (59 %)
Patients anxieux à l'entrée en USP	43 (45.3 %)	10 (83.3 %)	53 (50 %)
Etat bucco-dentaire à l'entrée en USP			
Bon état	23 (24.2 %)	3 (25 %)	26 (24 %)
Xérostomie	58 (61 %)	6 (50 %)	64 (60 %)
Mycose seule	1 (1.1 %)	2 (16.7 %)	3 (2.8 %)
Xérostomie et Mycose	13 (13.7 %)	1 (8.3 %)	14 (13.2 %)
Présence d'escarres à l'entrée en USP	28 (29.5 %)	3 (25 %)	31 (29 %)
Nombre d'escarres à l'entrée en USP par patients			
1	19 (20%)	1 (8.3%)	20 (18.7%)
2	6 (6.3%)	0	6 (5.6%)
> 2	3 (3.2%)	2 (13.7%)	5 (4.7%)
Localisations des escarres à l'entrée en USP			
Sacrum	20 (21.1%)	4 (33.3%)	24 (22.4%)
Membres Inférieurs	12 (12.6%)	2 (16.7%)	14 (13.1%)
Tronc	4 (4.2%)	1 (8.3%)	5 (4.7%)
Membres Supérieurs	2 (2.1%)	0	2 (1.9%)
Provenance des patients avec escarre à l'entrée en USP			
Hôpital/clinique	11 (39.3%)	2 (66.7%)	13 (41.9%)
Domicile	15 (53.6%)	0	15 (48.4%)
SSR/USLD	2 (7.1%)	1 (33.3%)	3 (9.7%)
Stades des escarres à l'entrée en USP			
Stade I	20 (52.6%)	3 (42.9%)	23 (51.1%)
Stade II	14 (36.8%)	3 (42.9%)	17 (37.8%)
Stade III	4 (10.6%)	1 (14.2%)	5 (11.1%)

Principaux scores d'évaluations de la douleur utilisés			
Algoplus	48 (50.5 %)	6 (50 %)	54 (51 %)
Algoplus et Echelle Numérique	11 (11.6 %)	0	11 (10 %)
Algoplus et Echelle Verbale Simple	25 (26.3 %)	2 (16.7 %)	27 (25 %)
Algoplus et Echelle Numérique et Echelle Verbale Simple	11 (11.6 %)	4 (33.3 %)	15 (14 %)
Evaluation globale de l'algie durant l'hospitalisation			
Peu douloureux	44 (46.3 %)	1 (8.3 %)	45 (42 %)
Moyennement douloureux	26 (27.4 %)	4 (33.3 %)	30 (28 %)
Très douloureux	25 (26.3 %)	7 (58.4 %)	32 (30 %)
Bon contrôle de l'anxiété durant l'hospitalisation en USP			
	55 (63.2 %)	5 (45.5 %)	60 (56.5 %)
Demande de mort par le patient (euthanasie/sédation)			
	16 (17.8 %)	1 (8.3 %)	17 (15.9 %)
Décès en USP			
	75 (79 %)	11 (91.7 %)	86 (80.4 %)

Tableau 3 : Principales caractéristiques relatives à l'hospitalisation en USP.

Il est également à noter que la prévalence des différentes catégories douloureuses était homogène dans les différentes classes d'âges.

Données relatives à la douleur	N (%)
Population de l'étude, N= 95	
Douleur comme symptôme révélant du cancer	36 (41,9 %)
Localisations des premières douleurs	
Sur métastase osseuse	23 (26,4 %)
Douleur abdominale non précisée	33 (37,9 %)
Hépatalgie	7 (8 %)

En lien avec les traitements oncologiques	4 (4,6 %)
Autres*	20 (22,9 %)
Type de douleur	
Nociceptive	59 (62 %)
Mixte (nociceptive et neuropathique)	36 (38 %)
Présence de douleurs paroxystiques	50 (52.6%)
Nombre de patients algiques en lien avec le cancer et/ou ses complications	83 (87.4 %)
Principales complications cancéreuses responsables de douleurs	
Métastase osseuse	34 (41.6 %)
Métastase hépatique	27 (32.5 %)
Syndrome occlusif	21 (25.7 %)
Carcinose péritonéale	26 (31.7 %)
Plaie cutanée cancéreuse	8 (9.9 %)
Autres**	21 (25.6 %)
Nombre de patients algiques sur des évènements non directement en lien avec le cancer	63 (66.3 %)
Principaux évènements non cancéreux responsables de douleurs	
Chute***	19 (20 %)
Rétention aigue d'urine	15 (15.8 %)
Infection****	16 (16.8%)
Rhumatisme chronique	15 (15.8 %)
Lésion vasculaire	9 (9.5 %)
Lésion post-radique	4 (4.2 %)
Autres*****	22 (23.1 %)

Tableau 4 : Principales données relatives à la douleur

* lésion cutanée cancéreuse (3), douleur ancienne rhumatologique majoré par l'AEG (1), céphalée sur métastase cérébrale (2), inconfort sans étiologie précise (2), douleur de membre sur œdème, douleur thoracique sur métastase médiastinale (2), douleur osseuse sur lésion initiale (2), douleur sur atteinte vasculaire (2), RAU (1), escarre (1),

odynophagie sur lésion œsophagienne initiale (1), ADP cervical (1), douleur neurologique sur hémicorps paralysé(1).
 ** lésions osseuses primitives (2), compression plexus brachial (2), douleur des membres sur œdèmes (7), atteinte du plexus solaire (2), oppression abdominale sur ascite/gaz (3), céphalées sur métastase cérébrale (3), compression sur adénopathies (4).

*** 19 chutes ayant entraîné 8 fractures

**** érysipèle (2), pneumopathie (9), Infection urinaire (3), mycose vaginale (1), mycose des grands plis (1), gale (1), herpès labiale (1)

***** constipation (4), hémorroïdes (2), zona (1), douleurs musculaires (2), plaie du méat sur arrachement de sonde à demeure (2), angor (3), hématome sur thrombopénie (2), œsophagite sur vomissements (1), OMI massif (1), éventration (2), cascades fracturaires ostéoporotiques (1), plaie vaginale (1), plaies orteils (1).

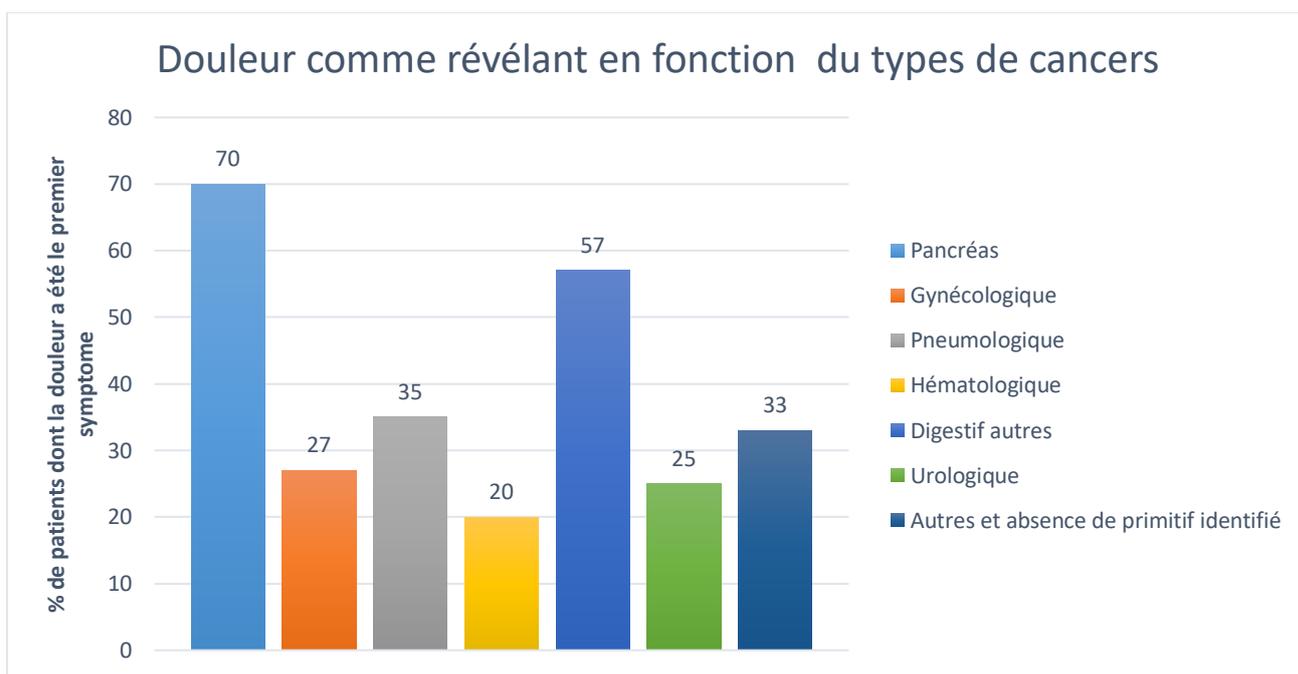


Figure 1 : Douleur comme révélateur en fonction du type de cancer (en %). (N = 86)

Données manquantes pour 9 patients

Autres : ORL : 1, osseux : 2, neurologique : 2, cutanée : 1

On observe ici que le cancer du pancréas a comme primo-symptôme la douleur dans 70 % des cas, douleur qui conduit à la découverte du cancer.

Cette valeur s'élève à 57 % pour l'ensemble des autres cancers digestifs (colon, foie ...).

Pour le reste des cancers, cette donnée oscille entre 20 et 35 %.

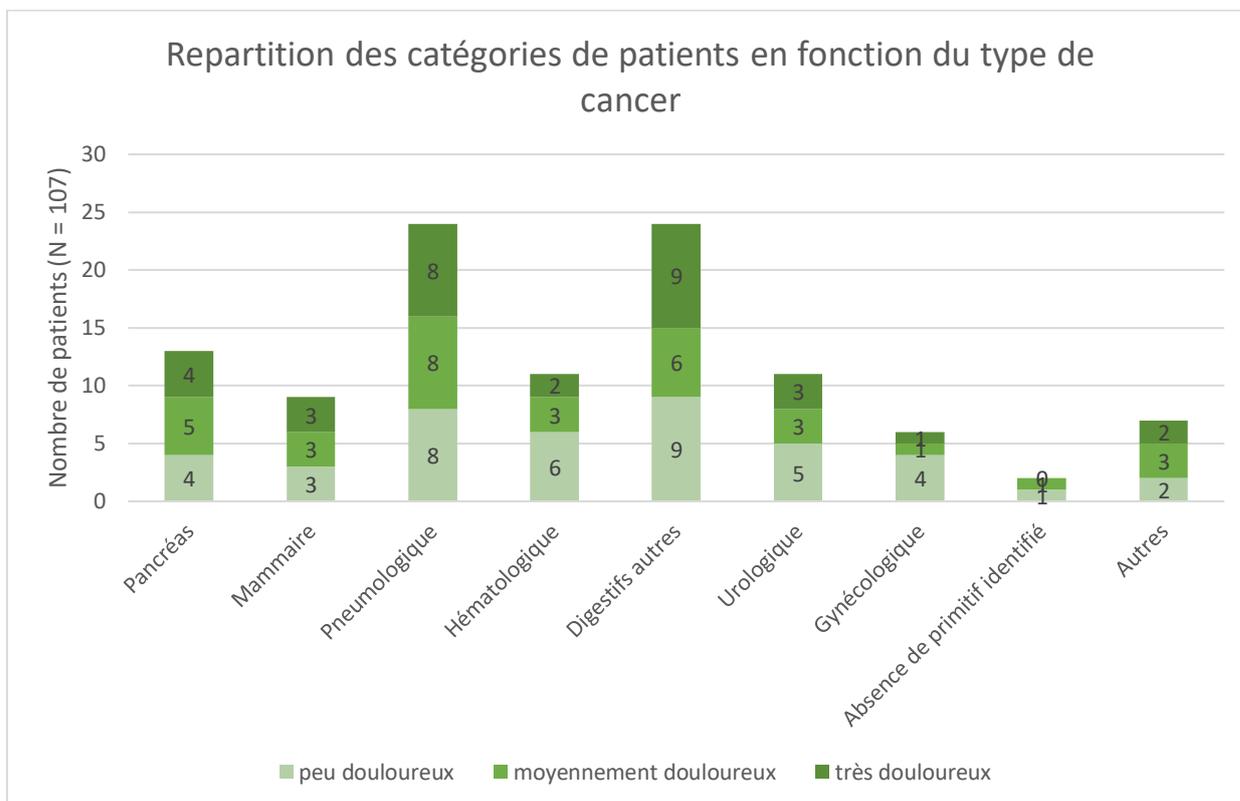


Figure 2 : Répartition des catégories de patients en fonction du type de cancer (N=107)

Nous observons ici une répartition homogène des trois catégories douloureuses au sein des différents types de cancers.

b. Complications douloureuses par catégorie de patients douloureux

Par la suite, nous avons étudié la présence ou l'absence au sein de notre cohorte des grandes causes médicales traditionnellement reconnues comme responsables de douleurs cancéreuses.

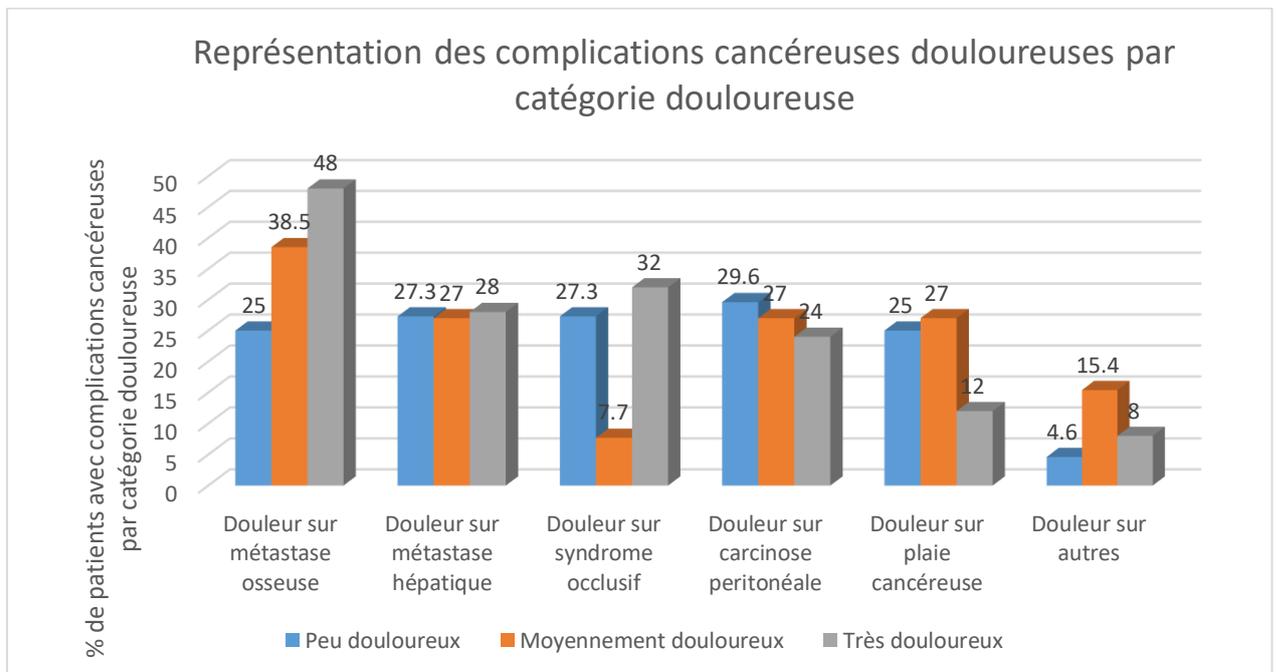


Figure 3 : Représentation des complications cancéreuses douloureuses par catégorie douloureuse (N = 107)

* Autres : lésions osseuses primitives (2), compression plexus brachial (2), douleur des membres sur œdèmes (7), atteinte du plexus solaire (2), oppression abdominale sur ascite/gaz (3), céphalées sur métastase cérébrale (3), compression sur adénopathies (4)

Nous n’observons pas de différence significative et cohérente en dehors de la douleur sur métastase osseuse.

La proportion de patients avec des métastases osseuses est plus importante dans le groupe très douloureux que moyennement douloureux qui est plus importante que dans le groupe peu douloureux.

Devant ce résultat, nous avons réalisé un test du Chi 2 pour tester l’hypothèse selon laquelle il existerait une corrélation entre la présence ou absence de métastase osseuse et la catégorie douloureuse des patients.

Avec un $p > 0.05$, nous ne pouvons conclure à une positivité de cette hypothèse.

Afin de ne pas prendre en compte uniquement les complications cancéreuses dans l’élaboration de la douleur, nous avons voulu être davantage exhaustif en étudiant notamment quelques grandes causes médicales fréquentes et reconnues comme douloureuses.

Nous avons donc réalisé un travail similaire au précédent et ce, une fois de plus pour but de comparer le poids respectif de ces grandes causes dans le classement des patients comme peu, moyennement et très douloureux.

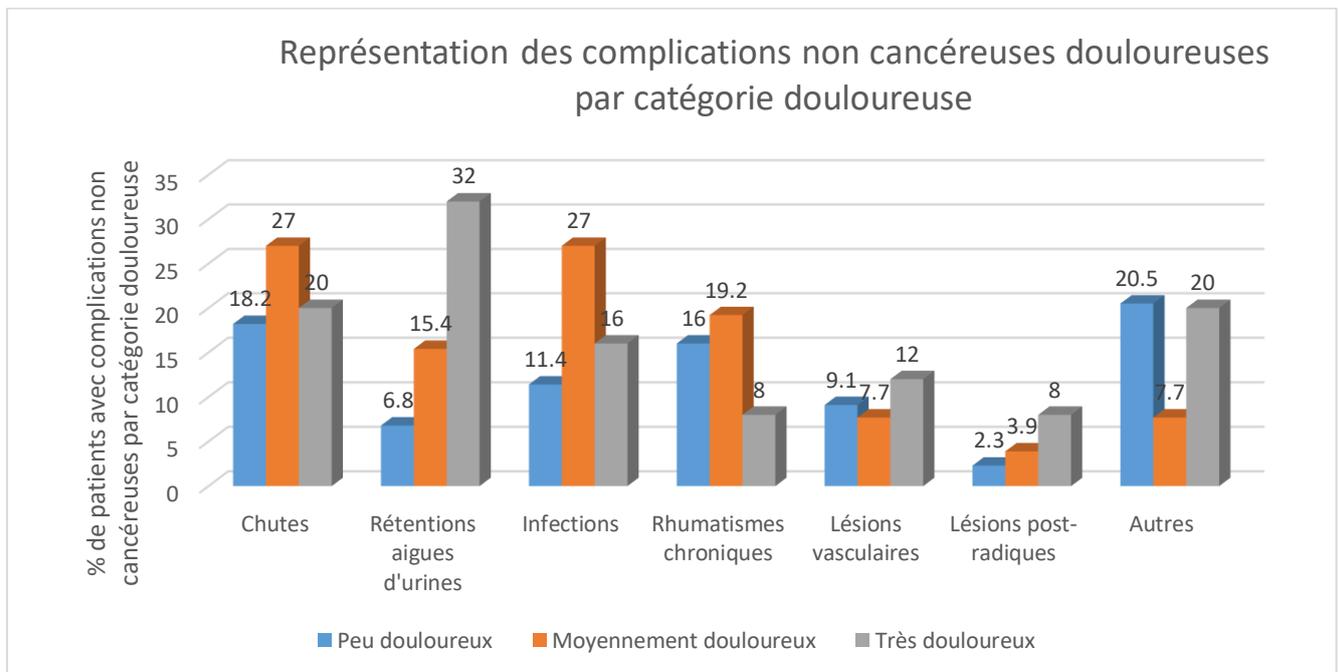


Figure 4 : Représentation des complications non cancéreuses douloureuses par catégorie douloureuse (N = 107)

* Autres : constipation (4), hémorroïdes (2), zona (1), douleurs musculaires (2), plaie du méat sur arrachement de sonde à demeure (2), angor (3), hématome sur thrombopénie (2), œsophagite sur vomissements (1), OMI massif (1), éventration (2), cascades fracturaires ostéoporotiques (1), plaie vaginale (1), plaies orteils (1)

Nous n’observons pas de différence significative et cohérente en dehors de la cause « rétention aigue d’urine ».

Devant ce résultat, nous avons réalisé un test de Fisher (car effectif attendu théorique trop petit pour réaliser un test du Chi 2) pour tester l’hypothèse selon laquelle il existerait une corrélation entre la présence ou absence de rétention aigue d’urine et la catégorie douloureuse des patients.

Avec un p-value de 0.028 soit < 0.05 nous pouvons donc conclure qu’il existe un lien statistique entre la présence de RAU et la catégorie douloureuse.

c. Complications douloureuses par classe d’âge

Nous avons par la suite effectué ce même travail en prenant comme référence non plus les catégories douloureuses mais les classes d’âges. Et ce notamment pour observer l’impact de l’âge sur ces différentes données.

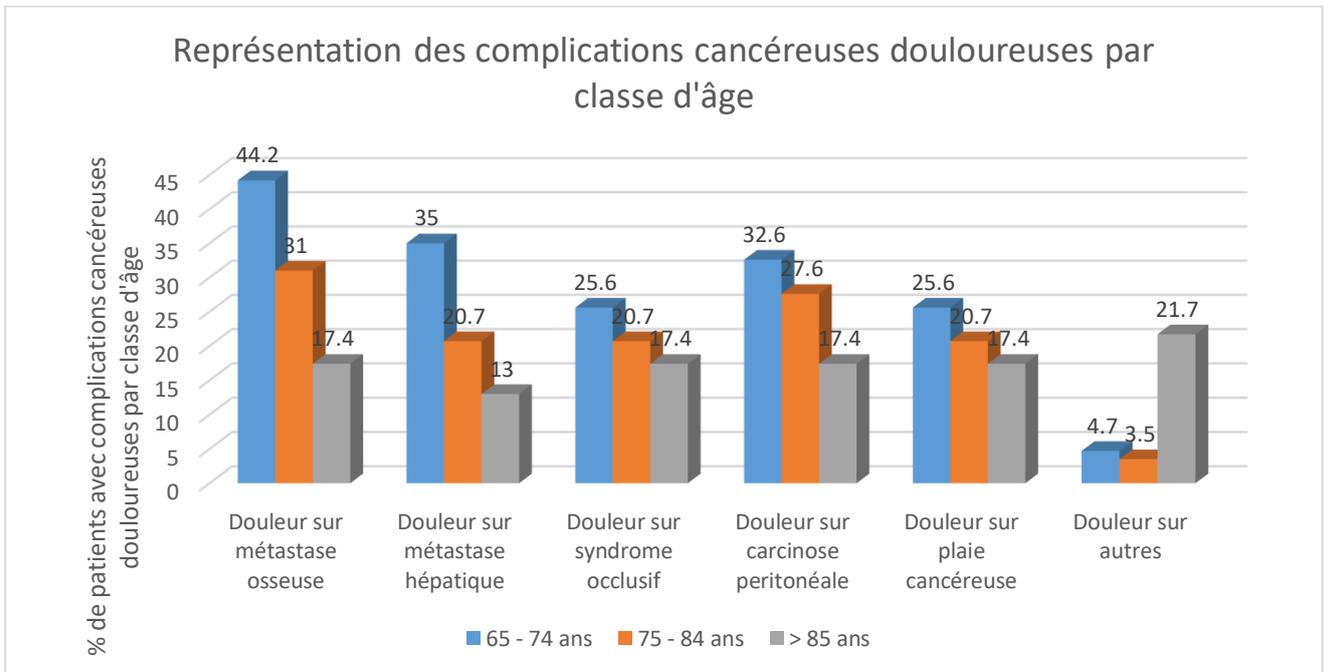


Figure 5 : Représentation des complications cancéreuses douloureuses par classe d'âge (N = 107)

Autres : lésions osseuses primitives (2), compression plexus brachial (2), douleur des membres sur œdèmes (7), atteinte du plexus solaire (2), oppression abdominale sur ascite/gaz (3), céphalées sur métastase cérébrale (3), compression sur adénopathies (4)

Le graphique ci-dessus montre une tendance à la baisse de la prévalence de l'ensemble des complications cancéreuses douloureuses avec l'avancée en âge. Exception faite des douleurs sur « autres » où il existe une différence importante en faveur de la classe d'âge des supérieurs à 85 ans et les deux autres classes d'âges.

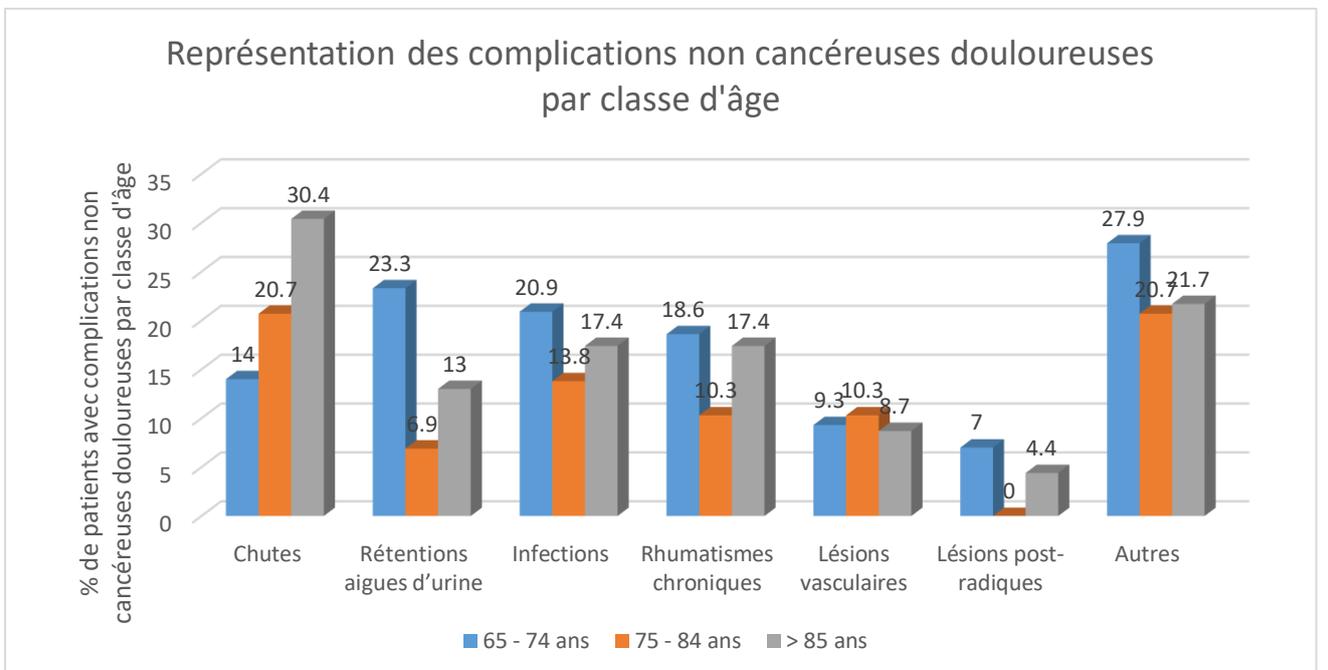


Figure 6 : Représentation des complications non cancéreuses douloureuses par classe d'âge (N = 107)

* Autres : constipation (4), hémorroïdes (2), zona (1), douleurs musculaires (2), plaie du méat sur arrachement de sonde à

demeure (2), angor (3), hématome sur thrombopénie (2), œsophagite sur vomissements (1), OMI massif (1), éventration (2), cascades fracturaires ostéoporotiques (1), plaie vaginale (1), plaies orteils (1)

D'après le graphique ci-dessus, il n'apparaît pas de franche différence entre les différentes données de prévalences. Nous pouvons simplement constater une augmentation de la prévalence des chutes avec l'avancé en âge.

d. Douleur paroxystique et douleur neuropathique

Nous allons maintenant nous intéresser avec les prochains graphiques à la douleur paroxystique ainsi qu'à la douleur neuropathique.

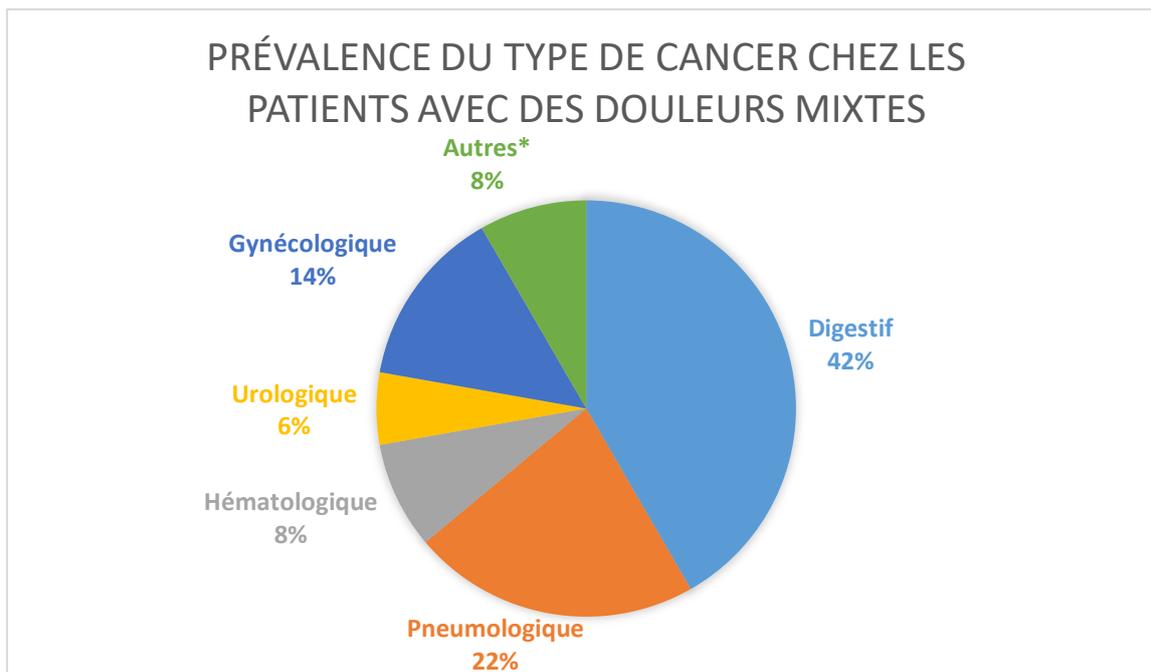


Figure 7 : Prévalence du type de cancer chez les patients avec des douleurs mixtes (en %) (N = 36)

* Autres : ORL : 1, osseux : 2, neurologique : 2, cutanée : 1

Nous pouvons voir ici, en comparant à l'aide du tableau 2 que les prévalences des types de cancers dont sont atteints les patients souffrant de douleurs mixtes (composante neuropathique plus nociceptive) sont superposables avec les prévalences des types de cancers de l'ensemble de la cohorte.

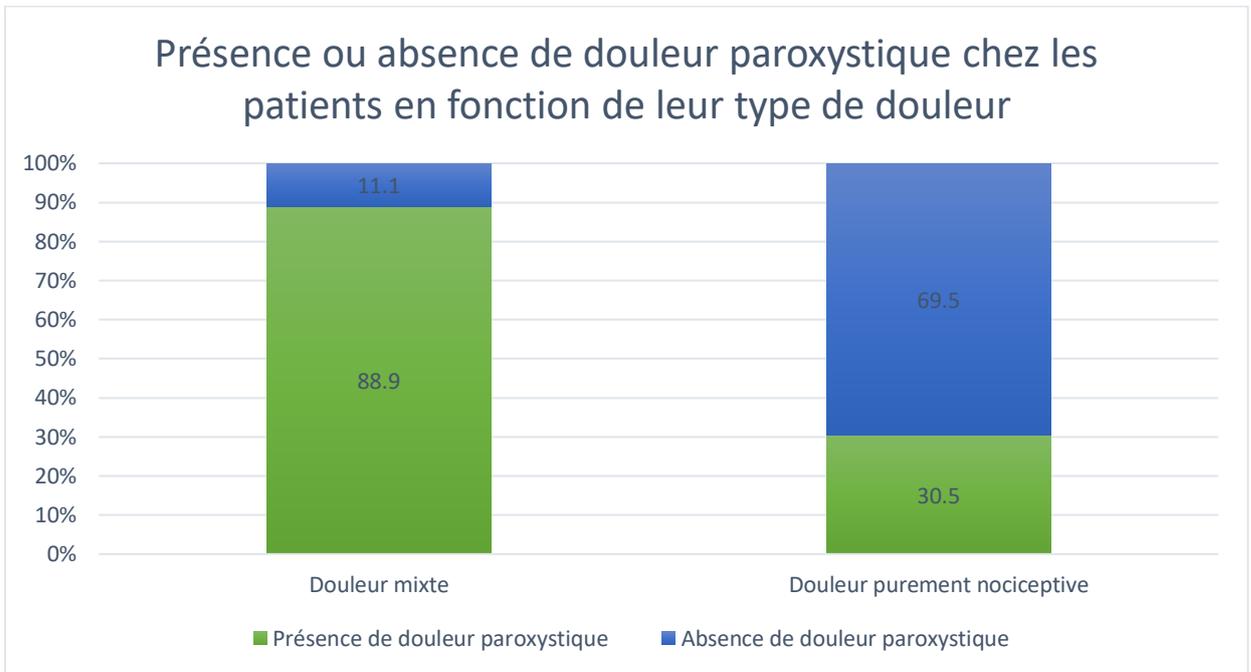


Figure 8 : Présence ou absence de douleur paroxystique chez les patients en fonction de leur type de douleur (en %).

Sur 36 patients présentant une douleur mixte, 32 soit quasiment 90% présentaient également des douleurs paroxystiques. En revanche, seuls 18 patients sur les 59, soit 30 %, présentant une douleur exclusivement nociceptive étaient atteints de douleurs paroxystiques.

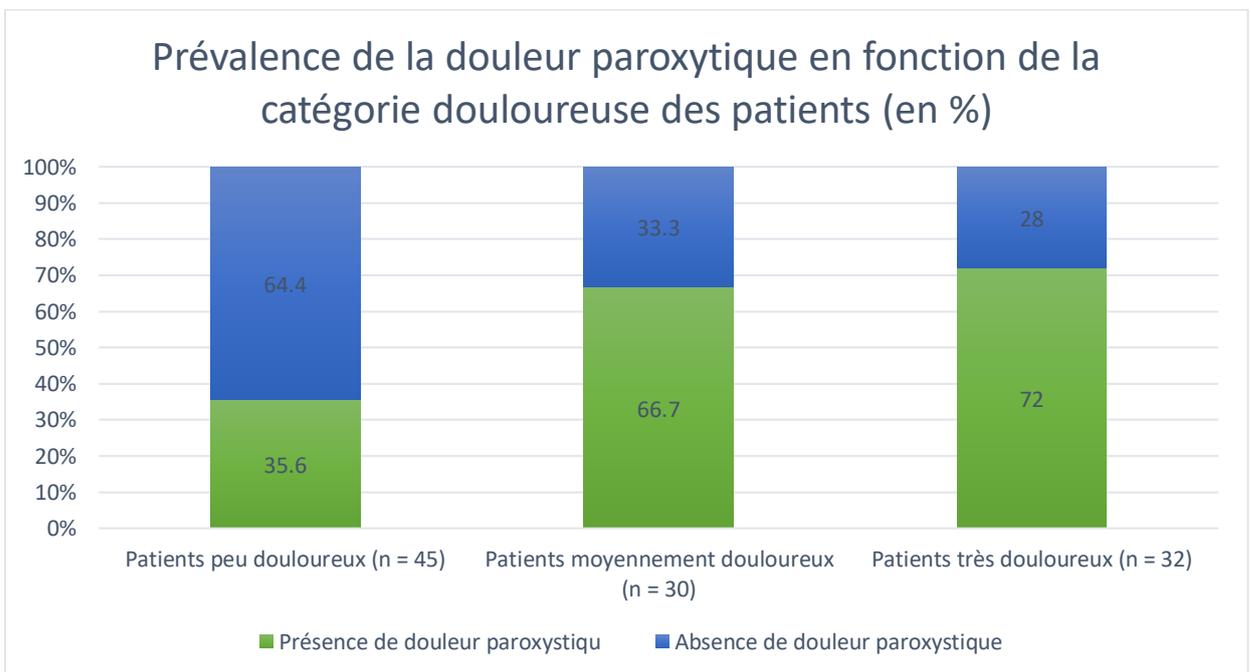


Figure 9 : Représentation de la prévalence de douleur paroxystique dans les différentes classes douloureuses (en %).

Nous observons ici que la présence de douleur paroxystique est bien plus importante dans le groupe très douloureux que dans le groupe peu douloureux (72% vs 35% respectivement).

De plus cette donnée semble cohérente car l'augmentation est croissante avec une prévalence de 67% dans le groupe moyennement douloureux.

Devant ce constat nous avons réalisé un test du Chi 2 pour tester l'hypothèse selon laquelle il existerait un lien statistique entre la présence ou l'absence de douleur paroxystique et le classement des patients dans les différentes catégories douloureuses.

p-value : 0.002

Avec un $p < 0.05$, nous pouvons donc rejeter l'hypothèse nulle et confirmer l'hypothèse émise ci-dessus.

e. Escarre et pathologies bucco-dentaires

Pour finir concernant les résultats de l'objectif principal, nous allons nous intéresser ici à deux pathologies très fréquentes en oncogériatries traditionnellement reconnues comme responsables d'inconfort : les escarres et les pathologies bucco-dentaires

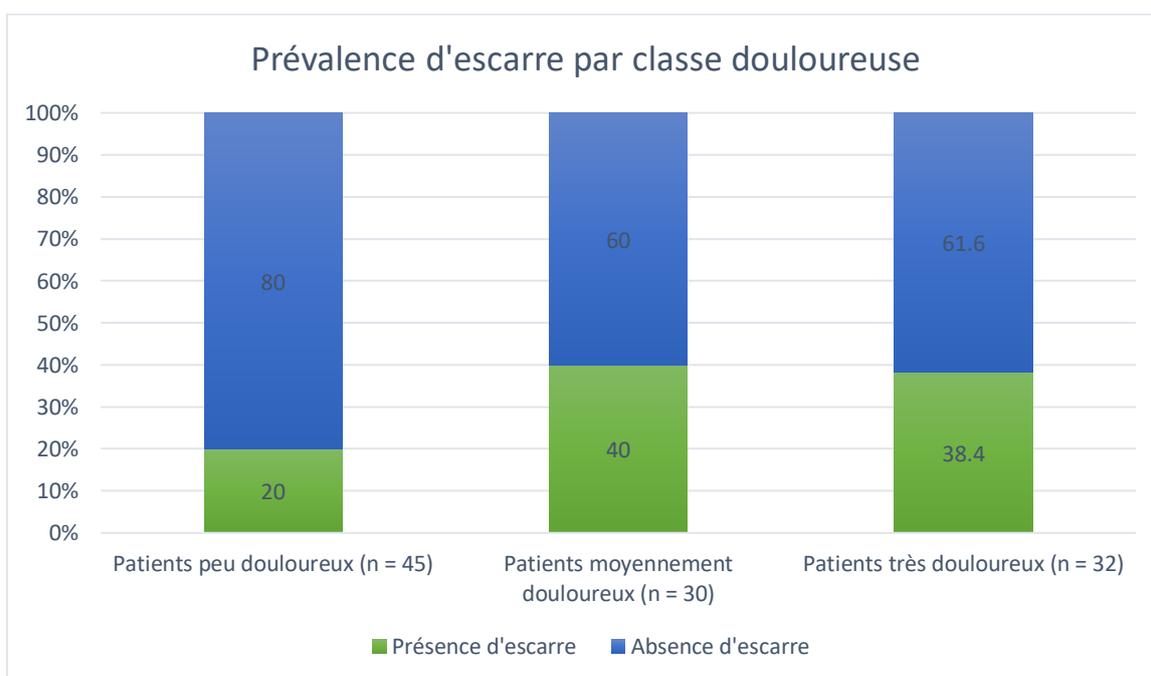


Figure 10 : Prévalence d'escarre par classe douloureuse (en %).

D'après le graphique ci-dessus, la présence d'escarre semble être un élément davantage retrouvé chez les patients les plus inconfortables.

Nous avons alors voulu tester l'hypothèse selon laquelle il existe un lien statistique entre la présence d'escarre et la catégorie douloureuse des patients, grâce à un test du Chi 2.

p-value : 0.098

Avec un petit $p > 0.05$ nous ne pouvons démontrer ici l'existence d'un lien statistique entre ces deux données.

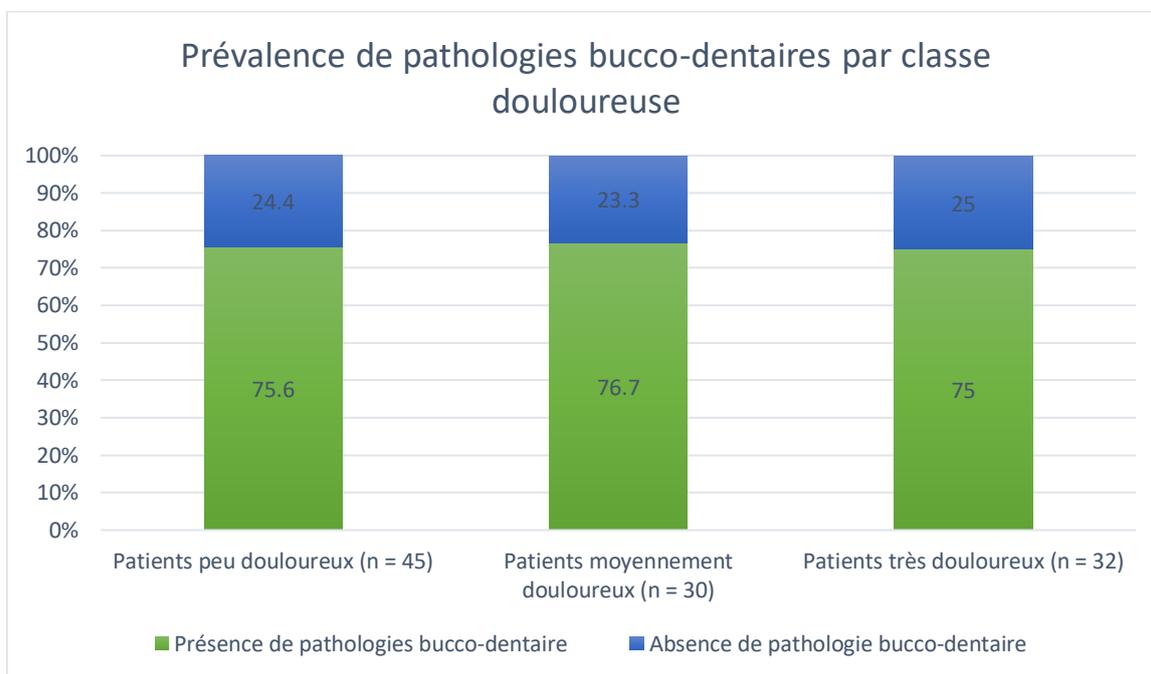


Figure 11 : Prévalence de pathologies bucco-dentaires* par classe douloureuse (en %).

* Xérostomie et/ou mycose

Il n'apparaît pas ici de différence entre les différents groupes douloureux, ces pathologies étant fortement présentes dans les 3 groupes.

3. Objectif secondaire : Iatrogénie

Le tableau suivant s'intéresse à un des objectifs secondaires et présente les différents traitements antalgiques et anxiolytiques reçus par les patients depuis le diagnostic de cancer.

Traitements antalgiques et anxiolytiques N (%)
reçus par les patients depuis le diagnostic de cancer
Population de l'étude, N= 95

Pallier I et apparentés

Paracétamol	95 (100 %)
Acupan	30 (31.6 %)
AINS	15 (15.8 %)

Corticoïdes	38 (40 %)
Biphosphonates	8 (8.4 %)
Pallier II	26 (27.4 %)
Pallier III	
Oxycodone	95 (100 %)
Durogésic	34 (35.8 %)
Sufentanyl	27 (28.4 %)
Methadone	7 (7.4 %)
Kétamine	40 (42.1 %)
Pompe à morphine (PCA)	89 (93.7 %)
Co-antalgiques	
Lyrica	13 (13.7 %)
Laroxyl	20 (21.1 %)
Versatis	13 (13.7 %)
Iatrogénie ayant conduit à une modification du traitement antalgique	26 (27.4 %)
Traitements antalgiques non médicamenteux	
TENS	10 (10.5 %)
Attelle orthopédique	5 (5.2 %)
Traitements médicamenteux anxiolytiques	
Seresta	37 (39 %)
Valium	34 (35.8 %)
Midazolam	78 (82.1 %)
Interventions antalgiques	
Traitement médicamenteux seul	53 (59 %)
Radiothérapie	21 (23.3 %)
Chirurgie/Radiologie interventionnelle	4 (4.4 %)
Pose de drain	7 (7.8 %)
Alcoolisation du plexus cœliaque	1 (1.1 %)

Radiothérapie et Chirurgie/Radiologie interventionnelle	4 (4.4 %)
---	-----------

Tableau 5 : Principaux traitements antalgiques et anxiolytiques reçus par les patients depuis le diagnostic de cancer.

Le graphique suivant montre la part de chacun des médicaments antalgiques sur l'ensemble des effets indésirables nécessitant un changement de thérapeutique (soit 30).

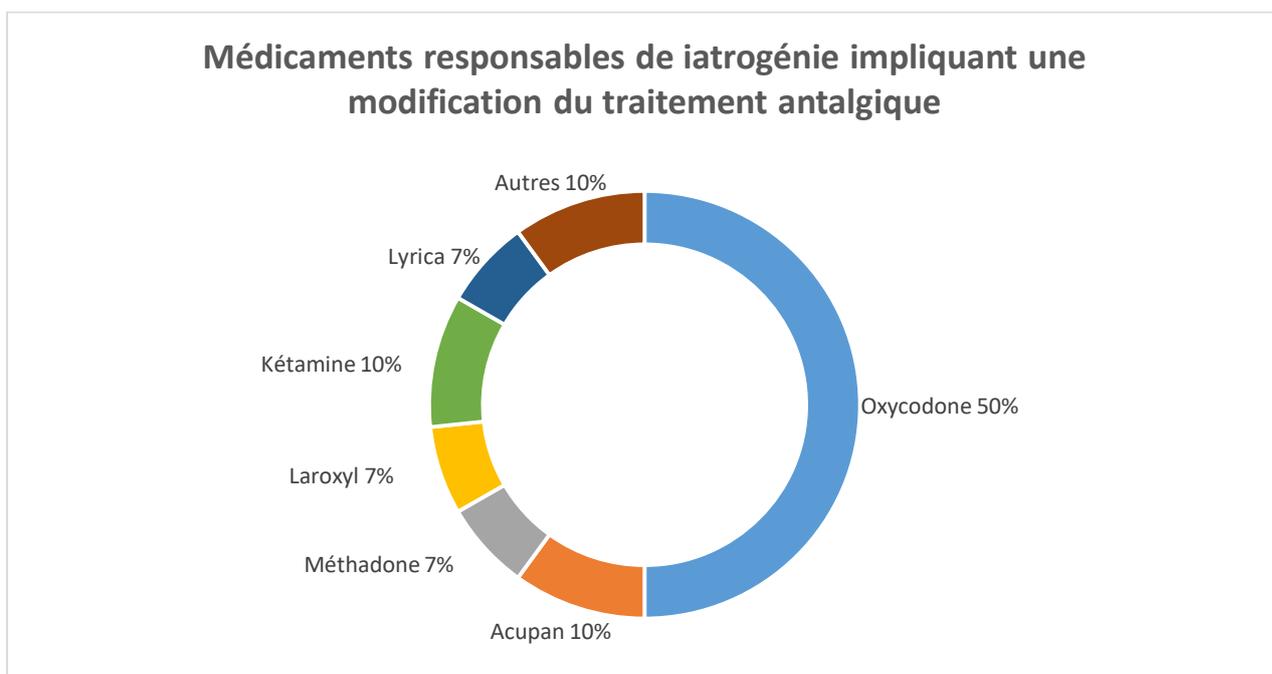


Figure 12 : Proportion des effets indésirables ayant dû entraîner un changement de thérapeutique en fonction des différents médicaments antalgiques. (N = 30)

Oxycodone : prurit (2), sédation (6), confusion (3), sub-occlusion (2), RAU (1), hallucination (1).

Acupan : addiction (1), nausées-vomissements (2).

Méthadone : hallucination (1), sédation (1).

Laroxyl : confusion (2). Kétamine : confusion (2), sédation (1).

Lyrica : somnolence (1), confusion (1).

Autres : MEOPA mal supporté (1), majoration trouble psychiatrique sur corticoïde (1), ostéonécrose de la mâchoire sur biphosphonates (1).

Nous remarquons ici que l'OXYCODONE comptabilise à lui seul 50% de ces effets iatrogéniques. Puis l'ensemble des autres thérapeutiques varient entre 7 et 10%.

Pour ne pas être biaisé par l'importante prescription d'OXYCODONE en comparaison des autres thérapeutiques, nous avons présenté dans le graphique suivant le nombre d'évènements iatrogéniques nécessitant un changement de thérapeutique par médicament rapporté au nombre de patients ayant reçu ce même traitement.

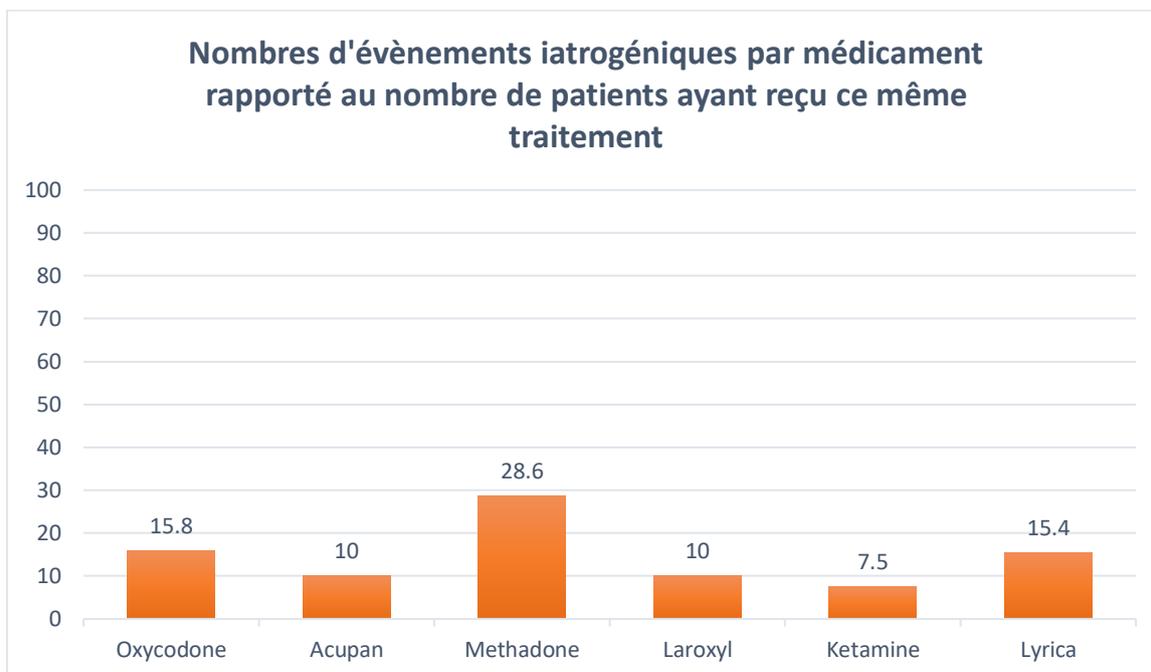


Figure 13 : Nombres d'évènements iatrogéniques par médicament impliquant une modification du traitement antalgique rapporté au nombre de patients ayant reçu ce même traitement (en %).

On voit ici que le médicament impliquant le plus de ces effets iatrogéniques est la METHADONE avec quasiment un patient sur 3.

L'OXYCODONE et le LYRICA ont des taux équivalents avec environ 15% d'effets indésirables nécessitant un changement de ces thérapeutiques.

4. Objectif secondaire: urgences

Et pour finir, nous allons présenter dans le tableau suivant quelques données relatives aux passages aux urgences de ces patients depuis le diagnostic de cancer.

Données relatives aux passages aux urgences	N (%)
Population de l'étude, N= 95	

Nombre de passages aux SAU depuis le diagnostic de cancer

0	46 (48.4 %)
1	40 (42.1 %)
2	6 (6.3 %)
3	3 (3.2 %)

Motifs de passages aux SAU

Douleur	24 (39.3 %)
AEG	12 (19.7 %)
Dyspnée	9 (14.8 %)
Fièvre	2 (3.3 %)
Chute	6 (9.8 %)
Autres*	8 (13.1 %)

Nombres d'hospitalisations après le passage aux SAU

31 (50.8 %)

Nombres d'hospitalisations après passage aux SAU en fonction du motif d'entrée aux SAU

Douleur	11 (35.5 %)
AEG	7 (22.6 %)
Dyspnée	7 (22.6 %)
Fièvre	1 (3.2 %)
Chute	2 (6.5 %)
Autres	3 (9.6 %)

% d'hospitalisation après passage aux SAU en fonction du motif d'admission rapporté aux nombres de passages pour ce même motif

Douleur	45.8 % (11/24)
AEG	58.3% (7/12)
Dyspnée	77.8 % (7/9)
Fièvre	50% (1/2)
Chute	33.3% (2/6)
Autres	37.5 % (3/8)

Analyse par classe d'âge des patients hospitalisés après passages SAU

[65 -74]	38.5% (10/26)
[75 - 84]	71.43% (15/21)
> 85 ans	42.86% (6/14)

Nombres d'hospitalisations directement en USP depuis les SAU

3** (3/31 : 9.7 %)

Tableau 6 : Données en lien avec les passages aux urgences depuis le diagnostic de cancer.

* RAU (3), épistaxis (1), constipation (1), agitation (1), suspicion AVC (1), rectorragie (1).

** Motifs d'entrées : AEG (1), chute (1), autres (1).

Nous pouvons remarquer ici plusieurs données intéressantes, premièrement que plus de la moitié des patients iront au moins une fois aux urgences et que le principal motif d'admission aux SAU est la douleur (environ 40% de l'ensemble des passages).

La dyspnée est le motif d'admission aux SAU qui sera suivi par le plus haut taux d'hospitalisation soit quasiment 80%, puis l'altération de l'état général avec 58%. La douleur est en 4^{ème} place avec un taux d'hospitalisation de 45%.

Et enfin, on remarque que le plus haut taux d'hospitalisation par classe d'âge correspond aux patients qui ont entre 75 et 84 ans avec 71% d'hospitalisations après passages aux SAU alors que cette même donnée n'est que d'environ 40% pour les deux autres classes d'âges.

V-DISCUSSION

1. Rappels des principaux résultats issus des tableaux.

a. Données gériatriques.

Avec une moyenne d'âge de 76.6 ans, la grande majorité des patients n'avait pas de maladie neuro-dégénérative (87 %) et vivait à domicile (95 %).

Le nombre moyen de comorbidités par patient était de 2.4 et 53% d'entre eux vivaient seuls à domicile.

Concernant les aides non professionnelles, celles-ci étaient majoritairement représentées par les conjoints et les enfants (respectivement 26 et 37%).

Les aides professionnelles étaient absentes pour approximativement 30% des patients, 30 % des patients ne bénéficiaient que du passage infirmier quotidien, 13% des patients avaient une auxiliaire de vie à domicile au moins une fois par semaine et 10 % des patients étaient pris en charge au moins une fois par semaine par un kinésithérapeute.

b. Données oncologiques.

Les cancers digestifs, pneumologiques et gynécologiques cumulaient à eux seuls 66 patients soit quasiment 70 % de l'ensemble de la cohorte.

La grande majorité des cancers étaient découverts à un stade III ou IV. 80% des patients avaient bénéficié d'un traitement oncologique, dominé par la chimiothérapie seule pour 32% de l'ensemble des patients.

31 % des patients avaient été vus au moins une fois par un oncogériatre.

Et enfin, une donnée très intéressante : le délai médian de survenue du décès après arrêt des traitements oncologiques était d'environ 3 mois soit 91 jours.

c. Données relatives à l'hospitalisation en USP.

Sur les 107 hospitalisations en USP (12 patients ont été hospitalisés deux fois), les patients provenaient dans la majorité des cas directement d'un autre service d'hospitalisation (56 % des cas) et du domicile dans 35%.

Le principal motif d'hospitalisation en USP était la douleur (33 % des cas) suivie par la prise en charge global (27 %).

Les patients étaient pleinement conscient (ni confusion ni coma) à l'entrée en USP pour 80% d'entre eux.

A l'entrée, les patients étaient algiques et anxieux dans 60 et 50% des cas respectivement.

Sur le reste de l'hospitalisation, 40% des patients ont été classés comme peu douloureux,

30 % moyennement douloureux et 30% très douloureux.

44% des patients ont présenté une anxiété persistante et difficilement traitable durant l'hospitalisation.

30% des patients avaient au moins une escarre à leur entrée d'hospitalisation et 50% de ces patients avec escarres provenaient directement du domicile.

d. Données relatives à la douleur.

La douleur a été à l'origine de l'exploration conduisant au diagnostic de cancer dans 42 % des cas.

Les douleurs sur métastases osseuses et les douleurs abdominales (hors hépatalgie) étaient les premières douleurs dans quasiment 60 % des cas.

Environ 40 % des patients présentaient des douleurs mixtes (neuropathiques et nociceptives) et un peu plus de la moitié des patients souffraient de douleurs paroxystiques.

Les métastases osseuses étaient la première cause de douleur cancéreuse suivie par les métastases hépatiques puis en troisième position les douleurs sur carcinomes péritonéaux.

Point important à faire remarquer, 66 % des patients présentaient des douleurs non directement causées par le cancer comme des infections, des chutes ...

e. Données sur les traitements.

27% des patients avaient présenté des effets indésirables causés par des médicaments antalgiques nécessitant une modification de prise en charge.

f. Hospitalisations aux urgences.

49 patients soit un peu plus que la moitié ont été admis au moins une fois aux urgences depuis le diagnostic de cancer. La douleur était le principal motif dans 40 % des cas.

La moitié des passages aux urgences a conduit à une hospitalisation.

2. Forces et faiblesses.

Notre étude comporte de nombreuses faiblesses. En effet, il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique s'intéressant notamment à des variables subjectives (douleur, anxiété). Nous pouvons ainsi dégager plusieurs biais potentiels :

Biais de sélection : Notre population d'étude (patients de plus de 65 ans avec cancer et hospitalisés en USP) n'est pas représentative de la population générale gériatrique ni des patients gériatriques atteints de cancer. En effet, de par le nombre encore trop restreint de places d'hospitalisations en unité de soins palliatifs sur la région toulousaine, on comprend

aisément qu'il s'agit ici des patients les plus complexes avec notamment des douleurs réfractaires spécifiques. Il n'est donc pas possible d'extrapoler ces résultats à une plus large mesure.

Biais d'information : La douleur et l'anxiété étant des expériences personnelles et donc subjectives, les classées impliquent forcément une part de subjectivité. Certains patients ont donc pu être classés à tort dans certaines catégories ne leur correspondant pas parfaitement conduisant soit à une sous-estimation de ces variables soit à une surestimation.

Egalement en ce qui concerne les biais d'information, des hospitalisations en services d'urgences au sein de cliniques privées ont pu ne pas être retranscrites dans les dossiers informatiques et papier du CHU conduisant à une possible sous-estimation de cette donnée.

Biais de confusion : Une autre difficulté lorsque l'on s'intéresse à la douleur est de prendre en considération l'ensemble des facteurs à son origine. Nous avons malgré tout essayé de ne pas prendre en considération que le cancer en lui-même pour seul déterminant des douleurs avec l'intégration par exemple de comorbidités comme les chutes ou les infections. Mais il est très vraisemblable que certaines données non étudiées ici aient pu entrer en jeu dans l'élaboration de la douleur indépendamment du cancer.

Nous avons par exemple essayé dans un premier temps de prendre en compte les expériences traumatiques des patients au cours de leur vie mais rapidement cette donnée s'est révélé non pertinente. En effet, l'intégralité des patients avaient déjà expérimenté des douleurs physiques (chirurgies, accidents, fractures...), psychiques (perte d'un proche, conflits familiaux...) et en l'absence de codification précise, il était impossible de les classer pour en faire ressortir des données utilisables.

Une autre faiblesse de notre étude qui n'est pas directement un biais serait la durée de suivi.

En effet un certain nombre de paramètres à l'étude ont pu se modifier après la fin de notre étude (comme la présence de douleurs paroxystiques, etc ...) ce qui pourrait sous-estimer certaines données, en sachant que 9 patients étaient encore en vie à la fin de notre étude soit 8.5% de l'ensemble des patients.

Ceci ouvre la voie à la réalisation d'une autre étude similaire basée non plus sur une année de suivi mais sur le suivi jusqu'au décès d'un même nombre de patients.

Une comparaison de ces deux études permettrait d'en ressortir des données intéressantes.

Notre étude comporte également des forces. Le caractère rétrospectif de cette étude nous a permis d'accéder à de très nombreuses informations aussi bien gériatriques, qu'oncologiques que sur la douleur en elle-même.

De par le nombre relativement conséquent de patients pris en compte nous avons pu effectuer des analyses de sous-groupes.

Enfin, cette étude est originale. En effet, nous n'avons pas retrouvé lors de nos recherches de travail similaire cherchant à caractériser spécifiquement les patients douloureux en oncogériatrie.

Elle est également innovante car elle porte sur un thème d'actualité qui est amené à se développer dans les années à venir.

Et enfin, elle propose un nouveau score composite permettant de codifier la douleur sur une période de temps donné et non plus contrairement aux autres scores une évaluation de la douleur à un instant t.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de score équivalent. Cette idée d'un reflet chiffré de la douleur purement somatique sur plusieurs jours est un concept intéressant et à développer via notamment d'autres études.

Certes, il se base sur des scores d'évaluation de la douleur notamment l'ALGOPLUS pouvant avoir une certaine part de subjectivité mais ces trois scores (ALGOPLUS, EN, EVA) sont tous validés internationalement et pris comme références dans la littérature.

Comment faire pour évaluer une donnée intrinsèquement subjective sans aucune subjectivité. Le problème ici est de réussir à ne garder que la subjectivité du patient et de supprimer celle du soignant.

Le fait de se baser sur des scores n'intégrant que la perception douloureuse pure et non sur ses retentissements en fait un score très intéressant à court terme (quelques jours voir quelques semaines au plus) ce qui s'adapte bien à notre étude en sachant que la durée médiane d'hospitalisation en USP était de 11 jours.

Une autre caractéristique de ce score nécessaire en gériatrie est la possibilité d'être utilisé chez les patients ne pouvant communiquer verbalement (via l'intégration du score ALGOPLUS).

Nous devons à présent expliquer l'intérêt de l'utilisation de données majoritairement hospitalières pour une étude de médecine générale.

Premièrement la collecte d'autant de données oncologiques, sur la douleur, la iatrogénie, le

recours aux services d'urgences aurait été beaucoup plus complexe et sûrement beaucoup moins détaillée en utilisant des questionnaires adressés aux médecins traitants.

Deuxièmement, en partant du principe que la qualité de la prise en charge médicale et paramédicale a été la même pour tous les patients hospitalisés en USP, cette hospitalisation étant donc une constante ne peut expliquer la différence des données recueillies entre les différents patients (comme les données sur la douleur, l'anxiété, la iatrogénie). Par conséquent seuls les patients en eux-mêmes et leurs pathologies permettent d'éclairer les différences constatées.

L'hospitalisation en USP n'apparaît alors plus en tant que telle dans notre étude mais davantage comme une précieuse source de données.

De plus, nombre de données ont été recueillies à l'entrée en USP de patients provenant directement du domicile (une hospitalisation sur 3) ce qui s'apparente implicitement à des données ambulatoires.

Et enfin, l'hospitalisation en service d'urgences concerne quasi-exclusivement des patients vivant au domicile.

3. Discussion des principaux résultats

a. Données gériatriques

Concernant les données gériatriques, nous pouvons remarquer en comparant avec la population générale ajustée à l'âge que :

- la prévalence des troubles neurodégénératifs était supérieure dans notre étude : 17% vs 6 % (49) respectivement. Cette différence pourrait s'expliquer de plusieurs façons : les patients atteints de cancer sont davantage suivis médicalement ce qui pourrait amener à davantage de dépistage. On peut également imaginer que le cancer entraînant un stress physiologique majeur peut précipiter ou démasquer une démence compensée.
- la part de personnes vivant seules à domicile était également plus importante que dans la population générale. (50)
- la part de patients vivant en EHPAD était quant à elle inférieure à celle de la population générale. (51)
- le nombre moyen de comorbidité ainsi que les pourcentages de répartitions concernant les aidants proches étaient concordant avec la littérature. (52-53, 56)

Deux données méritent ici notre attention :

- la première étant le nombre de patients sans aucune aide professionnelle à domicile : 30% de l'ensemble. Une étude sur les causes de cette absence semblerait très intéressante et

notamment ces conséquences.

Mais il faut noter également la faible proportion de patients bénéficiant de prise en charge par un kinésithérapeute, 1 patient sur 10, alors même que la lutte contre la sarcopénie est doublement essentielle en gériatrie et en oncologie. De même seulement 13% des patients bénéficiaient de la présence d'une auxiliaire de santé ce qui pourrait peut-être s'expliquer par le coût financier induit. En revanche, cet aspect ne peut expliciter le manque de prise en charge kinésithérapeutique : insuffisance de kinésithérapeutes ? Pas d'accès au cabinet ? Manque d'informations de la part des médecins quant à la nécessité d'exercices physiques en situation palliative ?

- la deuxième étant le nombre important de données manquantes pour l'intoxication tabagique et alcoolique, 44 et 61 % respectivement. Alors même que le sevrage tabagique forcé lors d'une hospitalisation peut avoir des conséquences non négligeables sur l'anxiété du patient. Cela est d'autant plus préjudiciable que les substituts nicotiques actuellement disponibles pourraient grandement améliorer ce problème. On pourrait en effet imaginer la pose de patch nicotinique systématique à tous les patients tabagiques actifs, d'autant plus si ces derniers ne sont plus en état de sortir fumer par eux-mêmes.

Concernant l'exogénose, un sevrage forcé chez un patient consommant deux, trois unités d'alcool par jour, sans aller jusqu'au délirium tremens peut également être responsable d'anxiété. Une attention particulière serait alors à accorder à ces patients avec une prescription plus rapide de benzodiazépines.

b. Données oncologiques

Le premier point intéressant à remarquer est la différence de fréquence des types de cancers avec la population générale.

Ici, nous avons en première et deuxième place les cancers digestifs, et les cancers pneumologiques respectivement, alors que dans la population générale il s'agit du cancer du sein puis de la prostate. (54) Le cancer du pancréas est surreprésenté dans notre étude en comptabilisant à lui seul 14 % de l'ensemble des cancers. Cette constatation est en adéquation avec la littérature (59) concernant le caractère particulièrement douloureux de ce cancer notamment via les douleurs du plexus solaire.

Une autre donnée qui mérite d'être davantage étudiée est le délai médian entre l'arrêt des traitements oncologiques et la survenue du décès : environ 3 mois.

Plusieurs questions méritent d'être explorées : arrête-t-on trop tard les traitements oncologiques ? L'annonce de l'arrêt des traitements spécifiques est-elle un facteur

précipitant le décès chez des patients qui perdent l'espoir d'une guérison ou est-elle davantage vécue comme un soulagement ?

Concernant l'inclusion des patients dans le réseau Reliance, elle intervenait avec une médiane de 11 jours suivant l'annonce de la fin des traitements oncologiques ou encore avec une médiane en regard de la date du diagnostic de 8.7 mois. Cette donnée est à mettre en parallèle avec la littérature, notamment un article de Ferrell & Co de 2017 qui préconise de commencer les soins palliatifs dans les 8 semaines suivant le diagnostic d'un cancer déjà avancé. (55)

Ce qui est le cas dans notre étude pour 74 % de nos patients (découverte du cancer à un stade > II).

On comprend alors ici le rôle fondamental que doit jouer le médecin traitant dans cette prise en charge palliative.

c. Données relatives à la douleur

La figure 2 montre une répartition homogène des trois catégories douloureuses au sein des différents types de cancers.

Ce résultat est étonnant car on aurait pu penser qu'il y aurait eu par exemple une proportion plus importante de patients très douloureux dans le cadre des cancers pancréatiques que dans le cas des cancers urologiques.

Cette observation pourrait être expliquée par le fait, qu'à un stade avancé du cancer, les douleurs sont principalement dues aux métastases et autres complications qu'à la localisation initiale du cancer (sauf cancer du pancréas peut être avec les douleurs du plexus solaires, mais non retrouvé ici).

Le but de notre étude est pour rappel, de déterminer parmi différentes causes douloureuses lesquelles sont responsables de la plus grande souffrance physique chez des patients de plus de 65 ans atteints de cancer.

Et d'après la figure 3 avec test statistique, il ne semble pas exister de hiérarchie parmi les complications cancéreuses suivantes : Douleur sur métastase osseuse, sur métastase hépatique, sur syndrome occlusif, sur carcinose péritonéale et sur plaie cancéreuse.

Cependant malgré un test du Chi 2 négatif, la douleur sur métastase osseuse semble quand même être un élément prédominant dans la majoration de la souffrance avec une prévalence de 25% dans le groupe peu douloureux, 39% dans le groupe moyennement douloureux et presque 50% dans le groupe très douloureux.

Nous avons également tenté une hiérarchie similaire avec des causes douloureuses mais non cancéreuses comme présentées dans la figure 4.

Parmi différentes pathologies étudiées, il en ressort avec notamment un test de Fischer dont le $p < 0.05$ que la cause « rétention aigue d'urine » serait davantage génératrice de souffrance physique que les autres.

C'est une donnée très intéressante et nouvelle car cela pourrait traduire que la présence d'une RAU a un moment donné est une expérience tellement douloureuse et traumatisante qu'elle a par la suite augmenté la perception des autres douleurs par les patients même une fois le globe levé.

Concernant les figures 5 et 6, il ne semble pas exister de différences statistiquement significatives entre les différentes classes d'âges vis-à-vis des différentes causes douloureuses.

Nous pouvons tout de même remarquer une tendance à la baisse de la prévalence par classe d'âge de l'ensemble des complications douloureuses cancéreuses avec l'augmentation en âge. Ce phénomène est-il lié à la faible puissance de l'étude ou, plus probable, moins d'explorations sont faites chez des patients de plus en plus âgés ce qui conduit à moins de diagnostic ?

38 % des patients de notre étude présentaient une douleur mixte ce qui est moins que décrit dans la littérature avec des données allant de 50 à plus de 80% dans le cas des douleurs cancéreuses. (57)

Une des causes de cette différence serait le dépistage non systématique de ces douleurs parfois difficiles à décrire pour les patients. L'utilisation du DN4 n'a été relevée que lorsque le patient se plaignait de symptômes typiques tels que des décharges électriques ou la sensation de fourmillements. L'utilisation systématique du DN4 chez tous les patients atteints de cancer pourrait aider à ne pas passer à côté de ces douleurs particulières mal soulagées par les antalgiques usuels.

Nous n'avons pas retrouvé de corrélation franche entre le type de cancer et la présence de douleur mixte.

La présence de douleur paroxystique a été retrouvée chez 52% des patients ce qui est relativement similaire à la littérature. (58)

L'analyse de la présence ou de l'absence de douleur paroxystique chez les patients en fonction de leur type de douleur (mixte ou purement nociceptive) est très intéressante car elle semble montrer une relation étroite entre douleur paroxystique et douleur mixte : la présence d'une douleur mixte étant propice à la présence de douleur paroxystique.

Sur 36 patients présentant une douleur mixte, 32 soit 88.9% présentaient également des douleurs paroxystiques. En revanche, seuls 18 patients sur les 59, soit 30.5 %, présentant une douleur purement nociceptive étaient atteints de douleurs paroxystiques.

Concernant les douleurs paroxystiques, un test du Chi 2 avec un $p < 0.05$ nous a permis de mettre en lumière dans notre étude une première atteinte clinique statistiquement corrélée au classement des patients dans les différentes catégories douloureuses.

Il en ressort donc que la présence de douleur paroxystique est un élément absolument crucial à prendre en compte dans la prise en charge antalgique des patients de notre étude.

Cette caractéristique n'a pas été mise en évidence pour les escarres ni pour les pathologies bucco-dentaires.

Pour les escarres, ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une pathologie actuellement bien connue de l'ensemble des soignants, qui bénéficie d'une attention toute particulière. Dans les situations d'altération de l'état général lié aux cancers, l'apparition d'escarre est souvent inéluctable mais la prise en charge de ces conséquences est possible ce qui semble être le cas dans notre étude.

Concernant les pathologies bucco-dentaires, bien connues comme pourvoyeuses d'inconforts majeurs, leurs fortes prévalences dans les différentes classes douloureuses ne nous ont pas permis d'en ressortir des différences statistiques.

d. Données sur les thérapeutiques

Au cours de notre étude, nous avons recensé 30 évènements iatrogéniques impliquant une modification du traitement antalgique (liste détaillé figure 12).

En rapportant, le nombre d'évènements iatrogéniques nécessitant un changement de thérapeutique par médicament rapporté aux nombres de patients ayant reçu ce même traitement, on constate que les traitements antalgiques communément utilisés sont bien tolérés chez les personnes âgées. Notamment les palliers III, avec lesquels moins de 1 patient sur 6 a présenté un effet iatrogénique nécessitant son arrêt.

Cette observation est en accord avec la littérature quant à la sécurité d'emploi des palliers III usuels chez les patients âgés.

e. Données en lien avec les hospitalisations aux urgences.

Mis à part le fait essentiel que le premier motif de passages aux urgences pour cette cohorte de patients est la douleur, on peut remarquer deux points :

- En faisant une analyse du taux d'hospitalisation après passage aux urgences par motif

d'entrée aux urgences, on observe que la dyspnée est suivie d'une hospitalisation de 78 % suivie par l'AEG avec 58 % et enfin la douleur avec 46 %. Il serait intéressant de regarder via une étude les diagnostics établis aux urgences pour voir si effectivement une telle différence de pourcentage est médicalement justifiée ou si la dyspnée est un symptôme perçu comme plus grave que la douleur.

- Via une analyse en sous-groupe, on observe une différence assez importante du taux d'hospitalisation après passage aux urgences en fonction de la classe d'âge, avec une surreprésentation de la classe d'âge des 75 - 84 ans.

Cette différence est-elle seulement explicable médicalement ou peut-on y voir une conception par les soignants d'un potentiel bénéfice apporté par l'hospitalisation en fonction de l'âge ?

VI-Conclusion

Aujourd'hui il est nécessaire que les soignants s'approprient l'idée que le cancer et la gériatrie sont deux domaines intimement liés : plus de 60% des patients vivant avec un cancer ont plus de 65 ans.

Le cancer fait mal. Cette simple phrase doit être apprise encore et encore.

Le cancer fait mal directement mais également indirectement par les complications qui vont découler de l'altération de l'état général.

Nous avons montré dans notre étude que deux facteurs en particuliers méritent toute notre attention : la présence de douleur paroxystique et la rétention aigue d'urine.

Ces deux atteintes semblent générer une majoration de la souffrance physique statistiquement supérieure à d'autres causes douloureuses telles que les métastases hépatiques, les chutes, etc...

La présence de métastases osseuses semblent également associée à une majoration de la douleur physique de manière plus importante que d'autres causes.

Les patients de plus de 65 ans sont bien souvent insuffisamment soulagés sur le plan de la douleur par peur d'effets indésirables. Alors même qu'ils ont une bonne tolérance des thérapeutiques antalgiques, notamment des paliers III sous toutes leurs formes, ce que nous avons montré dans notre étude et ce qui est en accord avec la littérature.

De plus, plus de la moitié des patients de notre étude ont eu au moins une fois recours aux urgences avec comme première motif en terme de fréquence : la douleur, quasiment un passage sur deux.

Nous avons observé une différence du taux d'hospitalisation après passage aux urgences en fonction du motif d'entrée aux urgences et en fonction de l'âge. Une étude sur cette observation serait intéressante pour comprendre s'il existe des déterminismes autres que médicaux au fait d'hospitaliser les patients ou non.

Notre étude comporte nombre de faiblesse mais également des forces. Elle est innovante et s'intéresse à une population malheureusement insuffisamment prise en compte dans les études.

Nous avons tenté de créer un nouveau score d'évaluation de la douleur physique qui permettrait d'avoir un reflet du niveau douloureux des patients sur plusieurs jours et non plus à un instant t.

La douleur paroxystique chez la personne âgée atteinte de cancer est un sujet d'étude qu'il serait nécessaire d'approfondir dans d'autres recherches.

VII-Bibliographie

1. INSEE. France, portrait social, édition 2019.
2. Vie quotidienne et santé (VQS) - 2014, DREES - Ministère de la Santé (producteur), ADISP (diffuseur).
3. Berr C. Éditorial. Vieillesse, du normal au pathologique, beaucoup de zones grises. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(16-17):292-3.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/16-17/2017_16-17_0.html.
4. DREES. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017.
5. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Santé publique France, 2019. 372 p.
6. Scotté, F., Bossi, P., Carola, E., Cudenneq, T., Dielenseger, P., Gomes, F., ... Strasser, F. (2018). Addressing the quality of life needs of older patients with cancer: a SIOG consensus paper and practical guide. *Annals of Oncology*, 29(8), 1718–1726.
7. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. 2nd ed. Seattle, WA: IASP Press; 1994.
8. Bars DL, Mouraux A, Plaghki L. Physiologie de la douleur : aspects psychophysiologiques et mécanismes périphériques. *EMC Anesth-Réanimation*. 2018 Mar 6;(36-020-A-10).
9. Moens K, Higginson IJ, Harding R. Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48:660–677.
10. Oi-Ling K, Man-Wah DT, Kam-Hung DN. Symptom distress as rated by advanced cancer patients, caregivers and physicians in the last week of life. *Palliat Med*. 2005;19:228–233.
11. Kelley, A. S., & Morrison, R. S. (2015). Palliative Care for the Seriously Ill. *New England Journal of Medicine*, 373(8), 747–755.

12. Masman, A. D., van Dijk, M., van Rosmalen, J., Baar, F. P. M., Tibboel, D., & Boerlage, A. A. (2018). The Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS) is reliable and valid for non-communicative end-of-life patients. *BMC Palliative Care*, 17(1).
13. Higginson IJ, Murtagh F. Cancer pain epidemiology. In Bruera E, Portenoy RK (eds), *Cancer Pain. Assessment and Management*. Cambridge University Press 2010; 3: 37–52.
14. Deandrea S, Montanari M, Moja L et al. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol* 2008; 19(12): 1985–1991.
15. Van Den Beuken-Van Everdingen MHJ, Hochstenbach LMJ, Joosten EAJ et al (2016) Update on prevalence of pain in patients with Cancer: systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manag* 51:1070–1090.e9.
16. Barbera L, Seow H, Husain A, et al. Opioid prescription after pain assessment: a population-based cohort of elderly patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30:1095–1099.
17. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl JMed*. 1994;330:592–596.
18. Singh, H., Banipal, R. P. S., & Singh, B. (2017). Assessment of Adequacy of Pain Management and Analgesic Use in Patients With Advanced Cancer Using the Brief Pain Inventory and Pain Management Index Calculation. *Journal of Global Oncology*, 3(3), 235–241.
19. Institut National du Cancer. Oncogériatrie [Internet]. (Consulté le 25 Avril 2020). Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatrie>.
20. Falandry C, Filbet M, Magnet M, Trillet-Lenoir V, Bonnefoy M. Oncogériatrie : quelle réalité aujourd’hui ? <http://www.em-Premiumcomdocelecuniv-Lyon1frdatarevues16366522v10i5S1636652211001188>. 15 oct 2011 ;10(5) p. 223 à 229.
21. Code de la santé publique. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. Available at

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121>.

Consulté le 11 Avril 2020.

22. Rabow M, Kvale E, Barbour L, et al. Moving upstream: a review of the evidence of the impact of outpatient palliative care. *J Palliat Med* 2013;16:1540-9.
23. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliat Med* 2014;28:130-50.
24. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;6:CD007760.
25. May P, Normand C, Morrison RS. Economic impact of hospital inpatient palliative care consultation: review of current evidence and directions for future research. *J Palliat Med* 2014;17:1054-63.
26. Lewis, J.H. et al. Participation of patients 65 years of age or older in cancer clinical trials. *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.* 21, 1383–1389 (2003).
27. Townsley, C. A., Selby, R. & Siu, L. L. Systematic review of barriers to the recruitment of older patients with cancer onto clinical trials. *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.* 23, 3112–3124 (2005).
28. Aapro, M. S., Köhne, C.---H., Cohen, H. J. & Extermann, M. Never Too Old? Age Should Not Be a Barrier to Enrollment in Cancer Clinical Trials. *The Oncologist* 10, 198– 204 (2005).
29. Caraceni A, Brunelli C, Martini C, Zecca E, De Conno F. Cancer pain assessment in clinical trials. A review of the literature (1999-2002). *J Pain Symptom Manag.* 2005;29(5):507–19.
30. Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R et al. The Steering Committee of the EAPC Research Network. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an expert working group of the European Association of Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23: 239–255.
31. Parmelee PA, Smith B, Katz IR. Pain complaints and cognitive status among elderly institution residents. *J Am Geriatr Soc.* 1993;41:517–522.

32. Feldt, K. S. (2000). The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*, 1(1), 13–21.
33. Zwakhalen, S. M., Hamers, J. P., Abu-Saad, H. H., & Berger, M. P. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 6(1).
34. Lane, P., Kuntupis, M., MacDonald, S., McCarthy, P., Panke, J. A., Warden, V., & Volicer, L. (2003). A Pain Assessment Tool for People With Advanced Alzheimer's and Other Progressive Dementias. *Home Healthcare Nurse: The Journal for the Home Care and Hospice Professional*, 21(1), 32–37.
35. Schnakers, C., & Zasler, N. D. (2007). Pain assessment and management in disorders of consciousness. *Current Opinion in Neurology*, 20(6), 620–626.
36. Six, S., Laureys, S., Poelaert, J., Bilsen, J., Theuns, P., & Deschepper, R. (2018). Comfort in palliative sedation (Compas): a transdisciplinary mixed method study protocol for linking objective assessments to subjective experiences. *BMC Palliative Care*, 17(1).
37. McGuire DB, Reifsnnyder J, Soeken K, Kaiser KS, Yeager KA. Assessing pain in nonresponsive hospice patients: development and preliminary testing of the multidimensional objective pain assessment tool (MOPAT). *J Palliat Med*. 2011;14(3):287–92.
38. McGuire, D. B., Kaiser, K. S., Haisfield-Wolfe, M. E., & Iyamu, F. (2016). Pain Assessment in Noncommunicative Adult Palliative Care Patients. *Nursing Clinics of North America*, 51(3), 397–431.
39. Mercadante, S., & Portenoy, R. K. (2016). Breakthrough cancer pain. *PAIN*, 157(12), 2657–2663.
40. Deandrea S, Corli O, Consonni D, et al. Prevalence of breakthrough cancer pain: a systematic review and a pooled analysis of published literature. *J Pain Symptom Manage* 2014;47:57–76.
41. Davies, A. N., Elsner, F., Filbet, M. J., Porta-Sales, J., Ripamonti, C., Santini, D., & Webber, K. (2018). Breakthrough cancer pain (BTcP) management: a review of

- international and national guidelines. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 8(3), 241–249.
42. Davies A, Dickman A, Reid C, Stevens A-M, Zeppetella G. The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *Eur J Pain* 2009;13:331e338.
 43. Davies A, Buchanan A, Zeppetella G, et al. Breakthrough cancer pain: an observational study of 1000 European oncology patients. *J Pain Symptom Manage.* 2013;46(5):619-628.
 44. Bedard G, Davies A, McDonald R, et al. Breakthrough cancer pain: a comparison of surveys with European and Canadian patients. *Support Care Cancer.* 2015;23(3):791-796.
 45. Hjermstad, M.J.; Kaasa, S.; Caraceni, A.; Loge, J.H.; Pedersen, T.; Haugen, D.F.; Aass, N.; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Characteristics of Breakthrough Cancer Pain and its Influence on Quality of Life in an International Cohort of Patients with Cancer. *BMJ Support. Palliat. Care* 2016, 6, 344–352.
 46. Minello, C., George, B., Allano, G., Maindet, C., Burnod, A., & Lemaire, A. (2019). Assessing cancer pain—the first step toward improving patients’ quality of life. *Supportive Care in Cancer.*
 47. Neufeld NJ, Elnahal SM, Alvarez RH. Cancer pain: a review of epidemiology, clinical quality and value impact. *Future Oncol.* 2017;13(9):833-841.
 48. Syrjala KL, Jensen MP, Mendoza ME, Yi JC, Fisher HM, Keefe FJ (2014) Psychological and behavioral approaches to Cancer pain management. *J Clin Oncol* 32:1703–1711.
 49. Santé Publique France. Dossier thématique : Maladie d'Alzheimer et autres démences. Juin 2019
 50. INSEE. Personnes vivant seules dans leur logement selon l'âge et le sexe. Juin 2017
 51. DRESS. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Juillet 2017

52. Xavier Besnard, Mathieu Brunel, Nadège Couvert, Delphine Roy (DREES), 2019, « Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée - Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016) », Les Dossiers de la DREES, n°45, DREES, novembre.
53. Amélie Carrère et Claire-Lise Dubost, 2018, "Éclairage - État de santé et dépendance des seniors", France Portrait Social Insee Références, édition 2018, p. 71-88.
54. Institut national du cancer. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Février 2019
55. Ferrell, B. R., Temel, J. S., Temin, S., Alesi, E. R., Balboni, T. A., Basch, E. M., ... Smith, T. J. (2017). Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, 35(1), 96–112.
56. Ogle, K.S., Swanson, G.M., Woods, N. & Azzouz, F. Cancer and comorbidity: redefining chronic diseases. *Cancer* 88, 653–663 (2000).
57. L. Balardy, S. Gérard, L. Mourey, B. Vellas, M. Rainfray. *Oncogériatrie. De la structure de la filière de soins à la pratique*. France. Springer. 2010.
58. Knudsen AK, Brunelli C, Kaasa S, et al. Which variables are associated with pain intensity and treatment response in advanced cancer patients? Implications for a future classification system for cancer pain. *Eur J Pain*. 2011;15(3):320-327.
59. Burton AW, Fanciullo GJ, Beasley RD et al. Chronic pain in cancer survivor: a new frontier. *Pain Med* 2007; 8: 189–198.

VIII-ANNEXE 1 : Score 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/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Heureh.....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	<input type="checkbox"/> /5											
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

COPYRIGHT

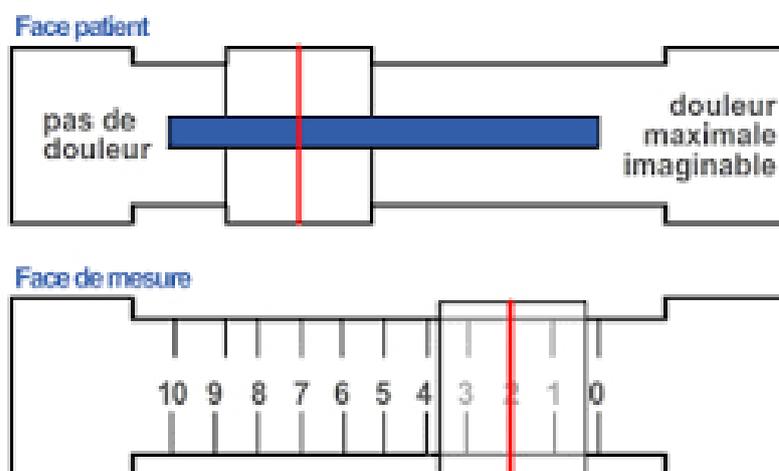
VIII-ANNEXE 2 : Echelle Verbale Simple (EVS)

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur Au moment présent	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur habituelle Depuis les 8 derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur la plus intense Depuis les huit derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense

VIII-ANNEXE 3 : Echelle Visuelle Analogique (EVA)

Échelle visuelle analogique (EVA)



VIII-ANNEXE 4 : Score DN4

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

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

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

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

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

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D et al. Pain 2004 ; 108 (3) : 248-57

Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org



CHARACTERIZATION OF PAINFUL ONCOGERIATRIC PATIENTS

Introduction: On January 1, 2019, France had approximately 13 million people aged 65 or over and 60% of patients living with cancer were over 65 years old. The prevalence of pain in cancer patients is estimated at 85%, pain is due to the cancer itself but also due to various complications.

Objectives: The main objective of this work is to identify among the various painful causes those which would be more than the others responsible for physical suffering. The secondary objectives are to analyze the use of emergency rooms by these patients and the tolerance of the various analgesic treatments.

Material and method: We carried out a retrospective, unicentric study conducted in subjects over the age of 65, suffering from cancer, in pain and hospitalized at least once in a palliative care unit during the year 2019 at the University Hospital of Purpan. (Toulouse). The data was collected via the computer and paper file of each patient. We also proposed a new composite score allowing us to classify patients into three painful categories (little, moderate and very painful).

Results: 95 patient records were selected. We observed that the following pain causes: “acute urinary retention” and “paroxysmal pain” were statistically associated with classifying patients into increasingly painful categories. We did not highlight any significant difference between the different age groups in terms of the prevalence of the different painful conditions. Most analgesic treatments were well tolerated. More than 50% of patients were admitted at least once to the emergency room with pain as the main reason (40% of total visits).

Conclusion: Pain in elderly cancer patients is a real public health problem. Particular attention should be paid to paroxysmal pain and acute retention of urine. Elderly patients have good tolerance of analgesic treatments. The pain must be anticipated and treated quickly to avoid a significant recourse to the emergency services. The place of the general practitioner is absolutely essential, in particular due to the fact that this is a population that is often neglected by the hospital sector.

Administrative discipline : General Medicine

Key Words : Pain, Cancer, Oncogeriatric

Université Toulouse III – Paul Sabatier – Faculté de Médecine Toulouse Rangueil
– 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04

Supervisor : Dr Jean-François HURSTEL

CARACTÉRISATION DES PATIENTS ONCOGÉRIATRIQUES DOULOUREUX

Introduction : Au 1er janvier 2019, la France comptait approximativement 13 millions de personnes âgés de 65 ans ou plus et 60% des patients vivant avec un cancer avaient plus de 65 ans. La prévalence de la douleur chez les patients atteints de cancer est estimée à 85%, la douleur y est due au cancer en lui-même mais également en raison de différentes complications.

Objectifs : L'objectif principal de ce travail est d'identifier parmi les différentes causes douloureuses celles qui seraient davantage que les autres responsables de souffrances physiques. Les objectifs secondaires sont d'analyser le recours aux urgences de ces patients et la tolérance des différents traitements antalgiques.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective, unicentrique menée chez des sujets âgés de plus de 65 ans, atteints de cancer, douloureux et hospitalisés au moins une fois en unité de soins palliatifs au cours de l'année 2019 au CHU de Purpan (Toulouse). Les données ont été collectées via le dossier informatique et papier de chaque patient. Nous avons également proposé un nouveau score composite nous permettant de classer les patients en trois catégories douloureuses (peu, moyennement et très douloureux).

Résultats : 95 dossiers de patients ont été sélectionnés. Nous avons observé que les causes douloureuses suivantes : « rétention aigue d'urine » et « douleur paroxystique » étaient statistiquement associées au fait de classer les patients dans des catégories de plus en plus douloureuses. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les différentes classes d'âges quant à la prévalence des différentes affections douloureuses. La plupart des traitements antalgiques ont été bien tolérés. Plus de 50% des patients ont été admis au moins une fois aux urgences avec comme premier motif la douleur (40% des passages totaux).

Conclusion : La douleur chez les patients âgés atteints de cancer est un véritable problème de santé publique. Une attention toute particulière doit être portée à la douleur paroxystique et à la rétention aigüe d'urine. Les patients âgés ont une bonne tolérance des traitements antalgiques notamment des paliers III. La douleur doit être anticipée et traitée rapidement pour éviter en particulier un recours important aux services d'urgences. La place du médecin généraliste y est absolument primordiale notamment par le fait qu'il s'agit d'une population bien souvent délaissée par le secteur hospitalier.

Discipline administrative : Médecine Générale

Mots-clés : Douleur, Cancer, Oncogériatrie

Université Toulouse III – Paul Sabatier – Faculté de Médecine Toulouse Rangueil
– 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04

Directeur de Thèse : Dr Jean-François HURSTEL